E

الأمم المتحدة

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2006/48
3 March 2006

ARABIC
Original: ENGLISH

المجلس الاقتصـــادي والاجتماعي

لجنة حقوق الإنسان

الدورة الثانية والستون

البند ١٠ من جدول الأعمال المؤقت

الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، السيد بول هنت*

* تأخر تقديم هذا التقرير رغبةً في تضمينه أحدث المعلومات.

(A) GE.06-11467 030406 040406

موجز

يعـــالج هذا التقرير الأنشطة التي اضطلع بها المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية ("الحق في الصحة")، والقضايا التي كانت محل اهتمام خاص من جانبه، منذ تقديم تقريره المرحلي إلى الجمعية العامة (A/60/348) الذي أُعِد عملاً بقرار اللجنة ٢٠٠٢/٣١.

ويبـــيّن الفرع الأول أن الحق في الصحة يمكن فهمه على أنه الحق في نظام صحي فعال ومتكامل يشمل الرعاية الصحية والمحدّدات الأساسية للصحة، ويستجيب للأولويات الوطنية والمحلية، ويكون متاحاً للجميع.

وبالإشارة إلى الأهداف الإنمائية للألفية ومؤتمر القمة العالمي المنعقد في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥، يحث المقرر الخاص وزراء الصحة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل على وضع برامج صحية تتسم بالجرأة اللازمـــة لتحقيق الأهداف الصحية. وتقع على عاتق دول الشمال والجنوب على حد سواء مسؤولية اتخاذ تدابير متسقة تهدف إلى إقامة نظم صحية فعالة في البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية.

والنظام الصحي الفعال القائم على الحق في الصحة هو مؤسسة اجتماعية أساسية، ولا يقل أهمية عن نظام المحاكم أو النظام السياسي.

أمـــا الفرع الثاني والأكبر، فيبين نهجاً للمؤشرات الصحية يقوم على حقوق الإنسان، كأسلوب لقياس ورصد الإعمال التدريجي للحق في الصحة. وعلى سبيل الإيضاح، يُطبّق نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان على استراتيجية الصحة الإنجابية التي أيدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠٤.

المحتويات

	الفقـــــرات	*الصفحة*
مقدمة	١ -٣	٤
أولاً - الحق في نظام صحي فعال ومتكامل ومتاح للجميع	٤ -٢١	٥
ثانياً - نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان	٢٢-٦١	١٧
ثالثاً - الاستنتاجات والتوصيات	٦٢-٧٨	١٦
المرفق: نهـــج مؤشرات يقوم على حقوق الإنسان فيما يتعلق باستراتيجية الصحة الإنجابية التي أيدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠٤.....		٢١

مقدمة

١- أنشأت لجنة حقوق الإنسان بقرارها ٣١/٢٠٠٢، ولاية مدتها ثلاث سنوات للمقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية ("الحق في الصحة"). ورحبت اللجنة في دورتها الحادية والستين بالتقرير السنوي المقدم من المقرر الخاص (E/CN.4/2005/51) وقررت تمديد ولايته لفترة ثلاث سنوات أخرى. ويوضح قرار اللجنة ٢٤/٢٠٠٥ ولاية المقرر الخاص ويطلب إليه موافاة الجمعية العامة بتقرير مرحلي عن أنشطته، فضلاً عن تقديم تقرير سنوي إلى اللجنة. ويُقَدّم هذا التقرير عملاً بالقرار ٢٤/٢٠٠٥.

٢- وبالإضافة إلى الأنشطة التي وردت بالتفصيل في تقريره المرحلي إلى الجمعية العامة (A/60/348)، سافر المقرر الخاص إلى الهند في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥ لإلقاء خطاب رئيسي أمام الاتحاد الدولي لمنظمات الصحة وحقوق الإنسان بعنوان "نحو المساواة بين الجنسين في مجال الصحة وحقوق الإنسان: وفيات الأمهات بوصفها انتهاكاً للحق في الصحة". كما ألقى خطاب التوديع في نيودلهي أمام الاجتماع الدولي العاشر المتعلق بالمرأة والصحة، وحضر اجتماعات ضمّت مسؤولين من وزارة الصحة، واللجنة الوطنية لحقوق الإنسان في الهند، والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، وعدد من المنظمات غير الحكومية. وقام لاحقا بحضور اجتماع في مونتريال، كندا، بشأن "حقوق الإنسان والحصول على العقاقير الأساسية: الطريق نحو المستقبل". واختُتم اجتماع مونتريال الذي جمع ممثلين حكوميين، وأكاديميين، ومنظمات دولية، وجماعات المجتمع المدني، باعتماد بيان هام بشأن حق البشر في العقاقير الأساسية[(١)]. ويعتزم المقرر الخاص النظر عن كثب، في أحد التقارير القادمة، في القضايا التي أثارها بيان مونتريال بشأن حق البشر في الحصول على العقاقير الأساسية. وفي تشرين الأول/أكتوبر، حضر اجتماعاً في جنيف نظمته "مبادرة العولمة الأخلاقية" بشأن "مسؤولية الشركات، وحقوق الإنسان وقطاع الصيدلة"، وشدّد أثناء الاجتماع على أهمية توضيح مسؤوليات الدول وقطاع الصيدلة فيما يتعلق بالعقاقير الأساسية. وشارك المقرر الخاص، أثناء وجوده في نيويورك لتقديم تقريره إلى الجمعية العامة، في جلسة إحاطة تتعلق بولايته نظمتها المفوضية السامية لحقوق الإنسان، والخدمة الدولية لحقوق الإنسان، وذلك بالتعاون مع مركز فرانسوا - كزافييه باغنو من أجل الصحة وحقوق الإنسان التابع لكلية هارفارد للصحة العامة. وفي تشرين الثاني/نوفمبر، قدّم المقرر الخاص العمل الذي أنجزه بشأن مؤشرات الحق في الصحة، وتحديد الأولويات والحق في الصحة، خلال مشاورة غير رسمية عن الصحة وحقوق الإنسان نُظمت للمكاتب الإقليمية والقطرية التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

٣- وخلال عام ٢٠٠٥، أعدت مبادرة العولمة الأخلاقية والمقرر الخاص بياناً رفيع المستوى يتعلق بالحق في الصحة. ووافق ما يربو على ٣٠ من رؤساء الدول والحكومات السابقين، فضلاً عن شخصيات مرموقة من جميع أنحاء العالم، على توجيه "نداء القادة من أجل العمل" بشأن الحق في الصحة؛ وللحصول على المزيد من المعلومات انظر الفقرة ١٨ أدناه. وفي ٩ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٥، رعت الجمعية الطبية البريطانية إطلاق هذه النداء من لندن، وباب التوقيع عليه مفتوح الآن أمام كل الملتزمين بمضمونه[(٢)]. ويتوقع إطلاق المزيد من النداءات من أجل العمل على المستوى الإقليمي خلال عام ٢٠٠٦. ويود المقرر الخاص الإعراب عن شكره الحار لمبادرة العولمة الأخلاقية على العمل القيّم الذي قامت به في هذا المشروع الهام. كما يود أن يشكر جميع الموقعين الذين قدموا دعما لا غنى عنه.

أولاً – الحق في نظام صحي فعال ومتكامل ومتاح للجميع

٤- يمكن فهم الحق في الصحة على أنه الحق في نظام صحي فعال ومتكامل يشمل الرعاية الصحية والمحدّدات الأساسية للصحة، ويستجيب للأولويات الوطنية والمحلية ويكون متاحاً للجميع.

٥- ويجب أن يشمل النظام الصحي الرعاية الصحية والمحددات الأساسية للصحة، نحو المرافق الصحية الملائمة، ومياه الشرب المأمونة والتثقيف الصحي.

٦- ويجب أن يكون هذا النظام متاحاً للجميع، ليس للأغنياء فحسب، بل أيضاً للذين يعيشون تحت وطأة الفقر؛ وليس لمجموعات الأغلبية الإثنية وحدها، وإنما أيضا للأقليات والسكان الأصليين؛ وليس لسكان المناطق الحضرية فقط، بل أيضاً لسكان القرى النائية؛ وللنساء كما هو للرجال. ويجب أن يكون النظام الصحي متاحاً لجميع المحرومين من أفراد ومجتمعات محلية.

٧- وعلاوة على ذلك، يجب أن يستجيب للأولويات الوطنية والمحلية. ويدرك العاملون في حقل صحة المجتمع الذين حصلوا على تدريب جيد، مثل الفرق الصحية القروية، الأولويات الصحية لمجتمعاتهم المحلية. كما تساعد المشاركة الشاملة على كفالة استجابة النظام الصحي للاحتياجات الصحية المحددة للنساء والأطفال والمراهقين وكبار السن وغيرهم من المجموعات المستضعفة. ومشاركة المجتمع بصورة شاملة وعن علم وبنشاط هي عنصر حيوي من عناصر الحق في الصحة.

٨- ويجب أيضاً أن يكون النظام الصحي فعالاً ومتكاملاً؛ لا أن يكون مجرد مجموعة من التدخلات الرأسية المنسقة بصورة سيئة التنسيق من أجل التصدي لأمراض مختلفة.

٩- ولا يمكن أن يُفهم النظام الصحي على أنه يعني ببساطة وصول الفرد إلى الأطباء والعقاقير ومياه الشرب المأمونة والمرافق الصحية الملائمة. فالظروف الاجتماعية والاقتصادية لمجموعة السكان المستفيدين من نظام صحي ما لها تأثير كبير على صحة السكان. وهذه الظروف، التي تُعْرَف بأنها المحددات الاجتماعية للصحة، مثل الفقر والبطالة، هي السبب الأساسي لإصابة الأشخاص بالأمراض. وعندما يتحدث المقرر الخاص عن المحددات الأساسية للصحة، فإنه لا يشير إلى محددات مثل مياه الشرب المأمونة والمرافق الصحية الملائمة فحسب، بل يشير أيضاً إلى المحددات الاجتماعية للصحة. وهذه المحددات هي في الوقت الراهن محور تركيز اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية التي أشار إليها المقرر الخاص بإيجاز في تقريره الأخير إلى الجمعية العامة[٣].

١٠- فالحق في الصحة يعني، بصورة أساسية، نظاماً فعّالاً، ومتكاملاً، ويتسم بالاستجابة، ويشمل الرعاية الصحية والمحددات الأساسية للصحة، ويكون متاحاً للجميع.

مؤتمر القمة العالمي، أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥

١١- إحدى الخصائص الأبرز في الأهداف الإنمائية للألفية هي الأهمية القصوى التي تعلقها على الصحة: تخفيض معدلات وفيات الأطفال والأمهات؛ ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والملاريا والدرن؛ وتوفير مرافق

الصرف الصحي والحصول على مياه الشرب المأمونة؛ وما إلى ذلك[٤]. وعلاوة على ذلك، فإن الغاية الأولى – القضاء على الفقر المدقع والجوع – لا يمكن تصوُّر تحقيقها إذا لم تتحقق أهداف الصحة. فالمجتمعات التي تتحمل عبء أعداد كبيرة من المرضى والأشخاص المشرفين على الموت لا يمكنها التخلص من الفقر. وباختصار، لا يمكن تحقيق الأهداف بدون نظم صحة فعالة تكون متاحة للجميع.

١٢- وهذا هو السبب الذي جعل ١٧٠ من رؤساء الدول والحكومات يتعهدون أثناء مؤتمر القمة العالمي في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥ بما يلي:

> تحسين النظم الصحية في البلدان النامية وفي البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، بهدف توفير ما يكفي من العاملين في مجال الصحة ومن الهياكل الأساسية ونظم الإدارة واللوازم لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتصلة بالصحة، بحلول عام ٢٠١٥[٥].

١٣- ويتضح بجلاء في إعلان الألفية وفي الوثيقة الختامية لمؤتمر القمة العالمي أن على البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء أن تلعب دوراً جوهرياً في إقامة نظم صحية فعالة ومتاحة للجميع في بلدان الشمال وبلدان الجنوب. وتُعد الغاية ٨ – الشراكة العالمية من أجل التنمية – ذات أهمية حيوية[٦].

١٤- كما اتفق زعماء العالم في مؤتمر القمة العالمي على ما يلي:

> العمل بحلول عام ٢٠٠٦ على اعتماد وتنفيذ استراتيجيات إنمائية وطنية شاملة من أجل تحقيق الأهداف والغايات الإنمائية المتفق عليها دوليا، بما فيها الأهداف الإنمائية للألفية[٧].

١٥- وفي ضوء هذا التعهد، يحث المقرر الخاص وزراء الصحة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل على وضع برامج صحية وطنية تتسم بالجرأة الكافية لتحقيق الأهداف المتصلة بالصحة. وهذه البرامج الوطنية، التي يلزم إعدادها وحساب تكاليفها بعناية، ينبغي أن تعكس المتطلبات الفعلية لإقامة نظم صحية فعالة ومتكاملة تكون متاحة للجميع. ولا ينبغي أن تعكس البرامج ما تقول الجهات المانحة أنها ستتحمل تكاليفه، بل ينبغي أن تبيّن المتطلبات المالية الفعلية اللازمة لتحقيق الأهداف المتصلة بالصحة. ومن ثمّ، ينبغي أن تشكل برامج الصحة الوطنية جزءاً أساسياً من الاستراتيجيات الإنمائية التي طالب مؤتمر القمة العالمي باعتمادها في عام ٢٠٠٦.

١٦- ولا يتطلع المقرر الخاص إلى أكثر من أن يلتزم العالم بما تعهد به عام ٢٠٠٠ وأعاد تأكيده في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥. وهذا الأمر في غاية الأهمية لأن الكثير من النظم الصحية تعرض للإهمال الشديد خلال العقدين الماضيين. وقد عانى الكثير منها من الانخفاض المزمن في الاستثمار. وتم تقويض الكثير من النظم الصحية وإضعافها بدلاً من تحسينها وتعزيزها.

١٧- وباختصار، يجب على بلدان الشمال وبلدان الجنوب أن تقوم، على وجه الاستعجال، باتخاذ تدابير متفق عليها لإقامة نظم صحية فعالة ومتاحة للجميع في البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، وذلك تمشياً مع إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية، والشراكة العالمية من أجل التنمية التي تعكسها الغاية ٨ من الأهداف الإنمائية للألفية، ومؤتمر القمة العالمي المنعقد في عام ٢٠٠٥.

نداء القادة من أجل العمل بشأن الحق في الصحة

١٨- هنالك شخصيات عالمية مرموقة ومنظمات شعبية تقوم في الوقت الراهن، وبصورة لم يسبق لها مثيل، بالحث على احترام الحق في الصحة، فضلاً عن الدعوة للاستثمار بشكل أكبر في النظم الصحية. وكما تمت مناقشته في الفقرة ٣، شهد كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٥ إطلاق نداء القادة من أجل العمل بشأن الحق في الصحة من مدينة لندن. ووقّع على هذا النداء جيمي كارتر وبيل كلينتون (الرئيسان السابقان للولايات المتحدة الأمريكية)، وفيرناندو انريك كاردوسو (رئيس البرازيل السابق)، وهونغ كو لي (رئيس وزراء كوريا السابق)، وماري روبنسون (الرئيسة السابقة لآيرلندا والمفوّضة السابقة لحقوق الإنسان)، والقس إدموند توتو (الأسقف المتقاعد للكنيسة الأنجليكانية في كيب تاون)، وسمو الأمير الحسن بن طلال من الأردن، وغرو هارليم بروندتلاند (رئيس وزراء النرويج السابق والمدير العام السابق لمنظمة الصحة العالمية)، ومانغاري ماتاي (الحائز على جائزة نوبل لعام ٢٠٠٤)، وفاسلاف هافيل (الرئيس السابق لتشيكوسلوفاكيا والجمهورية التشيكية).

١٩- ويحث نداء القادة من أجل العمل "الحكومات، فضلاً عن المنظمات الدولية، وجماعات المجتمع المدني، والشركات الخاصة، والمجتمعات والأفراد، على الاضطلاع بمسؤولياتهم في كفالة إعمال الحق الأساسي للإنسان في الصحة لجميع الأفراد" كما أنهم "ينادون بإحداث تغييرات في النُظم بغية بناء نظم صحية قوية".

٢٠- ويُنظر على نحو متزايد إلى النظام الصحي الفعال على أنه مؤسسة اجتماعية رئيسية لا تقل أهمية عن نظام المحاكم أو النظام السياسي[٨]. وكما يقوم نظام المحاكم الجيد على الحق في المحاكمة العادلة، ويقوم النظام السياسي الديمقراطي على الحق في التصويت، فإن الدعوة إلى وضع نظام صحي فعال ومتاح للجميع تقوم على الحق في الصحة.

٢١- وفي السنتين القادمتين، يأمل المقرر الخاص، من خلال التعاون الوثيق مع جهات أخرى، أن تتوفر له مصادر كافية لتحديد وبحث السمات الرئيسية لنظام صحي يعكس الحق الدولي للإنسان في الصحة.

ثانياً - نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان

٢٢- ينظر مجتمع حقوق الإنسان - وهو الجهات التي تعمل بفعالية من أجل تعزيز وحماية حقوق الإنسان - منذ سنوات عديدة، في الدور الذي يحتمل أن تلعبه المؤشرات فيما يتعلق بحقوق الإنسان. ووفقاً لقانون حقوق الإنسان الدولي، تخضع الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للإعمال التدريجي[٩]. ويقوم المنخرطون في مجتمع حقوق الإنسان الذين ينصب تركيزهم على الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بإيلاء اهتمام خاص للمؤشرات لأنها توفر وسيلة لرصد الإعمال التدريجي لتلك الحقوق. وبالفعل، يشدد إعلان وبرنامج عمل فيينا (١٩٩٣) في هذا السياق بالذات على أهمية المؤشرات:

> ينبغي، لتعزيز التمتع بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، دراسة نُهُج إضافية من قبيل نظام مؤشرات لقياس التقدم المحرز في إعمال الحقوق الواردة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[١٠].

٢٣- ولسوء الطالع، فإن صياغة "نظام مؤشرات" من هذا القبيل تتسم بالبطء الشديد. وقد ووجه الكثير من العقبات المفاهيمية وغيرها. ومع ذلك، ولأسباب متعددة، ليس أقلّها تجدد اهتمام المفوضية السامية لحقوق الإنسان بهذه المسألة، تسارع معدل التقدم المحرز خلال السنتين الماضيتين.

٢٤- وقد كرّس المقرر الخاص فصلين من تقاريره للمؤشرات والحق في الصحة[١١]. وبحث هذه المسألة في تقريره الأول إلى الجمعية العامة (٢٠٠٣) "بهدف القيام تدريجياً بوضع نهج عملي وواقعي ومتوازن في هذا الخصوص"[١٢]. وكان المقرر الخاص يفكر، أثناء إعداد تقريره الأول، في تحديد عدد من مؤشرات الحق في الصحة. وتحدث في التقرير الذي قدمه إلى الجمعية العامة في العام التالي عن "العمل قيد الإنجاز"، وخلص إلى أن من الأجدى التفكير في نهج للمؤشرات صحية يقوم على حقوق الإنسان[١٣].

ما هو، بشكل عام، النهج القائم على حقوق الإنسان؟

٢٥- اتضح خلال السنوات الأخيرة أن النهج القائم على حقوق الإنسان فيما يتعلق بقضايا معينة، مثل التنمية، والتجارة والحد من الفقر، يأتي ببعض الرؤى القيّمة التي ربما تُغفل لولا ذلك. وباختصار شديد، يتطلب النهج القائم على حقوق الإنسان، بشكل عام، إيلاء اهتمام خاص للمحرومين من الأفراد والمجتمعات؛ ويتطلب مشاركة فعّالة وعن علم من جانب الأفراد والمجتمعات المحلية في القرارات ذات الصلة بالسياسات العامة؛ كما يستوجب آليات رصد ومساءلة فعالة وشفافة ويمكن الاطلاع عليها. والأثر الإجمالي لهذه الجوانب - وغيرها من جوانب النهج القائم على حقوق الإنسان - هو تمكين المحرومين من أفراد ومجتمعات محلية.

٢٦- ووفقاً لذلك، فإن نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان لا يرصد النواتج الصحية الأساسية فحسب، بل أيضاً بعض العمليات التي يتم بواسطتها تحقيق تلك النواتج. والأمر الحاسم هو أن للكثير من المؤشرات الصحية شائعة الاستخدام دوراً هاماً تؤديه في نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان - شريطة الوفاء ببعض الشروط المعقولة. وعلى سبيل المثال، يمكن استخدام العديد من المؤشرات الصحية القائمة، شريطة أن يتم تصنيفها على أسس مختلفة، كالجنس والانتماء العرقي والإثني. والمؤشرات المصنفة قد تكشف ما إذا كان بعض المحرومين من أفراد ومجتمعات يعانون أو لا يعانون من تمييز بحكم الأمر الواقع. وغالبية المؤشرات الصحية القائمة قلّما تكون مصممة لرصد قضايا مثل المشاركة والمساءلة، على الرغم من أن هاتين القضيتين هما من السمات الجوهرية للنهج القائم على حقوق الإنسان. وعليه، فإن نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان يتطلب إضافة بعض المؤشرات الجديدة لرصد هاتين السمتين الجوهريتين لحقوق الإنسان.

٢٧- ونهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان لا يُعد ابتعاداً جذرياً عن المنهجيات القائمة في مجال المؤشرات، وإنما يستخدم الكثير من المؤشرات الصحية شائعة الاستخدام، ويقوم بتكييفها حسبما تقتضي الضرورة (كأن يشترط تصنيفها مثلاً)، ويضيف بعض المؤشرات الجديدة لرصد قضايا (مثل المشاركة والمساءلة)، ربما تُغفل لولا ذلك. وباختصار، فإن نهج المؤشرات القائم على حقوق الإنسان يدعم ويعزز ويُكمّل المؤشرات شائعة الاستخدام.

٢٨- وذلك هو النهج المبين في هذا الفصل والملخص في الفقرتين ٤٩-٥٠. وسيتم لاحقاً في هذا التقرير، وعلى سبيل الإيضاح، تطبيق نهج المؤشرات القائم على حقوق الإنسان على استراتيجية الصحة الإنجابية التي أيدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠٤.

لا يوجد بديل للمؤشرات، لكن لا ينبغي تضخيم دورها

٢٩- على الرغم من تردد بعض أعضاء مجتمع حقوق الإنسان في استخدام المؤشرات في عملهم، يود المقرر الخاص التشديد على عدم وجود بديل عن استخدام المؤشرات لقياس ورصد الإعمال التدريجي للحق في أعلى مستوى ممكن من الصحة. وعلى الرغم من أن السؤال الرئيسي المطروح كان هو "*هل* هنالك دور تلعبه المؤشرات فيما يتعلق بالحق في أعلى مستوى ممكن من الصحة؟"، فإن السؤال الجوهري المطروح في الوقت الراهن هو "*كيف* يمكن استخدام المؤشرات بطريقة مثلى لقياس ورصد هذا الحق الأساسي من حقوق الإنسان؟"، ويُقدّم نهج المؤشرات القائم على حقوق الإنسان، المبين في هذا الفصل، الإجابة على هذا السؤال الجوهري.

٣٠- وبالإضافة إلى ذلك، يتضمن نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان سمات يحتمل أن يؤدي دمجها في السياسات والبرامج الصحية إلى تعزيز فعالية هذه السياسات والبرامج، مثل تركيزه على تصنيف المؤشرات، والمشاركة والمساءلة.

٣١- ومن الرسائل الأساسية لهذا التقرير أن للمؤشرات دوراً هاماً تؤديه في قياس ورصد الإعمال التدريجي للحق في الصحة. ومع ذلك، لا ينبغي المبالغة في أهمية الدور الذي تضطلع به. فالمؤشرات، مهما كانت درجة تطورها، لا يمكن أن تعطي صورة كاملة عن التمتع بالحق في الصحة ضمن اختصاص قانوني محدد. فهي توفر في أغلب الأحيان مؤشرات مفيدة فيما يتعلق بالتمتع بالحق في الصحة في سياق وطني معين. وكما أن من الخطأ إنكار أهمية دور المؤشرات بالنسبة للحق في الصحة، فإن توقع الكثير منها يُعد في غير موضعه.

٣٢- ويرتكز هذا الفصل على التحليل والنقاش الواردين في التقريرين السابقين اللذين قدمهما المقرر الخاص إلى الجمعية العامة بشأن المؤشرات والحق في الصحة، ولكن من دون أن يكررهما.

٣٣- والتمس المقرر الخاص مراراً موافاته بتعليقات على تقريريه - وتلقاها مع الامتنان. كما أنه يشارك منذ سنوات في العديد من الحلقات التدريبية والمشاورات المتعلقة بالمؤشرات والحق في الصحة. ويعرب عن امتنانه البالغ لمنظمة الصحة العالمية، ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والعديد من الخبراء الآخرين العاملين بصفتهم الشخصية، لأنهم لم يبخلوا عليه بثمرة تجاربهم.

أهمية المؤشرات

٣٤- كما سبقت ملاحظته، فإن الحق الدولي في أعلى مستوى ممكن من الصحة يخضع للإعمال التدريجي. ويعني ذلك حتماً أن ما هو مطلوب من الدولة يتغير بمرور الوقت. وتحتاج الدولة إلى أداة لقياس هذا البعد المتغيّر للحق في الصحة. والأداة الأنسب هي الجمع بين تطبيق المؤشرات والمعايير المرجعية. وعليه، تختار الدولة المؤشرات الملائمة التي تساعدها على رصد مختلف أبعاد الحق في الصحة. وقد تتضمن هذه المؤشرات، على سبيل المثال،

معـــدلات وفـــيات الأمهات والأطفال. وسوف تحتاج معظم المؤشرات إلى التصنيف، نحو تصنيفها على أساس الجنس، والعرق، والانتماء الإثني، والسكن في المناطق الحضرية/الريفية، والوضع الاقتصادي والاجتماعي. ثم تقوم الدولة بتحديد أهداف وطنية ملائمة – أو معايير مرجعية – بالنسبة لكل مؤشر تم تصنيفه[١٤].

٣٥- وبهذه الطريقة، تؤدي المؤشرات والمعايير المرجعية وظيفتين هامتين ترتكز عليهما الكثير من جوانب النقاش في هذا الفصل. *أولاً*، يمكنهما مساعدة الدولة على رصد ما تحرزه من تقدم مع مرور الوقت، وتمكين السلطات من تحديـــد الوقت الذي تكون فيه السياسات العامة بحاجة إلى تعديل. *وثانياً*، يمكنهما المساعدة على مساءلة الدولة فـــيما يـــتعلق باضـــطلاعها بمسؤولياتها الناشئة عن الحق في الصحة، على الرغم من أن تدهور المؤشرات لا يعني بالضرورة أن الدولة أخلت بالتزاماتها الدولية بشأن الحق في الصحة، وهذه من النقاط الهامة التي ستناقش بصورة مستفيضـــة فيما يلي. وللمؤشرات، بطبيعة الحال، أدوار هامة أخرى. وعلى سبيل المثال، يمكن للمؤشرات تعزيز فعالية السياسات العامة والبرامج من خلال إبراز قضايا مثل التصنيف، والمشاركة، والمساءلة.

٣٦- ولا يُتوقع من الدول فقط، بل أيضاً من غيرها من الجهات، أن تقوم بدمج حقوق الإنسان في عملية رسم السياســـات. وتم تأكـــيد ذلك مؤخراً من قِبل ١٧٠ من رؤساء الدول والحكومات خلال مؤتمر القمة العالمي في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥:

> نعقد العزم على إدماج تعزيز وحماية حقوق الإنسان في السياسات الوطنية، ودعم المزيد من مراعاة منظور حقوق الإنسان في منظومة الأمم المتحدة بأسرها، فضلاً عن دعم تعاون أوثق بين مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان وجميع هيئات الأمم المتحدة ذات الصلة[١٥].

٣٧- ويُعـــد دمـــج أو "تعميم" حقوق الإنسان في السياسات الوطنية والدولية مشروعاً كبيراً يستوجب قيام مجموعة متنوعة من الجهات باتخاذ طائفة من التدابير. ومن هذه التدابير اعتماد نهج للمؤشرات الصحية يقوم على حقوق الإنسان. ويأمل المقرر الخاص أن يكون هذا الفصل ذا فائدة للوكالات المتخصصة وهيئات الأمم المتحدة الأخرى المهتمة بقضايا الصحة التي تعمل جاهدة على تعزيز فعاليتها وإدماج حقوق الإنسان في عملها.

٣٨- وخلاصة القول إن المؤشرات قد تساعد، في سياق الحق في الصحة، الجهات التالية:

(أ) الموظفين العموميين الوطنيين الذين يهتمون بقضايا الصحة؛

(ب) الهيئات التشريعية التي ترصد أداء السلطة التنفيذية؛

(ج) المحـــاكم، ومؤسســـات حقوق الإنسان والجهات الوطنية الأخرى المسؤولة عن الفصل فيما إذا كانت الدولة تضطلع أو لا تضطلع بواجباتها المتعلقة بالحق في الصحة؛

(د) الوكالات المتخصصة وهيئات الأمم المتحدة الأخرى التي تعمل في إطار شراكة مع الدولة بشأن قضايا الصحة؛

(هـ) هيئات الأمم المتحدة المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان والمسؤولة عن رصد ما إذا كانت الدولة تضطلع أو لا تضطلع بواجباتها المتعلقة بالحق في الصحة؛

(و) المنظمات غير الحكومية المهتمة بقضايا الصحة.

مثال توضيحي: استخدام نسبة الولادات التي تتم برعاية موظفي صحة مهرة كمؤشر

٣٩- يبيّن هذا الفرع، على سبيل الإيضاح، كيف يمكن استخدام أحد المؤشرات المفصّلة - نسبة الولادات التي تتم برعاية موظفي صحة مهرة - فيما يتعلق بالحق في الصحة. ولا يحدد هذا الفرع نهجاً للمؤشرات الصحية يقوم على حقوق الإنسان. ولكن، بعد توضيح دور هذا المؤشر (ومعاييره المرجعية) فيما يتعلق بالحق في الصحة، تقدّم الفروع اللاحقة نهجاً للمؤشرات الصحية يقوم على حقوق الإنسان.

٤٠- وتُعد الصحة الجنسية والإنجابية عنصرين لا ينفصلان عن الحق في الصحة[١٦]. ولهذا تحتاج الدول إلى وسيلة لقياس ما إذا كانت تقوم أو لا تقوم تدريجياً بإعمال الحق في الصحة الجنسية والإنجابية. وهنالك العديد من المؤشرات ذات الصلة، بما في ذلك نسبة الولادات التي تتم برعاية موظفي صحة مهرة. وقد تنتقي الدولة هذا المؤشر كأحد المؤشرات التي تستخدمها لقياس الإعمال التدريجي للحق في الصحة الجنسية والإنجابية.

٤١- وقد تظهر البيانات الوطنية أن نسبة الولادات التي تتم برعاية موظفي صحة مهرة تبلغ ٦٠ في المائة. وقد تكشف هذه البيانات، عند تصنيفها على أساس حضري/ريفي، أن النسبة تبلغ ٧٠ في المائة في المراكز الحضرية ولكن ٥٠ في المائة فقط في المناطق الريفية. وعندما يجري المزيد من التصنيف للبيانات على أساس الانتماء الإثني، يمكن أن تُظهر البيانات أيضا أن التغطية غير متساوية في المناطق الريفية: فالمجموعة العرقية الغالبة تتمتع بتغطية تصل إلى ٧٠ في المائة في حين تقتصر التغطية لدى المجموعة العرقية التي تمثل الأقلية على ٤٠ في المائة. ويُوضح هذا المثال الأهمية الحاسمة للتصنيف كوسيلة لمعرفة ما إذا كان هنالك تمييز بحكم الأمر الواقع. ويؤكد المؤشر، عند تصنيفه، أن النساء الريفيات المنحدرات من الأقلية العرقية محرومات على وجه الخصوص وبحاجة إلى اهتمام خاص.

٤٢- وانسجاماً مع الإعمال التدريجي للحق في الصحة، ربما تقرر الدولة تحقيق تغطية وطنية موحدة تبلغ نسبتها ٧٠ في المائة في المناطق الحضرية والريفية على حد سواء لجميع المجموعات الإثنية خلال فترة خمس سنوات. وعليه، يكون المؤشر هو نسبة الولادات التي تتم برعاية موظفي صحة مهرة، والمعيار المرجعي أو الهدف هو نسبة ٧٠ في المائة. وستقوم الدولة بصياغة وتنفيذ سياسات عامة وبرامج مُعدّة لتحقيق المعيار المرجعي البالغ ٧٠ في المائة خلال خمس سنوات. وتوضح البيانات أن السياسات العامة والبرامج يجب أن تكون مُعدّة خصيصاً للوصول إلى مجموعة الأقلية الإثنية التي تعيش في مناطق ريفية.

٤٣- وينبغي رصد التقدم السنوي المُحرز نحو بلوغ المعيار المرجعي أو الهدف، الأمر الذي قد يتطلب على ضوء ذلك إجراء تعديلات سنوية في السياسات. وفي نهاية فترة السنوات الخمس سيتيح وجود آلية للمراقبة والمساءلة التأكد مما إذا كان المعيار المرجعي، وهو نسبة الـ ٧٠ في المائة، قد تحقق أم لا بالنسبة للمناطق الحضرية والريفية ولجميع المجموعات العرقية. وفي حالة بلوغ الهدف، تُحدد الدولة معياراً مرجعياً أكثر طموحاً لفترة السنوات

الخمس التالية ينسجم مع واجبها المتمثل في الإعمال التدريجي للحق في الصحة. أمَّا إذا فشلت الدولة في بلوغ المعيار المرجعي المذكور بالنسبة للجميع، فينبغي أن تُعرف الأسباب وتُتخذ الإجراءات العلاجية.

٤٤- والشيء المهم هو أن فشل الدولة في تحقيق المعيار المرجعي لا يعني بالضرورة أن الدولة أخلَّت بالتزاماتها الدولية بشأن الحق في الصحة. فقد تكون الدولة قد عجزت عن بلوغ هذا المعيار لأسباب خارجة عن إرادتها. بيد أنه إذا أثبتت آلية المراقبة والمساءلة أن نسبة الـ ٧٠ في المائة كمعيار مرجعي لم تتحقق نتيجة للفساد في القطاع الصحي مثلاً، فمن المحتمل، عند التوصل إلى هذا الاستنتاج، أن تكون الدولة لم تف بالتزاماتها الدولية بشأن الحق في الصحة.

٤٥- وتشكل المساعدة والتعاون الدوليان عنصرا هاماً من عناصر الحق في الصحة. فالجهات المانحة مسؤولة عن تقديم المساعدة المالية وغيرها لسياسات البلدان النامية وبرامجها المتعلقة بعدة أمور منها، الصحة الجنسية والإنجابية. وإضافة إلى ذلك، ينبغي مساءلة الجهات المانحة فيما يتعلق بالوفاء بمسؤوليتها. وعطفاً على المثال المقدَّم في الفقرات السابقة، ثمة حاجة إلى مؤشرات لقياس ما قامت به الجهات المانحة لمساعدة الدولة على تنفيذ سياسات سليمة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. وهنالك أيضا حاجة إلى آلية مراقبة ومساءلة ترد على السؤال التالي: هل قامت الجهات المانحة بكل ما في وسعها لمساعدة الدولة على تنفيذ سياسات سليمة فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية لتحقيق معيارها المرجعي البالغ ٧٠ في المائة؟

٤٦- وبطبيعة الحال، تثير هذه القضايا - المؤشرات وآليات المساءلة الخاصة بالجهات المانحة - أسئلة معقدة. ومع ذلك، فإن المؤشرات وآليات المساءلة التي تركز حصراً على مسؤوليات البلدان النامية ولا تشمل مسؤوليات الجهات المانحة هي مؤشرات وآليات غير منصفة، ويشوبها خلل، وتفتقر إلى المصداقية.

٤٧- وخلاصة القول إن المؤشر المصنّف، مثل نسبة الولادات التي تتم برعاية موظفي صحة مهرة، عندما يُستخدَم مع معايير مرجعية، قد يساعد الدولة على تحديد السياسات الناجحة والسياسات غير الناجحة. وعلاوة على ذلك، يمكن أن يساعد أيضا على مساءلة الدولة فيما يتعلق بقيامها بمسؤولياتها الناشئة عن الحق في الصحة. وبالطبع، لا يمكن لمؤشر واحد، حتى في حالة تصنيفه، أن يحيط بكل الأبعاد الضرورية من منظور حقوق الإنسان. ولهذا السبب، هنالك حاجة إلى مؤشرات أخرى ستتم مناقشتها أدناه. وعلى الرغم من ذلك، يبيّن هذا المثال التوضيحي كيف أن المؤشر المصنف، عندما يُستخدم مع معيار مرجعي، يمكن أن يؤدي إلى تقديم بعض المعلومات المفيدة عن الإعمال التدريجي للحق في أعلى مستوى ممكن بلوغه من الصحة.

نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان

٤٨- يستخدم الموظفون الصحيون وواضعو السياسات باستمرار مجموعة كبيرة للغاية من المؤشرات الصحية، مثل نسبة الولادات التي تتم برعاية موظفي صحة مهرة، ومعدلات وفيات الأمهات، ومعدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب. فهل يمكن ببساطة تبني هذه المؤشرات الصحية وتسميتها "مؤشرات تتعلق بحقوق الإنسان" أو "مؤشرات الحق في الصحة"؟ أو هل أن المؤشرات التي ستستخدم لرصد حقوق الإنسان والحق في الصحة تحتاج إلى بعض السمات الخاصة؟ وإذا كان الأمر كذلك، ما هي هذه السمات الخاصة؟

٤٩- وكما خلُص المقرر الخاص في التقرير الذي قدمه إلى الجمعية العامة (٢٠٠٤)، يمكن استخدام المؤشرات الصحية لرصد الجوانب المتعلقة بالإعمال التدريجي للحق في الصحة، شريطة أن تتصف هذه المؤشرات بما يلي:

(أ) *أن تتفق، بدرجة من الدقة، مع معيار من معايير الحق في التمتع بالصحة*. فلا بد من وجود قدر معقول من التوافق - أو الصلة - بين المؤشر ومعيار من معايير الحق في الصحة. وفي حالة نسبة الولادات التي تتم برعاية موظفي صحة مهرة مثلاً، هنالك درجة معقولة من الدقة في التوافق مع عدة معايير لحقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الصحة والحياة للأم والطفل على نحو ما ورد في الفقرة ٢(أ) من المادة ٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل؛

(ب) *أن تُصنف على الأقل بحسب الجنس والعرق والانتماء الإثني والقروي/الحضري والوضع الاجتماعي والاقتصادي*. فتهتم حقوق الإنسان بشكل خاص بالأفراد والمجموعات المحرومة. وينعكس هذا الاهتمام على العديد من الأحكام الواردة في قانون حقوق الإنسان الدولي، وليس أقلها تلك التي تنص على مبادئ المساواة وعدم التمييز. وعلى الرغم من أن المؤشر الصحي قد يكون مصنفاً أو غير مصنف، فإنه يتحتم، من منظور حقوق الإنسان، أن تكون جميع المؤشرات ذات الصلة مصنّفة. والقضية الأكثر تعقيداً تتمثل في معرفة الأسس التي ينبغي تصنيف المؤشرات على أساسها؟ والغاية من التصنيف، من منظور حقوق الإنسان، هي التصنيف بما يتفق مع أكبر عدد ممكن من أسباب التمييز المحظورة دولياً[١٧]. ومع ذلك، لا يزال تجميع البيانات المصنّفة يمثل تحدياً كبيراً بالنسبة للعديد من الدول. و غالباً ما لا تتوفر بيانات مصنّفة بسبب الإمكانيات المحدودة. وثمة تعقيد آخر هو: ارتباط الضعف والتمييز بسياقات محددة. فقد تكون مجموعة من المجموعات ضعيفة بصورة خاصة في سياق ما لكنها قد لا تكون كذلك في سياق آخر. وعليه، قد توجد أسباب قوية، في سياق وطني محدد، لإعطاء الأولوية لتجميع بعض البيانات المصنفة دون سواها. وإضافة إلى ذلك، سوف تتطلب بعض القضايا الصحية تصنيف البيانات على أسس محددة؛ فعلى سبيل المثال، يكون التصنيف على أساس العمر جوهرياً في سياق الصحة الجنسية والإنجابية نظراً لأهمية الصحة الجنسية والإنجابية *بالنسبة للمراهقين*. ومع أخذ هذه الملاحظات في الاعتبار، يرى المقرر الخاص أن المؤشرات ذات الصلة ينبغي تصنيفها بشكل معتاد، على الأقل، بحسب الجنس والعرق والانتماء الإثني والقروي/الحضري والوضع الاجتماعي والاقتصادي. بيد أن هذه الأسس المستخدمة في التصنيف يجب أن تستعرض في ضوء `١` الإمكانيات، `٢` السياق، `٣` المسألة الصحية ذات الصلة؛

(ج) *أن تُستكمل بمؤشرات إضافية ترصد خمس سمات أساسية ومترابطة للحق في الصحة هي*[١٨]:

`١` *استراتيجية وخطة عمل وطنيتان تشملان الحق في الصحة*. هنالك حاجة إلى مؤشرات لقياس هذه السمة الأساسية لأن الحق في الصحة يستدعي أن تكون للدولة استراتيجية وخطة عمل وطنيتان تشملان الحق في الصحة، بما في ذلك إتاحتها للجميع[١٩]؛

`٢` *مساهمة الأفراد والجماعات، لا سيما أكثر الفئات ضعفاً وتعرضاً للحرمان، في صياغة السياسات والبرامج الصحية*. فبما أن المشاركة من السمات الأساسية للحق في الصحة، هنالك حاجة إلى مؤشرات لقياس درجة المشاركة في وضع السياسات والبرامج، بما في ذلك مراقبة جودة الخدمات[٢٠]؛

`٣` *الوصول إلى المعلومات الصحية، فضلاً عن سريّة البيانات الصحية الشخصية.* بما أن الوصول إلى المعلومات الصحية يمثل إحدى السمات الأساسية للحق في الصحة، فهنالك حاجة إلى مؤشرات لقياس مدى إتاحة المعلومات للجميع وإمكانية وصولهم إليها. والمعلومات الصحية تمكن الأشخاص، ضمن أمور أخرى، من تعزيز صحتهم الفردية ومطالبة الدولة والجهات الأخرى بتوفير خدمات جيدة. ومن الجلي أن السمات الأساسية الأخرى ذات الصلة بالحق في الصحة، مثل المشاركة الهادفة، تعتمد على إمكانية الوصول إلى معلومات موثوقة فيما يتعلق بالقضايا الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، ونظراً للشروط التي تنص على سريّة البيانات الصحية الشخصية، هنالك أيضا حاجة إلى مؤشرات لمعرفة مدى مراعاة هذه السريّة؛

`٤` *المساعدة والتعاون من الجهات المانحة فيما يتعلق بالتمتع بالحق في الصحة في البلدان النامية.* فالحق في الصحة يضع على عاتق الدول المتقدمة التزاماً باتخاذ تدابير تساعد البلدان النامية على إعمال هذا الحق[٢١]. وعليه، هنالك حاجة إلى مؤشرات لمعرفة مدى اضطلاع الجهات المانحة بهذه المسؤولية؛

`٥` *آليات رصد ومساءلة فعالة و يمكن الوصول إليها.* بما أن الحق في الصحة يستلزم مساءلة جميع من لديهم مسؤولية تتعلق بالصحة عن تصرفاتهم، فهنالك حاجة إلى مؤشرات لمعرفة مدى إتاحة آليات رصد ومساءلة فعالة ويمكن الوصول إليها[٢٢].

٥٠- ولا يمكن لمؤشر واحد الجمع بين كل هذه السمات. وعليه، من الأفيد التفكير في نهج مؤشرات قائم على حقوق الإنسان بدلاً من البحث عن مؤشرات فردية للحق في الصحة. وبمعنى آخر، بينما يستحيل أن يجمع مؤشر واحد بين جميع السمات المشار إليها في الفقرة السابقة، يمكن تحديد *طائفة* من المؤشرات التي تتوفر فيها *مجتمعة* هذه السمات. ويمكن أن تقوم عدة مؤشرات مجتمعة بمساعدة الدولة على رصد الإعمال التدريجي للحق في الصحة. وباختصار، يمكن لمجموعة من المؤشرات المناسبة أن تشكل *مجتمعةً* نهج مؤشرات صحية يقوم على حقوق الإنسان.

مشكلة المصطلحات

٥١- يتبين من الأدبيات المتاحة في هذا الصدد وجود عدد كبير من المؤشرات الصحية. غير أن هناك صعوبة أساسية متعلقة بهذا المجال. إذ لا توجد طريقة متفق عليها أو ثابتة لتحديد فئات مختلف أنواع المؤشرات الصحية ومسمياتها. وعلى سبيل المثال، يمكن الإشارة إلى الفئات والمسميات التالية من المؤشرات: الأداء، الإحصاء، المتغيرات، العمليات، السلوك، النتائج، النواتج، النتيجة، الإنجاز، الهياكل، الفرز، النوعية، الكمية، المؤشرات الأساسية، والمصنفة في درجات. ويمكن أن يرد المؤشر نفسه في عدة فئات. ويثير تعدد المسميات المتداخلة قدراً كبيراً من الالتباس. والشيء المهم هو أنه يجعل النقاش يقتصر على نخبة صغيرة من الخبراء الصحيين. كما أن الافتقار إلى نهج موحد لتصنيف المؤشرات الصحية يشكل تحديا للجهات التي ترغب في الأخذ بنظام بسيط ومتسق ورشيد فيما يتعلق بمؤشرات الحق في الصحة القائمة على حقوق الإنسان.

٥٢- ولإحراز تقدم في هذا الصدد، لا بد من وجود قدر من الوضوح الاصطلاحي ومن الاتساق. وفي عام ٢٠٠٣، اقترح المقرر الخاص إيلاء اهتمام خاص للفئات الثلاث التالية من المؤشرات وهي: *المؤشرات الهيكلية*،

ومؤشرات العمليات ومؤشرات النواتج. وهذه الفئات والمسميات مفهومة على نطاق واسع على الرغم من عدم وجود إجماع بشأنها في الأدبيات الصحية. كما أنها واضحة نسبياً. وتستخدمها بعض الإدارات التابعة لمنظمة الصحة العالمية، مثل إدارة العقاقير الأساسية وسياسة الأدوية. كما بدأ استخدام هذه المصطلحات الثلاثة منذ عام ٢٠٠٣ من قِبل المفوضية السامية لحقوق الإنسان وجهات أخرى. واعتمد إيي ريديل، نائب رئيس اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، هذه المصطلحات والفئات. ويرى المقرر الخاص أن هذه المسميات مفيدة شأنها شأن التصنيفات الأخرى (إن لم تكن أفضل منها). وبما أن الاتساق الاصطلاحي سيقدم مساعدة كبيرة للدول والمنظمات الحكومية الدولية وجماعات المجتمع المدني وغيرها، فإنه يوصي بأن يتم، لدى صوغ مؤشرات حقوق الإنسان المتعلقة بالحق في الصحة، تصنيف هذه المؤشرات كمؤشرات هيكلية ومؤشرات عمليات ومؤشرات نواتج.

٥٣- ويقوم المقرر الخاص في الفقرات التالية بتعريف المؤشرات الهيكلية ومؤشرات العمليات ومؤشرات النواتج. ويوافق على أنه ليس من السهل دائما تبيين الفرق بين هذه الفئات بوضوح. ولا شك في أن التعاريف بحاجة إلى المزيد من التوضيح. ومع ذلك، يقترح أن تُستخدم التعاريف التالية كتعاريف عملية.

٥٤- تتناول *المؤشرات الهيكلية* ما إذا كانت الهياكل والآليات الأساسية التي تعتبر ضرورية لإعمال الحق في الصحة أو التي تفضي إلى إعمال هذا الحق قائمة أم لا. وهي تكون في الغالب (ولكن ليس دائماً) في شكل سؤال إجابته بنعم أو لا. وعلى سبيل المثال، قد تتناول التصديق على معاهدات دولية تشمل الحق في الصحة؛ أو إقرار قوانين وسياسات وطنية تهدف بوضوح إلى تعزيز وحماية الحق في الصحة؛ أو تتناول وجود آليات مؤسسية أساسية تيسّر إعمال الحق في الصحة، بما في ذلك وكالات تنظيمية.

٥٥- وتقيِّم *مؤشرات العمليات* البرامج والأنشطة وعمليات التدخل، وتقيس الجهد الحقيقي الذي بذلته الدولة. وفيما يلي بعض الأمثلة على مؤشرات العمليات: نسبة الولادات التي تمت برعاية موظفي صحة مهرة؛ عدد المرافق التي توفر رعاية توليد أساسية لكل ٥٠٠ ٠٠٠ نسمة؛ النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي تلقين المشورة والفحص الطبي فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ عدد الأشخاص الذين حصلوا على معلومات صحية تتعلق برعاية الأمومة وحديثي الولادة، وخدمات تنظيم الأسرة، والأمراض المنقولة عن طريق الجنس؛ وعدد البرامج التدريبية والحملات العامة التي نظمتها المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان خلال السنوات الخمس الماضية بشأن الحقوق المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية. ومؤشرات العمليات من هذا القبيل يمكن أن تساعد على التنبؤ بالنواتج المتعلقة بالصحة.

٥٦- وتقيس *مؤشرات النواتج* تأثير البرامج والأنشطة وعمليات التدخل على الوضع الصحي وما يتصل به من المسائل. وتشمل مؤشرات النواتج معدل وفيات الأمهات، ومعدل وفيات الأطفال، ومعدل انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ونسبة النساء اللاتي لديهن معرفة بوسائل منع الحمل.

٥٧- وبينما ستكون المؤشرات الهيكلية في الغالب في صيغة سؤال يحتمل الإجابة بنعم أو لا، فإن مؤشرات العمليات والنواتج ستستخدم في الغالب مع معايير مرجعية أو أهداف لقياس التغير الذي يطرأ مع مرور الوقت. ومع ذلك، لا يوجد سبب يوضح من الناحية المفاهيمية. لم لا يمكن للأنواع الثلاثة من المؤشرات أن تولّد *إما* إجابة بنعم أو لا، *أو* أن تُستخدم مع معايير مرجعية لقياس التغيير الذي يطرأ مع مرور الوقت.

٥٨- ويهتم المقرر الخاص على وجه التحديد بالمؤشرات التي يمكن أن تستخدمها الدول وجهات أخرى لقياس الإعمال التدريجي للحق في الصحة. وعليه، فهو يهتم بصفة خاصة بالمؤشرات التي تقيس ما يطرأ من تغير مع مرور الوقت إذا استُخدِمت مع معايير مرجعية. ومع ذلك، فإن المؤشرات التي تطرح أسئلة تكون الإجابة عليه بنعم أو لا فقط قد توفّر أيضا معلومات مفيدة بشأن التزام الدولة بإعمال الحق في الصحة. وتتمتع هذه المؤشرات بميزة إضافية تتمثل في أن المعلومات الضرورية يمكن تجميعها عادة بصورة سريعة من خلال استبيان فعال بالمقارنة بالتكلفة.

٥٩- ويمكن في بعض الأحيان الربط بصورة معقولة بين مؤشر هيكلي (هل توجد استراتيجية وخطة عمل لتقليل الوفيات النفاسية؟)، ومؤشر عمليات (نسبة الولادات التي تتم برعاية موظف صحي مدرّب)، ومؤشر نواتج (معدل وفيات الأمهات). بيد أن مؤشرات النواتج غالباً ما تعكس العديد من العوامل المعقدة والمترابطة. وسيكون من الصعب في الغالب إيجاد علاقات سببية راسخة بين المؤشرات الهيكلية ومؤشرات العمليات ومؤشرات النواتج - أي، بين السياسة العامة، والتدخل، وناتج الوضع الصحي.

٦٠- وكما شدّد المقرر الخاص في موضع آخر، فإن من الخطأ توقع الشيء الكثير من المؤشرات. فأحد المؤشرات الهيكلية، مثلاً، هو: هل تعطي الدولة الحق في الصحة صفة دستورية؟ فإذا كانت الإجابة "نعم" تكون هذه معلومة مفيدة. ولكن إذا كانت الصفة الدستورية للحق في الصحة لا تتيح على الإطلاق التَّقَاضِي بصورة ناجحة أو لا تؤخذ في الاعتبار عند رسم السياسات الوطنية، فإن هذا الحكم الدستوري محدود القيمة إلى حد كبير. ومع أخذ هذا الأمر في الحسبان، يقترح المقرر الخاص أن تُستكمل الإجابة على أي مؤشر بملاحظة أو حاشية موجزة ("سرد"). وعلى سبيل المثال، قد تكون الإجابة في المثال أعلاه هي: "نعم - ولكن ما زال يتعين إدماج هذا الحق في عملية وضع السياسات الصحية". وبطبيعة الحال، فإن حاشية موجزة كهذه لا تزيل القيود المتشعبة التي تتصف بها المؤشرات، ومع ذلك، يمكن أن تساعد على إعطاء صورة أكمل للحق في الصحة في الدولة المعنية بدلاً من مجرد الإجابة بنعم/لا أو إعطاء إجابة بالأرقام.

٦١- وترد في المرفق أمثلة محددة إضافية للمؤشرات الهيكلية ومؤشرات العمليات ومؤشرات النواتج[٢٣].

ثالثاً - الاستنتاجات والتوصيات

الحق في نظام صحي فعال ومتكامل ومتاح للجميع

٦٢- يمكن فهم الحق في الصحة على أنه الحق في نظام صحي فعال ومتكامل يشمل الرعاية الصحية والمحدّدات الأساسية للصحة، ويستجيب للأولويات الوطنية والمحلية، ويكون متاحاً للجميع.

٦٣- وإحدى السمات الأبرز للأهداف الإنمائية للألفية هي الأهمية القصوى التي تعلقها على الصحة. ولا يمكن تحقيق هذه الأهداف من دون نظم صحية فعالة ومتاحة للجميع. وقد أكد مؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٥ أن للبلدان النامية والمتقدمة دوراً أساسياً في إقامة نظم صحية فعالة وشاملة في بلدان الشمال وبلدان الجنوب على حد سواء. ووافق القادة خلال مؤتمر القمة العالمي على أن يعتمدوا في عام ٢٠٠٦ "استراتيجيات إنمائية وطنية شاملة" لتحقيق عدة أمور منها، الأهداف الإنمائية للألفية.

٦٤- ويحث المقرر الخاص وزراء الصحة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل على وضع برامج صحية وطنية تكون جريئة بما يكفي لتحقيق الأهداف الصحية. وينبغي أن تبرز هذه البرامج المتطلبات المالية الفعلية اللازمة لإقامة نظم صحية متاحة للجميع، وأن تشكل جزءاً أساسياً من "الاستراتيجيات الإنمائية الوطنية الشاملة" التي طلب مؤتمر القمة العالمي اعتمادها. ويجب على بلدان الشمال وبلدان الجنوب أن تقوم، على وجه الاستعجال، باتخاذ تدابير متفق عليها لإقامة نظم صحية فعالة في البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية.

نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان

٦٥- إن الكثير من المؤشرات الصحية *القائمة*، والمستخدمة بشكل شائع من قِبل وزارات الصحة وجهات أخرى، يحتمل أن تلعب دوراً هاماً في قياس ورصد الإعمال التدريجي للحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

٦٦- ويمكن أن تستخدم المؤشرات الصحية لرصد جوانب الإعمال التدريجي للحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، شريطة أن تتصف هذه المؤشرات بما يلي:

(أ) أن تتفق، بدرجة من الدقة، مع معيار من معايير الحق في التمتع بالصحة؛

(ب) أن تُصنف على الأقل بحسب الجنس والعرق والانتماء الإثني والقروي/الحضري والوضع الاجتماعي والاقتصادي؛ وينبغي استعراض الأسس التي يقوم عليها التصنيف في ضوء القدرات، والسياق والقضايا الصحية ذات الصلة؛

(ج) أن تُستكمل بمؤشرات إضافية ترصد خمس سمات أساسية ومترابطة للحق في الصحة هي:

`١` استراتيجية وخطة عمل وطنيتان تشملان الحق في الصحة؛

`٢` مساهمة الأفراد والجماعات، لا سيما من أكثر الفئات ضعفاً وتعرضاً للحرمان، في صوغ السياسات والبرامج الصحية؛

`٣` الوصول إلى المعلومات الصحية، وسريّة البيانات الصحية الشخصية؛

`٤` المساعدة والتعاون الدوليان من الجهات المانحة فيما يتعلق بالتمتع بالحق في الصحة في البلدان النامية؛

`٥` آليات رصد ومساءلة فعالة ويمكن الوصول إليها؛

٦٧- وبينما يستحيل أن يجمع مؤشر واحد بين جميع السمات المشار إليها في الفقرة السابقة، يمكن تحديد *طائفة* من المؤشرات التي تتوفر فيها *مجتمعة* هذه السمات. وعليه، من الأفيد التفكير في *نهج مؤشرات صحية يقوم على حقوق الإنسان* بدلاً من البحث عن مؤشرات فردية للحق في الصحة.

٦٨- ونهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان لا يُعد مجرد أداة لمساعدة الدول وغيرها من الجهات على قياس ورصد الإعمال التدريجي للحق في الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، يتضمن هذا النهج سمات، مثل تصنيف المؤشرات، والمشاركة، والمساءلة، يحتمل أن يؤدي دمجها في السياسات والبرامج الصحية إلى تعزيز فعالية هذه السياسات والبرامج.

٦٩- وينبغي للدول، بقدر ما تقتضي الضرورة، تكييف مؤشراتها القائمة (كالأخذ بتصنيف ملائم)، وتحديد مؤشرات جديدة (كالمشاركة والمساءلة)، لكي تتسق ممارستها مع نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان المبين في هذا الفصل.

٧٠- ومن أجل مساعدة الدول الشريكة، ينبغي لوكالات الأمم المتحدة المتخصصة وهيئاتها الأخرى أن تقوم أيضا، بقدر ما تقتضي الضرورة، بتكييف مؤشراتها القائمة وتحديد مؤشرات جديدة بما يتفق مع نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان المبين في هذا الفصل.

٧١- وتُحث الهيئات المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان على أن تعتمد، في مبادئها التوجيهية المتعلقة بإعداد التقارير، و"حوارها البناء"، وملاحظاتها الختامية وغيرها من الوثائق، نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان المبين في هذا الفصل، وعلى أن تشجِّع الدول الأعضاء على اعتماد هذا النهج.

٧٢- وينبغي أن تستمر المفوضية السامية لحقوق الإنسان في لعب دورها الرئيسي والمحوري في وضع نهج يقوم على حقوق الإنسان للمؤشرات على وجه العموم، وللمؤشرات الصحية على وجه الخصوص.

٧٣- وينبغي للمنظمات غير الحكومية اعتماد نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان والمبين في هذا الفصل.

٧٤- وبينما يبين هذا الفصل منهجية لنهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان، هنالك حاجة إلى المزيد من العمل لتفعيل هذه المنهجية بشكل تام. وينبغي إيلاء المزيد من الاهتمام لما يلي على وجه الخصوص:

- وضع مؤشرات تقيس السمات الأساسية الخمس للحق في الصحة وهي: استراتيجية وخطة عمل وطنيتان؛ والمشاركة؛ والمعلومات الصحية، وسريّة البيانات الصحية الشخصية؛ والمساعدة والتعاون الدوليان؛ والرصد والمساءلة[٢٤]؛

- بحث كيف يمكن لنهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان أن يعكس بصورة مثلى الإطار التحليلي للحق في الصحة فيما يتعلق بإمكانية الوصول إلى هذا الحق، وإتاحته، ومقبوليته وجودته[٢٥].

٧٥- وسوف يقوم المقرر الخاص طيلة فترة عمله، بما في ذلك أثناء البعثات القطرية، بتعزيز نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان الذي تم تناوله في هذا الفصل. وهو يلتمس الحصول على تعليقات بشأن هذا النهج. وسوف يستمر في تنقيح هذا النهج في ضوء التجربة والتعليقات الواردة.

٧٦- ويعتبر تعدد المصطلحات المتعلقة بمختلف فئات المؤشرات الصحية مربكا للغاية وعقبة كأداء أمام التوصل إلى نهج سياسة صحية متسق ومنسجم وعقلاني. ومن أجل وضع نهج عام يكون مفهوما بالنسبة لغير المتخصصين، يوصي المقرر الخاص بشدة بأن يعتمد نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان المصطلحات والفئات الأساسية التالية: *المؤشرات الهيكلية*، *ومؤشرات العمليات*، *ومؤشرات النواتج*. ويوافق على أن تعاريف هذه المؤشرات جميعها سوف تحتاج إلى مراجعة وتنقيح في ضوء التجارب. كما يوافق على احتمال وجود حالات استثنائية تستوجب فئات إضافية من المؤشرات. ومع ذلك يوصي بشدة بأن يستعاض، كقاعدة عامة، عن المصطلحات القائمة المتعددة والمتداخلة بشكل يعيق إحراز تقدم، بالمؤشرات الهيكلية ومؤشرات العمليات ومؤشرات النواتج.

٧٧- وأخيرا، تواصلت لأكثر من عقد من الزمان مناقشات لا نهاية لها عن حقوق الإنسان والمؤشرات. ومن الأمور الملحة أن تتحول هذه المناقشات باطراد من النظرية إلى التطبيق. وبفضل العمل الذي قام به عدد كبير من الخبراء في مجال الصحة وحقوق الإنسان على مر العديد من السنوات، يزداد وضوح السمات الأساسية لنهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان. وبالطبع، سيشهد هذا النهج المزيد من التطور والنضج. وعلى الرغم من ذلك، يوصي المقرر الخاص بشدة بأن تبدأ جميع الأطراف باعتماد نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان المبين في هذا الفصل، وذلك كوسيلة لقياس ورصد الإعمال التدريجي للحق في أعلى مستوى ممكن بلوغه من الصحة، ولتعزيز فعالية السياسات والبرامج الصحية.

٧٨- وعلى سبيل الإيضاح، يقدم المرفق الملحق بهذا التقرير جدولا يطبق نهج المؤشرات القائم على حقوق الإنسان، كما ورد في هذا الفصل، على استراتيجية الصحة الإنجابية التي أيدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠٤.

Notes

[1] The statement is available at http://www.accessmeds.org/Statement.html.

[2] The Leaders' Call to Action can be accessed, and signed, at http://www.realizingrights.org.

[3] A/60/348, paras. 5-7.

[4] The Special Rapporteur's report of 2004 to the General Assembly explained how the right to health reinforces the Goals and could contribute to their achievement (A/59/422).

[5] See 2005 World Summit Outcome (A/RES/60/1, para. 57 (a), also 68 (i)). Also see the United Nations Millennium Project's "Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals" and the Project's Task Force report "Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children".

[6] See the Special Rapporteur's report of 2004 to the General Assembly, especially paragraphs 32-35 and 42-46.

[7] Paragraph 22 (a). Also see paragraph 22 (c).

[8] See L. Freedman, *Achieving the MDGs: Health Systems as Core Social Institutions*, DEVELOPMENT 2005, pp. 1-6.

[9] See, e.g. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), article 2, paragraph 1.

[10] Paragraph 98.

[11] See A/58/427; A/59/422.

[12] A/58/427, para. 6.

[13] A/59/422, paras. 81 and 83. This approach is informed by the principle confirmed in article 5 of the Vienna Declaration and Programme of Action: "All human rights are universal, indivisible and interdependent and interrelated."

[14] Progressive realization is also an implicit feature of the Millennium Development Goals. Indicators and benchmarks are needed to monitor progress towards the achievement of the Goals.

[15] 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.

[16] As confirmed by the Commission on Human Rights in resolution 2003/28, preamble and paragraph 6.

[17] According to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), the prohibited grounds include "race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, physical or mental disability, health status (including HIV/AIDS), sexual orientation and civil, political, social or other status". General comment No. 14, paragraph 18.

[18] The following paragraphs (i)-(v) are intended only to signal the five essential features. While work has been done elsewhere to explore each feature, more is needed.

[19] CESCR, general comment No. 14, paragraph 43 (f).

[20] See, e.g., E/CN.4/2004/49/Add.1, paragraph 27; E/CN.4/2005/51, paragraphs 59-61.

[21] See, e.g., A/59/422, paragraphs 32-35.

[22] Ibid., paragraphs 36-46.

[23] Also see the Special Rapporteur's General Assembly reports of 2003 and 2004 (A/58/427 and A/59/422).

[24] The starting point for further developing such indicators is to clarify the scope - or normative content - of each of the five essential features.

[25] This framework derives from CESCR's general comment No. 14 and has been elaborated upon and applied by the Special Rapporteur in several of his reports e.g. E/CN.4/2005/51 paragraph 46.

مرفق

نهج مؤشرات يقوم على حقوق الإنسان فيما يتعلق باستراتيجية الصحة الإنجابية التي أيدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠٤

١- ينبغي أن يُقرأ الجدول التالي مع الفصل المعنون "نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان" الوارد في تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية (E/CN.4/2006/48، المؤرخ ٢٣ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٥). ويطبّق الجدول نهج المؤشرات القائم على حقوق الإنسان، كما ورد في ذلك الفصل، على استراتيجية الصحة الإنجابية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية وأيدتها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠٠٤.

٢- وتحدد استراتيجية الصحة الإنجابية لمنظمة الصحة العالمية خمس أولويات أو سمات "أساسية" للصحة الإنجابية والجنسية. ويتم تناول كل منها على حده في الجدول التالي. وتُعد حقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة، بمثابة "مبدأً توجيهياً" لاستراتيجية منظمة الصحة العالمية.

٣- وإذا كان على المقرر الخاص وضع استراتيجية للصحة الإنجابية، فإن تلك الاستراتيجية ستتميز ببعض السمات التي لا توجد في استراتيجية منظمة الصحة العالمية (وعموماً، انظر تقريره E/CN.4/2004/49 المؤرخ ١٦ شباط/فبراير ٢٠٠٤). ومع ذلك، فإنه يعتمد، للأغراض الراهنة، استراتيجية منظمة الصحة العالمية ويسعى إلى تقديم رد أولي على السؤال التالي: "ما هي المؤشرات التي ستكون مطلوبة إذا أُريد تطبيق نهج للمؤشرات يقوم على حقوق الإنسان على استراتيجية الصحة الإنجابية لمنظمة الصحة العالمية؟".

٤- وكما تم توضيحه في الفصل المشار إليه آنفاً، يمكن استخدام مؤشر صحي لرصد جوانب الإعمال التدريجي للحق في أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة بشروط معينة، منها أن يكون المؤشر مطابقاً، بشيء من الدقة، لأحد معايير الحق في الصحة. وتتطابق جميع المؤشرات الصحية الواردة في الجدول التالي، بقدر كاف من الدقة، مع واحد أو أكثر من معايير الحق في الصحة، بما في ذلك ما يلي: الفقرة ٢(أ) و(د) و(و) من المادة ٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل، والفقرة ٢(أ) و(ج) و(د) من المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والفقرة (ه) `٤` من المادة ٥ من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، والمادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

٥- ومن المهم ألا يؤدي نهج المؤشرات القائم على حقوق الإنسان إلى توليد عدد كبير جداً من المؤشرات. ومن الجوهري أيضاً أن تكون المؤشرات واضحة نسبياً وأن يكون في مقدور غالبية الدول تجميعها. ولا معنى لتحديد عدد كبير من المؤشرات يتجاوز الكثير منها إمكانيات غالبية الدول. وعليه، ينبغي أن تكون المؤشرات إما متاحة بشكل عام أو متاحة من دون الكثير من النفقات الإضافية. ويمكن إكمال كل مؤشر بحاشية أو تعليق توضيحيين وجيزين للغاية.

٦- والمؤشرات الواردة في الجدول التالي ليست شاملة أو نهائية. وقد ترغب الدولة في أن تضيف إلى الجدول أو أن تحذف منه. ومع ذلك، يأمل المقرر الخاص أن تساعد المؤشرات التالية الدول الملتزمة برصد الإعمال التدريجي للحق في الصحة وغيرها من الدول.

٧- وسيتلقى المقرر الخاص مع الامتنان أية تعليقات تتصل بكيفية تعزيز نهج المؤشرات الصحية القائم على حقوق الإنسان، على نحو ما ورد في الفصل المرافق وتم تطبيقه في الجدول التالي. كما يعرب عن بالغ الامتنان لجميع من أسدوا مشورة لا غنى عنها فيما يتعلق بهذا المرفق، وعلى وجه الخصوص شعبة الصحة الإنجابية والبحوث التابعة لمنظمة الصحة العالمية. واستعان المقرر الخاص أثناء إعداد الجدول بوثيقة - يوصي بشدة بالاطلاع عليها - معنونة *استخدام حقوق الإنسان من أجل صحة الأمهات والمواليد: أداة لتعزيز القوانين والسياسات العامة ومستويات الرعاية*، وقد اشترك في نشرها إدارة الصحة الإنجابية والبحوث التابعة لمنظمة الصحة العالمية، وبرنامج الصحة الدولية وحقوق الإنسان، مركز فرانسوا - كزافييه بانيو من أجل الصحة وحقوق الإنسان التابع لكلية هارفارد للصحة العامة (٢٠٠٥). ويرحب على وجه الخصوص بتلقي اقتراحات عن كيفية تعزيز المؤشرات فيما يتعلق بالسمات الخمس الأساسية للحق في الصحة المحددة في الفقرة ٤٩(ج) من الفصل المرافق.

الجدول

مؤشرات الحق في الصحة

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السياق القانوني الأساسي	المؤشر الهيكلي ١- هل صدَّقت الدولة على المعاهدات الدولية التالية التي تقر الحق في الصحة: (أ) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؟ (نعم/لا) (ب) اتفاقية حقوق الطفل؟ (نعم/لا) (ج) اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة؟ (نعم/لا) (د) الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري؟ (نعم/لا) المؤشر الهيكلي ٢- هل يشتمل دستور الدولة على الحق في الصحة؟ (نعم/لا) المؤشر الهيكلي ٣- هل تعترف تشريعات الدولة صراحةً بالحق في الصحة، بما في ذلك الحق في الصحة الإنجابية والجنسية؟ (نعم/لا)	مؤشر العمليات ١- عدد ما قدمته الدولة من تقارير إلى الهيئات التعاهدية التي ترصد المعاهدات التالية: (أ) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. (ب) اتفاقية حقوق الطفل. (ج) اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة؟ (د) الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري؟ مؤشر العمليات ٢- عدد القرارات القضائية الوطنية التي تناولت حقوق الصحة الجنسية والإنجابية خلال السنوات الخمس الماضية.	

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السياق المالي الأساسي	المؤشر الهيكلي ٤- هل للدولة قانون يكفل *حصول الجميع* على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية؟ (*نعم/لا*)	مؤشر العمليات ٣- النسبة المئوية لميزانية الحكومة المخصصة للصحة. مؤشر العمليات ٤- النسبة المئوية *لميزانية الصحة* المخصصة للصحة الجنسية والإنجابية. مؤشر العمليات ٥- النسبة المئوية *للمصروفات* الحكومية الموجهة إلى الصحة الجنسية والإنجابية. مؤشر العمليات ٦- *مصروفات* الصحة الجنسية والإنجابية للفرد	
الاستراتيجية وخطة العمل الوطنيتان	المؤشر الهيكلي ٥- هل للدولة استراتيجية وخطة عمل وطنيتان للصحة الجنسية والإنجابية؟ (*نعم/لا*) المؤشر الهيكلي ٦- هل تنص الاستراتيجية/خطة العمل على حصول الجميع على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية؟ (*نعم/لا*) المؤشر الهيكلي ٧- هل الاستراتيجية/خطة العمل: (أ) تعترفان صراحة بالحق في الصحة الجنسية والإنجابية؟ (*نعم/لا*)	مؤشر العمليات ٧- هل تقوم الدولة بتجميع بيانات ملائمة لتقييم الأداء بموجب الاستراتيجية/خطة العمل، وخصوصاً فيما يتعلق بالفئات الضعيفة؟ (*نعم/لا*)	

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
الاستراتيجية وخطة العمل الوطنيتان (*تابع*)	(ب) تحددان ما يلي بوضوح؟ `١` الأهداف (نعم/لا) `٢` الأطر الزمنية؟ (نعم/لا) `٣` من تقع عليهم التزامات وما هي مسؤولياتهم؟ (نعم/لا) `٤` إجراءات الإبلاغ؟ (نعم/لا) (ج) تشتملان تحديداً على تدابير لفائدة المجموعات الضعيفة؟ (نعم/لا)		
المشاركة	المؤشر الهيكلي ٨- هل تضع الاستراتيجية/خطة العمل إجراءات تتبعها الدولة بغية التشاور بانتظام مع مجموعة واسعة من ممثلين عن الفئات التالية عند القيام بصياغة وتنفيذ ورصد سياسة الصحة الجنسية والإنجابية: (أ) المنظمات غير الحكومية؟ (نعم/لا) (ب) منظمات العاملين في المهن الصحية؟ (نعم/لا)	مؤشر العمليات ٨- هل تتشاور الدولة بانتظام مع مجموعة واسعة من ممثلين عن الفئات التالية عند القيام بصياغة وتنفيذ ورصد سياسة الصحة الجنسية والإنجابية: (أ) المنظمات غير الحكومية؟ (نعم/لا) (ب) منظمات العاملين في المهن الصحية؟ (نعم/لا) (ج) الحكومات المحلية؟ (نعم/لا)	

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
المشاركة (*تابع*)	(ج) الحكومات المحلية؟ (*نعم/لا*) (د) زعماء المجتمع المحلي؟ (*نعم/لا*) (هـ) الفئات الضعيفة؟ (*نعم/لا*) (و) القطاع الخاص؟ (*نعم/لا*)	(د) زعماء المجتمع المحلي؟ (*نعم/لا*) (هـ) الفئات الضعيفة؟ (*نعم/لا*) (و) القطاع الخاص؟ (*نعم/لا*)	
المعلومات	المؤشر الهيكلي ٩- هل يحمي قانون الدولة الحق في التماس المعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية واستلامها ونشرها؟ (*نعم/لا*) المؤشر الهيكلي ١٠- هل للدولة استراتيجية/خطة عمل لنشر المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للجمهور؟ (*نعم/لا*) المؤشر الهيكلي ١١- هل تحدد الاستراتيجية/خطة العمل إجراءات تتبعها الدولة لتقدم بانتظام معلومات عن سياساتها المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية إلى: (أ) المنظمات غير الحكومية؟ (*نعم/لا*)	مؤشر العمليات ٩- النسبة المئوية للأشخاص الذين تصلهم المعلومات المتعلقة بما يلي: (أ) رعاية الأمهات وحديثي الولادة (ب) خدمات تنظيم الأسرة (ج) الرعاية المتعلقة بعمليات الإجهاض/ما بعد الإجهاض (د) الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الجنس ومعالجتها (هـ) الوقاية من الإصابة بسرطان عنق الرحم وغيره من أمراض النساء ومعالجتها	مؤشر النواتج١- النسبة المئوية للنساء اللاتي لديهن معرفة بأساليب منع الحمل (التقليدية أو الحديثة) - *مفصلة على الأقل بحسب العمر، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر النواتج ٢- النسبة المئوية للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ سنة الذين لديهم معرفة بأساليب الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية - *مفصلة على الأقل بحسب العمر، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
المعلومات (*تابع*)	(ب) منظمات العاملين في المهن الصحية؟ (نعم/لا) (ج) الحكومات المحلية؟ (نعم/لا) (د) وسائط الإعلام التي يمكن الوصول إليها في المناطق الريفية؟ (نعم/لا) المؤشر الهيكلي ١٢- هل يحمي قانون الدولة سريّة المعلومات الصحية الشخصية؟ المؤشر الهيكلي ١٣- هل يشترط قانون الدولة موافقة الشخص عن علم على قبول أو رفض تلقي العلاج؟	مؤشر العمليات ١٠- هل تقوم الدولة بانتظام بنشر المعلومات المتعلقة بسياساتها في مجال الصحة الجنسية والإنجابية إلى: (أ) المنظمات غير الحكومية؟ (نعم/لا) (ب) منظمات العاملين في المهن الصحية؟ (نعم/لا) (ج) الحكومات المحلية؟ (نعم/لا) (د) وسائط الإعلام التي يمكن الوصول إليها في المناطق الريفية؟ (نعم/لا) مؤشر العمليات ١١- النسبة المئوية للمرافق الصحية التي لديها اتفاقات تتعلق بسريّة المعلومات الصحية الشخصية مؤشر العمليات ١٢- النسبة المئوية للموظفين الصحيين الذين حصلوا على التدريب على ما يلي: (أ) سريّة المعلومات الصحية الشخصية (ب) شرط الموافقة عن علم على قبول/رفض تلقي العلاج	مؤشر النواتج ٣- النسبة المئوية للأشخاص الذين يعتقدون أن المعلومات الشخصية التي يفضون بها إلى الموظفين الصحيين ستبقى سريّة - *مفصلة على الأقل بحسب العمر، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*

الجدول *(تابع)*

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان	المؤشر الهيكلي ١٤- هل للدولة مؤسسة وطنية لحقوق الإنسان لديها ولاية تشمل حقوق الصحة الجنسية والإنجابية؟ (*نعم/لا*)	مؤشر العمليات ١٣- عدد ما قامت به المؤسسة من الأنشطة التالية في مجال حقوق الصحة الجنسية والإنجابية خلال السنوات الخمس الأخيرة: (أ) برامج التدريب (ب) الحملات العامة مؤشر العمليات ١٤- عدد الشكاوى المتعلقة بحقوق الصحة الجنسية والإنجابية التي نظرت فيها المؤسسة خلال السنوات الخمس الأخيرة	
المساعدة والتعاون الدوليان	المؤشر الهيكلي ١٥- هل تقوم سياسة المساعدة الإنمائية التي تقدمها الدولة لما وراء البحار على أساس الحقوق؟ (*نعم/لا*) المؤشر الهيكلي ١٦- هل تتضمن السياسة الإنمائية التي تنتهجها الدولة لما وراء البحار أحكاماً محددة لتعزيز وحماية حقوق الصحة الجنسية والإنجابية؟ (*نعم/لا*)	مؤشر العمليات ١٥- النسبة المئوية للمساعدة الإنمائية لما وراء البحار الموجهة للصحة الجنسية والإنجابية مؤشر العمليات ١٦- هل تتضمن تقارير الدولة إلى الهيئات التعاهدية معلومات مفصلة عما تقدمه من مساعدة وتعاون دوليين، بما في ذلك في مجال الصحة الجنسية والإنجابية؟ (*نعم/لا/لا ينطبق*)	

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
المساعدة والتعاون الدوليان (*تابع*)		مؤشر العمليات ١٧- هل تقدم الدولة تقريراً قطرياً سنوياً يتعلق بما تقدمه من مساعدة وتعاون دوليين، بما في ذلك بالنسبة للصحة الجنسية والإنجابية إلى: (أ) حكومة البلد المتلقي؟ (*نعم/لا*) (ب) إلى عامة الناس في البلد المتلقي؟ (*نعم/لا*)	
السمة ذات الأولوية ١: تحسين الرعاية السابقة للولادة، وعند التوليد، وما بعد الولادة ورعاية حديثي الولادة	المؤشر الهيكلي ١٧- هل للدولة استراتيجية وخطة عمل: (أ) لتخفيض الوفيات النفاسية وأسبابها؟ (*نعم/لا*) (ب) لكفالة نظام شامل للتحويل إلى عيادات الطوارئ المختصة بطب التوليد؟ (*نعم/لا*)	مؤشر العمليات ١٨- عدد المرافق لكل ٥٠٠ ٠٠٠ من السكان، والتي توفر ما يلي: (أ) الرعاية النفاسية الأساسية (ب) الرعاية النفاسية الشاملة	مؤشر النواتج ٤- النسبة المئوية للنساء اللاتي يحصلن على الرعاية السابقة للولادة، وعند الولادة، ورعاية حديثي الولادة - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السمة ذات الأولوية ١: تحسين الرعاية السابقة للولادة، وعند التوليد، وما بعد الولادة ورعاية حديثي الولادة (*تابع*)	(ج) لتوفير الرعاية والعلاج والدعم للحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية (*نعم/لا*)	مؤشر العمليات ١٩- النسبة المئوية للولادات التي تتم برعاية موظفين صحيين مهرة* - *مفصّلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري.* مؤشر العمليات ٢٠- النسبة المئوية للحوامل اللاتي تلقين مشورة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وخضعن لاختبار في هذا الشأن - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر العمليات ٢١- النسبة المئوية للحوامل اللاتي خضعن لفحوص مرض الزهري - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*	مؤشر النواتج ٥- معدل وفيات الأمهات (عدد الوفيات النفاسية في كل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة)* - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر النواتج ٦- مدى انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الحوامل (١٥-٢٤ سنة)* - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*

الجدول *(تابع)*

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السمة ذات الأولوية ١: تحسين الرعاية السابقة للولادة، وعند التوليد، وما بعد الولادة ورعاية حديثي الولادة *(تابع)*			مؤشر النواتج ٧- مدى انتشار مرض الزهري بين الحوامل (١٥-٢٤ سنة) - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر النواتج ٨- معدل وفيات حديثي الولادة (عدد وفيات المواليد خلال شهر واحد في كل ١ ٠٠٠ مولود حي) - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*
السمة ذات الأولوية ٢: تقديم خدمات عالية الجودة من أجل تنظيم الأسرة	المؤشر الهيكلي ١٨- هل قانون الدولة: (أ) يشترط موافقة طرف ثالث لكي تحصل المرأة على خدمات تنظيم الأسرة؟ (نعم/لا) (ب) ينص على أنه لا يجوز إلا للنساء المتزوجات الحصول على خدمات تنظيم الأسرة؟ (نعم/لا)	مؤشر العمليات ٢٢- النسبة المئوية لمرافق الرعاية الصحية الأولية التي توفر خدمات شاملة في مجال تنظيم الأسرة (طائفة كاملة من المعلومات المتعلقة بمنع الحمل، وإسداء المشورة وتوفير الإمدادات لستة من أساليب منع الحمل على الأقل، منها أساليب منع الحمل للجنسين، والمؤقتة والدائمة والطارئة)	مؤشر النواتج ٩- النسبة المئوية للأشخاص الذين يحصلون على خدمات شاملة في مجال تنظيم الأسرة - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السمة ذات الأولوية ٢: تقديم خدمات عالية الجودة من أجل تنظيم الأسرة (*تابع*)	المؤشر الهيكلي ١٩- هل تتضمن الأدوية الوطنية الأساسية ما يلي: (أ) العوازل الجنسية؟ (نعم/لا) (ب) موانع حمل هورمونية، بما في ذلك موانع حمل للحالات الطارئة؟ (نعم/لا)		مؤشر النواتج ١٠- النسبة المئوية للنساء اللاتي يتعرضن لخطر الحمل على الرغم من استخدامهن (أو استخدام شريكهن) لأحد أساليب منع الحمل)* - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر النواتج ١١- النسبة المئوية للنساء اللاتي يتعرضن لخطر الحمل ويرغبن في تفادي ذلك، بيد أنهن لا يستخدمن (ولا يستخدم شريكهن) أحد أساليب منع الحمل - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*
السمة ذات الأولوية ٣: القضاء على عمليات الإجهاض غير الآمن	المؤشر الهيكلي ٢٠- هل تسمح الدولة بعمليات الإجهاض: (أ) عند الطلب؟ (نعم/لا) (ب) لأسباب اجتماعية أو اقتصادية؟ (نعم/لا)	مؤشر العمليات ٢٣- النسبة المئوية لمرافق الخدمات التي تقوم بعمليات الإجهاض و/أو الرعاية بعد الإجهاض مؤشر العمليات ٢٤- النسبة المئوية للممارسين الطبيين الذين حصلوا على تدريب في مجال الإجهاض/الرعاية بعد الإجهاض	مؤشر النواتج ١٢- النسبة المئوية للنساء اللاتي يحصلن على خدمات الإجهاض/الرعاية بعد الإجهاض - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السمة ذات الأولوية ٣: القضاء على عمليات الإجهاض غير الآمن (*تابع*)	(ج) بسبب الحالة الصحية البدنية و/أو العقلية للمرأة؟ (نعم/لا) (د) لإنقاذ حياة المرأة؟ (نعم/لا) (هـ) في حالات الاغتصاب ونكاح المحارم؟ (نعم/لا) (و) في حالة وجود تشوهات جنينية؟ (نعم/لا) (ز) لا تسمح بها أيا كانت الظروف؟ (نعم/لا) المؤشر الهيكلي ٢١- هل تُعد عمليات الإجهاض جريمة بموجب قانون الدولة؟ (نعم/لا) المؤشر الهيكلي ٢٢- هل للدولة استراتيجية وخطة عمل: (أ) لمنع عمليات الإجهاض غير الآمن؟ (نعم/لا) (ب) لتوفير الرعاية بعد الإجهاض (نعم/لا)		مؤشر النواتج ١٣- معدل عمليات الإجهاض (عدد عمليات الإجهاض لكل ٠٠٠ ١ امرأة في سن الإنجاب) - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر النواتج ١٤- النسبة المئوية للوفيات النفاسية بسبب الإجهاض غير الآمن - مفصّلة على الأقل بحسب السن والعرق والانتماء الإثني والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري

الجدول *(تابع)*

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السمة ذات الأولوية ٤: مكافحة الأمراض المنقولة عن طريق الجنس، وسرطان عنق الرحم وغير ذلك من أمراض النساء	المؤشر الهيكلي ٢٣- هل للدولة استراتيجية/خطة عمل: (أ) لمنع الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الجنس، بما في ذلك فيروس الإيدز؟ (نعم/لا) (ب) لمعالجة الأمراض المنقولة عن طريق الجنس؟ (نعم/لا) (ج) لإتاحة العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (نعم/لا) (د) لمنع سرطان عنق الرحم؟ (نعم/لا)	مؤشر العمليات ٢٥- كمية العوازل الجنسية المتاحة للتوزيع في جميع أنحاء البلد (خلال الـ ١٢ شهراً الماضية) للسكان الذين تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٤٩ سنة مؤشر العمليات ٢٦- النسبة المئوية لمراكز تقديم خدمات تنظيم الأسرة التي تقدم المشورة بشأن الحماية المزدوجة من الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الجنس/فيروس نقص المناعة البشرية والحمل غير المرغوب فيه مؤشر العمليات ٢٧- النسبة المئوية للنساء اللاتي خضعن لفحوص الإصابة بسرطان عنق الرحم خلال السنوات الخمس الماضية - مفصلة *على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*	مؤشر النواتج ١٥- النسبة المئوية للأشخاص الذين يحصلون على: (أ) الرعاية الطبية بالنسبة للأمراض المنقولة عن طريق الجنس (ب) الرعاية الوقائية من الإصابة بسرطان عنق الرحم وغيره من أمراض النساء - *مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر النواتج ١٦- النسبة المئوية للأشخاص الذين بلغوا عن إصابتهم أو شُخِّصَت إصابتهم بأعراض الأمراض المنقولة عن طريق الجنس، وتصنيفهم حسب الحالة- مفصلة *على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السمة ذات الأولوية ٤: مكافحة الأمراض المنقولة عن طريق الجنس، وسرطان عنق الرحم وغير ذلك من أمراض النساء (*تابع*)			مؤشر النواتج ١٧- مدى انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين مجموعات السكان الذين تنطوي سلوكياتهم على مخاطر عالية - مفصلة *على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر النواتج ١٨- النسبة المئوية للنساء المصابات بسرطان عنق الرحم - مفصلة *على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*
السمة ذات الأولوية ٥: تعزيز الصحة الجنسية، بما في ذلك للمراهقين	المؤشر الهيكلي ٢٤- هل يشترط قانون الدولة توفير التثقيف الجنسي الشامل خلال سنوات التعليم الإلزامي؟ (*نعم/لا*) المؤشر الهيكلي ٢٥- هل للدولة استراتيجية/خطة عمل لتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين؟ (*نعم/لا*)	مؤشر العمليات ٢٨- النسبة المئوية للأشخاص الذين حصلوا على تثقيف جنسي شامل في المدارس ممن تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ١٩ سنة - مفصلة *على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*	مؤشر النواتج ١٩- النسبة المئوية للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ١٩ سنة الذين لديهم معرفة بكيفية الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مؤشر النواتج ٢٠- معدل الخصوبة بحسب العمر (١٥-١٩ و ٢٠-٢٤ سنة) - مفصلة على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري

الجدول (*تابع*)

	المؤشرات الهيكلية	مؤشرات العمليات	مؤشرات النواتج
السمة ذات الأولوية ٥: تعزيز الصحة الجنسية، بما في ذلك للمراهقين (*تابع*)	المؤشر الهيكلي ٢٦- هل يحظر قانون الدولة العنف الجنسي، بما في ذلك الاغتصاب الزوجي؟ (نعم/لا) المؤشر الهيكلي ٢٧- هل يحظر قانون الدولة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وغيرها من الممارسات التقليدية الضارة؟ (نعم/لا) المؤشر الهيكلي ٢٨- هل يحظر قانون الدولة الزواج دون سن ١٨ سنة بالنسبة للجنسين؟ (نعم/لا) المؤشر الهيكلي ٢٩- هل يشترط قانون الدولة موافقة طرفي الزواج التامة والحرة؟ (نعم/لا)	مؤشر العمليات ٢٩- عدد حالات العنف الجنسي، بما في ذلك الاغتصاب الزوجي، التي أُبلِغ بها موظفو إنفاذ القوانين و/أو الموظفون الصحيون خلال السنوات الخمس الماضية	مؤشر النواتج ٢١- السن عند الزواج - مفصلة *على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري* مؤشر النواتج ٢٢- النسبة المئوية للنساء اللاتي تعرضن لتشويه أعضائهن التناسلية - مفصلة *على الأقل بحسب السن، والعرق، والانتماء الإثني، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والقروي/الحضري*

المفتاح

* تشير هذه العلامة إلى أن المؤشر هو أحد مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية.

- - - - -