

Distr.
GENERAL

A/51/256
26 July 1996
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

الجمعية العامة



الدورة الحادية والخمسون
البند ١٠٠ من جدول الأعمال المؤقت*

الأنشطة التنفيذية من أجل التنمية

التقدم المحرز في منتصف العقد نحو تنفيذ قرار
الجمعية العامة ٢١٧/٤٥ المتعلق بمؤتمر القمة العالمي من
أجل الطفل

تقرير الأمين العام

موجز

يمثل هذا العام معلماً أساسياً في العملية التي تمتد على مدى عقد من الزمن للوفاء
بالالتزامات والوعود المقطوعة في مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. وهو يتميز بطلب الجمعية
العامة إجراء استعراض للتقدم المحرز منذ انعقاد مؤتمر القمة العالمي حتى منتصف العقد، وإجراء
تقييم أوفى لما تحقق من أهداف نهاية العقد ومنتصفه.

وفي شباط/فبراير ١٩٩٦، طُلب إلى جميع رؤساء الدول أو الحكومات تقديم كامل دعمهم
وقيادتهم لإجراء الاستعراضات الوطنية لمنتصف العقد وإعداد هذا التقرير. كما طُلب إلى جميع
رؤساء وكالات الأمم المتحدة توفير دعم منسق للبلدان المشمولة بالبرامج كي تجري استعراضاتها
الوطنية. وترد في هذا التقرير نتائج تلك الاستعراضات، بما في ذلك استعراضات البلدان الصناعية.

وبناء على ما طلبه إعلان وخطة عمل مؤتمر القمة العالمي، يُعرض تحليل الاتجاهات والتقدم
المحرز في تحقيق الأهداف المتعلقة بالطفل وغير ذلك من التطورات الرئيسية التي استجرت منذ
انعقاد مؤتمر القمة وذلك من منظور إقليمي، يشمل البلدان الصناعية. وقد أُبرزت استجابة منظومة
الأمم المتحدة، على النحو المطلوب في القرار.

كما يقدم التقرير استعراض التقدم المحرز في منتصف العقد نحو تحقيق الأهداف، هدفاً
هدفاً، ويستخلص الدروس المستفادة والتحديات القائمة أمام بلوغ الأهداف المتعلقة بالطفل بحلول
عام ٢٠٠٠.

المحتويات

<u>الصفحة</u>	<u>الفقرات</u>
٤	١ - ١٦ أولاً - مقدمة
٤	٣ - ٩ ألف - أهمية مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل
٦	١٠ - ١٦ باء - الاتجاهات في منتصف العقد
٨	١٧ - ٦٤ ثانياً - عملية متابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل
٨	١٧ - ٢١ مؤتمـر القمة العالمي من أجل الطفل واتفاقية حقوق الطفل
٩	٢٢ - ٢٩ باء - إعداد برامج العمل الوطنية وتنفيذها
١١	٣٠ - ٣٩ جيم - استجابة منظومة الأمم المتحدة
١٤	٤٠ - ٤٦ دال - مساهمات المنظمات غير الحكومية
١٦	٤٧ - ٥٧ هاء - مواصلة التقدم
١٨	٥٨ - ٦٤ واو - تعبئة الموارد
٢٠	٦٥ - ٢٨٤ ثالثاً - التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف
٢٠	٦٥ - ٦٦ ألف - الصعيد العالمي
٢١	٦٧ - ١٠٠ باء - نظرة عامة إقليمية
٢١	٦٧ - ٧١ ١ - أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٢٢	٧٢ - ٧٧ ٢ - جنوب آسيا
٢٤	٧٨ - ٨٢ ٣ - شرق آسيا والمحيط الهادئ
٢٥	٨٣ - ٨٨ ٤ - البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى
٢٦	٨٩ - ٩٢ ٥ - الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٢٧	٩٣ - ٩٦ ٦ - أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية ورابطة الدول المستقلة ودول البلطيق
٢٨	٩٧ - ١٠٠ ٧ - البلدان الصناعية
٢٩	١٠١ - ٢٨٤ جيم - استعراض منتصف العقد للأهداف كل على حدة

المحتويات

<u>الصفحة</u>	<u>الفقرات</u>
٣٠	١ - وفيات الأطفال دون الخامسة ووفيات الرضع . . . ١٠٦ - ١١٩
٣٣	٢ - التحصين والحصبة وكزاز المواليد وشلل الأطفال ١٢٠ - ١٤٠
٣٨	٣ - أمراض الإسهال ١٤١ - ١٥٣
٤١	٤ - مرض دودة غينيا ١٥٤ - ١٦٤
٤٢	٥ - التهابات الجهاز التنفسي الحادة ١٦٥ - ١٧٤
٤٥	٦ - وفيات الأمهات ١٧٥ - ١٨٧
٤٨	٧ - سوء التغذية ١٨٨ - ٢٠٢
٥١	٨ - الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود ٢٠٣ - ٢١٢
٥٣	٩ - نقص فيتامين ألف ٢١٣ - ٢٢٦
٥٥	١٠ - الرضاعة الطبيعية ٢٢٧ - ٢٤٢
٥٨	١١ - المياه المأمونة والمرافق الصحية ٢٤٣ - ٢٥٦
٦١	١٢ - التعليم الأساسي ٢٥٧ - ٢٧١
٦٤	١٣ - الأمية ٢٧٢ - ٢٨٤
٦٧	رابعاً - الخلاصة ٢٨٥ - ٢٩٩

المرفقات

٧١	الأول - الأهداف المتعلقة بالطفل والتنمية في التسعينات
٧٧	الثاني - تقرير عن حالة: التوقيع على إعلان مؤتمر القمة العالمي وإعداد برامج العمل الوطنية، والتصديق على اتفاقية حقوق الطفل حتى ٣١ أيار/مايو ١٩٩٦

أولا - مقدمة

١ - عُقد مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل في مقر الأمم المتحدة بنيويورك يومي ٢٩ و ٣٠ أيلول/سبتمبر ١٩٩٦، في غضون شهر من إقرار اتفاقية حقوق الطفل ودخولها حيز القانون الدولي، ومثّل معلّمًا تاريخيا في بروز قضية الطفل على الساحة الدولية. واعتمد مؤتمر القمة، الذي حضره ٧١ رئيسا من رؤساء الدول أو الحكومات و ٨٨ مندوبا وزاريا، إعلانا عالميا بشأن بقاء الطفل وحمايته ونمائه وخطة عمل لتنفيذه (A/45/625). وحددت خطة العمل هذه سبعة أهداف رئيسية تتعلق ببقاء الطفل وصحته وتغذيته وتعليمه وحمايته يتعين تحقيقها بحلول عام ٢٠٠٠، كما حددت ٢٠ هدفا داعما إضافيا. (للاطلاع على قائمة كاملة بالأهداف، انظر المرفق الأول لهذا التقرير). وحثت الجمعية العامة في قرارها ٢١٧/٤٥ المؤرخ ٢١ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٠ جميع الدول والأعضاء الآخرين في المجتمع الدولي على العمل لتحقيق هذه الأهداف.

٢ - وطلبت الفقرة ٣٥ 'ع' من خطة عمل مؤتمر القمة العالمي إلى الأمين العام اتخاذ الترتيبات اللازمة لإجراء استعراض في منتصف العقد، على المستويات المناسبة كافة، للتقدم المحرز في تنفيذ الإعلان وخطة العمل. وعلى هذا الأساس، اتُفق عند تقديم التقرير المتعلق بمتابعة مؤتمر القمة إلى الجمعية العامة في دورتها التاسعة والأربعين، على أن الذكرى السنوية السادسة لمؤتمر القمة التي تصادف ٣٠ أيلول/سبتمبر ١٩٩٦، هي موعد مناسب لتقديم تقرير عن التقدم المحرز في تنفيذ الأهداف في منتصف العقد. وفي شباط/فبراير من هذا العام، دعا الأمين العام جميع رؤساء الحكومات إلى توفير دعمهم الشخصي للاستعراض الوطني لمنتصف العقد؛ ووجّه الطلب نفسه إلى رؤساء وكالات الأمم المتحدة. ولذلك فإن هذا التقرير هو نتاج مبادرات ومساهمات عديدة قدمتها الحكومات وآليات المجتمع الدولي، ولا يزال بعضها جاريا.

ألف - أهمية مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل

٣ - كان مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل هو الأول في سلسلة مؤتمرات عالمية عقدت برعاية الأمم المتحدة خلال التسعينات. وقد أسهمت هذه المؤتمرات مساهمات منفصلة لكن مترابطة في قضية التنمية البشرية على نطاق العالم. لذلك لم يرق مؤتمر القمة بالطفل إلى مكانة جديدة في جدول الأعمال الدولي فحسب، بل أتاح منطلقا لإنعاش الحركة الدولية لمناهضة الفقر بجميع أبعاده الاجتماعية والاقتصادية. ولقي مؤتمر القمة ومتابعته المساعدة من الاهتمام الشديد الذي أولته وسائط الإعلام للقضايا المؤثرة في الطفل في تحقيق هذه الغاية.

٤ - وأتاح مؤتمر القمة لمنظومة الأمم المتحدة فرصتها الأولى كي تستجيب استجابة منسقة لمؤتمر دولي رئيسي باستخدام أهداف محددة وقابلة للقياس ضمن إطار زمني محدود. وهذه الأهداف هي ثمرة عملية تشاور أفضت إلى نتيجة سبق أن أقرها المجلس التنفيذي لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)

باعتبارها مجموعة من الأهداف والاستراتيجيات الإنمائية المتعلقة بالطفل في التسعينات؛ وكان الغرض العام منها تخفيض معدل وفيات الرضع وصغار الأطفال، باعتبار ذلك غاية في حد ذاته ومؤشرا رئيسيا للرفاه في المجتمع ككل.

٥ - وأتاح التزام عدد كبير من رؤساء الدول والحكومات بالأهداف، في مؤتمر القمة نفسه، وما أعقبه من عمليات تأييد إضافية، مصداقية والتزاما سياسيين هامين. وغدت استراتيجية وضع أهداف محددة زمنيا، والحصول على تأييد على أعلى المستويات السياسية، وتوفير المساعدة التقنية وغيرها من أشكال المساعدة لتنفيذها، أداة من أدوات الأمم المتحدة للتعبئة الدولية حول قضايا التنمية البشرية.

٦ - واشترك المجتمع الدولي قاطبة في وضع جدول أعمال مؤتمر القمة يسرّ عليه تقديم استجابة سريعة وفعالة لإعلان وخطة عمل المؤتمر. وقد انبثق جانب كبير من التفكير في الأهداف وصياغتها المحددة عن قرارات أيدتها بالفعل جمعية الصحة العالمية والمؤتمر العالمي لتوفير التعليم للجميع، والمجلس التنفيذي لليونيسيف، وفي بيانات سابقة بشأن سياسات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة الأغذية والزراعة ومنظمة العمل الدولية والبنك الدولي. كما قدمت المنظمات غير الحكومية الدولية مساهماتها في مشروع الإعلان وخطة العمل.

٧ - وتختبر جميع الإعلانات والخطط الدولية، في خاتمة المطاف، بمدى تنفيذها من جانب الحكومات الوطنية وجميع قطاعات المجتمع. فخلال الفترة التي أعقبت مؤتمر القمة، شنت حملة لم يسبق لها مثيل لترجمة "الوعود المقدمة للأطفال" على المستوى الدولي إلى برامج عمل وطنية. وقام ما يزيد على ١٥٠ دولة، فيها ٨٥ في المائة من أطفال العالم، بإعداد خطط عمل وطنية في وقت لاحق. وأجريت عملية مماثلة على المستويات دون الوطنية في ٧٠ بلدا، كثير منها ذو هيكل اتحادي، وأعدت الولايات والمقاطعات والمناطق والبلديات برامج عمل. و "عملية برامج العمل الوطنية" هذه عملية فريدة في تاريخ أنشطة الأمم المتحدة الانمائية، وتمثّل طريقة آخذة في التطور للعلاقة بين صنع القرارات الدولية والأنشطة الوطنية.

٨ - ومما ساعد على دفع عجلة الأنشطة المتعلقة بمتابعة مؤتمر القمة، في الوقت نفسه، إعادة تأكيد الأهداف في إعلانات وخطط عمل المؤتمرات الدولية الرئيسية اللاحقة، ولا سيما مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية لعام ١٩٩٢، والمؤتمر الدولي المعني بالتغذية لعام ١٩٩٢، والمؤتمر العالمي لحقوق الإنسان لعام ١٩٩٣، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، ومؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية لعام ١٩٩٥، والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة لعام ١٩٩٥، ومؤتمر الأمم المتحدة الثاني للمستوطنات البشرية (الموئل الثاني) لعام ١٩٩٦. ولذلك يمكن اعتبار قرارات مؤتمر القمة العالمي المعني بالطفل لعام ١٩٩٠ نقاط انطلاق للقيام، فيما بعد، بتوسيع نطاق جدول أعمال التنمية البشرية والبيئة وحقوق الإنسان في هذه المحافل اللاحقة، والأكبر حجما في كثير من الحالات.

٩ - وفي أيلول/سبتمبر ١٩٩٣، عقد في نيويورك اجتماع مائدة مستديرة، بمناسبة الذكرى السنوية الثالثة لمؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل، كررت فيه الحكومات التزامها بأهداف عام ٢٠٠٠ المتعلقة بالطفل واعتمدت مجموعة من الأهداف المرحلية المقرر تحقيقها بحلول نهاية عام ١٩٩٥. وكانت الغاية من وضع أهداف منتصف العقد الحفاظ على قوة دفع الأنشطة التالية لمؤتمر القمة والجاري تنفيذها من أجل الطفل. ونشأت أهداف منتصف العقد هذه، شأنها شأن الأهداف السابقة لها، من مجموعة اجتماعات دولية هي: المؤتمر الدولي المعني بتقديم المساعدة للطفل الأفريقي لعام ١٩٩٢ الذي نظّمته منظمة الوحدة الأفريقية في داكار؛ والمؤتمر الثاني المعني بالطفل الذي عقدته رابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي في كولومبو، في عام ١٩٩٢؛ واجتماع جامعة الدول العربية المعقود في تونس، في عام ١٩٩٢ أيضاً؛ والمشاورة الوزارية لشرق آسيا والمحيط الهادئ التي عقدت في مانيل في عام ١٩٩٣؛ ودورة عام ١٩٩٣ للجنة المشتركة بين اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية والمعنية بالسياسة الصحية. وأيد المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان الذي عقد في فيينا، النمسا، في عام ١٩٩٣ تحديد سنة ١٩٩٥ موعداً مستهدفاً تكمل فيه جميع البلدان التصديق على اتفاقية حقوق الطفل. وفي نيسان/أبريل ١٩٩٤، أقر مؤتمر القمة الإيبيري - الأمريكي مجموعة أهداف منتصف العقد لبلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في إطار اتفاق نارينو.

باء - الاتجاهات في منتصف العقد

١٠ - أسفر استعراض منتصف المدة عن توحيد أهداف منتصف العقد وأهداف نهاية العقد فيما مجموعه ١٧ هدفاً يتوفر بشأنها بعض البيانات الكمية بغية قياس التقدم المحرز نحو تحقيقها. ويرد في الفرع الثالث من هذا التقرير سرد كامل للإنجازات التي تحققت، هدفاً هدفاً ومن منظور إقليمي. ويتضمن الجزء الثاني سرداً للأنشطة المختلفة الكثيرة التي ساهمت في عملية متابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل.

١١ - وبالرغم من أن بيانات استعراضات منتصف العقد لا تزال في طور التجميع والتفسير، تدل المعلومات الأولية على أن ثمة اتجاهات مشجعة نحو تحقيق الغالبية من الأهداف المتعلقة بالطفل في معظم البلدان. وبطبيعة الحال، هناك تنوع كبير فيما بين البلدان والمناطق. وفي الوقت نفسه، من المسلم به بالنسبة لبعض الأهداف أنه لم يحرز تقدم ذو شأن. ويعزى ذلك في بعض الحالات إلى أن تحديد الهدف الأصلي استند إلى معلومات غير كافية بشأن انتشار المشكلة؛ وفي حالات أخرى تطلب تطوير استراتيجيات فعالة من أجل الاستجابة لفترة زمنية أطول. ومع ذلك، وفي بعض الحالات الأخرى تنوع السجل على نطاق واسع فيما بين البلدان والمناطق وفيها. ويتمثل التحدي بالنسبة لبقية العقد في تحسين هذا السجل.

١٢ - والمجال الذي أحرز فيه أكبر قدر من التقدم هو مجال مكافحة الأمراض التي يمكن الوقاية منها، وبالتحديد تعزيز خدمات من قبيل التحصين، ومكافحة اضطرابات نقص اليود، والقضاء على شلل الأطفال ومرض دودة غينيا وحماية الرضاعة الطبيعية. ولقد أحرز تقدم ملحوظ بصدد تهيئة بيئة من أجل حماية

الطفولة بالتصديق الذي يكاد يكون شاملا على اتفاقية حقوق الطفل. وإلى حد كبير تحسنت إمكانية الوصول إلى المياه الآمنة. وفي سياق التعليم، تشير الأدلة إلى أنه قد أحرز قدر من التقدم ولكن بمعدل أبطأ مما هو مرغوب فيه. وكانت أكثر مواطن الضعف في مجالات تخفيض سوء التغذية المتعلقة بالسعرات - البروتين ووفيات الأمهات، وإمام البالغين بالقراءة والكتابة وانتشار خدمات المرافق الصحية. ومن الواضح أنه لا يزال يتعين عمل الشيء الكثير تحقيقا للهدف الأسمى وهو إجراء تخفيض كبير في وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

١٣ - وبالنظر إلى العقبات التي تعترض التنمية البشرية في أجزاء كثيرة من العالم، فإن الجهود التي يبذلها كثير من البلدان النامية لتحقيق تقدم ذي شأن نحو تحقيق الأهداف المتعلقة بالطفل ملفتة للنظر حقا. وبالتأكيد فقد أسفر زخم مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل وعملية برامج العمل الوطنية التي أعقبته عن تقديم مساهمة لها شأنها في هذه الإنجازات، فضلا عن إبراز الاهتمام بقضايا الأطفال، وهو أمر ساهم فيه مؤتمر القمة وينعكس في الاهتمام المتواصل الذي توليه وسائط الإعلام في أنحاء العالم بالمواضيع المتصلة بالأطفال.

١٤ - ولم يعبر عن بعض العناصر الرئيسية لإعلان وخطة عمل مؤتمر القمة العالمي ومتابعتها بوصفها أهدافا بل بوصفها اهتمامات مشتركة بين القطاعات. وثمة التزام هام وهو ضرورة تخفيض التفاوت بين الجنسين، والنهوض بمركز المرأة ومعاملة البنات وإتاحة إمكانية وصولهن إلى الخدمات والفرص على قدم المساواة مع الأولاد، وذلك منذ بداية الحياة. وانصب التركيز على ضرورة دعم الأسر، نظرا لدورها الرئيسي فيما يتعلق بتربية الأطفال وحمايتهم؛ كما انصب التركيز على المشاكل التي تواجه الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية، وعلى سبيل المثال الاستغلال الاقتصادي والنزاع المسلح؛ وضرورة المحافظة على البيئة وإدارتها إدارة حكيمة لحماية مستقبل الأطفال على الصعيدين الاجتماعي والاقتصادي؛ وضرورة إنعاش النمو الاقتصادي. وهي الاهتمامات التي استندت إليها جميعا المؤتمرات الدولية اللاحقة.

١٥ - وثمة نتيجة هامة لتحديد الأهداف المتعلقة بالطفل وهي التسليم بأن نظم جمع البيانات في كثير من البلدان لا تسمح، على نحو ملائم، بتقصي اتجاهات بقاء الأطفال ونمائهم وحمايتهم. ولقد كان مجال تحليل جمع البيانات واستخدامها مجالاً رئيسياً من مجالات بناء القدرات ومنذ عام ١٩٩٠ حدث تحسن كبير فيما يتعلق بتوفر الإحصاءات الاجتماعية وموثوقيتها.

١٦ - وحسبما يظهر بوضوح في هذا التقرير، كانت فترة السنوات الخمس من ١٩٩٠ إلى ١٩٩٥ فترة لم يسبق لها مثيل من حيث التعبئة الاجتماعية والدعوة والتقدم الجوهري المحرز نحو تحقيق الأهداف المتعلقة بالطفل في أرجاء العالم، وما ترتب عليها من آثار مشجعة بالنسبة للتنمية البشرية. وتعد عملية التقييم هذه في منتصف العقد مدعاة للغبطة؛ ولكنها تبرز أيضا المجالات التي اتضح الآن أنه يتعين تسويتها وتحسينها في السياسات والاستراتيجيات وخطة العمل بل وحتى الأهداف ذاتها. وهذه العملية

المستمرة للتفكير والتدبر جزء من أنشطة المتابعة المنبثقة عن السلسلة المتصلة من مؤتمرات الأمم المتحدة التي عقدت مؤخرا.

ثانيا - عملية متابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل

ألف - مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل واتفاقية حقوق الطفل

١٧ - اعتمدت الجمعية العامة اتفاقية حقوق الطفل في ٢٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٩ وأصبحت نافذة المفعول بوصفها معاهدة دولية ملزمة قانونا في ٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٠. ثم أصبح قبولها بعد ذلك أسرع قبول لمعاهدة لحقوق الإنسان في التاريخ، بعد أن صدقت عليها ١٨٧ دولة اعتبارا من ١ تموز/يوليه ١٩٩٦. ومن بين البلدان الستة التي لم تصدق عليها حتى الآن، سويسرا والولايات المتحدة الأمريكية وهما من البلدان الموقعة على الاتفاقية، الأمر الذي يدل على اعترافهما والتصديق عليها.

١٨ - ولقد أسفر تحديد التصديق العالمي على الاتفاقية بوصفه هدفا لمنتصف العقد عن ربط الأنشطة الموجهة نحو تحقيق الأهداف من خلال برامج العمل الوطنية بالإطار القانوني الداعم الذي توفره الاتفاقية. وفي كثير من البلدان، تعززت عملية التصديق على الاتفاقية بجهود مشتركة بذلتها المنظمات غير الحكومية والهيئات الحكومية - بما في ذلك اللجان الوطنية للأطفال - والمنظمات المنتسبة والمكاتب المحلية التابعة للهيئات الأعضاء في الأمم المتحدة، ولا سيما المكاتب القطرية لليونيسيف واللجان الوطنية. ولقد ساهم الدعم العالمي الناشئ عن قضية الأطفال واهتمام وسائل الإعلام اهتماما شديدا بالاتفاقية، فضلا عن طبيعة الاتفاقية الشاملة التي تكاملت فيها الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والمدنية، مساهمة كبيرة في سرعة التصديق على الاتفاقية بصورة غير اعتيادية.

١٩ - وبالمثل، تعزز بدرجة كبيرة جدول الأعمال من أجل الأطفال بسبب الالتزام القانوني بالحقوق والالتزامات الواردة في الاتفاقية الذي فرضته الدول الأطراف على أنفسها. ولقد أضفت الاتفاقية، بوصفها معاهدة دولية غير ذات حدود زمنية، طابعا شرعيا على الأهداف؛ وفي الوقت نفسه كانت البلدان التي تحاول تحقيق الأهداف تحاول أيضا إعمال الحقوق المحددة في الاتفاقية. وتعكس برامج العمل الوطنية في كثير من البلدان تفهما متزايدا لتلك الروابط.

٢٠ - ولقد ارتبطت أيضا المساءلة عن الأنشطة البرنامجية المضطلع بها في إطار برامج العمل الوطنية بعملية رصد الاتفاقية. ووفقا للمادة ٤٤ من الاتفاقية، أنشئت في عام ١٩٩١ لجنة معنية بحقوق الطفل لرصد عمليات التنفيذ التي تقوم بها البلدان. وقدم بالفعل أكثر من ٥٠ بلدا تقارير إلى اللجنة عن التدابير التي اتخذتها تلك البلدان للتعبير بصورة ملموسة عن التزاماتها بالمعاهدة. وركزت اللجنة على استعراض برامج العمل الوطنية بهدف تعزيز الروابط بين تحقيق الأهداف المتعلقة بالطفل وتنفيذ حقوق الطفل. وكانت توصيات اللجنة بشأن تقارير الدول الأطراف موضوعا حاز بتكرار على اهتمام وسائل الإعلام، الأمر

الذي ساعد في إبقاء الأنظار مسلطة على الحكومات والمنظمات الدولية فيما يتعلق بتنفيذ الوعود التي قدمت للأطفال في مؤتمر القمة.

٢١ - وبما أن اتفاقية حقوق الطفل تقدم إطارا شاملا من أجل حماية الطفولة، فإنها تعزز وتبرز التدابير المتخذة في مجالات الصحة والتغذية والتعليم للنهوض بالأهداف المتعلقة بالطفل، بل إنها تعرب أيضا عن التوقعات بأن تضع الدول الأطراف أطرا تشريعية داعمة. ولقد أدمج الآن ما لا يقل عن ١٥ بلدا مبادئ الاتفاقية في دساتيرها الوطنية، في حين سن أكثر من ٣٥ بلدا قوانين جديدة أو عدل القوانين القائمة لكي تصبح التشريعات المحلية ملائمة للمعايير التي نصت عليها الاتفاقية. ولقد أسفرت تلك التدابير، إضافة إلى الدراية الشعبية الواسعة النطاق بالاتفاقية، عن إبقاء احتياجات الأطفال بصورة ثابتة في مقدمة السياسة العامة وأدت من ثم، بصورة مباشرة وغير مباشرة، إلى تشجيع الأنشطة الرامية إلى تحقيق الأهداف.

باء - إعداد برامج العمل الوطنية وتنفيذها

٢٢ - سلمت خطة عمل مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل بأنه يلزم تكييف الأهداف المتعلقة بالطفل حسب واقع كل بلد من حيث تحديد المراحل والأولويات والمعايير وتوفير الموارد؛ وسلمت أيضا بأن استراتيجيات بلوغ الأهداف قد تختلف من بلد إلى آخر. وبغية تيسير عملية تكييف الأهداف كي تناسب الأحوال الوطنية ووضع استراتيجيات التنفيذ، حثت الفقرة ٣٤ (١) من خطة العمل الحكومات على إعداد برامج عمل وطنية.

٢٣ - وبحلول آذار/مارس ١٩٩٦، كان ١٥٥ من بين ١٩٣ بلدا قد أعد خطط عمل وطنية، إما في شكلها النهائي أو كمشروع. وباستثناء بعض الدول الجزرية الصغيرة النامية فإن معظم البلدان التي لم تبلغ عن اتخاذ أي إجراء هي تلك البلدان المتضررة من الحروب أو الكوارث أو غيرها من الصعوبات البالغة الشدة. ولم تمثل بلدان كثيرة في وسط وشرق أوروبا ورابطة الدول المستقلة كدول مستقلة في مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. ومع هذا، فإن ٢٥ دولة قد وقعت في أعقاب ذلك على إعلان مؤتمر القمة وبدأت ١٥ دولة في إعداد برامج العمل الوطنية أو قد أنجزتها بالفعل. ومن بين البلدان الصناعية، وعددها ٣٠ بلدا، أتم ١٨ بلدا وضع برامج العمل الوطنية في صيغتها النهائية، أو أعدها.

٢٤ - وأنشأت دول كثيرة، أو عززت، المجلس المعني بوضع برنامج العمل الوطني وإيلاء العناية لتنفيذه أو اللجنة المعنية بذلك، وفي بعض الحالات تم ذلك برئاسة رئيس الدولة أو الحكومة. وعهدت دول أخرى بالمهمة إلى لجنة مشتركة بين الوزارات أو وزارة عاملة في هذا المجال مثل وزارة التخطيط أو الصحة أو الرعاية الاجتماعية. وقد اشتركت المؤسسات الأكاديمية والجماعات الدينية والمدنية والمنظمات غير الحكومية في آليات تنسيق خاصة في بلدان كثيرة. واشتركت وكالات الأمم المتحدة أيضا في عملية برامج العمل الوطنية.

٢٥ - وجرت صياغة برامج العمل الوطنية في وقت كانت فيه بلدان كثيرة تضطلع بعمليات إصلاح إداري في اتجاه الحكم اللامركزي. وقد ساعد هذا على تعزيز لا مركزية برامج العمل الوطنية. وتوجد برامج عمل على المستويات دون الوطنية على صعيد الولاية أو المقاطعة أو المنطقة أو البلدية في ٦٥ بلدا تمثل جميع المناطق. فعلى سبيل المثال، وقعت كل مقاطعة في الصين عقدا مع لجنة التنسيق الوطنية للطفل والمرأة من أجل إعداد برنامج عمل؛ وفي الهند أنجزت ثماني ولايات خطط عمل وأعدت سبع ولايات أخرى مشاريع للخطط. وفي أمريكا اللاتينية، يقوم ١٦ من ٢٤ بلدا بإضفاء الطابع اللامركزي على عملية برامج العمل الوطنية؛ وفي اثنين من أكبر بلدان المنطقة، البرازيل والمكسيك، تشترك جميع الولايات في ذلك. وقد أعد عدد من البلدان في أفريقيا جنوب الصحراء، بما فيها جنوب أفريقيا وغانا، خططا على المستوى دون الوطني. ويجري الأخذ بالاتجاه نحو اللامركزية في بعض بلدان منطقة الشرق الأوسط، بما في ذلك مصر والسودان. وفي بلدان وسط وشرق أوروبا ورابطة الدول المستقلة ومنطقة بحر البلطيق، بدأ الاتحاد الروسي وكرواتيا في إعداد برامج على المستوى دون الوطني.

٢٦ - وقد حدثت عملية تكييف للأهداف كي تناسب الأحوال الوطنية في بلدان كثيرة. وجرت برمجة تخفيضات أكبر من تلك المقترحة عالميا لمعدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة في الأرجنتين والبرازيل وتونس وكوستاريكا، على سبيل المثال. واستهدف تحقيق أهداف أعلى في مجال التعليم الأساسي في إكوادور وأوروغواي وجمهورية كوريا وزمبابوي والمكسيك وملديف. ووضعت بعض البلدان المنخفضة الدخل، كبنغلاديش وسري لانكا، أهدافا أعلى لبعض القطاعات بينما أضافت بلدانا أخرى أهدافا غير مدرجة في خطة عمل مؤتمر القمة؛ وحددت بعض البلدان أهدافا أقل طموحا. ويتوقع أن يجري المزيد من عمليات التكييف وتحديد الأولويات فيما يتعلق بالأهداف عقب عمليات استعراض التقدم الوطني في منتصف العقد.

٢٧ - وفي غالبية البلدان النامية، يجري إدماج أهداف واستراتيجيات برامج العمل الوطنية في خطط التنمية الوطنية، وشكلت الأساس لاستجابات مشتركة من الأمم المتحدة من خلال مذكرات الاستراتيجية القطرية، وقد أخذت بصفة خاصة في الاعتبار في برامج التعاون القطرية التي تضطلع بها اليونيسيف.

٢٨ - ويشمل حوالي ثلثي برامج العمل الوطنية للبلدان النامية تقييما للأثار المترتبة على بلوغ الأهداف بالنسبة للموارد. بيد أن تحليل تكاليف الأهداف كان له أثر محدود على تخصيص الموارد الوطنية وعمليات الميزنة في معظم البلدان.

٢٩ - وكانت برامج العمل الوطنية عنصرا حاسما في النهج الموجه نحو الأهداف الذي تولى فيه مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل زمام المبادرة على الصعيد العالمي. وبالرغم من أن نوعية وفعالية برامج العمل تلك تتباين بين البلدان وداخلها، فإن عملية برامج العمل الوطنية كانت خبرة فريدة يمكن تعلم الكثير منها والاستفادة منه مستقبلا. وأتاح إعداد برامج العمل الوطنية فرصا لكثير من أنشطة بناء القدرات وعمليات

التعبئة، وكان لبعضها فوائد عرضية عادت على التنمية الاجتماعية والاقتصادية عموماً، وتميزت عن مساهمتها الفورية في تحقيق جدول أعمال مؤتمر القمة.

جيم - استجابة منظومة الأمم المتحدة

٣٠ - طلبت الفقرة ٢٥ (٣) من خطة عمل مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل أن تتعاون جميع منظمات الأمم المتحدة المعنية وتتآزر في ضمان بلوغ أهداف الخطة وغاياتها. وتشارك اليونيسيف، بوصفها هيئة الأمم المتحدة ذات الولاية المتعلقة بالطفل، مشاركة كبيرة في عملية المتابعة على الصعيد القطري والدولي على السواء. وفي مقرها ١٠/١٩٩١، طلب المجلس التنفيذي لليونيسيف إلى المدير التنفيذي "أن يكفل قيام اليونيسيف بتقديم الدعم الكامل إلى البلدان النامية ... من أجل تحقيق المقاصد الواردة في الإعلان وخطة العمل، وذلك تحت قيادة الأمين العام ... وبالتعاون مع الوكالات الأخرى المختصة التابعة للأمم المتحدة، وباعتبار ذلك جزءاً لا يتجزأ من أنشطتها المعتادة".

٣١ - وبينما تعاونت منظمات الأمم المتحدة عموماً في تنفيذ خطة عمل مؤتمر القمة، فإن مستوى مشاركة المنظومة قد تباين من بلد إلى آخر ومن منظمة إلى أخرى. وفي بعض الحالات، كان هناك اتجاه لدى كل من المنظمات والحكومات الأعضاء إلى اعتبار أهداف مؤتمر القمة كشغل من شواغل اليونيسيف. بيد أن الحالة تغيرت الآن مع تبني مؤتمرات دولية لاحقة لأهداف مؤتمر القمة، فضلاً عن الاعتراف بأن القضاء على الفقر والإنفاق على تحسين مستوى الناس استراتيجيتان أساسيتان للتنمية البشرية من جانب الأمم المتحدة ككل، وأصبح تبني الأهداف المتعلقة بالطفل أكثر انتشاراً على نطاق واسع.

٣٢ - وقامت منظمة الصحة العالمية بدور رئيسي في وضع الأهداف المتصلة بالصحة وتقديم الدعم إلى البلدان من أجل بلوغها. وجرى التعاون المشترك بين الوكالات أساساً من خلال اللجنة المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والمعنية بالسياسة الصحية. ودعت جمعية الصحة العالمية السادسة والأربعون، في أيار/مايو ١٩٩٣، الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية إلى إعطاء الأولوية السياسية والاقتصادية اللازمة لتنفيذ الالتزامات المبينة في خطة عمل مؤتمر القمة، وطلبت إلى المدير العام لمنظمة الصحة العالمية أن يتخذ الإجراءات في هذا الصدد. وعقدت دورة استثنائية للجنة المشتركة المعنية بالسياسة الصحية في أيار/مايو ١٩٩٦ لاستعراض التقدم المحرز نحو بلوغ جميع الأهداف المتصلة بالصحة. وخلص ذلك الاستعراض إلى أن الإعلان عن الأهداف كان مفيداً في الحث على بذل الجهود لصالح صحة الأطفال ورفاههم، على نطاق العالم، وأن هذا في حد ذاته كان إنجازاً رئيسياً. فقد استفاد استعراض كل هدف من الأهداف على حدة الوارد في الفرع الثالث استفادة مستفيضة من مداورات اللجنة المشتركة المعنية بالسياسة الصحية.

٣٣ - وكثير من أحكام خطة عمل مؤتمر القمة العالمي ذات أهمية مباشرة لصندوق الأمم المتحدة للسكان وتركيزه على الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة. وقد اتفقت منظمات الأمم المتحدة المشتركة

في ميدان صحة الطفل والصحة الإنجابية: صندوق الأمم المتحدة للسكان، منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، على أهداف مشتركة تعكس أهداف مؤتمر القمة وأصدرت مبادئ توجيهية مشتركة الى المكاتب الميدانية من أجل تعزيز تعاونها. وقدم البنك الدولي، الذي كرس "تقرير التنمية العالمية" لعام ١٩٩٣ للصحة وإصلاح قطاع الصحة، الدعم أيضا الى نطاق من التدابير المتطابقة مع أهداف مؤتمر القمة. وتوجد مؤشرات أخرى على التقارب بين جداول الأعمال؛ فعلى سبيل المثال، يعتبر البنك الدولي الآن أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات الأمهات "مؤشران للفقر ذوي أولوية".

٣٤ - وحققت اليونيسكو واليونيسيف التعاون بشأن أنشطة المتابعة في قطاع التعليم من خلال آلية اللجنة المشتركة المعنية بالتعليم، وبالاقتراح بأنشطة المتابعة لمؤتمر توفير التعليم للجميع لعام ١٩٩٠، المعقود في جومتين، تايلند. وفي عام ١٩٩٣، عقد مؤتمر القمة المعني بالتعليم في نيودلهي بدعم من اليونيسكو واليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي حيث أعادت فيه تسعة من أكثر البلدان ازدحاما بالسكان في العالم النامي: اندونيسيا، باكستان، البرازيل، بنغلاديش، الصين، مصر، المكسيك، نيجيريا، الهند، الإعراب عن التزامها بقضية توفير التعليم للجميع. وتعاونت اليونيسكو واليونيسيف بشأن النهج المبتكرة المتبعة تجاه التعليم الأساسي من خلال المشروع المشترك "توفير التعليم للجميع: تحقيقه". وهذا مثال للعمل المشترك المصمم من أجل التعجيل بإحراز تقدم نحو توفير التعليم للجميع الذي كان موضوعا لعملية استعراض مكثفة خلال الفترة ١٩٩٥ - ١٩٩٦، في مشاورة أجريت في عمان كجزء من عملية المتابعة التالية لمؤتمر جومتين، على الصعيدين الإقليمي والعالمي على السواء.

٣٥ - وقد وضعت الهيئات الأعضاء في الأمم المتحدة التي تقدم المساعدة الى الأطفال المتضررين من حالات الطوارئ، ولا سيما مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي، في اعتبارها الأهداف المتعلقة بالطفل في سياق برامجها. وتمثل المرأة والطفل بين نصف وثلثي المستفيدين المستهدفين من برامجها. وقد ركزت برامج التغذية التي يدعمها برنامج الأغذية العالمي على الرعاية التغذوية للأطفال الصغار والحوامل والأمهات المرضعات، بما في ذلك تقديم الدعم للرضاعة الطبيعية. وشجع برنامج الأغذية العالمي أيضا التعليم والإمام بالقراءة والكتابة من خلال برامج التغذية في المدارس. ونقحت المبادئ التوجيهية لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المتعلقة بالأطفال اللاجئين، والتي يرجع تاريخها الى عام ١٩٨٨، في ضوء مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل ونشأ عن ذلك تعاون معزز مشترك بين الوكالات.

٣٦ - وشجع مدير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي الممثلين المقيمين للبرنامج الإنمائي على إيلاء أهمية للأهداف المتعلقة بالطفل كجزء من "مسؤولياتهم عن تعزيز التنمية البشرية المستدامة وجهودهم المبذولة من أجلها" خلال الأنشطة التحضيرية لمؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية لعام ١٩٩٥. ومنذ عام ١٩٩٠، قدمت "تقارير التنمية البشرية" لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي رؤية للتنمية واستراتيجيات لتحقيقها تتمشى

مع جدول الأعمال الذي تمثله خطة عمل وأهداف مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. وهذا مثال آخر للرؤية المشتركة للتقدم البشري التي تسعى منظومة الأمم المتحدة بأسرها الى أن تحقق الائتلاف حولها.

٣٧ - وفي تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٥، سلمت لجنة التنسيق الإدارية بأن مجموعة المؤتمرات التي عقدتها الأمم المتحدة مؤخرا، بما فيها مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل تمثل سلسلة متصلة. وفي الوقت نفسه، سلمت اللجنة بالحاجة الى وجود مراكز تنسيق في الوكالات لرصد الإجراءات العامة المتعلقة بكل مؤتمر وبرنامج عمله والحاجة الى أن تواصل المنظمات المختصة ومكاتبها القطرية القيام بأدوارها المحددة فيما يتعلق بتنفيذ توصيات المؤتمر أو متابعة برامج العمل الوطنية. وفي هذا الصدد، سلمت لجنة التنسيق الإدارية بدور اليونيسيف كمركز تنسيق فيما يتعلق بمؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل ومتابعته. وتسترشد سياسة اللجنة المتعلقة بمتابعة جميع المؤتمرات الدولية المعقودة مؤخرا بالتركيز على الصعيد القطري، مع تقديم الدعم لخطط العمل الموجهة قطريا والناבעة عن الأقطار، والتي تدعمها الإجراءات المنسقة التي تتخذها هيئات الأمم المتحدة المختصة.

٣٨ - وكانت إحدى الخطوات الهامة المتخذة لمتابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل هي وضع تدابير لرصد التقدم المحرز نحو بلوغ الأهداف. وعمل كل من اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية واليونسكو وغيرها معا وعن كسب للاتفاق على مجموعة أساسية من المؤشرات كي توصي بها للبلدان من أجل مراقبة التقدم. وافقت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف على مجموعة أساسية من المؤشرات لجميع الأهداف المتعلقة بالصحة والتغذية؛ واشترك كل من اليونيسيف والصندوق الدولي للتنمية الزراعية في إجراء استعراض تقني للمؤشرات المتعلقة بالأمن الغذائي للأسر المعيشية؛ ووضعت اليونسكو واليونيسيف تدابير للحصول التعليمي ونفذتها؛ وحدد نظام رصد المياه والمرافق الصحية المشترك بين اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية خطوط الأساس لقياس الأهداف المتعلقة بالمياه والمرافق الصحية؛ وفي الختام، تعاون كل من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونيسيف في تقييم تدفقات المعونة التي تحدث في إطار لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.

٣٩ - وقد ساهم كل من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية في تعبئة الموارد لبلوغ أهداف التنمية البشرية من خلال وضع المبادرة ٢٠/٢٠. وتقترح المبادرة أن تزيد البلدان النامية مخصصات ميزانياتها للخدمات الاجتماعية الأساسية الى معدل لا يقل عن ٢٠ في المائة من مجموع النفقات الحكومية، وأن تخصص الحكومات المانحة ٢٠ في المائة على الأقل من مساعداتها الإنمائية الرسمية للخدمات الاجتماعية الأساسية، بما في ذلك المساهمات المقدمة الى المنظمات المتعددة الأطراف والمنظمات غير الحكومية. وتستجيب الأمم المتحدة، من خلال نظام المنسقين المقيمين، للطلبات المقدمة من الحكومات من أجل تقديم الدعم في تنفيذ المبادرة ٢٠/٢٠ على الصعيد القطري.

دال - مساهمات المنظمات غير الحكومية

٤٠ - لم يكن المستوى غير العادي الذي بلغته التعبئة الاجتماعية وأنشطة الدعوة والأعمال الملموسة التي جرت لصالح الطفل والذي نجم عن التصديق على اتفاقية حقوق الطفل وانعقاد مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل ليتأتى له ذلك القدر من قوة الدفع أو ليحقق تلك النتائج لولا مساهمة المنظمات غير الحكومية. وقد ساعدت الأهداف المنشودة من أجل الطفل على وضع خطة دولية من أجل الطفل احتشدت حواليتها المنظمات غير الحكومية المتصلة بالطفل في جميع أنحاء العالم. وكانت هذه الأهداف موضع الترحيب لأنها مستمدة من تحليل عالمي لمشاكل الطفل، ولأنها في الوقت ذاته أبانت السبيل نحو تحقيق مشاريع محددة وأنشطة متيسرة بإمكان هذه المنظمات الاضطلاع بها.

٤١ - وقد شاركت المنظمات غير الحكومية الوطنية منها والمحلية والدولية في تخطيط وتنفيذ برامج العمل الوطنية في ما يربو على ٩٠ بلداً. والمنظمات غير الحكومية، في كثير من البلدان، أعضاء دائمون في اللجان المسؤولة عن إعداد وتنفيذ برامج العمل الوطنية. وقد ساعد ذلك على تعزيز الروابط بينها وبين المسؤولين الحكوميين المختصين والمؤسسات المختصة. وهكذا كان لهذه الأهداف أن مكنت الإدارات الحكومية والمنظمات غير الحكومية من تركيز جهودها على أهداف مشتركة. وكان من شأن إنجاز الخطة أيضاً أن أعطى قوة دفع لمزيد من التعاون داخل مجتمع المنظمات غير الحكومية وأكد الحاجة إلى التنمية المؤسسية للمنظمات غير الحكومية النشطة في المجالات المتصلة بالطفل.

٤٢ - أما في البلدان التي طبقت فيها اللامركزية في تنفيذ برامج العمل الوطنية، فقد أتيح للمنظمات غير الحكومية المحلية والمجتمعية أن تشارك فيها. ونتيجة لذلك، كان لهذه المنظمات دور فعال في إنجاز الخدمات، وبناء الوعي وحشد السكان المحليين. وتحقيق هذه الأهداف لا يتطلب إنشاء خدمات فحسب، ولكنه يتطلب أيضاً تعديلاً في السلوك. ولن يكون لتقديم خدمة ما سوى أثر ضئيل على رفاه الطفل أو الأم ما لم يُستفد من هذه الخدمة بفعالية. ولهذا السبب فإن دور المجموعات الدينية، والمجموعات النسائية، ومنظمات الشباب، ورابطات الآباء - المدرسين، وغيرها من المجموعات التي تعد جزءاً لا يتجزأ من نسيج المجتمع هو دور أساسي لتحقيق تقدم مستدام على مستوى القواعد الشعبية.

٤٣ - وقد اضطلعت المنظمات غير الحكومية بدور حيوي في مجال الدعوة لتحقيق الأهداف المتعلقة بالطفل، حيث ساعدت على زيادة الوعي ولدى القيادات العامة والسياسية من خلال وسائط الإعلام. وفي العديد من البلدان، وخاصة في العالم النامي، اضطلعت المنظمات غير الحكومية بدور يتسم بأهمية خاصة لتحقيق هذه الأهداف، وأصبحت مدافعة عن قضية الطفل ونصيرة لها. وعلاوة على ذلك، قامت هذه المنظمات بتنظيم مناسبات ومؤتمرات وحلقات عمل لتوعية مجتمعاتها المحلية بشأن أهداف مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل واتفاقية حقوق الطفل. وعلى سبيل المثال، وعد ٥ ٠٠٠ كشاف، يمثلون ما يربو على مليون عضو في منطقة رابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي بنشر معلومات عن العلاج بالإمامة الفموية في مهرجان المنظمة العالمية لحركة الكشافة الذي أقيم في عام ١٩٩٤. وأصدر ما يزيد على ١٠٠ زعيم

لثمانية مذاهب دينية وأعراف أهلية من ١٤ بلدا في آسيا والمحيط الهادئ بيانا في عام ١٩٩٣ يحث المؤسسات الروحية والدينية على العمل من أجل تحقيق مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل والتصديق على اتفاقية حقوق الطفل.

٤٤ - وبدأت أربع منظمات دولية رئيسية غير حكومية هي - التحالف الدولي لإنقاذ الطفولة، والمنظمة الدولية للرؤية العالمية، والمنظمة العالمية للتخطيط، والصندوق المسيحي لرعاية الطفولة - مبادرة مشتركة لتعزيز تعليم البنت. وقد بدأت هذه المبادرة في ستة بلدان وهي: بنغلاديش، وبوليفيا، والسنغال، والفلبين، وملاوي، والهند؛ وتجري حاليا مناقشة إمكانيات التعاون في المستقبل مع شركاء حكوميين دوليين بما في ذلك اليونيسيف والبنك الدولي.

٤٥ - وسعى بعض المنظمات الدولية غير الحكومية إلى تحقيق أهداف منفردة بتفان عظيم، متخذة زمام المبادرة في مجال تعبئة الموارد والدعوة. فقد قدمت منظمة الروتاري الدولية، منذ عام ١٩٨٧، دعما كبيرا للقضاء على شلل الأطفال من خلال حملتها للتطعيم الموسع ضد شلل الأطفال التي استمرت خمس سنوات. وقامت مؤسسة هيلين كيلر الدولية بدور رئيسي في الجهود المبذولة للقضاء على نقص الفيتامين ألف (وهو سبب رئيسي للعمى الذي يمكن الوقاية منه)، وذلك من خلال توزيع كبسولات الفيتامين ألف وتقديم المساعدة التقنية إلى المنظمات غير الحكومية ووزارات الصحة. وظلت المنظمة العالمية لحركة الكشافة، منذ عام ١٩٩٤، تقدم المساعدة من أجل تشجيع استخدام العلاج بالإمهاة الفموية على صعيد عالمي لمعالجة التجفاف الناتج عن الإسهال. وبدأت منظمة كيو انيس الدولية "مشروعا عالميا للخدمات" للمساعدة على القضاء على الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود؛ وجمعت التبرعات لبرامج القضاء على اضطرابات نقص اليود في ١١ بلدا. واضطلع البرنامج العالمي لعام ٢٠٠٠ لمركز كارتر بدور قيادي مع اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية في القضاء على مرض دودة غينيا.

٤٦ - وأخيرا، فإن مساهمة المنظمات غير الحكومية في التصديق الذي يكاد يكون عالميا على اتفاقية حقوق الطفل وفي تنفيذها كانت هائلة. فالوعي الجماهيري الواسع النطاق بحقوق الطفل إنما يرجع بدرجة رئيسية إلى الجهود التي بذلها العديد من المنظمات غير الحكومية الدولية منها والوطنية. فعلى الصعيد الدولي، أبدى التحالف الدولي لإنقاذ الطفولة واللجان الوطنية لليونيسيف نشاطا بصورة خاصة في هذا المجال ولا يزال فريق المنظمات غير الحكومية لاتفاقية حقوق الطفل (وهو تحالف يضم ٢٧ منظمة غير حكومية دولية) يزود المنظمات غير الحكومية الوطنية وشبكات المنظمات غير الحكومية الإقليمية بمعلومات عن تقارير الدول الأعضاء المقدمة للجنة بشأن حقوق الطفل وعن التقارير "البديلة" التي تعدها اتحادات المنظمات غير الدولية. ويقوم فريق المنظمات غير الحكومية برصد التقدم المحرز في تنفيذ الاتفاقية، وبمتابعة أعمال اللجنة، وتزويدها بالمعلومات حسب الطلب.

هاء - مواصلة التقدم

٤٧ - لتحقيق الأهداف المتعلقة بالطفل ولاستمرار المكاسب في مجال رفاه الطفل، على السواء، كانت هناك حاجة إلى بذل جهود كبيرة لبناء القدرات على مختلف الأصعدة ومن جانب العديد من مؤسسات المجتمع. وقد قدم العديد من أعضاء المجتمع الدولي مساعدة تقنية ومادية في مجال تحديد احتياجات بناء القدرات والوفاء بهذه الاحتياجات. وعلى الصعيد الوطني، كان بناء القدرات لإنجاز الخدمات أولوية من الأولويات الهامة جدا. وخلال السنوات الأخيرة من الثمانينات، أي إبان الحملة العالمية من أجل "تحسين الأطفال الشامل بحلول عام ١٩٩٠"، عزز عدد من البلدان إلى حد بعيد شبكاتها للرعاية الصحية الأولية وصحة الأم والطفل بحيث توسَّع نطاق التغطية وتشمل أفقر المجتمعات والأسر وأكثرها نأيا.

٤٨ - ومن أهم المجالات التي تتطلب تنمية القدرات، الإبلاغ المنتظم للبيانات الاجتماعية، بما في ذلك استحداث نظم لجمع البيانات وتقنيات لإجراء الدراسات الاستقصائية المناسبة لرصد الاتجاهات. وفي وقت انعقاد مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل كان من الواضح في حالة العديد من الأهداف في كثير من البلدان، أن وسائل تقصي أوجه التحسن في رفاه الطفل في فترات مناسبة لم تكن كافية، وفي بعض الحالات لم تكن موجودة. واعترافا بأوجه القصور هذه، فإن الفقرة ٣٥'٤ من خطة عمل مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل طلبت مساعدة من الأمم المتحدة "لإنشاء آليات ملائمة لرصد تنفيذ خطة العمل هذه، بالاستفادة من خبرات المكاتب الإحصائية المختصة التابعة للأمم المتحدة، والوكالات المتخصصة، واليونيسيف وغيرها من أجهزة الأمم المتحدة". وفي مرحلة مبكرة جدا من عملية المتابعة، وجه الانتباه إلى استحداث هذه الآليات، على النحو الوارد وصفه في الفقرة ٣٨ أعلاه.

٤٩ - استحدثت مجموعات المؤشرات الأساسية، التي أوصت بها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية واليونسكو البلدان بغرض رصد التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف مؤتمر القمة العالمية من أجل الطفل، بغية تحقيق الشفافية والقابلية للإدارة وسهولة الفهم لواقعي السياسات ومديري البرامج والجمهور عامة. كذلك شرع العديد من البلدان النامية في تحسين نظمها الأساسية لجمع البيانات لتتيح للمخططين والمبرمجين معلومات أساسية موثوقة عن معدل الوفيات، والاعتلال، وملفات عن حالات مرضية محددة، وحالة التغذية، والالتحاق بالمدارس، وغير ذلك من الجوانب الأساسية.

٥٠ - وكان من الأمور التي تشكل تحديا كبيرا استحداث أدوات لقياس المؤشرات الاجتماعية المتصلة بالأهداف المتعلقة بالطفل تكون سريعة وموثوقة وفعالة من حيث التكلفة. ولا تجري التعدادات السكانية عادة إلا كل ١٠ سنوات، ويحدث تأخير مماثل نتيجة تطبيق منهجية قياسية للدراسات الاستقصائية الاجتماعية.

٥١ - وقد وضعت اليونيسيف وغيرها من وكالات الأمم المتحدة والمؤسسات الأكاديمية دراسة استقصائية متعددة المؤشرات للمجموعات من الأسر المعيشية كنشاط رئيسي لبناء القدرات في مجال جمع البيانات

وتحليلها واستخدامها من جانب البلدان. وهذه المنهجية توازن بين سرعة الدراسات الاستقصائية لمجموعات ما وبساطتها على نحو تتوفر فيه موثوقية الدراسات الاستقصائية التقليدية للأسر المعيشية وعمقتها. والمنهجية سريعة ومرنة إلى حد بعيد؛ ويمكن إضافة أجزائها إلى أي دراسة استقصائية وطنية قائمة للأسر المعيشية. وهي أيضا متيسرة إلى حد بعيد من حيث التكلفة: فاستنادا إلى تقارير ٧٧ بلدا، تراوح متوسط تكلفة الدراسات الاستقصائية للمؤشرات المتعددة لمجموعات وجهود الرصد المتصلة بها بين ٥٠ ٠٠٠ دولار من دولارات الولايات المتحدة و ٧٥ ٠٠٠ دولار من دولارات الولايات المتحدة، وذلك مبلغ منخفض نسبيا مقارنة بالدراسات الاستقصائية الاجتماعية - الاقتصادية النموذجية للأسر المعيشية ذات الحجم المماثل. وبحلول كانون الثاني/يناير ١٩٩٦، كان ٩١ بلدا إما قد أكملت دراسة استقصائية للمؤشرات المتعددة لمجموعات كجزء من عملية استعراض منتصف العقد أو التزم بإجرائها. ومن بين ١٠٥ بلدان نامية تتوفر بالنسبة لها تقارير منتصف العقد، استخدم ٨٢ بلدا إما منهجية الدراسات الاستقصائية المتعددة المؤشرات لمجموعات بغرض إجراء دراسة استقصائية خاصة أو قام بإدماج نماذج الدراسات الاستقصائية المتعددة المؤشرات لمجموعات في دراسات استقصائية وطنية أخرى. وقد صُممت الدراسات الاستقصائية لتستخدم كمكون أساسي في وضع واستعراض السياسات. وقد ساعد استخدامها على تعزيز التعاون بين القطاعات، وهو يوفر أساسا لبيانات مفصلة عن النوع والعمر ويشكل بحد ذاته إسهاما قيما في جدول أعمال الأهداف المتعلقة بالطفل.

٥٢ - وقد أعدت اليونيسيف، منذ عام ١٩٩٢، ونشرت على نطاق واسع تقريرا سنويا معنونا "تقدم الأمم"، يُعرض فيه ما تحرزته الأمم، أو ما لا تحرزته، من تقدم في سبيل تحقيق هذه الأهداف، وذلك وفقا لجداول إقليمية فتوية. وكان من شأن عرض البيانات بهذا الشكل أن وفر الفرصة للبلدان لتقييم ما تحرزته من تقدم نسبي داخل مناطقها، وللحضر أيضا على إقامة حوار عام من أجل العمل.

٥٣ - وفيما يتعلق بالأهداف القطاعية، بذلت جهود كبيرة في مجال تحسين القدرات ضمن نظم تقديم الخدمات. ففي سياق الرعاية الصحية، طبق على نظام واسع، وخاصة في غرب أفريقيا، نهج برنامجي معروف باسم مبادرة باماكو، وهو نهج بدأه وزراء الصحة الأفريقيون في عام ١٩٨٧. وكان الغرض من هذه المبادرة هو إحياء نظم الرعاية الصحية التي كانت قد أصبحت عديمة الفعالية بسبب مشاكل تتعلق بتوفير الموظفين والهيكل الأساسية واللوازم الطبية، وكان تركيزها منصبا على الإدارة المحلية للمراكز الصحية وتوفير الأدوية الأساسية. ويجري حاليا تنفيذ برامج تستند إلى مبادرة باماكو في ٤١ بلدا: منها ٨ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و ٥ في آسيا والشرق الأوسط، و ٢ في بلدان أوروبا الشرقية/ورابطة الدول المستقلة ومنطقة بحر البلطيق، و ٦ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وبالنسبة للخدمات الصحية التي تديرها مجتمعات محلية في عدد من البلدان فقد أمكن توليد موارد كافية لتغطية تكاليف العلاج والأدوية الأساسية والنفقات المتكررة.

٥٤ - وفي سياق الحد من تعرض الأطفال للنقص في المغذيات الدقيقة، شملت المساعي الرامية إلى بناء القدرات إقامة شراكات مع الصناعة الخاصة، وتعد تقوية المنتجات الغذائية بـفيتامين ألف أحد الأمثلة

المحددة للاتجاهات في هذا الصدد. وتتصل الجهود المرموقة الأخرى بتزويد الملح باليود للوقاية من الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود. وعلى الرغم من أن إنتاج الملح هو في كثير من الحالات صناعة منزلية لا تعتمد على الآلة في البلدان النامية، ومن ثم فإن من الصعب التدخل في عملية التصنيع، فقد تم اللجوء إلى طرق بارعة لضم جميع أنواع المنتجين في الخطط الوطنية لمعالجة الأملاح باليود. والبلدان التي تعاني من مشاكل الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، والبالغ عددها ٩٤ بلدا، توصلت جميعها تقريبا حتى الآن إلى وضع خطط لتزويد الملح باليود بكميات كبيرة انطلاقا من شراكات عامة/خاصة؛ ونظرا لأن هذه الخطط تضع مسألتي التكاليف والاتصال في الاعتبار، فإنها تفي بالحاجة إلى الاستدامة.

٥٥ - وفي مجال قطاع الإمداد بالمياه والمرافق الصحية، أحرز تقدم كبير في سبيل استحداث شبكات تكنولوجية وإدارية منخفضة التكلفة استنادا إلى مشاركة المجتمعات المحلية للمساهمة في تحقيق أهداف نهاية العقد، إلا أن النجاح في إعادة توجيه الاستثمار نحو هذا الاتجاه كان أقل من ذلك.

٥٦ - إن بناء القدرات في سياق التعليم يتجاوز إلى حد بعيد مجرد توفير أماكن للدراسة للأطفال غير الملتحقين بالمدارس، فالإنفاق على تحسين الموارد البشرية يتسم بأهمية حاسمة فيما يتعلق بزيادة حجم هيئات التدريس. وهناك أيضا حاجة إلى رفع مستويات مهارات التدريس لبث الحياة في الفصول الدراسية وإحياء روح النشاط في الطلاب؛ وإلى أنشطة لتعزيز الروابط بين المدارس والمنظمات المجتمعية، وبرامج منح دراسية لزيادة نسبة الالتحاق بالمدارس؛ والتعليم المتعدد الفصول للمناطق النائية والقليلة السكان؛ والتوسع في توفير التعليم لما قبل المرحلة الدراسية.

٥٧ - وقد شهدت السنوات الخمس الأخيرة مبادرات عديدة لتطبيق اللامركزية في تخطيط وتنفيذ الخدمات الأساسية من أجل الطفل والمرأة. وأشكال تطبيق اللامركزية متنوعة إلا أن التوجه واحد وهو: مساعدة الحكومات المحلية على الاضطلاع بأدوار ذات أهمية أكبر في مجال إدارة الخدمات وتعزيز المساءلة العامة، بما في ذلك خلق إحساس بملكية المجتمعات المحلية لهذه الخدمات. على أن ثمة مسائل رئيسية ينبغي التصدي لها قبل أن تتحقق الإمكانيات الكاملة لتطبيق اللامركزية، وعلى الأخص التوازن من حيث السلطة بين المركز والمناطق البعيدة عنه، ونقل الاختصاصات التقنية والتنظيمية من المركز، وتخصيص موارد إضافية للحكومات المحلية لتضطلع بمهام جديدة في مجال الخدمات. وسيكون لمواصلة تطوير الشراكات بين الحكومات المحلية والمجتمعات المحلية - بما في ذلك المنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية - أثر عميق على تحقيق الأهداف المتعلقة بالطفل واستدامة هذه الأهداف على السواء.

واو - تعبئة الموارد

٥٨ - دعت الفقرة ٣٤ '٣' من خطة عمل مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل كل بلد إلى إعادة دراسة ميزانيته الوطنية الحالية، وفي حالة البلدان المانحة، إعادة دراسة ميزانيته للمساعدة الإنمائية، لكفالة أن

تكون الأولوية، عند تخصيص الموارد، للبرامج الرامية إلى تحقيق الأهداف المتعلقة ببقاء الطفل وحمايته ونمائه. وتضيف الفقرة أيضا أنه ينبغي بذل كل جهد لكفالة حماية هذه البرامج في أوقات الشدة الاقتصادية. إن توسيع نطاق الوصول إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية سيتطلب موارد مالية إضافية ووفورات تحققها الكفاءة.

٥٩ - وقد ظلت تعبئة الموارد الضرورية لتحقيق هذه الأهداف شاغلا مستمرا منذ مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. والتقدير الأولي للموارد الإضافية توحى بأن ثمة حاجة إلى ٢٠ بليون دولار من دولارات الولايات المتحدة على مدى العقد لتحقيق هذه الأهداف. وتحاول برامج العمل الوطنية في عدد من البلدان تحديد مقدار الفجوة المالية الوطنية للوفاء بأهداف مؤتمر القمة. ففي إكوادور، مثلا، شمل برنامج العمل الوطني هدفا "لا يمكن التخلي عنه" يتمثل في إعادة نسبة حصة القطاعات الاجتماعية من النفقات العامة، بحلول منتصف العقد، إلى ما كانت عليه في عام ١٩٨٠، أي إلى ٩,٤ في المائة. ويوصي برنامج عمل مصر بتخصيص ٧,٥ في المائة من الميزانية للقطاعات الاجتماعية الأساسية في خطة التنمية للفترة ١٩٩٧-١٩٩٢. وتعتمز السنغال زيادة حصة الصحة في ميزانيتها من ٥ في المائة إلى ٩ في المائة بحلول عام ٢٠٠٠. بيد أن تحديد تكلفة الأهداف لم يطبق على جميع برامج العمل الوطنية. وتدل التجربة على أنه، حتى في الحالات التي طبق فيها، كان أثره على عملية وضع الميزانية السنوية محدودا بسبب الوضع المالي الصعب، وأعباء الديون المرتفعة، والافتقار إلى التوافق السياسي في الآراء.

٦٠ - وكان مؤتمر القمة العالمي والمناقشات التي جرت حين ذاك بشأن تعبئة الموارد من أجل التنمية البشرية من الأنشطة التي استمد منها الزخم لمبادرة ال ٢٠/٢٠ الوارد وصفها في الفقرة ٣٩ أعلاه. ويشكل مبدأ التبادل سمة رئيسية في المبادرة، برزت في وقت كان من شأن ضعف الأداء الاقتصادي وضغوط التمويل الخارجي فيه أن دفعت العديد من البلدان النامية إلى تنفيذ سياسات تقشفية شديدة. وتشير الأدلة إلى أن وطأة التقشف المالي وقعت على كاهل القطاعات الاجتماعية في كثير من الحالات، مما زاد من حرمان الفقراء. وقد سجل انخفاض في إنفاق القطاع الاجتماعي في عدة بلدان في أمريكا اللاتينية وجنوب آسيا وأفريقيا وجنوب الصحراء الكبرى.

٦١ - وقد حظيت مبادرة ال ٢٠/٢٠ بتأييدات عديدة على الصعيد الدولي على مدى السنوات القليلة الماضية. فقد أيد مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية لعام ١٩٩٥ هذه المبادرة، مشيرا في برنامج عمله إلى المصلحة المتبادلة لبعض "الشركاء من البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية في تخصيص ٢٠ في المائة، في المتوسط، من المساعدة الإنمائية الرسمية، و ٢٠ في المائة من الميزانيات الوطنية، على التوالي، للبرامج الاجتماعية الأساسية". ووافق اجتماع متابعة دولي أشرفت على انعقاده حكومتا النرويج وهولندا، في نيسان/أبريل ١٩٩٦، على توافق آراء أوصلو فيما يتعلق باتخاذ خطوات عملية لتنفيذ مبادرة ال ٢٠/٢٠. وتشمل هذه الخطوات تقديم الدعم من جانب المنظمات المتعددة الأطراف إلى البلدان النامية لصياغة وتنفيذ برامج القطاع الاجتماعي لصالح الفقراء، ولرصد إنفاق الميزانيات على الخدمات الاجتماعية الأساسية.

٦٢ - ولا تسمح المعلومات المتاحة فيما يتعلق بمخصصات الميزانيات إلا بوضع تقييم تقريبي لحصة الخدمات الاجتماعية الأساسية منها. فالتقديرات العامة تشير إلى أن ما يتراوح بين ١٢ و ١٥ في المائة من الميزانيات الوطنية، في المتوسط، خصص لتقديم الخدمات الاجتماعية الأساسية حوالي عام ١٩٩٠. وتوحي عدة مؤشرات إلى أن مخصصات الخدمات الاجتماعية الأساسية من الميزانيات انخفضت في الثمانينات. إلا أن ثمة بعض بوادر محدودة تشير إلى وجود تحسن. وأعطيت برامج التكيف الهيكلي بالتدرج "وجها إسانيا"؛ وبدأ تنفيذ شبكات الأمان الاجتماعية في كثير من البلدان، ووفرت حماية أفضل للنفقات الاجتماعية على التعليم الابتدائي وغير ذلك من الخدمات الاجتماعية الأساسية. كذلك عزز عدد من المانحين دعمهم لتوفير الخدمات الاجتماعية.

٦٣ - وكان مجتمع المنظمات غير الحكومية مصدرا هاما آخر لتعبئة الموارد من أجل أهداف جدول الأعمال المتعلق بالطفل. وقد أشير أعلاه إلى المساهمات الهامة التي قدمتها منظمة الروتاري الدولية ومنظمة كيوانيس الدولية. وتشكل المساهمات المالية لكل من هاتين المنظمتين الدوليتين والمنظمات الوطنية غير الحكومية في كثير من الحالات جزءا هاما من الموارد المطلوبة للاضطلاع ببرامج العمل الوطنية. ففي كينيا، مثلا، تقوم المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص بتمويل ١٠ في المائة من إجمالي برنامج العمل الوطني، ومدته خمس سنوات. كذلك فإن مساهمة اللجان الوطنية لليونيسيف في أنشطة متابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل كبيرة؛ وعلى سبيل المثال، فقد اضطلعت هذه اللجان، منذ عام ١٩٩٠، بدور هام في ٢٢ عملية من عمليات تحويل الديون في ١٩ بلدا، وبذلك أنهت ديونا قيمتها الإسمية ٢٠٠ مليون دولار تقريبا وأتاحت لبرامج التنمية الاجتماعية أموالا بالعملة المحلية تساوي ما يقرب من ٥٣ مليون دولار.

٦٤ - وإلى جانب إعادة تشكيل هيكل النفقات العامة، والسعي من أجل الحصول على مزيد من الأموال الخارجية من أجل القطاعات الاجتماعية بحث كثير من البلدان عن طرق بديلة لتوفير موارد إضافية للخدمات الاجتماعية الأساسية. ولا يمكن القول إن مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل هو الذي سبب بطريقة مباشرة، عمليات تعبئة الموارد هذه ولكن عملية متابعة المؤتمر، بمساعدتها على تهيئة مناخ اعتبرت فيه النفقات الاجتماعية استثمارا هاما في التنمية البشرية، كانت أحد العوامل التي شجعت على تخصيص الأموال للأغراض الاجتماعية على أساس رفاه الطفل، أو على الأقل إضفاء الاستقرار على هذه الأغراض ومنع حدوث مزيد من التدهور.

ثالثا - التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف

ألف - الصعيد العالمي

٦٥ - كان التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف منتصف العقد خلال النصف الأول من التسعينات، أكبر من التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف نهاية العقد. وحدث تقدم هام في مجال الحد من الوفيات بالحصبة،

وزيادة التغطية في مجال العلاج بالإمهاة الضموية، والقضاء على دودة غينيا، والتصديق العام على اتفاقية حقوق الطفل. كما أحرز تقدم كبير في انتشار التحصين، والحد من حالات الإصابة بشلل الأطفال والحصبة، وتحويل الإجراءات الروتينية التي تتبعها المستشفيات في حالات الولادة من أجل تشجيع الرضاعة الطبيعية، وتزويد الملح باليود. وعلى الرغم من أن بعض البلدان يخطو خطوات سريعة حالياً نحو تناول كمية كافية من فيتامين ألف، فإن قرابة نصف البلدان التي لديها مشكلة صحة عامة من نقص الفيتامين ألف لم تفعل شيئاً يذكر في هذا المضمار. ويلزم المزيد من العمل أيضاً للحد من إصابة المواليد بالكزاز.

٦٦ - ولم يحرز تقدم ذو شأن في تحقيق أهداف نهاية العقد إلا في مجال توفير المياه. وعلى الرغم من إحراز تقدم كبير في الحد من وفيات الأطفال، فإنه لا يسير على طريق تحقيق هذا الهدف الآن سوى ٤٠ في المائة تقريبا من البلدان النامية. ولم يكد التقدم المحرز في مجال التعليم الابتدائي يواكب الزيادة في السكان، ولا يزال هناك الكثير من العمل الذي يتعين القيام به للحد من سوء التغذية ووفيات الأمهات وأمميّة الكبار ولزيادة انتشار النظافة الصحية.

باء - نظرة عامة إقليمية

١ - أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

٦٧ - أحرزت منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي تقدماً كبيراً في بلوغ أهداف منتصف العقد المتعلقة بالطفل. بل تمكن العديد من البلدان من تجاوز أهداف نهاية العقد في مجال التغطية التحصينية. وتؤكد القضاء على شلل الأطفال بديل عدم الإبلاغ عن أي إصابة به منذ عام ١٩٩١. وأحرز تقدم سريع في السيطرة على حالات نقص المغذيات الدقيقة عن طريق تزويد الملح باليود وإضافة فيتامين ألف. وتحقق هدف تصديق جميع بلدان المنطقة على اتفاقية حقوق الطفل وهو من أهداف منتصف العقد، وبدأ العديد من البلدان في تكييف قوانينه الوطنية وفقاً لها. وكما حدث على الصعيد العالمي، كان التقدم المحرز في تحقيق أهداف نهاية العقد أقل إثارة، ولكنه كان كبيراً على الرغم من ذلك.

٦٨ - وتم اتخاذ طائفة كبيرة من التدابير في المنطقة لحشد الزعماء السياسيين والمجتمع المدني خلف جدول أعمال مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل ولتشجيع الحكومات على الانتقال من التوقيع على إعلان مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل إلى الدخول في التزامات ملموسة لصالح الطفل. وتقدم الركب في هذه العملية بعض البلدان، ولا سيما البرازيل وكوبا والمكسيك، التي استغلت عملية وضع برنامج العمل الوطني لتعبئة الإدارات الحكومية وتحويل وجهة تفكيرها نحو وضع أهداف للأداء يمكن قياسها. واستفادت اليونيسيف بالذات من جميع الفرص المتاحة لتشجيع الحكومات على اتخاذ الإجراءات المناسبة. وأنشئت لجنة للتنسيق بين الوكالات بغية تيسير العمل المشترك دعماً للحكومات الجادة في تحقيق هذه الأهداف.

٦٩ - وفي نيسان/أبريل ١٩٩٤، صدقت ٢٨ حكومة على التزامها بالأهداف المحددة لصالح الطفل بتوقيعه على اتفاق نارينو. كما حددت هذه الحكومات في ذلك الاجتماع مجالات جديدة تحظى باهتمام خاص (الحمل المبكر والإعاقة والحقوق المدنية)، ودعت إلى الاستثمار في المجتمع لتحسين الإنتاجية وزيادة العدالة. ويتضمن الاتفاق فضلا عن ذلك أهدافا محددة لمنتصف العقد وضعتها بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في ضوء الحقائق القطرية والإقليمية. وتم تعديل مؤشر المياه والنظافة الصحية، على سبيل المثال، ليأخذ في الاعتبار أن "التغطية الكاملة" هدف مفرط في الطموح؛ وأعطيت الأولوية عوضا عن ذلك إلى تضييق الثغرة بين المخدومين وغير المخدومين. وفي سياق التعليم، لقيت استراتيجية ابتُدعت في ريف كولومبيا تُعرف باسم Escuela Nueva (أي المدرسة الجديدة) القبول في المنطقة بأكملها بوصفها الوسيلة الرئيسية لجعل الأطفال المستبعدين حاليا من حجرة الدراسة يلتحقون بالمدارس.

٧٠ - وينص اتفاق نارينو بصفة خاصة على ضرورة إضفاء الطابع المؤسسي على برامج العمل الوطنية، ودعم عملية جعلها لا مركزية ونقل سلطة التصرف فيها إلى الولايات والمناطق والبلديات، وتوفير الفرص لجميع فئات المجتمع في تخطيط وتنفيذ التدابير الرامية إلى تحقيق أهدافها. كما يؤكد الاتفاق الضرورة الوطنية الملحة لتوجيه الموارد المالية الآتية من نظم التمويل العامة والخاصة والخارجية إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية.

٧١ - وواجه العديد من البلدان في أوائل التسعينات تحديات التعديل الهيكلي وإقامة الديمقراطية وازدياد أوجه الإجحاف وانعدام العدالة الاجتماعية من جراء حالة الضيق. وبالنظر إلى هذه الظروف، فقد كان التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف الطفل مشجعاً. وأخذت النفقات في المجالات الاجتماعية تزداد شيئا فشيئا، وإن كان لا يمكن القول بأن الأزمة في نوعية الخدمات الصحية والتعليمية وفي شمولها قد انضجرت. ويلزم الكثير من التحسين في ميادين الوفيات القريبة من زمن الولادة، ورعاية الأم، والصحة الإنجابية وخاصة لدى الشباب، وجودة التعليم، وتوفير حماية خاصة للطفولة، وتكافؤ فرص وصول المحرومين إلى الخدمات.

٢ - جنوب آسيا

٧٢ - على الرغم من أن منطقة جنوب آسيا حافظت في السنوات العدة الماضية على نمو اقتصادي معتدل، لم تكن فوائد هذا النمو متساوية التوزيع، ولا يزال دخل الفرد لديها أدنى منه في أي منطقة أخرى. ولئن كانت هذه المنطقة لا تشمل سوى ثمانية بلدان، فإن ربع أطفال العالم يقطنون فيها، ويحدث فيها ثلث جميع وفيات الأطفال دون الخامسة، وهي موطن نصف أطفال العالم الذين يعانون من سوء التغذية.

٧٣ - وعلى الرغم من هذا الوضع، فقد تم إحراز تقدم كبير في تحقيق أهداف منتصف العقد من خلال القضاء عمليا على مرض دودة غينيا، والحد من الوفيات بالحصبة، والتصديق على اتفاقية حقوق الطفل، وترويج الرضاعة الطبيعية بتعديل الإجراءات الروتينية التي تعمل بها المستشفيات في حالات الولادة. وتم إحراز تقدم كبير في تعميم تزويد الملح باليود، وأصبح نحو ٦٠ في المائة من سكان المنطقة يستهلكون الآن

ملحا مزودا باليود. وكان التقدم المحرز في التحصين متنوعا، إذ حافظت بنغلاديش وبوتان وسري لانكا وملديف والهند على نسب بلغت ٧٠ في المائة أو أكثر، بينما سجلت باكستان ونيبال نسبا أقل من هذه بكثير، ولم تبلغ نسبة التغطية في أفغانستان سوى ٢٠ في المائة. ويسير التقدم نحو تحقيق هدف العلاج بالإمهاء الضموية سيرا بطيئا في بعض البلدان، ويعزى ذلك جزئيا إلى الضعف في إبلاغ الرسائل الهامة بشأن رعاية الأطفال المصابين بمرض الإسهال.

٧٤ - ومنذ عام ١٩٩٠، حثت جميع دول جنوب آسيا خُطاهها في الجهود المبذولة لتوفير التعليم للجميع، فزادت الالتزام السياسي بالتعليم الأساسي وزادت الاعتمادات المرصودة للتعليم الابتدائي في ميزانياتها. وأسفر ذلك عن ارتفاع نسبة الالتحاق بالمدارس وعن تقلص التفاوت نوعا ما بين الجنسين وبين المناطق الحضرية والمناطق الريفية. ومع ذلك، جاء النجاح أيضا بضغطين جديدين: ضغط على غرف التدريس الموجودة والمطالبة بتحسين نوعية التعليم الابتدائي.

٧٥ - وتم إحراز تقدم ملحوظ في تحقيق هدف نهاية العقد في مجال المياه، ولكن هناك مخاوف لكون كمية المياه الجوفية آخذة في التناقص بسرعة وقد يؤدي ذلك إلى مشاكل خطيرة في النصف الثاني من العقد. والتغطية التصحاحية في هذه المنطقة هي أقل منها في أي منطقة أخرى، ويلزم القيام بعمل كثير في هذا المضمار. ولئن كان الانخفاض في وفيات الأطفال لا يزال مستمرا فمن المستبعد أن يؤدي الاتجاه الحالي إلى تحقيق هدف نهاية العقد. فمعدلات سوء التغذية والأمية في جنوب آسيا أعلى منها في أي منطقة أخرى، ولم يكن التقدم المحرز في تحقيق هدف نهاية العقد كافيا في أي من الحالتين.

٧٦ - وتحقق هدف تصديق جميع بلدان المنطقة على اتفاقية حقوق الطفل. ونتيجة لذلك، زادت المناقشة في المنتديات العامة بشأن ضرورة اتخاذ التدابير اللازمة لحماية الأطفال من الإساءة والاستغلال، وأصبحت هذه المسألة تحظى بأكثر اهتمام مما كانت تحظى به في السابق من اهتمام مقرري السياسات ووسائل الإعلام والمنظمات غير الحكومية.

٧٧ - وقرار كولومبو المتعلق بالطفل الذي صودق عليه في نيسان/أبريل ١٩٩٣ في مؤتمر القمة السابع لرؤساء دول وحكومات رابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي هو بمثابة محك المتابعة الإقليمية لمؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. وقد ربطت هذه الوثيقة بشدة بين تحقيق أهداف الطفل والالتزام الجماعي بالقضاء على الفقر. ووضعت أهداف وسيطة لعام ١٩٩٥ لتحفيز وتعجيل التقدم نحو تحقيق أهداف نهاية العقد؛ ووفرت هذه الأهداف الأساس الذي قامت عليه برامج العمل الوطنية وبعض برامج العمل دون الوطنية التي ساعدت على تعبئة الدعم السياسي والمجتمعي.

٣ - شرق آسيا والمحيط الهادئ

٧٨ - إن سجل هذه المنطقة في تحقيق أهداف الطفل مدعاة للإعجاب. فقد أحرز تقدم كبير في جميع أهداف منتصف العقد باستثناء منع إصابة المواليد بالكزاز. ومن بين أهداف نهاية العقد، أحرز تقدم كبير في مجالي التعليم والمياه. وتزيد نسبة إمام الكبار بالقراءة والكتابة على ٨٠ في المائة، وما يزيد على ٨٥ في المائة من الملتحقين بالتعليم الابتدائي يصلون إلى الصف الخامس. ولا يزال التفاوت في الإلمام بالقراءة والكتابة كبيرا بين الجنسين، ولكن الفرق بينهما يقل عن ذلك بكثير في التعليم الابتدائي. وتعزى هذه التغيرات إلى المبالغ الكبيرة التي استثمرت في التعليم الأساسي. ولئن ظلت وفيات الأطفال تنخفض في التسعينات، فمعدل انخفاضها الحالي لا يكفي لتحقيق هدف نهاية العقد. وتقل نسبة سوء التغذية في هذه المنطقة عنها في جنوب آسيا والبلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، إذ تبلغ نحو ٢٠ في المائة لدى الأطفال دون الخامسة، ولكن تخفيضها يسير ببطء. والمرافق الصحية تحتاج إلى تحسين.

٧٩ - ويوجد في هذه المنطقة، كما يوجد في غيرها، فروق شاسعة بين البلدان، إذ يواجه بعض بلدانها، ولا سيما بابوا غينيا الجديدة وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وفيت نام وكمبوديا وميانمار، صعوبات خاصة تعزى إلى الفقر وعدم كفاية الهياكل الأساسية.

٨٠ - ويواجه عدد متزايد من بلدان المنطقة تحديات ملحة في سياق حماية الطفولة ناتجة عن العواقب السلبية للتغير الاجتماعي السريع. وما مجموعة المشاكل التي ظهرت حديثا ومنها الاستغلال التجاري للأطفال - ولا سيما البنات - إلا نواتج غير مباشرة للنجاح الاقتصادي الذي شهدته المنطقة، وفي بعض الأحيان للانتقال من النظم المخططة مركزيا إلى النظم السوقية المنحى. وقد جرى تقليص العديد من البرامج الاجتماعية وشبكات الأمان، وحدث انهيار في القيم المجتمعية والأشكال التقليدية من الدعم أو التحكم الاجتماعي؛ وتفاقت المشاكل في هذه الأثناء من جراء التحضر السريع، وتدهور البيئة، وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (مرض الإيدز).

٨١ - وبدأت متابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل بإعداد برامج عمل وطنية في معظم بلدان المنطقة، وذلك عادة بالتزامن مع خطط التنمية الوطنية وإدماجها فيها. وقد أتاحت برامج العمل الوطنية الفرصة لوضع نهج واستراتيجيات جديدة للاستجابة للأوضاع المستجدة في المنطقة. وقامت عملية الإعداد هذه على المشاركة، وأدت المجموعات المهنية والمنظمات الطوعية دورا أساسيا فيها.

٨٢ - وتستند أهداف الطفل المعتمدة في شرق آسيا إلى توافق آراء مانيل الذي نتج عن المشاورة الوزارية الإقليمية التي عقدت في أيلول/سبتمبر ١٩٩٣ وأعدت فيه ١٧ بلدا تأكيد التزامها ببرامج عملها الوطنية وباعتماد برامج لبلوغ أهداف منتصف العقد. وجرى تأكيد هذا الالتزام مرة أخرى في المشاورة الوزارية الثالثة لمنطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ حول أهداف الطفل والتنمية حتى عام ٢٠٠٠ التي

عقدت في هانوي في تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٥. وتعهدت البلدان في إعلان هانوي بزيادة مخصصات البرامج الاجتماعية في ميزانياتها تبعا لمفهوم ال ٢٠/٢٠.

٤ - البلدان الافريقية جنوب الصحراء الكبرى

٨٣ - كان التقدم الذي تم إحرازه نحو تحقيق الأهداف في البلدان الافريقية جنوب الصحراء الكبرى أضعف إجمالاً منه في جميع المناطق الأخرى. وهذه المنطقة هي أيضا الوحيدة التي يزيد مجموع ديونها الخارجية على ناتجها القومي الإجمالي، ولم يعوض انخفاض المساعدة الإنمائية الرسمية بأي زيادات في تدفقات الاستثمارات الدولية الأخرى. وكان انخفاض النمو الاقتصادي وعدم كفاية الموارد العامة المخصصة للاستثمار الاجتماعي، والتعرض للجفاف وتدهور البيئة، واتساع نطاق وباء فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وعدم استقرار عملية التحول السياسي، والفوضى الناجمة عن النزاع المسلح من العوامل التي أدت جميعها الى منع التقدم نحو بلوغ الأهداف.

٨٤ - وعلى الرغم من كل هذه الصعوبات، تم إحراز بعض التقدم. فتعميم تزويد الملح باليود يسير بسرعة، وأصبح ٦٠ في المائة تقريبا من السكان المحتاجين يستهلكون الملح المزود باليود؛ وقطع شوط بعيد في طريق القضاء على مرض دودة غينيا؛ وسجل استخدام العلاج بالإمهاة الفموية زيادة كبيرة في العديد من بلدان المنطقة. أما بالنسبة للأهداف الأخرى فقد أحرز تقدم في بلدان معينة لا في المنطقة بأكملها. ففي مجال التحصين، مثلا، التي تبلغ معدلات التغطية الإقليمية فيه نحو ٥٠ في المائة، سجل ١١ بلدا، في التحصين باللقاح الثلاثي، نسبة بلغت ٨٠ في المائة أو أكثر. وتوفر مبادرة باماكو مثلا آخر من أمثلة العمل وقد أدت الى نمو مطرد في معدلات التحصين في بعض البلدان مثل بنن، وبوركينا فاسو، وتوغو، والكونغو، ومالي.

٨٥ - وما زالت هناك تحديات جمة في مكافحة الملاريا، ومرض الإسهال، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة، والحصبة. وتصل معدلات سوء تغذية الأطفال في بعض البلدان الى نسب تتراوح ما بين ٣٠ و ٤٠ في المائة. وبدأت الآثار السلبية لوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز تتجلى في معدلات بقاء الأطفال على قيد الحياة في أفريقيا. وليس لهذا الوباء أثر مباشر على وفيات الأطفال فحسب بل إن للمرض والوفاة في صفوف الآباء والأمهات المصابين بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية علاقة بازدياد سوء التغذية وارتفاع معدلات الانقطاع عن الدراسة وتزايد أعداد الأطفال الذين يضطرون لكسب العيش باللجوء الى مهن الشوارع، ومنها التسول والإجرام والبيعاء.

٨٦ - ولم يحرز تقدم يذكر في الالتحاق بالمدارس الابتدائية، حيث كانت الزيادة في أعداد التلاميذ لا تتعدى مجارة الزيادة في السكان من الفئة العمرية المدرسية للمراحل الابتدائية. إلا أن الاتجاه التنزلي في نسبة الالتحاق بالمدارس الابتدائية الذي كان سائدا في الثمانينات تحول على ما يبدو الى زيادة طفيفة في النصف الأول من التسعينات. ومع ذلك فإن تحقيق أهداف التعليم لا يزال من التحديات التي تواجه

المنطقة، ولا يزال تعليم البنات يتصدر قائمة الأولويات: فمعدلات أمية الإناث تزيد في بعض بلدان المنطقة على ٨٠ في المائة. وأصبح الآن التزام برؤيا توفير التعليم للجميع أقوى لدى الحكومات وتجدد الوعي بما لتعميم التعليم الابتدائي من أهمية في تحقيق التقدم الاجتماعي والاقتصادي على جميع الجبهات.

٨٧ - وعلى الرغم من استمرار انخفاض وفيات الأطفال على الصعيد الإقليمي فإن هذا الاتجاه لا يرقى الى المعدل اللازم لتحقيق هدف نهاية العقد؛ والانخفاض ضئيل أو معدوم لدى عدة من البلدان الكثيفة السكان. ولدى البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى ثاني أعلى نسبة من سوء التغذية؛ وإن تكن هذه النسبة أقل بكثير من النسبة المسجلة في جنوب آسيا فيبدو أنها زادت خلال النصف الأول من العقد.

٨٨ - ولا يزال توافق آراء داكار (حزيران/يونيه ١٩٩٢)، الذي جاء نتيجة لمؤتمر عام ١٩٩٢ الدولي المعني بتقديم المساعدة للطفل الأفريقي، القاعدة الرئيسية لمتابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل في هذه المنطقة. وقد التزمت البلدان التي اشتركت فيه بترجمة أهداف مؤتمر القمة الى برامج عمل وطنية ملموسة، وإعادة تشكيل الميزانيات الحكومية لدعم تنفيذ برامج عملها الوطنية، وزيادة تعبئة الموارد المحلية. كما قررت الدول الأفريقية أن تزيد من سرعة الجهود المبذولة للتحصين، والحد من الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، والتعليم، فاعتمدت بذلك سلسلة من أهداف منتصف العقد لأفريقيا. وصدقت جميع بلدان المنطقة تقريبا على اتفاقية حقوق الطفل، ويجري الآن ترويجها لتصميم برامج لحماية الطفل وإعادة تأهيله، واستعادة المجتمع المدني على نطاق أوسع.

٥ - الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

٨٩ - تم إحراز تقدم كبير في جميع أهداف منتصف العقد تقريبا. فسجلت معدلات التحصين زيادة كبيرة وانخفضت مقابلها الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات. بيد أن التقارير تدل على أن معدلات تحصين الأمهات ضد الكزاز لا تزال منخفضة، ولكن هذا قد يعود الى استخدام طريقة غير مناسبة لقياسها. وتم إحراز تقدم كبير نحو هدف نهاية العقد في مجال توفير المياه، بل حتى في تعميم المرافق الصحية. وزاد الالتحاق بالمدارس إجمالا، وإن كان التفاوت بين الجنسين لا يزال مرتفعا. وتعتبر معدلات الأمية مماثلة لمعدلات البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، والفجوة بين الجنسين كبيرة أيضا. ولكن التقدم الذي أحرز في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا نحو تحقيق هدف نهاية العقد المتعلق بوفيات الأطفال كان أكبر من أي منطقة أخرى، ويسير نحو تحقيق هذا الهدف الآن ثلاثة أرباع بلدان المنطقة.

٩٠ - وعلى الرغم من أن نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي مرتفع نسبيا في هذه المنطقة، فإنها تواجه مع ذلك معوقات اقتصادية؛ وتعاني أيضا من الافتقار الى القدرات الكافية للتخطيط والإدارة وتقدير التكاليف، ومن انخفاض معدلات اشتراك المجتمع المدني والقيود المتعلقة بالميزانيات التي تعزى الى عوامل هيكلية.

٩١ - وحددت خطة الدول العربية لبقاء الطفل وحمايته ونماؤه التي اعتمدها الدول العربية في عام ١٩٩٢ أهدافاً لمنتصف العقد على سبيل تحقيق أهداف مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. وتم تأكيد هذه الأهداف مرة أخرى في عام ١٩٩٤ عندما دعا وزراء الصحة العرب الى إقامة نظم رصد فعالة وأنشأوا لجنة دائمة لمتابعة عملية التنفيذ. وأنشأ العديد من البلدان مجالس أو لجانا لمتابعة المسائل المتصلة برفاه الطفل. وحظي عدد من اللجان بدعم من أعلى المستويات بما في ذلك رئيس الدولة أو الحكومة.

٩٢ - وبتصديق جميع دول المنطقة تقريبا على اتفاقية حقوق الطفل، دخلت المنطقة عهدا جديدا فيما يتعلق بإمكانية تعزيز النهوض بالطفولة وحمايتها. وأصبحت مناقشة المشاكل التي كانت تبقى في الخفاء سابقا، كعمالة الأطفال وإساءة معاملتهم، أمرا ممكنا، كما أصبحت مشروعة في المحافل العامة؛ وأصبح من الممكن الآن تخصيص موارد وبرامج لتلبية احتياجات الأطفال الذين يعانون من أنواع خاصة من الحرمان. وتقوم عدة دول حاليا بتحقيق انسجام قوانينها مع أحكام اتفاقية حقوق الطفل.

٦ - أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية ورابطة

الدول المستقلة ودول البلطيق

٩٣ - يجب ألا يغيب عن البال عند استعراض التقدم المحرز في تحقيق أهداف الطفل على الصعيد الوطني في أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية ورابطة الدول المستقلة ودول البلطيق أن معدلات حماية الأطفال والتغطية بالخدمات الاجتماعية كانت مرتفعة في معظم بلدان هذه المنطقة قبل المرحلة الانتقالية الحالية. وقد تدهورت المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية في معظم بلدان المنطقة في النصف الأول من العقد. وأدى الانتقال من النظم الاقتصادية المخططة مركزيا الى الاقتصادات السوقية الى حدوث تعطل واضح في الخدمات. وأصبحت شبكات الأمان الاجتماعية في الوقت نفسه أقل فعالية، والمؤسسات والنظم الاجتماعية تحتاج الآن حاجة ماسة الى الإصلاح.

٩٤ - وبعد تحقيق بعض الأهداف في بادئ الأمر في فترة السنتين أو الثلاث سنوات الماضية، وخاصة في مجال التحصين، واجه العديد من بلدان المنطقة نكسات كان من بينها تفشي شلل الأطفال والخناق. ومن هذه الناحية تواجه هذه البلدان مشكلة غير عادية مقارنة بمشاكل بلدان المناطق الأخرى: وهي كيفية التمكن من مواصلة انجازاتها الكبيرة السابقة والحفاظ عليها. ويلزم زيادة التركيز على مجالات الحاجة الخطيرة، بما فيها مكافحة مرض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة لأن هذه الأمراض تتسبب في ٦٠ في المائة من وفيات الأطفال في معظم البلدان.

٩٥ - ومن النتائج الأخرى لعملية الانتقال أن أعدادا متزايدة من الأطفال يعيشون في "ظروف صعبة للغاية" قد وجدوا أنفسهم في حالات الحرب أو مهجورين في المؤسسات أو معتقلين بسبب انحرافهم أو ضحية للاستغلال أو الإيذاء. وقد صادق جميع بلدان المنطقة على اتفاقية حقوق الطفل ولكن العديد منها يضطر الى الأموال اللازمة لتنفيذها. وسوف يوجه التركيز نحو التدابير التي يمكن تحمل تكاليفها فلا تتطلب

قدرا كبيرا من الإنفاق العام، وسوف يستعان بوسائط الإعلام والمنظمات غير الحكومية في القيام بهذه المهمة.

٩٦ - وتم وضع عدة برامج طارئة بفضل نداءات موحدة أصدرتها إدارة الشؤون الإنسانية بالأمم المتحدة. وشرع أيضا لصالح الاتحاد الروسي وأوكرانيا وبييلاروس في مشاريع محددة قصيرة الأجل تعالج حالات النقص الملحة في العقاقير الأساسية والإمدادات اللازمة لتحسين نظم الرعاية الصحية. وتعالج أنشطة الطوارئ هذه بوجه عام أيضا الإصلاحات الأطول أجلا في القطاع الاجتماعي وهي تشمل الدعوة الى زيادة الموارد المخصصة للخدمات التي كان لها تأثير على الطفل والمرأة.

٧ - البلدان الصناعية

٩٧ - لعبت البلدان الصناعية دورا هاما في متابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. فني نهاية أيار/مايو ١٩٩٦، أنجز ١٦ منها برامج عملها القطرية (انظر المرفق ٢). ويعالج كل من برامج العمل هذه موضوع الاجراءات المحلية والتعاون الدولي. وحتى الآن، قدمت ١٠ بلدان تقارير عن منجزاتها لفترة منتصف العقد (اسبانيا واستراليا والدانمرك والسويد وكندا والنرويج والنمسا ونيوزيلندا والولايات المتحدة واليابان). أما هولندا والمانيا فهما في مرحلة متقدمة من انجاز استعراضيهما لمنتصف العقد.

٩٨ - وقبل انعقاد مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل، كانت التقديرات العامة تشير الى أن نسبة المساعدة الانمائية الرسمية الثنائية التي كانت تخصص عادة للخدمات الاجتماعية الأساسية كانت أقل من ١٠ في المائة. ومع أن الاتجاه العام للمساعدة الانمائية الرسمية يبدو تنازليا منذ ذلك الحين، ثمة بعض المؤشرات التي توحي باحتمال تزايد المساعدة الانمائية الرسمية الثنائية للتنمية الاجتماعية. ومع أن لجنة المساعدة الانمائية التابعة لمنظمة الأمن والتعاون في أوروبا أخذت مؤخرا تعمل بنظام على المستوى دون القطاعي للابلأغ عن خدمات التعليم الأساسي والرعاية الصحية الأساسية، إلا أن الاستجابات الأولية ليست كافية بعد لإجراء أي تقييم أكيد للمخصصات الحالية من المساعدة الانمائية الرسمية للخدمات الاجتماعية الأساسية. وقد ساعد الاجتماع الدولي بشأن مبادرة ٢٠/٢٠ الذي عقد في نيسان/أبريل ١٩٩٦ على ايضاح المسائل المتعلقة بتعريف الخدمات الاجتماعية الأساسية، من أجل تمهيد السبيل لوضع آليات لرصد التنفيذ في البلدان التي تعتمد ذلك.

٩٩ - ومنذ انعقاد القمة، عملت عدة جهات مانحة على زيادة دعمها للبرامج الهادفة الى الحد من الاضطرابات المرتبطة بالنقص في فيتامين ألف ومادة اليود، وتحسين نوعية التعليم الابتدائي ونطاق تغطيته وتوفير الخدمات للأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية. وقد وجه عدد من المانحين الانتباه الى ازدياد المساهمات التي يقدمونها لليونيسيف (الدانمرك ونيوزيلندا وهولندا واليابان)، بما في ذلك تعزيز دعم تعليم الفتيات في افريقيا، وخاصة من جانب كندا والنرويج. فقد حددت كندا رقمها المستهدف الخاص بها البالغ ٢٥ في المائة من المساعدة الانمائية الرسمية لـ "الاحتياجات الانسانية" ذات المفهوم

الأوسع، وفي عام ١٩٩٤ كانت هولندا أول مانح يُعِدُّ تقريراً يتعلق بصفة خاصة بالمساعدة المقدمة للأطفال.

١٠٠ - واحتفل البرنامج الدولي لبقاء الطفل الذي ترعاه الولايات المتحدة بعامه العاشر في عام ١٩٩٥؛ وقد قدم البرنامج دعماً هاماً للقضاء على شلل الأطفال في الأمريكتين. وتقوم اليابان بجهد مماثل في آسيا، وقد تعهد كلا البلدين في نيسان/أبريل ١٩٩٦ بالتعاون لمعالجة شلل الأطفال وسوء التغذية بالمغذيات الدقيقة. وقد جعل مختلف البلدان المانحة، بما في ذلك الدانمرك والسويد والمملكة المتحدة وهولندا، مسائل الحد من الفقر، والنهوض بحقوق الإنسان وتحسين أساليب الحكم في أولويات تعاونها التقني؛ وتقع الخدمات الاجتماعية الأساسية المقدمة للأطفال والنساء والبرامج المتصلة بأعمال اتفاقية حقوق الطفل ضمن هذه المعالم.

جيم - استعراض منتصف العقد للأهداف كل على حدة

١٠١ - كانت اليونيسيف قد وضعت مفهوم الأهداف المتعلقة بالطفل أساساً كمدخل من مدخلات عقد الأمم المتحدة الرابع للتنمية. وكان يقصد بهذه الأهداف أن تكون بمثابة طليعة لإحياء نشاط التنمية البشرية ككل ولتكون معلماً من معالم التقدم الاجتماعي والاقتصادي الأوسع. وهكذا، ينبغي النظر إلى التقدم باتجاه تحقيق هذا الهدف في إطار حركة أوسع بكثير في طليعتها منظومة الأمم المتحدة، بحيث تبقى مستمرة.

١٠٢ - وبنهاية حزيران/يونيه ١٩٩٦، كان الاستعراض الرسمي للتقدم المحرز في منتصف العقد قد أنجز في ٣٤ بلداً، وكان لا يزال جارياً في ما يزيد على ٥٦ بلداً آخر، من بينها عدة بلدان صناعية. وعلى المستوى الإقليمي، أجرت بلدان شرق آسيا والمحيط الهادئ استعراضاً وزارياً في هانوي في تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٥؛ ومن المقرر إجراء استعراضات إقليمية رفيعة المستوى مماثلة لبلدان رابطة جنوب آسيا للتعاون الإقليمي، وفي الأمريكتين في آب/أغسطس ١٩٩٦. وعلى الصعيد الدولي، تم إنجاز استعراضين مشتركين هاميين في منتصف العقد أجرتهما منظمتا اليونسكو والصحة العالمية. ويعكس هذا التقرير حصيلة هذه الاستعراضات القطرية والإقليمية والدولية التي كانت متاحة في نهاية حزيران/يونيه ١٩٩٦.

١٠٣ - ويتكون الجزء التالي من التقرير من استعراض الأهداف هدفاً هدفاً، من منظور عالمي. وقد تم توحيد الأهداف الرئيسية السبعة والأهداف الداعمة العشرين وأهداف منتصف العقد لمؤتمر الطفل من أجل ترشيد وتبيان الصلات التي تربط بينها. والأهداف المعنية هي تلك الواقعة ضمن فئات الصحة والتغذية والتعليم، يضاف إليها هدفان متشابكان هما تخفيض معدلات وفيات صغار الأطفال والأمهات.

١٠٤ - ويجري تحليل كل من هذه الأهداف إزاء المرامي المحددة لنهاية العقد ومنتصفه. ويتم ذلك من خلال الاطار التالي: بيان الأهداف ذات الصلة، وبيان المشكلة التي رسمت الأهداف لمعالجتها؛ وإجراء استعراض للتقدم المحرز في تحقيق الهدف، بما في ذلك وصف الاستراتيجيات المعتمدة حيثما كان ذلك وثيق الصلة

بالمسألة، وللإجراءات الأساسية التي سوف تتخذ في المستقبل. أما الأهداف الصحية والتغذوية، فهي تقوم على تحليل أكثر استفاضة قدم في اجتماع اللجنة المعنية بالسياسات الصحية المشتركة بين اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية الذي عقد في أيار/مايو ١٩٩٦، إضافة إلى بعض البيانات المستكملة. وتقرير بهذا الحجم يجعل مما لا محيد عنه التضحية بتحليل كل بلد على حدة في صالح استعراض إجمالي لنواحي التقدم العالمية والإقليمية. لذلك تجب ملاحظة أنه ما زال يتوقع من العديد من البلدان تقديم بيانات إحصائية مستقاة من المسوحات العنقودية للمؤشرات المتعددة الخاصة وسواها من المسوحات. بيد أنه تم مؤخرا جمع بيانات من المسوحات القطرية والتقارير العادية، مما يتيح تحديد المستويات التي بها تم تحقيق الأهداف العريضة.

١٠٥ - والهدف الرئيسي الوحيد الذي لم يعالج بصورة محددة من بين أهداف المؤتمر هو "تحسين حماية الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية" إذ أن الهدف لم يحدد مرمى قابلا للقياس وهو يشكل بصورة رئيسية انعكاسا للصعوبات والتعقيدات التي تحيط بالأطفال الذين يعيشون في العديد من أوضاع الحرمان. وقد أدى وضع مؤشرات قابلة للقياس في هذه الميادين تنطبق على مختلف أنواع الحرمان في مختلف الحالات، إلى اجتذاب اهتمام كبير في الفترة اللاحقة للقمة، إذ تنشأ حاليا سياسات وبرامج جديدة تفر بضرورة بذل المزيد من الأنشطة لصالح الأطفال الذين يتعرضون للإهمال والاستغلال وسوء المعاملة في البلدان الصناعية والنامية على السواء. ويمكن القول إنه حصل بعض التحرك نحو تحقيق هذا الهدف، لكن ضخامة المشاكل تستلزم بذل المزيد من الجهود.

١ - وفيات الأطفال دون الخامسة ووفيات الرضع

الوعد

١٠٦ - هدف نهاية العقد: الحد من معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠ بمقدار الثلث أي جعله يتدنى إلى ٥٠ و ٧٠ وفاة في كل ١ ٠٠٠ ولادة حية على التوالي، وأقل الرقمين هو المتوخى.

١٠٧ - موجز الحالة في منتصف العقد: افلح زهاء ٤٠ في المائة من البلدان - أي ما يمثل خمس أطفال العالم دون الخامسة - في الحد من معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة والرضع فيها تمشيا مع ما هو مطلوب لتحقيق الغاية في نهاية العقد. ولا يرجح أن يحقق نحو ٤٤ في المائة من البلدان - أي ما يمثل ثلثي أطفال العالم الذين هم دون الخامسة - الهدف المنشود على أساس مستوى عملهم الجاري.

المشكلة

١٠٨ - يحدث سنويا زهاء ١٢ مليون وفاة في صفوف الأطفال الذين هم دون الخامسة. ويعزى زهاء نصف هذه الوفيات إلى التهابات الجهاز التنفسي الحادة وأمراض الإسهال. وثمة نسبة وفيات أخرى قدرها ٢٠

في المائة تعزى إلى الأمراض القابلة للتحصين والملاريا. أما معظم النسبة المتبقية البالغة ٣٠ في المائة فتحدث في الفترة الأولى للولادة.

١٠٩ - وتوجد حلول عملية متدنية الكلفة لتفادي معظم الوفيات من خلال التحصين ضد الأمراض التي يمكن تفاديها عن طريق التلقيح، والإمالة الضموية لمنع التجفاف بعد الإسهال، واستعمال الشبكات لتغطية الأسرة ضد الملاريا، والمضادات الحيوية لمعالجة العدوى. وبإمكان الغالبية العظمى من الأطفال أن ينجوا من الموت باستعمال هذه الوسائل.

التقدم

١١٠ - لما كانت وفيات الرضع تشكل مجموعة فرعية من وفيات الأطفال دون الخامسة، لن يتناول هذا الفرع إلا هذه المجموعة الأخيرة.

١١١ - وقد تم التوصل إلى خفض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة إلى النصف على نطاق العالم في الثلاثين سنة الأخيرة. وتزيد الحسابات الأخيرة بأن عدد الأطفال الذين تُنقذ حياتهم سنويا يناهز ٧ مليون. ومع أن الحد من وفيات الأطفال دون الخامسة قد استمر في التسعينات على نطاق العالم، فإن ثمة تفاوتاً بين المناطق والبلدان التي تتقدم نحو الهدف.

١١٢ - وبمقارنة متوسط المعدل السنوي للحد من وفيات الأطفال دون الخامسة الذي حققته البلدان خلال الفترة ١٩٨٠-١٩٩٤ بالمعدل المطلوب لتحقيق الهدف في السنة ٢٠٠٠، يظهر أن زهاء ٤٠ في المائة من البلدان كافة تسير في اتجاه تحقيق هذا الهدف، وأن ثلاثة أرباع بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والبلدان الصناعية سائرة في هذا الاتجاه، وزهاء ٦٠ في المائة في أمريكا اللاتينية والكاريبي، ونحو النصف في شرق آسيا والمحيط الهادئ وزهاء الخمس في بلدان شرق أوروبا ووسطها/اتحاد الدول المستقلة ودول البلطيق. وثمة دولة واحدة فحسب في جنوب آسيا هي في وضع مماثل، وفي أفريقيا جنوب الصحراء ثمة بلدان قليلة للغاية تتبع المسار الصحيح.

١١٣ - ومن حيث الأطفال المتأثرين فإن البلدان التي تتبع المسار الصحيح لا تمثل سوى خمس أطفال العالم دون الخامسة. وثمة نسبة أخرى تبلغ السدس من البلدان التي حققت تقدماً كبيراً باتجاه تحقيق الأهداف. وهي تمثل زهاء ١٥ في المائة من أطفال العالم الذين هم دون الخامسة. أما النسبة المتبقية البالغة ٤٤ في المائة من البلدان - وهي تمثل أغلبية أطفال العالم دون الخامسة - فليس من المرجح أن تحقق الهدف ما لم تجدد التزامها وتتخذ إجراءات حازمة.

١١٤ - وحتى ولو حُدّد المعدل المستهدف للحد من الوفيات بالثلث (بدلاً من الوصول به إلى ما دون السبعين في كل ١٠٠٠ ولادة حية)، فإن ذلك يظل غير قابل للتحقيق في البلدان ذات معدلات الوفيات المرتفعة بما لديها من مستوى إجراءات حالية. وثمة بلدان عديدة لا يبدو أنها في طريقها إلى تحقيق معدل

يناهز الثلث بحلول نهاية العقد. ومع أن بلدان الطوارئ المتشابكة مشمولة بهذه المجموعة، إلا أنها تشكل أقلية.

١١٥ - ومع ذلك، فقد أظهر بعض البلدان أن تخفيض معدل الوفيات إلى حد كبير خلال فترة طويلة من الزمن هي أمر ممكن. فخلال فترة تتجاوز عشر سنوات، تمكن ٦٠ في المائة من بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من المحافظة على معدل سنوي متوسط عال من الحد من الوفيات هو ٥ في المائة أو أكثر؛ أما في الأمريكتين فقد حافظ زهاء نصف البلدان على هذا المعدل.

الجدول ١ - التقدم المحرز في تحقيق هدف تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة

بلدان (النسبة المئوية للسكان دون الخامسة)			المنطقة
تواجهه صعوبات	حققت تقدما كبيراً	تتبع المسار الصحيح	
٨٥ (٩٦)	١٠ (٤)	٥ (صفر*)	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
١٩ (١٨)	٦ (٦)	٧٥ (٧٦)	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٧٢ (٨٩)	١٤ (١٠)	١٤ (١)	جنوب آسيا
٤٠ (٧٣)	١٣ (٢)	٤٧ (٢٥)	شرق آسيا والمحيط الهادئ
١٤ (١٠)	٢٧ (٤٦)	٥٩ (٤٤)	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٤٨ (٤٨)	٣٠ (٢٥)	٢٢ (٢٧)	أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية/رابطة الدول المستقلة ودول البلطيق
٩ (٨)	١٧ (٥٦)	٧٤ (٣٦)	البلدان الصناعية
٤٤ (٦٤)	١٧ (١٤)	٣٩ (٢١)	المجموع العالمي

* تمثل أقل من ٠.٥ في المائة من السكان دون الخامسة.

المصدر: اليونيسيف (بلدان يبلغ عدد سكانها مليون نسمة أو أكثر).

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

١١٦ - ينبغي إعطاء الأولوية للمناطق التي تبلغ فيها معدلات الوفيات أعلاها، وهي أفريقيا جنوب الصحراء وشرق آسيا. ففي البلدان ذات معدلات الوفيات المرتفعة، ولا سيما تلك التي تحقق قدراً ضئيلاً من التقدم، ينبغي إعادة النظر في استراتيجيات الحد من وفيات الأطفال، استناداً إلى تقييم أكثر شمولاً للعوامل ذات الصلة. وأحد العوامل المتصلة بغياب التقدم يتمثل في ضعف تنفيذ برنامج التحصين ومكافحة الإسهال والحد من الإصابات في التهابات الجهاز التنفسي الحادة. بيد أن ثمة عوامل أخرى تؤثر في مستويات الوفيات وهي تتطلب فهماً أفضل إذا ما أريد تنفيذ نهج أكثر فعالية.

١١٧ - وفي حين أن استهداف التدخلات ما زال مستمرا إزاء الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال التي يمكن تفاديها، ينبغي توسيع الوصول إلى الإدارة الفعالة والمتكاملة لأمراض الأطفال في مرافق المستوى الأول الصحية.

١١٨ - كذلك فإن اتخاذ القرارات على مستوى الأسرة وكذلك استمرار التغييرات السلوكية يشكّلان جانبيين حاسمين أيضا. إذ ينبغي أن تكون كل أسرة من الأسر مطلعة من خلال الاتصال السليم والبرامج التربوية على الإجراءات التي ينبغي أن تتخذها لتحسين صحة أطفالها، بممارسات تقوم بها هي، كاستخدام الإمالة الفموية أو شبكات الأسرة لمكافحة الملاريا، أو من خلال تحويل حالات الإسهال والالتهاب الرئوي في حينها إلى المستوصفات.

١١٩ - ويستفيد جميع الأطفال تقريبا في العالم المتقدم من العلاجات البسيطة والممكنة لحمايتهم من الوفاة بسبب الالتهاب الرئوي أو الإسهال أو الحصبة أو الملاريا أو سوء التغذية. أما في العالم النامي، فلا يستفيد عدد كبير من الأطفال من هذه العلاجات، وثمة حاجة إلى إيجاد موارد لضمان الإمدادات الكافية. وينبغي أن تقوم كل جهة توفر الرعاية الصحية بل والمجتمع ككل باستمرار بتوفير العقاقير الأساسية لمكافحة أمراض الأطفال الرئيسية.

٢ - التحصين والحصبة وكزاز المواليد وشلل الأطفال

الوعد

١٢٠ - أهداف نهاية العقد - الحفاظ على مستوى عال من تغطية التحصين (على الأقل ٩٠ في المائة من الأطفال الذين لم يبلغوا سنة من العمر بحلول عام ٢٠٠٠) في برنامج التحصين الموسع ومولدات المضادات لمكافحة الخناق والسعال الديكي والكرزاز والحصبة وشلل الأطفال والسّل وتحصين النساء في سن الانجاب ضد الكزاز؛ والقضاء على شلل الأطفال في العالم.

١٢١ - أهداف منتصف العقد - رفع نسبة تغطية التحصين بمولدات المضادات الستة لبرنامج التحصين الموسع إلى ٨٠ في المائة أو أكثر في جميع البلدان؛ وخفض معدل الوفيات بالحصبة بنسبة ٩٥ في المائة وخفض معدل الإصابة بها بنسبة ٩٠ في المائة بحلول عام ١٩٩٥، بالمقارنة بمعدلات ما قبل التحصين، وذلك كخطوة رئيسية نحو القضاء على الحصبة عالميا على المدى البعيد؛ والقضاء على شلل الأطفال في مجموعة مختارة من البلدان والمناطق بحلول عام ١٩٩٥؛ والقضاء على كزاز المواليد بحلول عام ١٩٩٥.

١٢٢ - موجز عن الحالة في منتصف العقد - حققت الغالبية العظمى من البلدان هدف تغطية التحصين بالنسبة لجميع مولدات المضادات باستثناء توكسيد الكزاز. وسُجل انخفاض كبير في حالات شلل الأطفال وتم استئصال المرض في بلدان عديدة. وقد أحرز تقدم كبير صوب القضاء على كزاز المواليد؛ وتحققت

أهداف خفض معدل الوفيات بالحصبة وخفض معدل الإصابة بها في بعض المناطق، ولكن ليس على الصعيد العالمي.

المشكلة

١٢٣ - لو لم يكن برنامج التحصين الحالي موجودا، لتوفي ٥ ملايين من الأطفال في كل عام بسبب الأمراض التي يمكن التحصين ضدها: ٢,٧ مليون بسبب الحصبة، و ١,٢ مليون بسبب كزاز المواليد، ومليون بسبب السعال الديكي، و ٠,١ مليون بسبب الخناق. وبالإضافة إلى ذلك، كان سيصاب ٠,٨ مليون طفل بشلل الأطفال. وتنقذ مستويات التحصين الحالية نحو ٣ ملايين طفل صغير سنويا، ومع ذلك ما زالت تسجل مليون حالة وفيات أطفال بسبب الأمراض التي يمكن التحصين ضدها.

١٢٤ - وعبء الأمراض التي يمكن التحصين ضدها هو أكبر ما يكون في أفريقيا جنوب الصحراء وفي مناطق أخرى ينخفض فيها الأداء الإجمالي لبرنامج التحصين الموسَّع، حيث البنية الأساسية الصحية فيها رديئة بوجه عام، وحيث يؤدي الاضطراب الاجتماعي و/أو الضغوط الاقتصادية إلى انخفاض مستوى الانفاق الاجتماعي.

١٢٥ - وعلى الرغم من حدوث تحسينات في تحصين الأطفال في العقد الأخير، لا تزال الحصبة تمثل مشكلة رئيسية في مجال الصحة العامة في كثير من البلدان النامية. ويؤدي تداخل المضادات الحيوية المكتسبة من الأم إلى فعالية التلقيح بنسبة ٨٥ في المائة تقريبا عندما يتم التلقيح في سن التسعة شهور وبنسبة أقل في السن الأصغر. ومرض الحصبة مُعد للغاية ويمكن انتقاله بسرعة قبل أن تظهر أية أعراض مرئية.

١٢٦ - ويمثّل كزاز المواليد مشكلة صحية هامة عندما لا تتم الولادات عن طريق قابلة تلقت تدريباً نظامياً. وعوامل الخطر الرئيسية بالنسبة للوفيات من جراء كزاز المواليد هي عدم تلقيح النساء، والولادة في بيئات غير صحية.

١٢٧ - وظهر الخناق من جديد في رابطة الدول المستقلة بعد السيطرة على هذا المرض بنجاح لما يزيد على ٣٠ سنة، فقد انتشر في كافة أنحاء الرابطة تقريبا أثناء الفترة ١٩٩٣-١٩٩٤. ويدل ظهوره من جديد على ضرورة مواصلة الاهتمام بالتحصين.

١٢٨ - ولا تزال مناطق كثيرة في العالم تعاني من شلل الأطفال الذي يثقل كاهلها؛ فحتى في الأماكن التي تم فيها وقف انتقال عدوى شلل الأطفال، ما زال يتعين مواصلة أنشطة التحصين إلى حين يتم استئصال هذا المرض في كافة أنحاء العالم.

التقدم

١٢٩ - ارتفع مستوى تغطية التحصين ارتفاعاً هاماً في الثمانينات ليبلغ متوسطاً عالمياً نسبته ٨٣ في المائة للجرعة الثالثة للخنق والسعال الديكي والكزاز في عام ١٩٩٠. وقد تحقق هدف منتصف العقد (إذا قيس بتحسين الجرعة الثالثة للخنق والسعال الديكي والكزاز) في ١٢٩ بلداً، وهو في حدود ١٠ نقاط مئوية من الهدف في ١٧ بلداً آخر. وبذلك تكون ٧٦ في المائة من البلدان قد بلغت أو كادت تبلغ هدف منتصف العقد، وتكون بلدان عديدة أخرى على وشك بلوغه.

١٣٠ - ومعدل تغطية التحصين ونسبته ٩٠ في المائة (الهدف لعام ٢٠٠٠) تحقق بالفعل في ٨٩ بلداً، بما في ذلك ٥٩ بلداً نامياً. بيد أن الأمر سيحتاج في البلدان التي لم تحدث فيها سوى زيادة طفيفة في تغطية التحصين، إلى قوة دفع جديدة لبلوغ هدف نهاية العقد.

الجدول ٢ - البلدان التي بلغت أو على وشك بلوغ هدف التحصين

معدل تغطية الجرعة الثالثة للخنق والسعال الديكي والكزاز بنسبة ٨٠ في المائة أو أكثر			المنطقة
النسبة المئوية للبالغين سنة من العمر	النسبة المئوية للبلدان	عدد البلدان	
١٤	٢٤	١١	أفريقيا جنوب الصحراء
٨٣	٨٥	١٧	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٧١	٥٠	٤	جنوب آسيا
٩٤	٧٩	٢٣	شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ
٥٧	٨٣	٣٠	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٦٦	٧٨	٢١	أوروبا الوسطى والشرقية ورابطة الدول المستقلة وبلدان بحر البلطيق
٩٨	٨٨	٢٣	البلدان الصناعية
٦٩	٦٧	١٢٩	المجموع العالمي

المصدر: اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية.

١٣١ - ويخفي المعدل العالمي تفاوتات كبيرة في معدلات تغطية البلدان، وهي تتراوح ما بين ١٣ في المائة و ١٠٠ في المائة. ومن بين البلدان الـ ١٨ التي تتميز بانخفاض كبير في درجة التغطية (أقل من ٥٠ في المائة)، يقع ١٤ بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء. وتبيّن التفاوتات الإقليمية وجود مشاكل محددة، مثل إدارة برنامج التحصين الموسّع في آسيا، والهياكل الأساسية للخدمات الصحية في أفريقيا، ومشاكل الإمدادات في البلدان التي تمر بمرحلة انتقال. وفي جميع أنحاء العالم، يعد الوصول إلى المناطق النائية أمر مكلف وشاق.

١٣٢ - وفيما يتعلق بالحصبة، فإن التحصين الحالي يحول دون حدوث ٧٢ في المائة تقريبا من الـ ١٣٠ مليون حالة من الإصابة بالحصبة، وحوالي ٨٥ في المائة من الـ ٢,٧ مليون حالة من حالات الوفيات بالحصبة التي كان يمكن أن تحدث في حالة عدم وجود تحصين. والإصابات بالحصبة (والوفيات) هي تقديرات، باستخدام نماذج تستند إلى معدلات تغطية التحصين وفعالية التحصين. ونسبة الانخفاض في معدلات الوفيات والإصابات مبيّنة في الجدول ٣.

الجدول ٣ - انخفاض الإصابات بالحصبة والوفيات بسببها

النسبة المئوية لانخفاض		المنطقة
الوفيات من الحصبة	الإصابات بالحصبة	
٦٥	٣٤	أفريقيا جنوب الصحراء
٩٦	٧٥	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٨٧	٦٩	جنوب آسيا
٩٥	٨٢	شرق آسيا والمحيط الهادئ
١٠٠	١٠٠	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٩٥	٨٥	أوروبا الوسطي وأوروبا الشرقية/رابطة البلدان المستقلة ودول البلطيق
٩٤	٨٨	البلدان الصناعية
٨٦	٧٤	المجموع العالمي

المصدر: منظمة الصحة العالمية.

١٣٣ - وقد ثبتت فعالية نهج "الخطر الكبير" المتبع إزاء الحصبة، والذي تستهدف الحملات بموجبه مجموعات الأطفال المعرضين للخطر بوجه خاص. ويعتبر التلقيح ضد الحصبة لمجموعات الأطفال المعرضين لخطر كبير (لللاجئين مثلا) مصحوبا بتوزيع فيتامين ألف، أسلوبا فعالا لتوجيه الموارد نحو السكان الأكثر عرضة للخطر.

١٣٤ - وتم تحديد هدف القضاء على شلل الأطفال في عام ١٩٨٨ عندما كانت توجد حوالي ٣٥ ٠٠٠ إصابة مَبْلَغ عنها. وتفيد التقارير بأنها تبلغ حاليا حوالي ٦ ٠٠٠ إصابة في السنة. ولقد اعتبر شلل الأطفال رسميا أنه مرض تم استئصاله من جميع البلدان في الأمريكتين. وبالإضافة إلى تلك البلدان الـ ٢٧ فقد أُبْلِغَ ٧٠ من بين البلدان الـ ١٦٨ التي تتوافر بيانات بشأنها، عن عدم وجود حالات إصابة على مدى الثلاث سنوات الأخيرة، وأبْلِغَ ١٣ بلدا آخر عن عدم وجود حالات إصابة في السنة الأخيرة. ونظرا لأن حالات الإصابة المبلغ عنها قد انخفضت بنسبة ٨٣ في المائة في السبع سنوات الأخيرة، فإن احتمالات القضاء على شلل الأطفال بحلول عام ٢٠٠٠ تبدو طيبة. غير أن البلدان المتبقية يصعب فيها للغاية استئصال هذا المرض.

١٣٥ - ومن بين الـ ١,٢ مليون من حالات الوفيات بسبب كزاز المواليد المتوقع أن تحدث في كل سنة في حالة عدم وجود تحصين، يجري الآن الحيلولة دون حدوث ٦١ في المائة منها. وتحدث ٨٠ في المائة من الوفيات في ١٢ بلدا فقط، وهي تحتاج إلى بذل جهود خاصة.

١٣٦ - وقد استقر عدد حالات الوفيات بسبب كزاز المواليد عند حوالي نصف مليون حالة في السنة منذ عام ١٩٩٠، على الرغم من النمو السكاني. ويقدر حاليا أنه يجري إنقاذ عدد أكبر - حوالي ثلثي المليون - من كزاز المواليد في كل سنة. ونحو ٨٠ في المائة من الـ ١٩٢ بلدا التي قدمت تقارير قضت عمليا على هذا المرض بتخفيض المعدل إلى أقل من ١/١٠٠٠ من المواليد الأحياء في كل مقاطعة من مقاطعات البلد، أو أن المعدل أقل من ١/١٠٠٠ من المواليد الأحياء في البلد ككل.

١٣٧ - وقد جمع التحصين بين نهج موجه صوب تحقيق الأهداف والاستدامة على الأمد الطويل. ويقوم الآن عدد متزايد من البلدان بتمويل برامج التحصين الخاصة به، وتكاد القدرة على إدارة البرامج تكون محلية بالكامل. وكان للامركزية وتوفير الخدمات الصحية لتحصين الأطفال أهمية في هذا الشأن.

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

١٣٨ - ما زال التحدي الرئيسي يتمثل في التعبئة، على مستوى كل من الإرادة السياسية والالتزام المالي. ويمكن استخدام نجاح برنامج القضاء على شلل الأطفال على اعتبار أنه عامل حافز، ونموذج يحتذى به في البرامج الأخرى.

١٣٩ - وينبغي أن تتبع في مكافحة الحصبة سلسلة من الاستراتيجيات، تتراوح بين التحصين الروتيني المحسّن والوصول بشكل خاص إلى المجموعات الأكثر عرضة للخطر، ومنع التفشي. وهذا سيقتضي تحسينا في مجال المراقبة. وينبغي أن تركّز الوقاية من كزاز المواليد على الوقاية فيما بين المجموعات الأكثر عرضة للخطر.

١٤٠ - وعلى الرغم من أن رصد برامج التحصين أعلى جودة عموما منه في حالة الأهداف الأخرى، لا تزال مراقبة برامج استئصال الأمراض والقضاء عليها في حاجة إلى التحسين. وفي البلدان الضعيفة الأداء، ينبغي البدء بالمراقبة في المناطق الحضرية ولا سيما الأحياء الفقيرة وفي مناطق السكان غير المسجلين. ومن الضروري زيادة المراقبة فيما يتعلق بشلل الأطفال في مناطق استيطان المرض، ولا سيما الأماكن التي يكون فيها هدف استئصال المرض على وشك التحقيق.

٣ - أمراض الإسهال

الوعد

١٤١ - هدف نهاية العقد: خفض معدلات الوفيات الناشئة عن الإسهال عند الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٥٠ في المائة وخفض معدل الإصابة بالإسهال بنسبة ٢٥ في المائة.

١٤٢ - هدف منتصف العقد: بلوغ نسبة ٨٠ في المائة على الأقل من استخدام العلاج بالإماهة الفموية (العلاج بالإماهة الفموية: زيادة السوائل) ومواصلة التغذية (يوفر هذا الفرع معلومات عن نسبة الأطفال الذين يحصلون على مغلفات أملاح الإماهة الفموية الممزوجة بمياه صالحة لشرب و/أو مشروبات منزلية ملائمة).

١٤٣ - موجز عن الحالة في منتصف العقد: تم بصفة عامة بلوغ الهدف في البلدان التي أبلغت عن نسبة الأطفال الذين يحصلون على أملاح الإماهة الفموية أو المشروبات المنزلية الملائمة خلال الإسهال. غير أن تطبيق العلاج بالإماهة الفموية (زيادة السوائل) ومواصلة التغذية بوصفهما المعالجة المثلى للإسهال لا يزال منخفضا إلى حد كبير.

المشكلة

١٤٤ - يعزى ما يزيد على ٣ ملايين حالة وفاة في السنة (حالة واحدة في كل أربع حالات) فيما بين الأطفال دون سن الخامسة في العالم النامي إلى مرض الإسهال. ومعظم هذه الوفيات ناتج عن التجفاف ويمكن منعها باستخدام العلاج بالإماهة الفموية (بزيادة مقدار المشروب من السوائل) ومواصلة تغذية الطفل خلال فترة الإسهال. وحالما يصاب الأطفال بالتجفاف، يظل بالإمكان إنقاذ معظمهم عن طريق إعطائهم أملاح الإماهة الفموية.

١٤٥ - وتؤدي الإصابة بنوبات الإسهال إلى إضعاف صغار الأطفال وغالبا ما تتصل بسوء التغذية الناجم عن نقص البروتينات والطاقة. وبغية الحفاظ على الحالة التغذوية للطفل ومعالجة الإسهال المستمر، فإن في غاية الأهمية مواصلة تغذية الطفل خلال فترة الإسهال بشكل مناسب.

التقدم

١٤٦ - حدث خلال السنوات الخمس الماضية تحسن كبير في الإدارة المنزلية للإسهال مما أدى إلى إنقاذ حوالي مليون طفل في العام. ومن المرجح أن أملاح الإمهامة الفموية/المشروبات المنزلية الملائمة استخدمت في عام ١٩٩٠، في حوالي ثلث حالات الإصابة بالإسهال. وفي منتصف العقد، بلغ المستوى المتوسط للاستخدام ٨٥ في المائة (فيما بين البلدان الـ ٣٣ المقدمة للتقارير، مما يمثل حوالي نصف عدد الأطفال دون سن الخامسة في العالم النامي) وذلك بمدى يتراوح بين ٧١ في المائة و ٩٨ في المائة في المناطق المختلفة.

١٤٧ - ولم يتحقق بعد مستوى التقدم نفسه في استخدام العلاج بالإمهامة الفموية (زيادة السوائل) ومواصلة التغذية. وفي الوقت الذي تم فيه تحديد الهدف، لم يوضع تركيز على زيادة السوائل بنفس القوة التي وضع فيها فيما بعد على السوائل المعطاة إلى الأطفال خلال فترة الإسهال وبالتالي لم تعرف البيانات المتعلقة بحجم السوائل المعطاة بل عرفت طبيعتها فحسب. ومن المقبول عموما أن انتشار ممارسة زيادة المشروب من السوائل كانت منخفضة في عام ١٩٩٠ وما زالت متخلفة عن مستوى استخدام أملاح الإمهامة الفموية/المشروبات المنزلية الملائمة.

١٤٨ - وليست مستويات العلاج بالإمهامة الفموية ومواصلة التغذية منخفضة في بعض البلدان فحسب بل من المستبعد أن تشكل حاليا حلا كاملا للوفيات الناشئة عن الإسهال. وإذا ما أريد خفض معدلات الوفيات الناشئة عن الإسهال بنسبة ٥٠ في المائة لا بد أيضا من زيادة معرفة الأمهات للوقت الذي يجب أن يأخذن فيه الطفل إلى مرشد صحي وقدرة الموظفين الصحيين على معالجة التجفاف المزمن، والإسهال المستمر، والزحار.

الجدول ٤ - معدلات استخدام أملاح الإماهة الفموية/المشروبات المنزلية الملائمة والنسبة المئوية للبلدان المقدمة لتقارير

النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الممثلين	النسبة المئوية للبلدان المقدمة لتقارير	المعدل	المنطقة
٥٨	٢٩	٨٩	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
٣٤	٢٥	٧١	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٢٥	٣٨	٩٦	جنوب آسيا
٨١	١٩	٨٣	شرق آسيا والمحيط الهادئ
٣١	١٤	٧٨	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٣	٨	٩٨	أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية/رابطة الدول المستقلة ودول البلطيق
٤٩	٢٣	٨٥	البلدان النامية

المصدر: الدراسة الاستقصائية المتعددة المؤشرات للمجموعات واستقصاء مكافحة أمراض الإسهال والاستقصاء الديمغرافي والصحي وغيرها من استقصاءات الأسر المعيشية.

١٤٩ - والهدف ممكن التحقيق: إذ يمكن إجراء تخفيضات سريعة وكبيرة في معدل الوفيات الناشئة عن الإسهال إذا توفرت مجموعة صحيحة من التدخلات البرنامجية الفعالة، والالتزام السياسي، والموارد المناسبة، والاتصالات والتعبئة، والقياس. فقد استطاعت المكسيك، على سبيل المثال، خفض معدلات الوفيات الناشئة عن الإسهال بنسبة ٥٦ في المائة فيما بين الأطفال دون سن الخامسة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٣.

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

١٥٠ - سيصل التقدم الذي أحرزته برامج أمراض الإسهال إلى حالة جمود بل وربما ينعكس مسارها إذا لم يستمر الالتزام والموارد اللازمة لها. ولا بد من إحراز مستويات عالية من استخدام العلاج بالإماهة الفموية والحفاظ عليها. ويأتي في رأس الأولويات الصحية العامة تدريب وحفز وحشد العاملين في المهن الصحية والقادة السياسيين للقيام بما يلزم لتمكين الأمهات من تطبيق إجراءات علاجية رخيصة وبسيطة على شكوى شائعة وخطرة تعاني منها الطفولة.

١٥١ - ولا بد من إيلاء اهتمام وثيق للبلاغات المذاعة بحيث يتم التركيز على العلاج بالإماهة الفموية ومواصلة التغذية ونقل معلومات صحيحة حول استخدام أملاح الإماهة الفموية/المشروبات المنزلية الملائمة في الرعاية المنزلية لأمراض الإسهال وحول ضرورة التماس رعاية طبية في حال استمرار الإسهال.

١٥٢ - كما يلزم بذل جهود ترمي إلى خفض الإصابة بالإسهال نفسه، بما في ذلك نشر إمدادات المياه المأمونة ووسائل المرافق الصحية والتشجيع على الرضاعة الطبيعية الخالصة لمدة أربعة إلى ستة أشهر، والتشجيع على النظافة الشخصية بما في ذلك غسل الأيدي وتنظيف الأغذية وأدوات الطهي والطعام ونشر التلقيح ضد الحصبة وتوفير فيتامين ألف.

١٥٣ - وبالرغم من إمكان تقدير عدد الإصابات بالإسهال استناداً إلى معدل الوفيات الناشئة عن الإسهال على الصعيد العالمي فإن تعقبها على الصعيد القطري يمثل مشكلة. وهناك حاجة إلى تطوير سبل عملية لمراقبة التقدم المحرز، بما في ذلك زيادة تنقيح مؤشرات العملية.

٤ - مرض دودة غينيا

الوعد

١٥٤ - هدف نهاية العقد: القضاء على مرض دودة غينيا (داء الحبيبات).

١٥٥ - هدف منتصف العقد: وقف انتقال مرض دودة غينيا (داء الحبيبات) في جميع القرى المصابة.

١٥٦ - موجز عن الحالة في منتصف العقد: تم بصفة عامة تحقيق الهدف في معظم البلدان المصابة. ولم تتخلف عن الركب سوى البلدان التي تدور فيها منازعات مسلحة.

المشكلة

١٥٧ - مرض دودة غينيا هو مرض طفيلي موهن محمول بالماء كان يصيب قبل خمس سنوات خلت ملايين البشر. ونادراً ما يؤدي المرض بحياة المصاب لكن الأوجاع الناجمة عن الإصابة به مؤلمة جداً ويمكن أن تسبب العجز لفترات طويلة من الزمن. وعندما يصيب المرأة فهو يؤدي إلى تدهور كبير في الحالة التغذوية لأطفالها وإلى خفض في أنشطة رعاية الطفل مثل زيارة المستوصفات. وقد لا يتمكن الأطفال من الذهاب إلى المدرسة إما لعجزهم مؤقتاً نتيجة للإصابة بمرض دودة غينيا وإما لقيامهم بالعمل بالنيابة عن والديهم المصابين.

التقدم

١٥٨ - بالرغم من أن معظم البرامج الوطنية للقضاء على مرض دودة غينيا قد أنشئت في عام ١٩٩٠ أو حتى في وقت لاحق له فإنها برامج ناجحة للغاية وحققت درجة كبيرة من التقدم في فترة قصيرة من الزمن. فقد تم القضاء على دودة غينيا في ١٥ ٠٠٠ قرية وانخفضت حالات الإصابة بالمرض بنسبة تقدر بـ ٩٧ في المائة.

١٥٩ - ولهذا يمكن القول إن مرض دودة غينيا على وشك الزوال وأن بالإمكان الوفاء بهدف نهاية العقد. وتوجد معظم البؤر المتبقية في المجتمعات النائية في ١٦ بلدا أفريقيا وفي اليمن والهند. وأصبحت باكستان خالية من هذا المرض منذ عام ١٩٩٣ وأبلغت خمسة بلدان أخرى عن إصابات لا يزيد عددها على مائة إصابة في عام ١٩٩٥.

١٦٠ - وما برح التنفيذ الفعال، كما هي الحالة في كثير من تقارير النجاح المتصلة بالأهداف، يكمن في المجتمعات المحلية التي نفذت البرامج وجنت المنافع. وبالمثل كانت الشراكات بين المانحين والمنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة والحكومات شراكات مبدعة.

١٦١ - وما برحت المنازعات وانعدام الأمن تشكل الحواجز الرئيسية التي تعترض القضاء على هذا المرض. إذ يوجد في السودان حوالي نصف حالات الإصابة بمرض دودة غينيا المتبقية في العالم ويتوقف القضاء على هذا المرض هناك على توفر مساعدة إضافية تقنية وتشغيلية ومالية. ويقتضي الالتزام السياسي بالبرنامج أن يتيح جميع الأطراف المشتركة بالنزاع إمكانية الوصول إلى مناطق البرنامج.

١٦٢ - ويوفر رصد داء دودة غينيا دروسا مفيدة للتدخلات الصحية الأخرى. فالإبلاغ عن حالات مرض دودة غينيا كان فعلا من حيث التكاليف إلى درجة أكبر بكثير من أي محاولة أخرى للرصد على صعيد القرية وساعد استخدام الخرائط لأغراض المراقبة في التخطيط لبرامج أخرى وصنع القرار بشأنها.

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

١٦٣ - مع الاقتراب من القضاء على المرض، بات التمويل يشح بصورة متزايدة مما يهدد عدة برامج وطنية للقضاء على دودة غينيا. وهناك حاجة للمحافظة على قوة الدفع لغاية الوصول إلى القضاء الكامل على هذا الداء.

١٦٤ - ولا ينبغي السماح بفتور التعبئة التي تكافضت حول مرض دودة غينيا بل ينبغي توجيهها نحو هدف آخر. فإذا أمكن الآن دمج خدمات القضاء على دودة غينيا في برامج رعاية صحية أخرى قائمة على المجتمع المحلي، فإنه يمكن تحويل قواها للتصدي إلى مشاكل صحية أخرى في المناطق الفقيرة والنائية.

٥ - التهابات الجهاز التنفسي الحادة

الوعد

١٦٥ - هدف نهاية العقد: خفض معدل الوفيات الناتجة عن التهابات الجهاز التنفسي الحادة عند الأطفال دون سن الخامسة بنسبة الثلث.

١٦٦ - موجز عن الحالة في منتصف العقد: شرع ٥٩ من أصل ٨٨ بلدا ناميا يتفشى فيها التهاب الرئة الجرثومي في برامج فعالة لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة. ولكن من الصعب قياس معدل التقدم المحرز صوب تحقيق الهدف بسبب عدم توفر بيانات دقيقة عن حالات الوفيات الناتجة عن التهابات الجهاز التنفسي الحادة في ١٩٩٠ إلا في عدد قليل من البلدان.

المشكلة

١٦٧ - تعتبر التهابات الجهاز التنفسي الحادة، ولا سيما التهابات الرئة السبب الأكثر شيوعا الكامن وراء وفيات الأطفال دون سن الخامسة في البلدان النامية. ويتصل حوالي ثلث حالات وفيات الأطفال كل عام، أو ما يعادل ٤ ملايين حالة وفاة بين الأطفال، بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة. ويتصل حوالي ٣٠ إلى ٤٠ في المائة من جميع زيارات الأطفال إلى المرافق الصحية بالتهابات الجهاز التنفسي.

١٦٨ - وتستطيع المضادات الحيوية، عندما تُعطى بشكل صحيح، أن تمنع كثيرا من حالات وفيات الأطفال الناتجة عن التهاب الرئة. وتستطيع الإدارة النموذجية للحالات الفردية القائمة على استخدام المضادات الحيوية أن تمنع حدوث ما يتراوح بين ٣٠ و ٦٠ في المائة من وفيات الأطفال المرتبطة بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة، لكن هذه المعالجة غير متوفرة لكثير من الأطفال الذين هم بحاجة إليها.

التقدم

١٦٩ - كانت هناك في بداية العقد قلة من البلدان تتوفر لديها المعارف والأدوات اللازمة لخفض الوفيات الناشئة عن التهابات الجهاز التنفسي الحادة ولهذا لم يحدد هدف لمنتصف العقد لخفض حالات الإصابة بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة. وأحرز منذئذ تقدم في مجالي تحسين المعالجة في المستوصفات وفي تغيير سلوك الأسر المعيشية الرامي إلى خفض الوفيات الناشئة عن التهابات الرئة. وبحلول نهاية عام ١٩٩٤، شرع ٥٩ من أصل ٨٨ بلدا ناميا تبلغ معدلات وفيات الأطفال الرضع فيها ما يزيد على ٤٠ لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء في برامج فعالة لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة.

الجدول ٥ - البلدان التي تنفذ برامج لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة

المنطقة	البلدان المستهدفة	أنشطة التنفيذ
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	٤٢	٢٢
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	١٥	٩
جنوب آسيا	٧	٧
شرق آسيا والمحيط الهادئ	٨	٨
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٥	١٢
أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية/رابطة الدول المستقلة ودول البلطيق	١	١
المجموع العالمي	٨٨	٥٩

المصدر: منظمة الصحة العالمية.

١٧٠ - وتتمثل الاستراتيجية الرئيسية لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة في وجود إدارة سليمة للحالات الفردية. ومن الضروري أن تتمكن الأمهات من تمييز التهابات الجهاز التنفسي الحادة وأن يلتصن معالجة لأطفالهن عند الضرورة. ويلزم أن يتواجد المرشدون الصحيون المدربون بشكل مناسب في المجتمع المحلي وأن يكونوا مزودين بإمدادات من المضادات الحيوية المناسبة.

١٧١ - وأدخل التدريب في مجال إدارة الحالات الفردية السريرية المتعلقة بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة في برامج مكافحة تلك الالتهابات باستخدام مواد التدريب النموذجية واتباع معايير الجودة الموحدة. وقد تم لغاية الآن تدريب ما يزيد على ٥٠ ٠٠٠ طبيب و ٨٥ ٠٠٠ ممرض و ٧٠ ٠٠٠ مرشد صحي مجتمعي.

١٧٢ - ويجري حالياً قياس المعلومات المتعلقة بالسلوك المناسب للتماس الرعاية في الأسر المعيشية باستخدام استقصاءات الأسر المعيشية في ٦٠ بلداً نامياً وستستخدم في تخطيط برامج لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة. إلا أن قياس معدل الوفيات الناتجة عن التهابات الجهاز التنفسي الحادة ما زال بعيداً عن تناول معظم البرامج الوطنية، حتى في منتصف العقد. ولهذا فإن قياس انخفاض معدلات الوفيات الناتجة عن التهابات الجهاز التنفسي الحادة سيكون قياساً تقديرياً في أفضل الحالات.

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

١٧٣ - إن تحسين إدارة الحالات الفردية في المرافق المنزلية والصحية يعتبر المفتاح اللازم لإجراء خفض كبير في معدل وفيات الأطفال. ويعد التغيير ضروريا لا في المرافق الصحية الأولية فحسب وإنما في المستشفيات التي يحال إليها الأطفال الذين يعانون من أمراض حادة. ولا بد من زيادة سرعة تنفيذ برامج التهابات الجهاز التنفسي الحادة إذا ما أريد الوفاء بهدف مؤتمر القمة.

١٧٤ - وتتزايد قدرة جرثومة التهابات الرئة يوما بعد يوم على مقاومة المضادات الحيوية المعتادة وستحتاج الحكومات الى المساعدة في اتخاذ قرارات السياسة العامة بشأن اختيار المضادات الحيوية التي يتعين استخدامها لمعالجة التهابات الجهاز التنفسي الحادة. وتمثل كفاءة توفر إمدادات مستمرة من المضادات الحيوية المناسبة أحد التحديات الرئيسية لكل من الوكالات الوطنية والدولية.

٦ - وفيات الأمهات

الوعد

١٧٥ - هدف نهاية العقد: خفض معدل وفيات الأمهات الى النصف بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠.

١٧٦ - موجز عن الحالة في منتصف العقد: تشير التقديرات الجديدة التي أعدتها منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) الى أن تقدير عدد وفيات الأمهات أقل من الواقع بكثير وأنه حدثت في عام ١٩٩٠ لوحده حوالي ٥٨٥ ٠٠٠ حالة وفاة بين الأمهات. وليس هناك على الصعيد العالمي ما يدل على حدوث تقدم يذكر بهذا الشأن. وقد ظهر فهم مشترك بشأن أنجع الاستراتيجيات ويتمثل في: توفير إدارة ملائمة للحمل والولادة؛ وإمكانية الحصول على رعاية منقذة للحياة في حال حدوث مضاعفات؛ ومنع حالات الحمل غير المرغوب فيها.

المشكلة

١٧٧ - تُظهر البيانات الجديدة أنه حدثت في عام ١٩٩٠ حوالي ٥٨٥ ٠٠٠ حالة وفاة بين الأمهات، مما يشير الى أن تقدير حالات الوفيات المتصلة بالحمل كان أقل بكثير مما كان عليه في الماضي.

الجدول ٦ - تقديرات عام ١٩٩٠ المنقحة المتعلقة
بوفيات الأمهات

المنطقة	معدل وفيات الأمهات (حالات وفاة الأمهات في كل ١٠٠ ٠٠٠ من المواليد الأحياء)	عدد حالات وفاة الأمهات (بالآلاف)
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	٩٨٠	٢١٩
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	٣٢٠	٣٢
جنوب آسيا	٦١٠	٢٢٤
شرق آسيا والمحيط الهادئ	٢١٠	٨٠
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٩٠	٢٢
أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية/رابطة الدول المستقلة ودول البلطيق	٩٥	٧
البلدان الصناعية	١٧	٢
المجموع العالمي	٤٣٠	٥٨٥

المصدر: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف).

١٧٨ - نتجت معظم حالات الوفيات هذه عن أسباب متصلة بالتوليد: النزيف، والإخماج، والتشنج الحمل، والإنسداد المخاضي، والإجهاض غير الآمن. ويتصل حوالي ٢٠ في المائة من الوفيات المتصلة بالحمل في البلدان النامية بحالات من قبيل فقر الدم والملاريا التي تتعقد نتيجة الحمل.

١٧٩ - ويضع أقل من نصف مجموع الأمهات في البلدان النامية أولادهن تحت رعاية قابلة مدربة رسمياً أو تحت رعاية طبيب. ولا يحصل إلا ٥٩ في المائة من الحاملات على الرعاية السابقة للولادة. ورغم المضاعفات التي يتعرض لها حوالي ١٥ في المائة من النساء خلال الحمل أو الولادة، هناك نسبة غير معروفة لكنها عالية لا تتمتع بإمكانية الحصول على الرعاية القبلية في حالة الطوارئ.

التقدم

١٨٠ - من الصعب جدا قياس معدل وفيات الأمهات، وليست المعلومات الموثوقة اللازمة لتحديد البيانات والاتجاهات الرئيسية متوفرة في معظم البلدان. ولقد طورت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف منهجية جديدة لتقدير معدل وفيات الأمهات في البلدان التي لا تتوفر لديها تقديرات رسمية كافية. وتعمل المنظمتان حاليا على إعداد مبادئ توجيهية لرصد التقدم المحرز من خلال جمع البيانات المتعلقة بمدى انتشار مرافق التوليد ونسبة النساء اللاتي يعانين من مضاعفات ممن يستخدمن تلك المرافق.

١٨١ - وإن الفهم الأفضل لوفيات الأمهات وأسبابها يدفع إلى إجراء تغييرات في النهج. فغالبية الوفيات المتصلة بالحمل يمكن تلافيها عن طريق جمع الإدارة المناسبة للحمل والولادة، وإمكانية الحصول على الرعاية القبالية الأساسية المنقذة للحياة، والوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة لتجنب الحمل غير المرغوب فيه. ويلزم توفر نظام شغال للرعاية الصحية تكون له صلات على جميع المستويات وتتوفر فيه إحالات عليمه من قبل موظفين مدربين بشكل مناسب؛ ويلزم هذا بوجه خاص في المضاعفات التي تهدد الحياة.

١٨٢ - وأفضى إدراك حجم وطبيعة الطوارئ المتصلة بالحمل إلى إعادة النظر في دور المشرفين على الصحة الإنجابية والقابلات التقليديات. أما فيما يتعلق بالولادة، فينبغي التركيز على إقامة صلات بين القابلات التقليديات ومقدمي الرعاية الصحية النظاميين. فقد تبين أن تدريب هؤلاء القابلات بمعزل عن نظام الرعاية الصحية ليس له أي أثر يذكر على وفيات الأمهات.

١٨٣ - وبالرغم من أن التقدم المحرز صوب الهدف استنادا إلى أي تعريف مقبول غير معروف، فإن قوة الدفع الأخيرة التي اكتسبتها قضية المرأة على الصعيد الوطني وفي المحافل الدولية قد انعكست في زيادة الاهتمام بالصحة الإنجابية بصفة عامة وبوفيات الأمهات بصفة خاصة. ومن المتوقع أن تؤدي تقوية الشراكات بين الحكومات ووكالات الأمم المتحدة والرابطات المهنية وأنصار صحة المرأة على الصعيدين العالمي والوطني والصعيد المجتمعي إلى زيادة التحسينات الباهرة في النصف الثاني من العقد إلى حد كبير.

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

١٨٤ - يتحتم اتخاذ إجراءات في إطار نظام الرعاية الصحية الأولية والثانوية ترمي إلى تحسين إمكانية الحصول على الرعاية السريرية في حالات الطوارئ لمعالجة المضاعفات القبالية، على سبيل الأولوية وتعزيز الخدمات المتصلة بالحمل المقدمة إلى جميع النساء.

١٨٥ - ويجب أن تكون تدخلات الأمومة الآمنة مصممة بشكل يضم تنظيم الأسرة، والرعاية السابقة للولادة، والرعاية أثناء الولادة، والرعاية التالية لها. ويجب أن يدرّب مرشدو الصحة الإنجابية وفقا لذلك. ويتمثل الهدف في ضمان استمرارية الرعاية طيلة حياة المرأة.

١٨٦ - ومن الضروري ألا تنصب أنشطة الإعلام والتعليم والاتصال على المرأة فحسب وإنما على الرجال وعلى كل من يستطيع سلوكه وعمله أن يؤثر في صحة المرأة، بمن فيهم من يستطيع تنظيم النقل في حالات الطوارئ.

١٨٧ - وفي ضوء التقديرات الجديدة لمنظمة الصحة العالمية/اليونيسيف، من المتوقع أن يستعرض كل بلد حالة معدل وفيات الأمهات لديه وأن يضع برنامجا محددا منخفض التكلفة للتدخلات تكون له أهداف واستراتيجيات واقعية.

٧ - سوء تغذية الأطفال

الوعد

١٨٨ - هدف نهاية العقد: خفض معدل سوء التغذية الحاد والمتوسط فيما بين الأطفال دون الخامسة إلى النصف في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠.

١٨٩ - هدف منتصف العقد: خفض مستويات عام ١٩٩٠ لحالات سوء التغذية الحادة والمتوسطة فيما بين الأطفال دون الخامسة إلى الخمس أو أكثر.

١٩٠ - موجز عن الحالة في منتصف العقد: يبدو معدل سوء تغذية الأطفال بنفس المعدل الذي كان عليه في عام ١٩٩٠ بصفة عامة. وعلى الصعيد العالمي، هناك حوالي ٣١ في المائة من الأطفال دون الخامسة من ذوي الوزن الناقص، وتوجد أكبر نسبة منهم في جنوب آسيا حيث يعاني ٥٠ في المائة من الأطفال من سوء التغذية؛ وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ليس سوء التغذية متفشيا بالنسبة نفسها لكنه قد يكون في طريقه إلى الزيادة. وحقق حوالي نصف البلدان الـ ٤٠ التي تتوفر لديها بيانات عن الاتجاهات انخفاضا كبيرا.

المشكلة

١٩١ - يعاني ما يقدر بـ ١٧٤ مليون طفل دون سن الخامسة في البلدان النامية من سوء التغذية التي يدل عليها انخفاض وزن الطفل بالنسبة لعمره. ولا يسفر سوء التغذية عن سوء نماء الطفل من الناحية البدنية والعقلية فحسب، وإنما يؤدي أيضا إلى خفض مقاومته للأمراض. وتشير التحليلات التي أجريت مؤخرا إلى أن ٥٦ في المائة من وفيات الأطفال الصغار في البلدان النامية وسطيا تكون مصحوبة بسوء التغذية و ٨٣ في المائة من تلك الحالات تكون مصحوبة بسوء تغذية معتدل أو متوسط.

الجدول ٧ - الاتجاهات في سوء تغذية الأطفال

المنطقة	١٩٨٥	١٩٩٠	١٩٩٥
أفريقيا جنوب الصحرا الكبرى	٢٩	٢٩	٣١
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	١٦	١٣	١٤
جنوب آسيا	٥٧	٥١	٥١
شرق آسيا والمحيط الهادئ	٢٧	٢٣	٢٢
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١١	٩	٨
البلدان النامية	٣٤	٣٠	٣١

المصدر: المعلومات مستمدة من التقديرات الأولية للجنة الفرعية المعنية بالتغذية التابعة للجنة التنسيق الإدارية.

١٩٢ - يعتبر الأمن الغذائي للأسر المعيشية، والرعاية المناسبة للأطفال، والرفاه المعقول للنساء وتوفير بيئة صحية، وإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية من الشروط الضرورية للتغذية الجيدة للأطفال. وتسهل هذه الشروط بدورها إمكانية إحراز إنجازات أخرى بالنسبة لمكافحة الأمراض، والتقدم التعليمي، والقضاء على الفقر.

التقدم

١٩٣ - في حين تحسّن توافر البيانات منذ عام ١٩٩٠، ما زال من الصعب قياس التغير، ويعزى ذلك جزئياً إلى عدم وجود خط أساسي كافٍ أو بيانات متعلقة بالاتجاهات في كثير من البلدان. وتشير أفضل التقديرات المتوفرة إلى أن ٩١ في المائة من الأطفال دون سن الخامسة في العالم النامي في عام ١٩٩١ كانوا من ذوي الوزن الناقص.

١٩٤ - والرقم العالمي يجب الاختلافات الإقليمية الكبيرة بالرغم من شيوع انخفاض معدل التقدم في جميع المناطق. ففي جنوب آسيا، يعتبر حوالي نصف الأطفال الصغار من ذوي الوزن الناقص، وتبلغ نسبتهم في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حوالي ٣١ في المائة، وفي شرق آسيا والمحيط الهادئ ٢٢ في المائة، وفي الشرق الأوسط ١٤ في المائة، وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ٨ في المائة. وأدى ارتفاع معدل الولادة وعدم التحسن التغذوي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا إلى زيادة فعلية في عدد الأطفال سيئي التغذية.

١٩٥ - وفي عام ١٩٩٠، لم يكن هناك سوى ٥٣ بلدا ناميا تتوفر لديها بيانات موثوقة عن عدد ونسبة الأطفال الصغار من ذوي الوزن الناقص؛ وبحلول عام ١٩٩٥ كان هناك ٩٧ بلدا تتوفر لديها مثل هذه البيانات. ويعتبر هذا تحسنا هاما يتيح إمكانية إجراء تحليل أدق في المستقبل. وتدل البيانات المتوفرة عن زهاء ٢٠ من أصل ٤٠ بلدا التي يمكن من خلالها مقارنة أرقام ما قبل ١٩٩٠ بالأرقام التالية له تدل على حدوث انخفاض كبير في سوء التغذية منذ الثمانينات؛ وهي تتركز بصفة رئيسية في شرق آسيا والمحيط الهادئ، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ومن المحتمل أن بعضها قد بلغ هدف منتصف العقد. وارتفع سوء التغذية في تسعة بلدان أخرى منها ستة في أفريقيا.

١٩٦ - ويبدو أن البلدان التي يوجد فيها التزام سياسي بتخفيض سوء التغذية فضلا عن أنها تخصص موارد كبيرة للمشكلة، وتعمل على بناء القدرة البشرية اللازمة للتصدي لها وتجري تحليلات دؤوبة للمشكلة، قد تمكنت من تعجيل الاتجاهات الإيجابية. وبإمكان النمو الاقتصادي أن يسهل التقدم لكنه لا يؤدي بالضرورة، ولا يكفي بحد ذاته، إلى إجراء تخفيضات كبيرة في سوء تغذية الأطفال.

١٩٧ - وتشمل معظم البرامج الرامية إلى خفض سوء تغذية الأطفال حماية الرضاعة الطبيعية والتشجيع عليها، والاهتمام بالتغذية التكميلية المناسبة، والتثقيف التغذوي اللازم لإجراء تغيير في السلوك، ورصد وتعزيز النمو، ومراقبة النقص في المغذيات الدقيقة، وتوفير الدعم التغذوي للأطفال المرضى، وتغذية الأمهات والإحالات الصحية، وتقديم الدعم للنساء في إدارة الأسر المعيشية والاعتماد الاقتصادي؛ ومع ذلك يتفاوت مزيج وتوكيد البرامج المتصلة بالتغذية من برنامج إلى آخر.

١٩٨ - ومن الملامح المميزة للبرامج الناجحة اشترك المجتمع المحلي في تحديد المشاكل وتعبئة الجهود؛ ولا يكفي توفر مجموعة تقنية جيدة.

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

١٩٩ - يتحتم تعبئة الالتزام من جميع مستويات المجتمع من أجل خفض سوء تغذية الأطفال. وبالنظر لأهمية مشاركة المجتمع المحلي يجب أن تركز الجهود الوطنية على إقامة بيئة داعمة للبرامج المحلية.

٢٠٠ - وهناك حاجة إلى بذل مزيد من الجهد الرامي إلى منع نشوء حالات طوارئ تغذوية، وإلى تصميم شبكات أمان لمعظم المجموعات الضعيفة في حالات الطوارئ ولصالح الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية.

٢٠١ - ولا بد من زيادة المستويات الحالية للالتزام بالحكومات والمنظمات الدولية إذا ما أريد توفير الفرصة لبلوغ هدف نهاية العقد.

٢٠٢ - ويلزم إيلاء مزيد من التركيز على الصلات المشتركة بين رفاه المرأة ورفاه الأطفال، وسوء تغذية الأطفال لعدة أجيال. وينبغي حماية الحالة التغذوية للفتيات والنساء الصغيرات قبل أن يصبحن أمهات.

٨ - الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود

الوعد

٢٠٣ - هدف نهاية العقد: القضاء الفعلي على الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود.

٢٠٤ - هدف منتصف العقد: تعميم إضافة اليود إلى الملح في البلدان المتضررة من الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود (إضافة اليود إلى ملح الطعام بصورة فعالة بنسبة ٩٠ في المائة أو أكثر، أي تمكين أكثر من ٩٠ في المائة من الأسر المعيشية من استهلاك الملح المضاف إليه اليود).

٢٠٥ - موجز الحالة في منتصف العقد: تم إحراز تقدم كبير. فجميع البلدان، تقريبا، التي تعاني من مشكلة صحية عامة من جراء الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود تقوم بإضافة اليود إلى الملح في إطار الجهود المبذولة لبلوغ هدف نهاية العقد. وعدد الأشخاص الذين يستهلكون الملح المضاف إليه اليود كان في عام ١٩٩٥ يزيد بحوالي ١,٥ بليون شخص عما كان عليه في عام ١٩٩٠.

المشكلة

٢٠٦ - في عام ١٩٩٠ تعرض حوالي ١,٦ بليون شخص، أو ٣٠ في المائة من سكان العالم، لخطر الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، كما عانى ٧٥٠ مليون شخص من اختلال وظائف الغدة الدرقية وذلك أساسا بسبب انخفاض ما يحصل عليه كل منهم من اليود. وبلغ العدد التقديري للأشخاص الذين أصيبوا بتلف في المخ بدرجة ما نتيجة لعدم كفاية ما يحصلون عليه من اليود قبل أو أثناء مرحلة الرضاعة وأثناء الطفولة المبكرة ٤٣ مليون شخص.

٢٠٧ - وإضافة اليود إلى الملح تعد طريقة منخفضة التكلفة وفعالة لمعالجة اضطرابات نقص اليود لمجموعات كاملة من السكان. وقبل عام ١٩٩٠ كانت بلدان نامية قليلة هي التي تضيف اليود إلى الملح على نطاق واسع أو تحاول إنفاذ قواعد إضافة اليود إلى الملح، وأقل من ٢٠ في المائة من السكان المعرضين للخطر في البلدان النامية هم الذين كانوا يستهلكون ما يكفي من الملح المضاف إليه اليود.

التقدم

٢٠٨ - من بين ٨٧ بلدا تتوفر معلومات بشأنها فإن عدد البلدان التي تضيف اليود في الوقت الراهن إلى ٩٠ في المائة أو أكثر من كل الملح المنتج للاستهلاك البشري هو ٢١ بلدا. وقد بلغت هذه البلدان هدف منتصف العقد. وفي ١٤ بلدا آخر يضاف اليود إلى ما يتراوح بين ٧٥ في المائة و ٩٠ في المائة من كل الملح المنتج للاستهلاك البشري. أما بقية البلدان، وعددها ٥٢ بلدا، فقد أقيمت في الكثير منها الهياكل

الأساسية اللازمة لإنتاج الملح المضاف إليه اليود وقد تصل بحلول سنة ٢٠٠٠ نسبة الملح المستهلك المضاف إليه اليود إلى ٩٠ في المائة أو أكثر.

٢٠٩ - ونتيجة للجهود التي بذلت بعد مؤتمر القمة، بلغ عدد الأشخاص الآخرين الذين بدأوا لأول مرة في استهلاك الملح المضاف إليه اليود ١,٥ بليون نسمة. وهذا توفير يعني الحماية كل سنة لحوالي ١٢ مليونا من الأطفال الرضع الذين كانوا سيتعرضون، لولا ذلك، للتخلف العقلي قبل الولادة أو بعدها. ومجموع سكان البلدان النامية التي تتوفر بيانات عنها، البالغ عددها ٨٧ بلداً، الذين يحصلون على ما يكفيهم من اليود عن طريق استهلاك الملح المضاف إليه اليود يبلغ حوالي ٢,٤ بليون نسمة، أي بنسبة ٥٥ في المائة.

الجدول ٨ - استهلاك الملح المزود باليود

السكان الذين يستهلكون الملح المزود باليود		البلدان التي تعاني من مشكلة الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، والمعلومات المتعلقة بالملح	المنطقة
المجموع بالملايين	%		
٢٩٨	٥٧	٣٣	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
١٥٧	٧٣	٩	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٧١١	٥٩	٦	جنوب آسيا
٨٠٧	٤٨	٨	شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ
٣٦٩	٨٠	٢٠	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٨٧	٢٦	١١	أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية/رابطة الدول المستقلة ودول البلطيق
٢ ٤٢٩	٥٥	٨٧	مجموع البلدان

المصدر: مكاتب اليونيسيف الميدانية.

٢١٠ - وقد سنت قوانين وقواعد تسهل، وتتطلب، تزويد الملح باليود أو هي في المراحل النهائية للتصديق عليها، وذلك في جميع البلدان التي يسلم بأنه توجد فيها مشكلة صحية هامة تتعلق بالاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، ما عدا ٨ بلدان. وقد عبئت نسبة كبيرة من الموارد البشرية والمالية اللازمة لتعميم إضافة اليود إلى الملح على المستوى العام بما في ذلك توفير ٢٠ مليون دولار من مصادر خارجية خلال السنوات الخمس الماضية.

الاجراءات الرئيسية في المستقبل

٢١١ - تحتاج بعض البلدان التي لم تحقق هدف منتصف العقد إلى الدعم لتمكينها من التغلب بصورة كبيرة على اضطرابات نقص اليود بحلول عام ٢٠٠٠.

٢١٢ - يلزم تعزيز آليات الرصد لكفالة جودة الملح المضاف إليه اليود ومن أجل جمع البيانات الدقيقة من نقاط الاستهلاك.

٩ - نقص فيتامين ألف

الوعد

٢١٣ - هدف نهاية العقد: القضاء الفعلي على نقص فيتامين ألف وجميع عواقبه بما في ذلك العمى.

٢١٤ - هدف منتصف العقد: كفالة حصول ٨٠ في المائة على الأقل من جميع الذين يقل عمرهم عن سنتين، والذين يعيشون في المناطق التي ينتشر فيها نقص فيتامين ألف، على كميات كافية من خلال الجمع بين الرضاعة الطبيعية وتحسين نظم الوجبات الغذائية وزيادة القيمة الغذائية اللازمة للأغذية وإضافة العناصر اللازمة إليها.

٢١٥ - موجز الحالة في منتصف العقد: بحلول عام ١٩٩٥، كان هناك ١٧ بلدا تتجه بسرعة نحو تحقيق الهدف المتمثل في وصول نسبة الأطفال الذين يقل عمرهم عن سنتين ويحصلون على الكميات الكافية من فيتامين ألف إلى ما لا يقل عن ٨٠ في المائة. كما كان يجري تنفيذ برامج واسعة النطاق في ٢٤ بلداً آخر. وكانت هذه المشكلة تحظى بقدر غير كاف من الاهتمام في ٣٥ بلداً من البلدان المتضررة.

المشكلة

٢١٦ - في عام ١٩٩٥ كان ٢٥٠ مليون طفل دون الخامسة من العمر في ٧٦ بلداً نامياً يعانون من نقص فيتامين ألف. وفي ٤٣ بلداً من تلك البلدان كان نقص فيتامين ألف شديداً، مما نجم عنه أن ٣ ملايين طفل قد بدت عليهم أعراض اكلينيكية لحدوث ضرر بالعين أو لجفاف الملتحمة، وأن ٥٠٠ ٠٠٠ طفل يصابون بالعمى كل سنة.

٢١٧ - وحتى وقت قريب كانت العواقب الكاملة لنقص فيتامين ألف تقدر بأقل مما يجب. فهذا النقص يضر جهاز المناعة، ويزيد من احتمالات الوفاة في مرحلة الطفولة بنسبة الريع تقريبا، وذلك أساسا نتيجة للإصابة بالتهابات مثل الاسهال والحصبة؛ كما يسهم أيضا في الإصابة بفقر الدم ونقص النمو. ونقص فيتامين ألف يؤثر أيضا في صحة ما يقرب من ٦ ملايين من الحوامل والمرضعات.

٢١٨ - ونقص فيتامين ألف ينجم عن عدم كفاية ما يتم الحصول عليه من الأغذية المحتوية على فيتامين ألف؛ وكثيرا ما يرتبط بتكرر الاصابة بالالتهابات وسوء التغذية. والاستراتيجيات الثلاث الرئيسية اللازمة للقضاء على نقص فيتامين ألف هي اضافة العناصر الغذائية التكميلية وزيادة القيمة الغذائية للأغذية، وتغيير نظام الوجبات الغذائية. وتعد الأغذية ذات الأصل الحيواني، وبعض البرتقال، والفواكه الصفراء اللون، مصادر جيدة لفيتامين ألف، إلا أن العائلات الفقيرة نادرا ما تستهلك تلك الأغذية. وقد يساعد زيادة استهلاك الخضروات الورقية الخضراء على الوقاية من الاصابة بنقص فيتامين ألف.

٢١٩ - ولمعرفة مدى نقص فيتامين ألف بصورة كاملة يلزم الحصول على عينات من الدم وإجراء تحليل احيائي كيميائي؛ ولذا فمن الصعب تقدير مدى انتشار نقص فيتامين ألف ورصد التقدم تجاه القضاء عليه.

التقدم

٢٢٠ - أحرز تقدم في عدد من البلدان عن طريق اعتماد استراتيجية للقضاء على نقص فيتامين ألف تعرف باسم "إضافة العناصر الغذائية التكميلية". ويمكن الوقاية تماما تقريبا من نقص فيتامين ألف بتوزيع جرعات كبيرة من مكملات فيتامين ألف على الأمهات عقب الولادة مباشرة، وعلى الأطفال مرتين في السنة ابتداء من سن ٦ شهور. وفي ٢٢ بلدا من البلدان التي تتسم بحدّة نقص فيتامين ألف، يجري توزيع العناصر الغذائية التكميلية بصورة روتينية على الأطفال الصغار. وفي ١١ بلدا من تلك البلدان تغطي الجهود المبذولة أكثر من ٥٠ في المائة من السكان. وفي هذه البلدان وحدها أنقذت المكملات من فيتامين ألف حياة زهاء ٢٠٠ ٠٠٠ طفل. وقامت ٧ بلدان من البلدان التي تعاني بدرجة أقل من نقص فيتامين ألف بتأمين الحصول على المكملات من فيتامين ألف بصورة روتينية. وقد قضت اندونيسيا بالفعل على نقص فيتامين ألف وذلك أساسا من خلال هذه الاستراتيجية.

٢٢١ - كذلك فإن زيادة القيمة الغذائية للأغذية التي تستهلكها عموما الأمهات المعرضات للخطر، يستهلكها أيضا الأطفال المعرضون للخطر، يمكن أن تحد من المشكلة بصورة ملحوظة. ففي فنزويلا تجري زيادة القيمة الغذائية للدقيق بإضافة فيتامين ألف والحديد؛ كما أن القيمة الغذائية لأكثر من ٩٠ في المائة من السكر المستهلك في غواتيمالا تجري زيادتها بإضافة فيتامين ألف، وكان هذا فعلا في خفض النقص في فيتامين ألف. وفي بعض البلدان، تجري زيادة القيمة الغذائية لزيت الطعام والزبد الصناعي (المرغرين)، ويجري النظر الآن على نطاق واسع بصورة أكبر في برامج لزيادة القيمة الغذائية للسكر.

٢٢٢ - وما برحت الجهود تبذل لتحسين نظام الوجبات الغذائية للأطفال والأمهات في جميع البلدان تقريبا التي تعاني من نقص فيتامين ألف. والكثير من هذه البرامج له مقاصد متعددة ولا يمكن تقييم اسهام تلك البرامج في تحقيق الهدف. وفي حين أن رصد استهلاك كبسولات فيتامين ألف والأغذية ذات القيمة الغذائية العالية كان أمرا ممكنا يعد رصد التغيرات في استهلاك الأغذية نتيجة التوعية الغذائية أمرا صعبا للغاية.

الاجراءات الرئيسية في المستقبل

٢٢٣ - إن راسمي السياسيات في كثير من البلدان لا يدركون، حتى الآن خطورة حالات نقص فيتامين ألف التي لا تنطوي على ظهور أعراض مرئية، مع أنها تمثل عاملاً مهماً للغاية في صحة الطفل. ويجب بذل مزيد من الجهود للتعريف بأهمية الحصول على ما يكفي من فيتامين ألف وذلك من أجل صالح ملايين الأطفال.

٢٢٤ - وبرامج إضافة فيتامين ألف كعنصر غذائي مكمل أثبتت أنها فعالة، وينبغي أن تشجعها بقوة كل البلدان التي تعاني من نقص فيتامين ألف. ومع أن التغطية بالتحصين مرتفعة فإنه يمكن ربطها بالتحصين وبمدى التردد على العيادات بصورة منتظمة. وينبغي توفير كبسولات فيتامين ألف المنخفضة الجرعات عن طريق المنظمات المجتمعية والصيدليات.

٢٢٥ - وينبغي النظر على نطاق أوسع في زيادة القيمة الغذائية باعتبار ذلك استراتيجية لمكافحة نقص فيتامين ألف، من خلال التماس تعاون منتجي وموزعي المنتجات الغذائية الأساسية المصنوعة والمجهزة. وينبغي أيضاً تعزيز الرصد والرقابة النوعية المتعلقة بالبرامج الحالية المتعلقة بزيادة القيمة الغذائية للأغذية.

٢٢٦ - وينبغي بذل الجهود لتقييم البرامج التي تهدف إلى القضاء على نقص فيتامين ألف من خلال تحسين نظام الوجبات الغذائية. ويتعين أيضاً إجراء المزيد من الأبحاث لتحديد مدى المساهمة التي يوفرها استهلاك أنواع مختلفة من الخضروات في حالة نقص فيتامين ألف عند الأطفال تحديداً كمياً.

١٠ - الرضاعة الطبيعية

الوعد

٢٢٧ - هدف نهاية العقد: تمكين جميع الأمهات من الاقتصار في تغذية أطفالهن على الرضاعة الطبيعية لفترة تتراوح بين أربعة أشهر وستة أشهر ومن مواصلة الأخذ بالرضاعة الطبيعية إلى جانب الأغذية المكملية حتى العام الثاني.

٢٢٨ - هدف منتصف العقد: تهيئة جميع المستشفيات ومرافق رعاية الأمومة لتكون "ملائمة للأطفال" وذلك بإنهاء الإمداد ببدائل لبن الأم المجانية والمنخفضة التكلفة واتباع الخطوات العشر الموصى بها من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

٢٢٩ - موجز الحالة في منتصف العقد: أحرز تقدم كبير صوب تحقيق هدف منتصف العقد. ففي نهاية حزيران/يونيه ١٩٩٦ تم تصنيف ٧٦٢ ٧ مرفقا من مرافق رعاية الأمومة في ١٠٣ بلدان على أنها مرافق

ملائمة للأطفال، واتخذ ما يربو على ١٠٠ بلد إجراءات لمنح توزيع بدائل لبن الأم المجانية أو المنخفضة التكلفة.

المشكلة

٢٣٠ - تعد الرضاعة الطبيعية شرطا أساسيا لكفالة تمتع زهاء ١٤٠ مليون طفل يولودون سنويا بالصحة والتغذية السليمة، غير أن قلة منهم فقط هي التي تحصل على الرضاعة الطبيعية المثلى في حين لا يرضع البعض لبن الأم على الإطلاق. والواقع أن وقف الرضاعة الطبيعية مبكرا واللجوء إلى التغذية المكملية دون أن تكون هناك ضرورة لذلك وفي توقيت سيء - أي في توقيت مبكر أو متأخر للغاية - يمثل مشكلة متكررة الحدوث.

٢٣١ - والتغذية الصناعية تزيد من نسبة انتشار الأمراض بين الأطفال والأمهات. فاستخدام بدائل لبن الأم أو الأغذية المكملية غير الملائمة أو كليهما، يسهم في اضطراب النمو وسوء التغذية الناتج عن نقص المغذيات الدقيقة.

٢٣٢ - والبيانات المتاحة بشأن الرضاعة الطبيعية تفيد بأن نسبة أطفال العالم النامي الذين لا يتغذون خلال الأشهر الأربعة الأولى من ولادتهم إلا على لبن الأم (أي لا يتلقون أية سوائل أو أطعمة أخرى) لا تتجاوز ٤٣ في المائة. وتتراوح معدلات الرضاعة الطبيعية الخالصة بين ما يناهز النصف في جنوب آسيا وحوالي الربع في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى والخمس في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. أما عن الأغذية المكملية (الجامدة وشبه الجامدة) فينبغي للجوء إليها عند بلوغ سن الطفل ستة أشهر تقريبا؛ غير أن نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر وتسعة شهور ويتغذون على لبن الأم والأغذية المكملية لا تتجاوز، في الوقت الراهن، ٤٥ في المائة ونصف جميع أطفال البلدان النامية لا يزالون يرضعون لبن الأم حتى بلوغهن عمر يتراوح بين ٢٠ شهرا و ٢٣ شهرا.

٢٣٣ - والواقع أن الإهمال التاريخي لمسألة الرضاعة الطبيعية، باعتبارها حقا من حقوق الأم ومولودها، يؤدي بالتضافر مع مظاهر النفوذ التجاري المتغلغل في النظم الصحية والسلوك المهني إلى عدم الإقبال على الرضاعة الطبيعية. فالنفوذ التجاري الواسع الانتشار يؤثر على الممارسات والمواقف والبحوث في مجال الصحة.

التقدم

٢٣٤ - أدى الاعتراف بالآثار الضارة المترتبة على تسويق بدائل لبن الأم إلى اعتماد القانون الدولي لتسويق بدائل لبن الأم في عام ١٩٨١. ويبلغ عدد البلدان التي اعتمدت القانون، أو التي هي في سبيلها إلى اعتماد تدابير لإنفاذه، ثمانية وثمانين بلدا؛ كما اتخذ ١٠١ بلد إجراءات لإنهاء الإمداد ببدايل لبن الأم المجانية والمنخفضة التكلفة.

٢٣٥ - والقلق من استمرار انخفاض معدل الرضاعة الطبيعية في العالم بأسره أدى إلى اعتماد إعلان اينوسنتي لعام ١٩٩٠ المتعلق بحماية وتشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية. ويتضمن الإعلان أربعة أهداف تنفيذية رئيسية لعام ١٩٩٥ هي: القيام على الصعيد الوطني بتعيين منسقين ولجان لتولي مسألة الرضاعة الطبيعية؛ وتنفيذ القانون الدولي المتصل بذلك؛ واعتماد تشريعات لحماية الأمومة؛ وتهيئة خدمات رعاية الأمومة بحيث تكون ملائمة للأطفال. وقد استهلكت في عام ١٩٩١ مبادرة المستشفيات الملائمة للأطفال بوصفها استراتيجية لتحقيق معظم هذه الأهداف.

٢٣٦ - ومنذ بدء المبادرة، صنف ٧ ٧٦٢ مرفقا من مرافق رعاية الأمومة في ١٠٣ بلدان باعتبارها مرافق ملائمة للأطفال، بما يمثل غالبية المرافق المستهدفة وقد انضم ستون بلدان إضافيا إلى المبادرة، وتعمل تلك البلدان حاليا على وضع مستشفياتها الرئيسية ضمن المرافق آمنة الذكر. وتستأثر منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ بأكثر عدد من المرافق الملائمة للأطفال (٧٦٣ ٤ مرفقا) تليها منطقة جنوب آسيا (٩٢٦ مرفقا)، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (٧٢١ مرفقا)، ثم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (٥٩٧ مرفقا)، ثم أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء (٥٤٥ مرفقا)، وفي ساحل العاج أصبح الآن عدد المستشفيات التي اعتمدت كمستشفيات ملائمة للأطفال ٨٥ مستشفى من مجموع المستشفيات البالغ عددها ٨٦ مستشفى. وقد بدأت البلدان الصناعية وبلدان أوروبا الوسطى والشرقية/كمنولث الدول المستقلة وبلدان البلطيق تنضم إلى المبادرة حيث صنف فيها على هذا النحو ٢١٠ مستشفيات.

٢٣٧ - وتعد حماية الرضاعة الطبيعية من الضغوط والتدخلات التجارية عنصرا حاسما في أي برنامج ناجح. والبلدان التي لا توجد لديها قوانين تسويق تكون أقل مناعة في هذا الصدد مما يتعذر معه تحقيق استدامة البرامج.

٢٣٨ - ويتاح لبعض الأمهات في ١١٨ بلدا الحصول على إجازة أمومة لمدة ١٢ أسبوعا على الأقل. بيد أن اعتماد تشريعات لرعاية الأمومة تشمل جميع فئات النساء وتمكنهن من الاقتصار على الرضاعة الطبيعية لفترة تناهز ستة أشهر فما زال يمثل تحديا.

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

٢٣٩ - هناك حاجة إلى مواصلة الدعوة من أجل كفالة الرضاعة الطبيعية باعتبارها حقا من حقوق الأم يقترن أعماله بتهيئة بيئة مؤاتية للرضاعة. وأفضل وسيلة يمكن بها تعزيز ذلك هي تنفيذ القانون الدولي وإدراج مسألة الرضاعة الطبيعية في جميع البرامج المتصلة بالتغذية.

٢٤٠ - وسوف يستمر التشديد، في رسالات الدعوة، على الرضاعة الطبيعية الخالصة لفترة تناهز ستة أشهر، وعلى المدة المثلى للرضاعة الطبيعية.

٢٤١ - وكي تتخذ المرأة بناء على الاستشارة المسبقة قرارا بشأن تغذية رضيعها، لا بد أن تتاح للجميع فرص الحصول على معلومات كاملة، ونزيهة، عن الرضاعة الطبيعية.

٢٤٢ - وما زال من المتعين التصدي بشدة لتداخل مظاهر النفوذ التجاري مع الرضاعة الطبيعية.

١١ - المياه المأمونة والمرافق الصحية

الوعد

٢٤٣ - هدفا نهاية العقد: كفالة حصول الجميع على مياه الشرب المأمونة وكفالة حصول الجميع على الوسائل الصحية للتخلص من الإفرازات.

٢٤٤ - هدف منتصف العقد: زيادة إمدادات المياه ومعدل التغطية التصحاحية بحيث تضيق الفجوة بين مستويات عام ١٩٩٠ وهدف تعميم الحصول على الخدمات في هذين المجالين بحلول عام ٢٠٠٠ بواقع الربع بالنسبة للمياه وبواقع العشر بالنسبة للمرافق الصحية.

٢٤٥ - موجز الحالة في منتصف العقد: تحقق على الصعيد العالمي هدف منتصف العقد في شقه المتعلق بالحصول على المياه المأمونة مما يعزى إلى إحراز تقدم كبير في آسيا. بيد أن معدل الحصول على الوسائل الصحية للتخلص من الإفرازات قد انخفض فعليا نتيجة لقصور معدل الشمول بالخدمات عن مجاراة النمو السكاني ولا سيما في المناطق الحضرية.

المشكلة

٢٤٦ - في عام ١٩٩٠، كان العدد التقديري للأشخاص الذين لا تتوفر لهم إمكانية الحصول على المياه المأمونة حوالي ١,٦ بليون نسمة وكان عدد من لا تتوفر لهم سبل النظافة الصحية السليمة ٢,٦ بليون نسمة. ويذكر في هذا الصدد أن تواضع الأحوال الصحية يشكل، بالاقتران مع عدم كفاية المياه والمرافق الصحية، الأسباب الكامنة لارتفاع معدل وفيات الأطفال الناتجة عن أمراض الإسهال التي تودي سنويا بحياة ٣ ملايين من أطفال البلدان النامية ممن هم دون سن الخامسة.

٢٤٧ - كذلك فإن الحصول على المياه المأمونة والمرافق الصحية يؤثر على انتشار أمراض أخرى من بينها داء البلهارسيا وداء الحبيبات (داء دودة غينيا)، كما أن انعدام البيئة الصحية يؤدي إلى تفشي الإصابات المعدية مثل التهاب الدودة المعدية والجرب والتراخوما. فضلا عن ذلك فإن الأمراض المتصلة بالمياه تتفاعل سلبا مع المشاكل الصحية الأخرى المتعلقة بمرحلة الطفولة ويمكن أن تكمن فيها أسباب سوء التغذية.

٢٤٨ - وبالإضافة إلى التكاليف الصحية المترتبة على انعدام إمكانية الحصول على المياه المأمونة ووسائل النظافة، هناك صعوبات رئيسية وتكاليف أخرى، من بينها التكاليف التعليمية، بالنسبة للنساء والأطفال الذين ينفقون الوقت والطاقة على جلب المياه.

التقدم

٢٤٩ - تزيد بيانات عام ١٩٩٤ بأن ١,١ بليون شخص ظلوا بلا أي إمكانية للحصول على مياه الشرب المأمونة وأن ٢,٩ بليون شخص ظلوا محرومين من المرافق الصحية. وقد تحقق هدف منتصف العقد على مستوى العالم فيما يتعلق بإمدادات المياه حيث ضاقت الفجوة بين مستويات عام ١٩٩٠ والوصول بنسبة الحصول على تلك الإمدادات بالكامل إلى ٣٥ في المائة. بيد أنه فيما يتعلق بالمرافق الصحية لم يتسن بلوغ الهدف بل أن الفجوة ازدادت اتساعاً. فما برح الطلب على المرافق الصحية لا يلقى من الاهتمام ما يناله الطلب على المياه المأمونة، فغالباً ما تعتبره المجتمعات المحلية والحكومات أقل إلحاحاً.

٢٥٠ - وكما يتبين من الجدول ٩، أدناه، فإن الأرقام العالمية تحجب تفاوتات كبيرة بين المناطق. ذلك أن معدل الشمول بإمدادات مياه الشرب المأمونة ظل ثابتاً في أمريكا اللاتينية ولكنه ارتفع في سائر المناطق في الفترة ما بين عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٤. وبالنسبة لمنطقة غربي آسيا ومنطقة آسيا والمحيط الهادئ فإنهما حققتا هدف منتصف العقد. غير أن معدل الشمول بالمرافق الصحية هبط في جميع المناطق باستثناء منطقة غربي آسيا.

٢٥١ - وتعد المشاركة المجتمعية في أداء الخدمات وإدارتها عنصراً حيوياً من عناصر التقدم في توسيع نطاق الخدمات. وسوف يتعين تعبئة موارد المجتمعات المحلية إذا أريد كفاءة توفير الخدمات ولو على أبسط مستوياتها. ومن ثم فإنه لا بد أن تكون الخدمات في متناول المستهلكين ومحقة لرغباتهم تعزيراً لمبدئي تقاسم التكاليف واستردادها.

الجدول ٩ - معدل الشمول بإمدادات المياه المأمونة والمرافق الصحية في عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٤

المرافق الصحية			إمدادات المياه			المنطقة
هدف منتصف	معدل الشمول		هدف منتصف	معدل الشمول		
العقد	١٩٩٤	١٩٩٠	العقد	١٩٩٤	١٩٩٠	
٤٢	٣٤	٣٦	٥٩	٤٦	٤٥	
٧٢	٦٣	٦٩	٨٤	٧٩	٧٩	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٣٧	٢٩	٣٠	٧١	٨٠	٦١	آسيا والمحيط الهادئ
٦٩	٦٨	٦٥	٨٤	٨٨	٧٨	غرب آسيا
٤٢	٣٤	٣٦	٧١	٧٥	٦١	المستوى العالمي

المصدر: برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونسيف.

ملاحظة: المناطق المشمولة بهذا الجدول هي المناطق التي وردت في الإفادة عن حالة المياه والمرافق الصحية في تقرير الأمين العام المؤرخ حزيران/يونيه ١٩٩٥ (A/50/213-E/1996/87).

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

٢٥٢ - تعد عمليات الشراكة بين الحكومة والمانحين والمنظمات غير الحكومية والمجتمعات المحلية عنصرا حيويا لا بد من توافره لتحقيق إنجازات في مجال المياه والمرافق الصحية. ويلزم تعزيز تلك الشراكة وتوسيع نطاقها تيسيرا للمشاركة المجتمعية على مستوى أعلى.

٢٥٣ - وينبغي، أيضا، أن يقترن توفير المياه والمرافق الصحية بالتشديد على التوعية الصحية لزيادة إدراك الحاجة إلى المياه المأمونة والمرافق الصحية والانتفاع بهما.

٢٥٤ - وما زالت عملية إمداد المناطق الحضرية بالمياه تستوعب ٨٠ في المائة من الاستثمارات في قطاع الإمداد بالمياه التي يستفيد منها بوجه عام السكان الأفضل حالا. ومن ثم لا بد من استهداف المدن المتنامية بإطراد والمناطق الحضرية الفقيرة جنبا إلى جنب مع المناطق الريفية.

٢٥٥ - وإحراز تقدم ملموس صوب تحقيق هدف نهاية العقد، يلزم توافر مستويات من التمويل تفوق كثيرا المتاح حاليا، كما يتعين إبداء مزيد من الاستعداد لاعتماد تكنولوجيات منخفضة التكلفة وإجراء إصلاحات فعالة من حيث التكلفة.

٢٥٦ - ويعد ضعف نظم إدارة المعلومات من بين المعوقات الرئيسية في الكثير من البلدان. ومعالجة أوجه اختلال من قبيل التفاوت بين الحضر والريف، أو انعدام التقدم في مجال توفير المرافق الصحية تتطلب بيانات موثوقة لتأسس عليها خطط رشيدة. ومن ثم، لا بد من مواصلة تعزيز نظم الرصد الوطنية بمساعدة برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

١٢ - التعليم الأساسي

الوعد

٢٥٧ - هدف نهاية العقد: تعميم إمكانيات الحصول على التعليم الأساسي وكفالة إكمال ٨٠ في المائة على الأقل من الأطفال البالغين سن الالتحاق بالمدارس الابتدائية لتعليمهم الابتدائي، مع التركيز على تقليص التفاوتات بين البنين والبنات.

٢٥٨ - موجز الحالة في منتصف العقد: زادت نسبة الأطفال المقيدين في المدارس الابتدائية بواقع ٢ في المائة خلال الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٥. ومن ثم لا بد من تسارع معدل القيد إذا أريد تحقيق هدف نهاية العقد. فقد ظلت، أيضا، معدلات الانقطاع عن الدراسة مرتفعة وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا، كما أن عملية تقليص التفاوت بين الجنسين كانت بطيئة.

المشكلة

٢٥٩ - يتجاوز عدد الأطفال ممن هم في سن التعليم الابتدائي ولكنهم غير ملتحقين بالمدارس ١٠٠ مليون طفل، تشكل البنات نسبة ٦٠ في المائة منهم والكثيرون ممن يبدأون الدراسة لا يكملون حتى أربعة أعوام منها. وفي حين تحسنت نوعية التعليم المدرسي في بعض البلدان فإن ذلك لم يحدث، للأسف، في البعض الآخر.

٢٦٠ - والتعليم الأساسي يوفر أدوات التعليم الأساسية ويزود الطفل بما يلزم من معارف ومهارات وقيم ومواقف كي يحيا حياة منتجة ويواصل التعليم على امتداد العمر، والتعليم الأساسي يشمل عملية النمو في مرحلة الطفولة المبكرة كذلك ومرحلة التعليم الابتدائي وطائفة متنوعة من أنشطة التعليم التي تتناول احتياجات التعليم الأساسية لدى الأطفال خارج المدرسة ولدى المراهقين والبالغين أيضا. ويعد التعليم الابتدائي بالنسبة للأطفال عنصرا شديدا الأهمية نظرا لوجوب اكتساب الجميع القدرات الأساسية والمهارات الحياتية في أدنى مراحل العمر.

٢٦١ - ويعد الاستثمار في مجال التعليم من العناصر الرئيسية لتحقيق النمو الاقتصادي والتنمية الاجتماعية، بما في ذلك زيادة إمكانيات الحصول على الرعاية الصحية الأساسية، وتحسين التغذية، وتقليل معدل الخصوبة، وتوسيع نطاق استخدام المرافق الصحية، وتمكين المرأة، والتعليم، بزيادته لإنتاجية الفقراء، يسهم في تحسين توزيع الدخل والحد من الفقر، حسبما أثبتته مؤخرا تجارب بلدان شرقي آسيا.

التقدم

٢٦٢ - بدأ مؤتمر عام ١٩٩٠ المعني بإتاحة التعليم للجميع عملية كبرى لإعادة تقييم التعليم الأساسي. وفي النصف الأول من عقد التسعينيات زاد الاهتمام بالتعليم الأساسي على الصعيد السياسي وبعملية إعادة تخصيص الموارد زيادة ملموسة، كما زاد عدد البلدان المنفذة لبرامج تهدف إلى تحسين التعليم الأساسي.

٢٦٣ - وعدد الأطفال المقيدون حاليا في المدارس الابتدائية زاد بواقع ٥٠ مليون تلميذ، ولكن هذه الزيادة تسير بالكاد النمو السكاني. ويقدر أن نسبة أطفال البلدان النامية ممن هم في سن الالتحاق بالمدارس ومقيدون حاليا في المرحلة الابتدائية قد زادت من ٨٠ في المائة إلى ٨٢ في المائة خلال الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٥. وحدث تغيير بنفس الحجم في معدل التفاوت بين الجنسين حيث تقلص الفارق بين الإناث والذكور من حيث نسب القيد بواقع نقطتين مئويتين.

٢٦٤ - وعلى الصعيد الإقليمي يتراوح التغيير في نسب القيد بين انخفاض بواقع نقطة مئوية واحدة وزيادة قدرها ٣ نقاط مئوية، ويتراوح التغيير في معدل التفاوت بين الجنسين بين انخفاض قدره ٥ نقاط مئوية وزيادة قدرها نقطة مئوية واحدة. وفي أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء، يبدو أن ما شهدته عملية القيد في المدارس الابتدائية خلال الثمانينيات من اتجاه نحو الانكماش، قد تحول في النصف الأول من التسعينيات حيث طرأت زيادة طفيفة. بيد أنه نظرا لعدم كفاية البيانات في هذا الصدد ينبغي توخي الحذر في تفسير ما حدث من تغييرات خلال الفترة من عام ١٩٩٠ إلى عام ١٩٩٥.

٢٦٥ - ومعدل القيد وحده لا يلقي الضوء على حالة التعليم الابتدائي إلا في جانب منها فقط. فكثير من الأطفال لا يستمرون في الدراسة لحين حصولهم على الحد الأدنى من التعليم (الصف الدراسي الخامس). وفي منطقة شرقي آسيا والمحيط الهادئ ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تبلغ نسبة من يلتحقون بالمدارس ويكملون أربع سنوات من التعليم زهاء ٩٠ في المائة، في حين أن النسبة تبلغ ٧٥ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. ولا تزيد على ٦٠ في المائة تقريبا في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى وفي جنوبي آسيا. وارتفاع معدلات الانقطاع عن الدراسة على هذا النمو يشير إلى أن تحقيق الهدف المتمثل في إكمال نسبة ٨٠ في المائة على الأقل من الأطفال البالغين سن الالتحاق بالمدارس الابتدائية لتعليمهم الأساسي بحلول عام ٢٠٠٠ يشكل تحديا كبيرا في هاتين المنطقتين الأخيرتين. وسيتعين أيضا أن تعمل أمريكا اللاتينية على تعجيل تقدمها من أجل بلوغ هدف نهاية العقد.

الجدول ١٠ - نسب القيد والتفاوت بين الجنسين

التفاوت بين الجنسين (نسبة الذكور مطروحا منها نسبة الإناث)		صافي نسب القيد (الجنسان معا)		المنطقة
١٩٩٥	١٩٩٠	١٩٩٥	١٩٩٠	
١١	١٠	٥٥	٥٤	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
١٠	١١	٨٣	٨٠	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٢٠	٢٥	٧٨	٧٥	جنوب آسيا
٥	٦	٩٤	٩٥	شرق آسيا والمحيط الهادئ
٦	٥	٨٩	٨٧	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
١١	١٣	٨٢	٨٠	البلدان النامية
١	١	٩٢	٩٢	البلدان المصنعة

المصدر: بيانات أعدتها اليونسكو من أجل الاجتماع المعني بإتاحة التعليم للجميع الذي عقد في عمان في حزيران/يونيه ١٩٩٦.

٢٦٦ - وحتى بالنسبة للأطفال الذين يستمرون في الدراسة حتى نهاية المرحلة فإن الأمر يستلزم تحسين نوعية التعليم إلى حد كبير. وتفيد دراسة أجريت مؤخرا في المدارس الابتدائية في ١٤ بلدا من أقل البلدان نموا بأن الفصل الواحد بالصف الدراسي الأول يضم في المتوسط ١١٢ تلميذا وأن ما يقرب من نصف الفصول لا توجد بها سبورة وأن معظم الأطفال يستخدمون في المدرسة لغة مختلفة عن اللغة التي يستخدمونها في المنزل.

الإجراءات الرئيسية في المستقبل

٢٦٧ - هناك حاجة، وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، إلى تعجيل الجهود التي تهدف إلى زيادة عدد الملتحقين بالمدارس من الأطفال البالغين سن المرحلة الابتدائية وخصوصا البنات. وهناك حاجة أيضا إلى تحسين ما هو موجود من نظم البيانات المتعلقة بمعدل المواظبة على الدراسة ومعدلات إعادة الصف الدراسي والانقطاع عن الدراسة إذا أريد رصد التقدم بقدر كاف.

٢٦٨ - ويتعين القيام على وجه السرعة بوضع حد لأوجه عدم المساواة بين الجنسين في فرص الحصول على التعليم وداخل النظام التعليمي نفسه وإتاحة التعليم في الواقع العملي لجميع الفتيات والنساء لا سيما في جنوبي آسيا وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفي الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويستدل من

التقدم البطيء المحرز حتى يومنا هذا على وجود عوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية عميقة الجذور تتجاوز القضايا التعليمية وينبغي معالجتها جميعا من خلال جهد وطني شامل.

٢٦٩ - ولتحسين نوعية التعليم الابتدائي لا بد من إيلاء عناية لبيئة التعلم المادية وتوفير المواد التعليمية وتدريب المدرسين وإشراك المجتمعات المحلية في الثقافة المدرسية. ولا بد أيضا من وضع مؤشرات بسيطة لقياس مدى الإنجاز في مجال التعلم واستخدام تلك المؤشرات على نطاق واسع بحيث يمكن تقييم التقدم المحرز.

٢٧٠ - ومن الأسس الرئيسية اللازمة في مجال التعليم تهيئة بيئة حفازة ومفعمة بالاهتمام، كما أن البرامج التي تخدم الفقراء يمكن أن تكون بمثابة تعويض عن بيئة أسرية ومجتمعية محرومة، فبرامج من هذا القبيل لها أثر كبير في مساعدة الأطفال على تحسين فرص التحاقهم بالمدارس الابتدائية.

٢٧١ - وكجزء من استراتيجية مرنة وشاملة لتحقيق هدف تعميم إمكانيات الحصول على التعليم الابتدائي يمكن أن تؤدي النهج غير الرسمية دورا هاما في خدمة الفئات التي يتعذر الوصول إليها، وخصوصا إذا لم يكن في مقدور النظم الرسمية التوسع بالسرعة الكافية. غير أنه يتعين ربط التعليم الأساسي غير الرسمي بالنظام الرسمي كي تتاح للأطفال فرصة للحاق بأقرانهم ويتسنى دعمهم بموارد كافية.

١٣ - الأمية

الوعد

٢٧٢ - هدف نهاية العقد: خفض معدل أمية البالغين (تحدد الفئة العمرية المناسبة في كل بلد على حدة) إلى نصف ما كان عليه في عام ١٩٩٠ مع التركيز على محو أمية الإناث.

٢٧٣ - موجز الحالة في منتصف العقد: انخفض معدل أمية البالغين في البلدان النامية من ٣٤ في المائة إلى ٣٠ في المائة في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٥. وتقلص التفاوت بين الجنسين بصورة هامشية. وما لم يبذل جهد كبير خلال السنوات المقبلة، سيقصر التقدم المحرز بحلول نهاية العقد عن تحقيق الهدف في معظم البلدان.

المشكلة

٢٧٤ - زاد عدد الأشخاص الملمين بالقراءة والكتابة ممن تتجاوز أعمارهم ١٥ عاما بما يزيد على ٣٠٠ مليون شخص في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٥. بيد أن عدد الأميين ما برح يناهز ٩٠٠ مليون شخص، أي حوالي ربع عدد سكان العالم البالغين. وتشكل الإناث ثلثي السكان الأميين.

٢٧٥ - والأمية تتركز على ما يبدو، بين الأقليات العرقية والثقافية. فالمنتمون إلى القبائل والطوائف الاجتماعية والسلالات والديانات والمجموعات اللغوية الخارجة عن التيار الرئيسي للمجتمع يكونون أكثر تعرضاً لتفشي الأمية فيما بينهم، شأنهم في ذلك شأن سكان المناطق النائية والفقراء. وتشكل النساء أغلبية المحرومين من التعليم في جميع الفئات الاجتماعية.

٢٧٦ - وهناك ارتباط واضح بين أمية الوالدين وعدم قيد الأطفال في المدارس ومعدلات الانتطاع عن الدراسة المبكر. وفي الوقت نفسه فإن البيئة غير المحفزة على التعليم وتواضع نوعية التعليم يساعداً على زيادة معدلات الانتطاع عن الدراسة بما يضاعف عدد الأميين إلى حد كبير. وهناك أيضاً ارتباط قوي بين مستويات إلمام النساء بالقراءة والكتابة وحجم أسرهن، من ناحية، ومعدل وفيات أطفالهن وحالة تغذيتهم من ناحية أخرى.

التقدم

٢٧٧ - في عام ١٩٩٠ كانت نسبة الأميين من سكان العالم البالغين ٢٦ في المائة، ولم تنخفض هذه النسبة إلا قليلاً لتبلغ ٢٤ في المائة في عام ١٩٩٥. وإذا استمر هذا الاتجاه فإن الهدف المتمثل في خفض تلك النسبة إلى النصف لن يتحقق بحلول عام ٢٠٠٠.

٢٧٨ - وتوجد أعلى مستويات الأمية في جنوبي آسيا حيث لا يعرف نصف السكان البالغين القراءة أو الكتابة؛ وفي أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى وفي الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تناهز نسبة الأمية ٤٠ في المائة. أما في شرقي آسيا والمحيط الهادئ، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فإن معدلات الأمية فيهما تبلغ حوالي ١٥ في المائة. ولا يبدو أن أي من المنطقتين في سبيلها إلى بلوغ هدف عام ٢٠٠٠ وإن كانت منطقة شرقي آسيا والمحيط الهادئ أقرب إلى تحقيقه.

٢٧٩ - ومنطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي هي وحدها التي تمضي قدماً صوب تقليص معدل التفاوت بين الجنسين فيها إلى النصف، وهو معدل منخفض للغاية أصلاً ولا يزيد على ٣ في المائة. أما سائر المناطق فما زالت تشهد مستويات مرتفعة من التفاوت تتراوح بين ٢٧ نقطة مئوية في جنوبي آسيا و ١٤ نقطة مئوية في شرق آسيا والمحيط الهادئ.

٢٨٠ - أما عن انخفاض مستويات الأمية في البلدان المتقدمة فيعد في جانب منه انعكاساً للمقياس الخام الذي تستخدمه تلك البلدان. فقد أظهرت دراسة أجريت عام ١٩٩٤، وعرف فيها عدم الأمية بأنه طائفة عريضة من المهارات المتصلة بحياة الشعوب اليومية، أن ما يربو على ٢٠ في المائة من البالغين في بعض من أكثر بلدان العالم ثراءً لا تتوفر لديهم مهارات القراءة والكتابة إلا على أبسط المستويات. والطلب المتزايد على المهارات الجديدة يفرض بالاقتران مع سرعة تقادم المهارات المكتسبة إلى ارتفاع مستويات الأمية الوظيفية ليس في البلدان المصنعة فحسب بل وأيضاً في العديد من مجتمعات العالم النامي التي ترتفع فيها نسبة الإلمام بالقراءة والكتابة.

الجدول ١١ - معدلات الأمية والتفاوت بين الجنسين (١٩٩٥-١٩٨٠)

التفاوت بين الجنسين (معدل الإناث مطروحا منه معدل الذكور)			معدل الأمية (الجنسان معا)			المنطقة
١٩٩٥	١٩٩٠	١٩٨٠	١٩٩٥	١٩٩٠	١٩٨٠	
١٨	١٩	٢٢	٣٠	٣٤	٤٢	البلدان النامية
١٩	٢١	٢٣	٤٣	٤٨	٥٩	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
٢٣	٢٥	٢٨	٤٠	٤٦	٥٨	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
٢٧	٢٨	٢٨	٥١	٥٥	٦٢	جنوب آسيا
١٤	١٦	٢٣	١٦	٢٠	٣١	شرق آسيا والمحيط الهادئ
٢	٣	٥	١٤	١٦	٢١	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
٥	٥	٦	٥	٥	٨	أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية ورابطة الدول المستقلة ودول البلطيق
١	١	٣	١	٢	٣	البلدان الصناعية

المصدر: اليونسكو.

الاجراءات الرئيسية في المستقبل

٢٨١ - لا بد لأي خطة تهدف إلى خفض معدل أمية البالغين بقدر كبير أن تبدأ بالتوسع على نحو فعال في التعليم الابتدائي بحيث يصل إلى الأطفال الذين سيصبحون، ما لم يحدث ذلك، أميي الغد البالغين.

٢٨٢ - وينبغي النهوض ببرامج فعالة واسعة النطاق توضع من أجل المراهقين والشباب الذين أنهم لتوهم مرحلة التعليم الابتدائي ولكنهم يواجهون الحياة بدون مهارات أساسية؛ على أن تشكل برامج من هذا القبيل "فرصة ثانية" للتعليم الأساسي الذي يجمع بين تعليم القراءة والكتابة والمعارف الأساسية.

٢٨٣ - وينبغي في أية برامج تنطوي على عنصر لتعليم القراءة والكتابة أن تشمل أنشطة متابعة توفر للأشخاص حديثي تعلم القراءة والكتابة فرصا لاستخدام مهاراتهم ومواصلة التعلم في أطر رسمية وغير رسمية، أو أن تستكمل بأنشطة من هذا القبيل. وتحقيقا لهذا الغرض ينبغي إقامة شراكة نشطة بين السلطات الحكومية والمجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية.

٢٨٤ - وتعد التعبئة الاجتماعية شرطا أساسيا لنجاح حملات محو الأمية، على نحو ما أثبتته التجربة في عدة بلدان حيث تدير الحملات، لجان منشأة خصيصا لهذا الغرض وتتألف بوجه عام من وكالات طوعية. ويستلزم الأمر محاكاة نهج التعبئة على صعيد المجتمعات المحلية.

رابعاً - الخلاصة

٢٨٥ - كانت للأهداف التي وضعها مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل عام ١٩٩٠ قوة حشد غير عادية، ولدت مستوى متجددا من النشاط من أجل الأطفال في كافة أنحاء العالم، وأدت الى قيام شراكات جديدة بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية والمانحين ووسائل الإعلام والمجتمع المدني والمنظمات الدولية في السعي الى تحقيق الغرض المشترك. وثمة أدلة وفيرة تبين أن الإعلان الصادر عن مؤتمر القمة العالمي وخطة العمل التي اعتمدها، الى جانب تحول اتفاقية حقوق الطفل في نفس الوقت تقريبا الى قانون دولي، قد وفرا قوة الدفع والإطار القانوني لتحريك العمل العالمي من أجل قضية الطفل.

٢٨٦ - وقد أسهمت في هذا الإنجاز عوامل عديدة، ليس أقلها قضية الطفل ذاتها التي تؤلف بين الناس بصورة فريدة. وكانت الملكية المشتركة لجدول أعمال الطفل، التي تطورت عبر عملية من المشاورات الدولية وعبر بناء توافق في الآراء، عنصرا هاما في قبوله وترجمته الى إجراءات عملية. وكانت عملية المتابعة تتسم بنفس القدر من الأهمية، حيث قامت الحكومات، وبخاصة في العالم النامي، بتبني جدول الأعمال التعبير عنه في برامج العمل الوطنية، وفي برامج العمل دون الوطنية المشابهة على مستوى الولايات والمقاطعات والمناطق والبلديات في كثير من البلدان.

٢٨٧ - وقد كان قيام مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل بوضع أهداف محددة زمنيا وقابلة للقياس من قبيل الجهود الرائدة، التي لا تقتصر غايتها على مجرد تعبئة الموارد وكفالة الالتزام، بل تتعدى ذلك الى المساعدة في تشكيل برامج النشاط وتحديد غايات وتوجهات واضحة لها. وكانت تلك استراتيجية فعالة، وإن كانت أيضا تنطوي على شجاعة؛ فلو ثبت أن الغايات لم تتحقق أو أنها مستعصية على التحقق، لأدى ذلك الى خطر الإحباط والإحساس بالمبالغة في الطموح ومن ثم الفشل.

٢٨٨ - إن الأهداف المتعلقة ببقاء الطفل والتي شهدت أبرز أشكال التقدم هي الأهداف المتمثلة في التغطية التحصينية، ومكافحة أمراض الإسهال، وشلل الأطفال، ودودة غينيا، ومكافحة الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، وتوفير مياه الشرب المأمونة، وتشجيع الرضاعة الطبيعية. وهناك ٨٩ بلدا حققت بالفعل هداف نهاية العقد وهو الوصول بمعدل التغطية التحصينية الى أكثر من ٩٠ في المائة، كما يبدو هدف استئصال شلل الأطفال بحلول سنة ٢٠٠٠ هدفا قريبا المنال. وفي مجال أمراض الإسهال، تحققت تقدم كبير في انتشار العلاج بأملاح الإماهة الفموية/سوائل إعادة الإماهة. وفي مجال مكافحة الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، أصبحت جميع البلدان تقريبا التي تعاني من هذه المشكلة الصحية تقوم الآن بتزويد الملح باليود، وأصبح عدد من يستهلكون الملح المزود باليود في عام ١٩٩٥ يزيد عن عددهم في عام ١٩٩٠ بحوالي ١,٥

بليون نسمة. كما انخفض عدد السكان الذين لا يحصلون على مياه شرب مأمونة بحوالي الثلث منذ عام ١٩٩٠. وتم أيضا الوفاء على نحو فعال بهدف منتصف العقد المتعلق بتشجيع الرضاعة الطبيعية من خلال تطبيق نظم ملائمة للأطفال في مراكز رعاية الأمومة. وهذه جميعها إنجازات بالغة الأهمية ترجع بصورة رئيسية الى أنشطة متابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل.

٢٨٩ - وكان هذا الاستعراض صريحا في اعترافه بعدم إحراز تقدم فيما يتعلق ببعض الأهداف. ففي حين انخفضت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في جميع المناطق، فإن وتيرة التقدم كانت بالغة البطء في الوفاء بهدف نهاية العقد، وبخاصة في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا اللتين تستأثران معا بثلاثة أرباع جميع حالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة. كما كان التقدم ضعيفا، أو غير مؤكد، أو حتى لا يعتد به، في تحقيق الأهداف المتعلقة بسوء التغذية ووفيات الأمهات والمرافق الصحية وتعليم البنات. غير أن بطء البدايات في هذه المجالات لا يقلل من حقيقة أن الرسالة الإجمالية لاستعراض منتصف العقد ليست رسالة تثبيط للهمم، بل هي على العكس من ذلك على طول الخط. فقد تحقق تقدم ملحوظ حيثما توافر الالتزام السياسي، وتم تخصيص الموارد، وتم تحليل الأسباب الكامنة تحليلا دقيقا، وتمت تعبئة المجتمعات المحلية، ووضعت السياسات والبرامج السليمة. وثمة أنواع عديدة من التدخلات يمكنها تحقيق آثار هامة بالنسبة لجميع فئات المجتمع. ويعد النمو الاقتصادي السريع أمرا لازما لتحقيق الأهداف، شريطة أن يؤدي نسقه الى تعزيز التنمية البشرية وأن تتوزع منافعه بصورة منصفة بين جميع قطاعات المجتمع. وفي الوقت ذاته، لا يتعين على البلدان ذات الدخل المنخفض أن تنتظر حتى تكتسب اقتصاداتها القوة لكي تبدأ الاستثمار في الطفل.

٢٩٠ - وتمثل إحدى النتائج الهامة لهذا الاستعراض في إدراك أهمية التنوع الإقليمي والمحلي فيما يتعلق بالتقدم. فالأهداف المحددة على الصعيد العالمي هي غايات يمكن لجميع البلدان أن تطمح الى الوصول إليها. غير أنه نظرا لاختلاف الخلفيات التاريخية للبلدان والمناطق، واختلاف مستويات تطورها ومستويات قدراتها الحالية وغير ذلك من الشروط الأولية، فإنها تواجه درجات مختلفة من التحديات في الوفاء بتلك الأهداف. وبالنسبة لكثير من الأهداف، نجحت بلدان فرادى في الوصول إليها، وكثيرا ما تم ذلك في ظروف صعبة؛ غير أن المتوسطات الإقليمية تخفي حسن أداء هذه البلدان. وبالمثل، فإن المتوسطات العالمية قد تخفي تحسن الأداء الإقليمي. ولم يكن ممكنا في تقرير بهذا الحجم إيفاء الجهود البارزة والمبدعة التي بذلت على الصعيدين الوطني والمحلي في عدد كبير من البلدان حقها.

٢٩١ - وثمة موضوع هام آخر في هذا الاستعراض يتمثل في طبيعة الأهداف المرتبطة بتنفيذ اتفاقية حقوق الطفل. فالتصديق على الاتفاقية يضفي الشرعية على الأهداف بتحميل الدول الأطراف المسؤولية القانونية عن حماية حقوق الأطفال وضمان تلبية احتياجاتهم الأساسية. وحيثما تكون الأهداف قريبة المنال، تطالب الاتفاقية باتخاذ تدابير تمييزية تعويضية للوصول لمن يتعذر الوصول إليهم، وهم الأطفال الذين تجعلهم "ظروفهم الصعبة للغاية" خارج نطاق الخدمات الأساسية في الوقت الحاضر. والاهتمام المتزايد الذي يتركز على الأطفال المتأثرين بالنزاعات المسلحة والاستغلال وإساءة المعاملة والإهمال يشير الى أن هدف

حماية الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية سيكون موضع جهود مكثفة خلال الفترة المتبقية من العقد.

٢٩٢ - ويتمثل أحد الدروس المستفادة من استعراض الأهداف هدفاً فهدفاً في إدراك الإسهام الحيوي الذي تسهم به مشاركة المجتمعات المحلية. ففي كثير من الحالات، كانت تعبئة المجتمعات المحلية وراء هدف ما، ووراء استراتيجية لتنفيذ برنامج للوصول الى الهدف، عنصراً بالغ الأهمية من عناصر النجاح. وقد اتضح هذا الدرس بجلاء خلال حملة تحصين الأطفال الشامل في أواخر الثمانينات؛ وتؤكد ذلك الدرس في التسعينات من خلال الجهود المبذولة في طائفة أوسع من الجبهات الاجتماعية.

٢٩٣ - وكان الجهد المتصل بعمليات القياس من بين الإنجازات الدولية الهامة المرتبطة بمتابعة مؤتمر القمة العالمي. فتحديد أهداف قابلة للقياس كان يتطلب بذل جهد مناظر لإقامة نظم لجمع البيانات واستعمالها. وقد كشفت السنوات الخمس المنصرمة عن أوجه قصور في النظم والبيانات الموجودة، بل وحتى في تحديد الأهداف ذاتها. غير أن الحكومات الوطنية قد أصبحت، كما أصبح المجتمع الدولي، في وضع يتيح بدرجة أكبر إنشاء قواعد بيانات أساسية ورصد التقدم المحرز في ذلك. وكانت المبادئ التي استرشدت بها الجهود المبذولة لا تقتصر على تحقيق الفاعلية فحسب، بل تضمنت كفاءة فعالية التكلفة أيضاً. وفي الوقت ذاته، لم يُسمح لضرورة القياس بأن تطفئ على الاهتمام بأوجه التحسن في نوعية الحياة، وهي الأوجه التي قد تستعصي على التحليل الذي يمكن قياسه كما.

٢٩٤ - ويتمثل التحدي الرئيسي المقبل في تحقيق الأهداف بحلول عام ٢٠٠٠، وهو التحدي الذي تلتزم الحكومات والمجتمع الدولي بمواجهته. وسيضمن ذلك إجراء تعديلات على الصعيد القطري وإدخال تصحيحات في منتصف الطريق بناءً على الدروس المستفادة على مدار السنوات الخمس الماضية. وقد أدت استعراضات منتصف العقد الوطنية الى توليد أفكار عن الاتجاهات الجديدة في بلدان عديدة. وفي بعض الحالات، قد تتطلب هذه الأفكار إدخال تعديلات على برامج العمل الوطنية القائمة، أو إعادة صياغة الأهداف والاستراتيجيات بناءً على تزايد الوعي بواقع الأحوال المحلية. وفي حالات أخرى، سيلزم إيلاء اهتمام خاص الى بناء القدرات لضمان استدامة الإنجازات. وخلال النصف الثاني من العقد، سيكون هناك تركيز متزايد على تحديد أولويات الأهداف على الصعيدين الوطني ودون الوطني وعلى الصعيد المجتمعي المحلي، وعلى إحداث التكييفات والتنقيحات للتلاؤم مع الأوضاع المحلية، بحيث تعكس، مثلاً، وجود أمراض وبائية خطيرة مثل فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب أو الملاريا أو الدرن، أو أي مشكلة أخرى تكون محسوسة بصورة حادة.

٢٩٥ - ولا بد من تعزيز وتوسيع الشراكات المنشأة حديثاً. ولا بد من تطوير التعاون المشترك بين الوكالات الذي تولد عن الأهداف المتعلقة بالطفل، كما يجب إتاحة الفرصة أمام شبكات الدعم التي تضم المنظمات غير الحكومية ووسائل الإعلام والمجتمع المدني لكي تطور إمكانياتها بالكامل. ومن المهم أن تتواصل أنشطة الدعوة والقيادة التي تقوم بها في هذا الصدد مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، وبخاصة اليونيسيف.

٢٩٦ - وسيطلب إنجاز الأهداف مواصلة تعبئة الموارد على كافة المستويات من الميزانيات الحكومية والمشاريع الخاصة والمجتمع المدني والوكالات المانحة. وسيكون استخدام هذه الموارد بصورة تكفل فعالية التكلفة عاملاً هاماً في إنجاز واستدامة الوصول الشامل إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية. وستواصل الأمم المتحدة الدعوة إلى المبادرة ٢٠/٢٠ ودعمها، وستسدي المشورة للحكومات لكي تضع مبادئها موضع التنفيذ، وكذلك في رصد التقدم المحرز في تنفيذها. وبالتعاون مع الشركاء في القطاع الخاص غير الحكومي ومجتمع المانحين، لا بد وأن تتواصل الجهود لتعبئة الموارد وراء أهداف محددة.

٢٩٧ - ولن يكون من اليسير الإبقاء على قوة الدفع طوال العقد بأكمله 'لوفاء' بالعهود التي قطعها مؤتمر القمة العالمي على نفسه من أجل الأطفال". غير أنه، على مدار السنوات الخمس المنصرمة، اتسع الاعتراف بأن العمل من أجل إنجاز الأهداف المتعلقة بالأطفال يساعد في نجاح النشاط المبذول من أجل العديد من الأهداف الاجتماعية والاقتصادية الأخرى التي التزم بها المجتمع الدولي خلال التسعينات. وتشمل هذه الأهداف إبطاء معدلات نمو السكان، والحفاظ على البيئة وإدارتها إدارة رشيدة، والسعي لإقرار حقوق الإنسان، وتقليص نطاق الفقر.

٢٩٨ - وقد بدأت المؤتمرات الدولية في التسعينات بداية قوية بالاحتشاد وراء قضية الطفل. وبحلول منتصف العقد، يكون قد آن وأوان تجديد تعهداتنا من أجل أطفال العالم. وسيتمثل أحد التحديات الهامة في العمل مستقبلاً في تعديل الأهداف والاستراتيجيات وتنقيحها وضبط أولوياتها في إطار اتفاقية حقوق الطفل. وقد اكتملت الآن غالبية استعراضات منتصف العقد الوطنية، غير أن عملية التشاور على الأصعدة الوطني والإقليمي والعالمي لوضع إطار للعمل مستقبلاً لم تتم كلها بعد. وينبغي أن تشمل هذه المشاورات طائفة واسعة من الشركاء الرئيسيين، من بينهم الحكومات الوطنية والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية ووسائل الإعلام والقطاع الخاص والوكالات المانحة.

٢٩٩ - وينبغي أن تنظر الجمعية العامة في عقد دورة استثنائية في غضون خمس سنوات لبحث المدى الذي وصلت إليه دول العالم في الوفاء "بوعودها للأطفال"، وفي تنفيذ الإعلان الصادر عن مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل وخطة العمل التي اعتمدها. وعندئذ، ستحين اللحظة التي ينبغي فيها على المجتمع الدولي أن يفكر في أهداف واستراتيجيات أخرى تتخطى عام ٢٠٠٠ من أجل أطفال الألفية الجديدة.

المرفق الأول

الأهداف المتعلقة بالطفل والتنمية في التسعينات

تمت صياغة الأهداف التالية، التي أقرها مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل في عام ١٩٩٠، من خلال مشاورات واسعة النطاق في مختلف المحافل الدولية حضرتها فعلا جميع الحكومات ومؤسسات الأمم المتحدة المعنية بما فيها منظمة الصحة العالمية، واليونسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، والبنك الدولي، وعدد كبير من المنظمات غير الحكومية. ويوصى بتنفيذ هذه الأهداف من جانب جميع البلدان التي تكون قابلة للتطبيق فيها، مع تطويعها بما يناسب الحالة الخاصة لكل بلد من حيث التقسيم إلى مراحل ووضع المعايير وتحديد الأولويات وتوفير الموارد، ومع احترام التقاليد الثقافية والدينية والاجتماعية. وينبغي أن تضاف إلى خطة العمل الوطنية لأي بلد الأهداف الأخرى التي تتصل بوجه خاص بحالته الخاصة. وتحقيق هذه الأهداف أساسي للتنفيذ التام لاتفاقية حقوق الطفل، وهو الهدف النهائي للبرامج المتعلقة بالطفل والتنمية.

أولا - الأهداف الرئيسية المتعلقة ببقاء الطفل ونمائه وحمايته

بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠، خفض معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة الثلث، أو إلى ٥٠ و ٧٠ لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء على التوالي، أيهما أقل؛

بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠، خفض معدل وفيات الأمهات إلى النصف؛

بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠، خفض معدل سوء التغذية الحاد والمتوسط بين الأطفال دون سن الخامسة إلى النصف؛

تعميم الحصول على مياه الشرب المأمونة والوسائل الصحية اللازمة لتصريف فضلات الإنسان؛

بحلول عام ٢٠٠٠، تعميم توفير التعليم الأساسي وإكمال التعليم الابتدائي لما لا يقل عن ٨٠ في المائة من الأطفال في سن التعليم الابتدائي؛

خفض معدل الأمية بين الكبار (على أن تحدد الفئة العمرية الملائمة في كل بلد) إلى نصف ما كان عليه في عام ١٩٩٠ على الأقل، مع التركيز على محو أمية الإناث؛

تحسين حماية الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية.

ثانيا - الأهداف الداعمة/القطاعية

١ - صحة المرأة وتعليمها:

إيلاء اهتمام خاص لصحة وتغذية الأطفال الإناث والحوامل والمرضعات؛

حصول جميع الأزواج على المعلومات والخدمات اللازمة لمنع حالات الحمل المبكرة جدا أو المتقاربة جدا أو المفترطة في التأخير أو التواتر؛

حصول جميع الحوامل على الرعاية السابقة للولادة، واستعادتهن بالقابلات المدربات أثناء الولادة واستفادتهن من مرافق الإحالة في حالات الحمل المعرضة للخطر الشديد وحالات الطوارئ عند التوليد؛

تعميم إمكانية الحصول على التعليم الابتدائي، مع التركيز بوجه خاص على الفتيات، وتنظيم برامج معجلة لمحو الأمية لدى النساء؛

٢ - التغذية:

خفض سوء التغذية الحاد والمتوسط بين الأطفال دون سن الخامسة إلى نصف معدلات عام ١٩٩٠؛

خفض معدل نقصان الوزن عند الولادة (٢,٥ كيلوغرام أو أقل) إلى أقل من ١٠ في المائة؛

خفض أنيميا نقص الحديد لدى النساء بنسبة ثلث معدلات عام ١٩٩٠؛

القضاء الفعلي على الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود؛

القضاء الفعلي على نقص فيتامين ألف وما يترتب عليه من آثار، بما فيها العمى؛

تمكين جميع النساء من الاقتصار في إرضاع أطفالهن على الرضاعة الطبيعية لمدة تتراوح من أربعة إلى ستة أشهر ثم الاستمرار بعد ذلك في الرضاعة الطبيعية مع الأغذية التكميلية حتى معظم السنة الثانية؛

إضفاء الطابع المؤسسي على تعزيز النمو ورصده المنتظم في جميع البلدان بحلول نهاية التسعينات؛

نشر المعرفة والخدمات الداعمة لزيادة إنتاج الأغذية من أجل ضمان الأمن الغذائي للأسر المعيشية؛

٣ - صحة الطفل:

القضاء عالميا على مرض شلل الأطفال بحلول عام ٢٠٠٠؛

القضاء على مرض كزاز المواليد بحلول عام ١٩٩٥؛

خفض معدل الوفيات الناتج عن مرض الحصبة بنسبة ٩٥ في المائة وخفض حالات الإصابة بالحصبة بنسبة ٩٠ في المائة بحلول عام ١٩٩٥، مقارنة بمستويات ما قبل التحصين، وذلك كخطوة كبرى نحو القضاء عالميا على الحصبة في المدى الأطول؛

الاحتفاظ بمستوى عال من تغطية التحصين (٩٠ في المائة على الأقل من الأطفال دون سن السنة بحلول عام ٢٠٠٠) ضد أمراض الخناق والسعال الديكي والكزاز والحصبة وشلل الأطفال والسل وتحصين النساء في سن الإنجاب ضد الكزاز؛

خفض معدلات الوفيات بسبب الإسهال عند الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٥٠ في المائة وخفض معدل الإصابة بالإسهال بنسبة ٢٥ في المائة؛

خفض معدل الوفيات الناتجة عن التهابات الجهاز التنفسي الحادة عند الأطفال دون سن الخامسة بنسبة الثلث؛

٤ - المياه والمرافق الصحية:

تعميم إمكانية الحصول على مياه الشرب المأمونة؛

تعميم إمكانية توفر الوسائل الصحية اللازمة لتصريف فضلات الإنسان؛

القضاء على مرض دودة غينيا (داء الحيّيات) بحلول عام ٢٠٠٠؛

٥ - التعليم الأساسي:

توسيع أنشطة تنمية الطفولة المبكرة، بما في ذلك الأنشطة الأسرية والمجتمعية الملائمة المنخفضة التكلفة؛

تعميم إمكانية الحصول على التعليم الأساسي وإكمال التعليم الابتدائي لما لا يقل عن ٨٠ في المائة من الأطفال في سن التعليم الابتدائي وذلك عن طريق التعليم الرسمي أو التعليم غير الرسمي المماثل له في المستوى، مع التركيز على الحد من أوجه التفاوت الحالية بين البنين والبنات؛

خفض معدل الأمية بين الكبار (على أن تحدد الفئة العمرية الملائمة في كل بلد) إلى نصف ما كان عليه في عام ١٩٩٠ على الأقل، مع التركيز على محو أمية الإناث؛

زيادة اكتساب الأفراد والأسر للمعارف والمهارات والقيم المطلوبة من أجل حياة أفضل، والتي تتاح عن طريق جميع القنوات التثقيفية، بما في ذلك وسائط الإعلام الجماهيري، وغيرها من أشكال الاتصال الحديث والتقليدي، والعمل الاجتماعي، مع قياس الفعالية من ناحية التغيير في السلوك؛

٦ - الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية:

توفير حماية أفضل للأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة للغاية ومعالجة الأسباب الجذرية التي تؤدي إلى إيجاد مثل هذه الظروف.

أهداف منتصف العقد في عام ١٩٩٥^(١)

- ١ - رفع نسبة تغطية التحصين بمولدات المضادات الستة لبرنامج التحصين الموسع إلى ٨٠ في المائة أو أكثر في جميع البلدان؛
- ٢ - القضاء على كزاز المواليد؛
- ٣ - خفض معدل الوفيات بالحصبة بنسبة ٩٥ في المائة وخفض معدل الإصابة بها بنسبة ٩٠ في المائة بالمقارنة بمعدلات ما قبل التحصين؛
- ٤ - القضاء على شلل الأطفال في مجموعة مختارة من البلدان والمناطق (كمساهمة نحو استئصال شلل الأطفال على الصعيد العالمي بحلول عام ٢٠٠٠)؛
- ٥ - القضاء الفعلي على نقص فيتامين ألف؛
- ٦ - تعميم معالجة الملح باليود؛
- ٧ - الوصول باستخدام العلاج بالإمهاة الفموية إلى نسبة ٨٠ في المائة كجزء من برنامج مكافحة أمراض الإسهال^(٢)؛
- ٨ - جعل جميع المستشفيات ومستشفيات الولادة "ملائمة للأطفال" بإنهاء الإمدادات المجانية والمنخفضة التكلفة من اللبن الصناعي للرضع وبدائل لبن الأم واتباع الخطوات العشر التي أوصت بها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية؛
- ٩ - القضاء على داء دودة غينيا (داء الحبيبات)؛
- ١٠ - تصديق جميع البلدان على اتفاقية حقوق الطفل.

(١) يجوز تحديد أهداف إضافية/غايات أسمى على أساس قطري أو إقليمي. وقد أدرج كثير من البلدان التي لديها هياكل أساسية ملائمة وتتوافر فيها العقاقير أهدافا تتعلق بخفض معدل الوفيات بسبب الإصابة بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة.

(٢) في البلدان التي لديها هياكل أساسية ملائمة وتتوافر فيها العقاقير، يجوز مد نطاق هذا الهدف ليشمل ٥٠ في المائة من إدارة الحالات الصحيحة التي يضطلع بها مقدمو الخدمات الصحية.

الغايات الجزئية للأهداف المنتقاة التي تعين

تحقيقها بحلول عام ١٩٩٥

- ١ - خفض معدلات سوء التغذية الحاد والمعتدل لعام ١٩٩٠ بنسبة الخمس (٢٠ في المائة) أو أكثر؛
- ٢ - تعزيز التعليم الأساسي بهدف تحقيق تقلص بنسبة الثلث في الفجوة بين المعدل الراهن للقيود بالمدارس الابتدائية/البقاء فيها وبين هدف عام ٢٠٠٠ المتمثل في تحقيق تعميم التعليم الأساسي وإكمال التعليم الابتدائي لنسبة ٨٠ في المائة على الأقل من الأطفال في سن الدراسة وتقليص الفجوة بين الجنسين في التعليم الابتدائي في عام ١٩٩٠ بنسبة الثلث؛
- ٣ - زيادة توفير إمدادات المياه والمرافق الصحية بغية تضييق الفجوة بين مستويات عام ١٩٩٠ وتعميم إمدادات المياه بنسبة الربع، والمرافق الصحية بنسبة العشر بحلول عام ٢٠٠٠.

المرفق الثاني

تقرير عن حالة: التوقيع على إعلان مؤتمر القمة العالمي، وإعداد برامج العمل الوطنية، والتصديق على اتفاقية حقوق الطفل حتى ٣١ أيار/مايو ١٩٩٦

آسيا * ٢ * ٥ *** ٢٠	الإعلان	الاتفاقية	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ٣* ١٢*** ٢٩***	الإعلان	الاتفاقية	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ٦* ٢*** ٢٣***	الإعلان	الاتفاقية	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ١* ٢*** ١٦***	الإعلان	الاتفاقية	البلدان الصناعية ١* ٢*** ١٥***	الإعلان	الاتفاقية
أفغانستان	√	•	** إثيوبيا	√	•	*** الأرجنتين	√	•	*** الأردن	√	•	*** إسبانيا	√	•
إندونيسيا ***	√	•	* إريتريا	√	•	*** إكوادور	√	•	*** الإمارات العربية المتحدة	√	o	*** استراليا	√	•
* بابوا غينيا الجديدة	√	•	* أنغولا	X	•	* أنتيغوا وبربودا	√	•	*** إيران (جمهورية - الإسلامية)	√	•	إسرائيل	√	•
*** باكستان	√	•	*** أوغندا	√	•	*** أوروغواي	√	•	*** البحرين	X	•	*** ألمانيا	√	•
برونسي دار السلام	X	•	*** بنن	√	•	*** باراغواي	√	•	*** تونس	√	•	أندورا	√	X
*** بنغلاديش	√	•	*** بوتسوانا	√	•	** البرازيل	√	•	*** الجزائر	√	•	أيرلندا	√	•
*** بوتان	√	•	** بوركينافاسو	√	•	*** بربادوس	√	•	** الجماهيرية العربية الليبية	√	•	أيسلندا	√	•
*** تايلند	√	•	*** بوروندي	√	•	*** بليز	√	•	*** الجمهورية العربية السورية	√	•	** إيطاليا	√	•
** توفالو	X	•	*** تشاد	√	•	*** بنما	√	•	*** جيبوتي	√	•	*** البرتغال	√	•
تونغا	√	•	** توغو	√	•	*** بوليفيا	√	•	*** السودان	√	•	*** بلجيكا	√	•
** جزر سليمان	√	•	*** جزر القمر	√	•	*** بيرو	√	•	* العراق	√	•	*** الدانمرك	√	•
جزر كوك	X	o	*** جمهورية أفريقيا الوسطى	√	•	*** ترينيداد وتوباغو	√	•	*** عمان	X	o	سان مارينو	X	•
*** جزر مارشال	√	•	*** جمهورية تنزانيا المتحدة	√	•	*** جامايكا	√	•	قبرص	X	•	*** السويد	√	•
جمهورية بالاو	X	•	** جنوب أفريقيا	√	•	* جزر البهاما	X	•	*** قطر	√	•	سويسرا	X	•
*** جمهورية كوريا	√	•	** الرأس الأخضر	√	•	*** الجمهورية الدومينيكية	√	•	*** الكويت	√	•	* فرنسا	√	•
*** جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	√	•	*** رواندا	√	•	** دومينيكا	√	•	*** لبنان	√	•	*** فنلندا	√	•

الاتفاقية	الإعلان	البلدان الصناعية	الاتفاقية	الإعلان	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ١٦*** ٢** ١*	الاتفاقية	الإعلان	الولايات المتحدة الأمريكية ١٣*** ٢** ١*	الاتفاقية	الإعلان	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ٢٣*** ٢** ٦*	الاتفاقية	الإعلان	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ٢٩*** ١٢*** ٣*	الاتفاقية	الإعلان	آسيا
•	✓	الكركسي الرسولي ١٥*** ٢** ١*	•	✓	مصر ***	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	٢** ٥*** ٢٠*
•	✓	كندا ***	•	✓	المغرب ***	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية ***
•	✓	لختشتاين ***	•	X	المملكة العربية السعودية ***	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	ساموا ***
•	✓	لكسمبرغ ***	•	✓	اليمن **	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	X	•	سري لانكا ***
•	X	مالطة ***				•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	الصين ***
•	✓	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية ***	•	✓		•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	فانواتو **
•	✓	موناكو ***	•	✓		•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	الفلبين ***
•	✓	النرويج ***	•	✓		•	✓	•	•	X	•	•	✓	•	✓	•	فيجي ***
•	✓	النمسا ***	•	✓		•	✓	•	•	X	•	•	✓	•	✓	•	فيت نام ***
•	✓	نيوزيلندا ***	•	✓		•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	كمبوديا ***
•	✓	هولندا ***	•	✓		•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	X	•	كيريباتي *
•	✓	الولايات المتحدة الأمريكية ***	•	✓		•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	ماليزيا ***
•	✓	اليابان ***	•	✓		•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	مدغيف ***
•	✓	اليونان ***	•	✓		•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	منغوليا ***
															X	•	ميانمار ***
•	✓	جمهورية مقدونيا البوغوسلافية السابقة ***	•	✓	الاتحاد الروسي **	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	X	•	ميكرونيزيا (ولايات-الموحدة) ***
•	✓	جمهورية مولدوفا ***	•	✓	أذربيجان **	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	X	•	تاورو ***
•	✓	جورجيا **	•	✓	أرمينيا *	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	نيبال ***
•	✓	رومانيا ***	•	✓	استونيا ***	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	X	•	نيوي ***
•	X	سلوفاكيا **	•	✓	ألبانيا *	•	✓	•	•	✓	•	•	✓	•	✓	•	الهند ***

وسط وشرق أوروبا ورابطة الدول المستقلة

٧*** ١** ١٢*

الاتفاقية	الإعلان	البلدان الصناعية	الاتفاقية	الإعلان	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	الاتفاقية	الإعلان	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	الاتفاقية	الإعلان	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	الاتفاقية	الإعلان	آسيا
•	✓	سلو فينيا	•	✓	أوزبكستان	•	✓	•	•	✓	ليسو تو	•	✓	•
•	✓	طاجيكستان	•	✓	أوكرانيا	*	✓	•	•	✓	مالي	•	✓	•
•	✓	قيرغيزستان	•	✓	بلغاريا	*	✓	•	•	✓	مدغشقر	•	✓	•
•	✓	كازاخستان	•	✓	البوسنة والهرسك	•	✓	•	•	✓	ملاوي	•	✓	•
•	✓	كرواتيا	*	✓	بولندا	•	✓	•	•	✓	موريتانيا	•	✓	•
•	✓	لاتفيا	•	✓	بيلاروس	*	✓	•	•	✓	موريشيوس	•	✓	•
•	✓	ليتوانيا	•	✓	تركمانستان	•	✓	•	•	✓	موزامبيق	•	✓	•
•	✓	هنغاريا	*	✓	تركيا	•	✓	•	•	✓	ناميبيا	•	✓	•
•	✓	جمهورية يوغوسلافيا الاتحادية (صربيا والجزل الأسود)	•	✓	الجمهورية التشيكية	*	✓	•	•	✓	النيجر	•	✓	•
											ديجيريا	•	✓	

إعلان مؤتمر القمة: ١٦٧ توقيعًا: ٢٦ لم يوقعوا

اتفاقية حقوق الطفل = ١٨٧ تصديقًا: توقيعًا: ٤ لم يوقعوا

توقيع = ✓

لم توقع = X

تصديق = •

لم تصدق = 0

قيد الإعداد: ٢٥ بلدًا:

تم استلام مشروع البرنامج/المخطط الإجمالي للبرنامج: ٢٥ بلدًا.

برامج العمل الوطنية وضعت في شكلها النهائي: ١٠٦ بلدان.

برامج العمل الوطنية وضعت في شكلها النهائي: ١٥٥ بلدًا.

ملاحظة: بالإضافة إلى ما سبق، وضعت ثلاثة أقاليم تابعة، هي جزر فرجن البريطانية ومونتسيرات وجزر تركس وكايكوس، برامج العمل في شكلها النهائي.