الأمم المتحدة

A/65/157

الجمعية العامة

Distr.: General
21 July 2010
Arabic
Original: English

الدورة الخامسة والستون

البند ٢٧ (ج) من جدول الأعمال المؤقت*

التنمية الاجتماعية: متابعة السنة الدولية لكبار السن: الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة

متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة: استعراض شامل

تقرير الأمين العام

موجز

يُقدَّم هذا التقرير استجابة لقرار الجمعية العامة ١٣٢/٦٤ المتعلق بتنفيذ نتائج متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة. ويتضمن التقرير استعراضا شاملا للوضع الراهن فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية لكبار السن ورفاههم ومشاركتهم في التنمية وحقوقهم على الصعيد العالمي. وللاطلاع على تقييم لتنفيذ خطة عمل مدريد المتعلقة بالشيخوخة على الصعيد الوطني، انظر A/65/158.

* A/65/150.

200810 160810 10-45963 (A)

الرجاء إعادة الاستعمال

المحتويات

الصفحة

أولا – مقدمة ٣

ثانيا – السمات الديمغرافية للشيخوخة ٣

ثالثا – الوضع الاقتصادي، والمشاركة في قوة العمل، والدخل، والفقر ١١

رابعا – الصحة وفرص الحصول على الرعاية الصحية ١٩

خامسا – التصورات عن كبار السن، ومشاركتهم في المجتمع والتنمية وإدماجهم فيهما ٢٧

سادسا – حقوق الإنسان الخاصة بكبار السن. ٣٢

أولا – مقدمة

١ – طلبت الجمعية العامة من الأمين العام، في قرارها ١٣٢/٦٤ المعنون ”متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة“، أن يقدم إلى الجمعية في دورتها الخامسة والستين تقريرا عن تنفيذ القرار (انظر A/65/158)، وتقريرا شاملا عن الوضع الراهن فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية لكبار السن ورفاههم وتنميتهم وحقوقهم على الصعيدين الوطني والإقليمي. ويُقدَّم هذا التقرير استجابة لذلك الطلب الأخير.

٢ – ويتألف التقرير من سبعة فروع. وتركز الفروع من الثاني إلى الخامس على الرفاه الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن، وتوثق (أ) الخصائص الديمغرافية للشيخوخة؛ (ب) الوضع الاقتصادي لكبار السن ومدى مشاركتهم؛ (ج) صحة كبار السن؛ (د) التصورات المجتمعية عن كبار السن، وتحقيق اندماجهم الاجتماعي. ويسعى التقرير، فيما يخص كلا من هذه المواضيع، إلى مراعاة تنوع أوضاع كبار السن داخل المجتمع وفي شتى أرجاء العالم. ويسعى أيضا إلى الوقوف على تغير واقع الشيخوخة والتصورات عنها، وكذلك على وجهات نظر كبار السن أنفسهم. ويستند التقرير إلى بحوث حديثة وبيانات قائمة على الملاحظة مستمدة من مصادر شتى متاحة للأمانة العامة. ولكن ينبغي ملاحظة أنه على الرغم من توافر بيانات كثيرة عن شيخوخة السكان، فإن هناك نقصا ملحوظا في البيانات والمعلومات المتعلقة بحياة كبار السن ووضعهم التي قلما تُضمَّن في المنشورات المتصلة بالشيخوخة.

٣ – ويخصص الفرع السادس من التقرير لحقوق الإنسان الخاصة بكبار السن. ويقدم لمحة عامة عن معايير حقوق الإنسان الدولية القائمة فيما يخص كبار السن. ويسوق بضعة أمثلة توضح كيفية قيام الآليات الدولية لحقوق الإنسان بتطبيق المعايير ذات الصلة على قضايا حقوق الإنسان الهامة التي تؤثر على كبار السن. وأخيرا، يتضمن الفرع السابع بعض الملاحظات الختامية.

ثانيا – السمات الديمغرافية للشيخوخة

أين يعيش كبار السن؟

٤ – يصل عدد سكان العالم الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما فأكثر إلى ٧٦٠ مليون نسمة في عام ٢٠١٠، ومن المنتظر أن يتجاوز البليون نسمة قبل نهاية العقد الحالي[(١)]. ويعيش أكثر

(١) التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ٢٠٠٨، المجلد الثاني: توزيع سكان العالم حسب نوع الجنس والسن (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع 10.XIII.3).

من نصف كبار السن (٤٠٠ مليون نسمة) في آسيا، منهم ١٦٦ مليون نسمة في الصين و ٩٢ مليون نسمة في الهند. وأوروبا هي ثاني المناطق التي تضم أكبر عدد من كبار السن، حيث يوجد بها نحو ١٦١ مليون نسمة، تليها أمريكا الشمالية التي يوجد بها ٦٥ مليون نسمة، فأمريكا اللاتينية والكاريبي التي يوجد بها ٥٩ مليون نسمة، فأفريقيا التي يوجد بها ٥٥ مليون نسمة، ثم أوقيانوسيا التي يوجد بها ٥ ملايين نسمة.

٥ - وعلى الرغم من أن كبار السن يتزايد عددهم في جميع أنحاء العالم، فإن الجانب الأكبر من الزيادة يحدث في العالم النامي. وسيضاف، في المتوسط، ٢٩ مليون نسمة من كبار السن إلى عدد سكان العالم، وذلك كل عام بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠٢٥ - أي ما يقرب من ضعف العدد المسجل بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠١٠ - وسيضاف ما يربو على ٨٠ في المائة من هؤلاء إلى سكان البلدان النامية.

٦ - وفي عام ٢٠٠٥، كان ما يزيد قليلا على نصف سكان العالم يعيشون في المناطق الحضرية، وكانون ينقسمون بالتساوي تقريبا بين المناطق الحضرية في المناطق الأقل نموا والمناطق الأكثر تقدما[٢]. ولا تزال المناطق الريفية، في المناطق الأقل نموا، تضم نحو ٤٠ في المائة من كبار السن في العالم، في حين أن المناطق الريفية في المناطق الأكثر تقدما لا تضم إلا نحو ١٠ في المائة منهم.

الحالة الزوجية وترتيبات المعيشة

٧ - على الصعيد العالمي، يقترن في الوقت الحاضر نحو ٨٠ في المائة من الرجال الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما أو أكثر بزوجة، في مقابل أقل من نصف النساء في نفس الفئة العمرية. ومن حيث المناطق، تتراوح نسبة الرجال المتزوجين الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما فأكثر بين ٨٥ في المائة في أفريقيا و ٧٣ في المائة في أوقيانوسيا؛ وتتراوح فيما يخص النساء بين ٥٢ في المائة في آسيا و ٣٩ في المائة في أفريقيا. وفي أفريقيا، تزيد احتمالات الزواج بين كبار السن من الرجال بأكثر من الضعف بالقياس إلى كبار السن من النساء. وتحدث هذه الفوارق الكبيرة من حيث نوع الجنس لأن النساء يعمرن عادة أكثر من أزواجهن، وذلك لأن العمر المتوقع للنساء أعلى ولأن النساء تتزوجن عادة رجالا أكبر منهن سنا. وبالإضافة إلى ذلك، من الأرجح أن يتزوج الرجال مرة أخرى بعد الطلاق أو الترمل بالقياس إلى النساء.

٨ - وفي المناطق الأقل نموا، يعيش نحو ثلاثة أرباع الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما أو أكثر، في المتوسط، مع الأولاد و/أو الأحفاد، بالقياس إلى نحو ربع كبار السن

(٢) شيخوخة السكان في العالم ٢٠٠٩، (ESA/P/WP/212).

في المناطق الأكثر تقدما. ومن الأرجح أن يعيش كبار السن في المناطق الأكثر تقدما كقرينين أو أن يعيشوا، خاصة بعد وفاة الزوج، في أسرة معيشية تتألف من شخص واحد. ونظرا لأن الشخص الذي سيبقى على قيد الحياة بعد وفاة زوجه يكون هو المرأة عادة، فمن الأرجح أن تصبح النساء كبار السن أرامل وأن يقضين سنوات شيخوختهن بمفردهن[٣].

٩ - وعلى وجه التقريب، يعيش شخص واحد من كل أربعة أشخاص تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما أو أكثر بمفرده في المناطق الأكثر تقدما، بالقياس إلى شخص واحد من كل ١٢ شخصا في المناطق الأقل نموا. وفي أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، تتراوح مستويات المعيشة التضامنية في صفوف الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما أو أكثر بين ٨ في المائة و ١١ في المائة، وفقا لتقدير أجري في عام ٢٠٠٩. وفي أوروبا، تُسجَّل في المناطق المختلفة نسب بينة الاختلاف لعدد كبار السن الذين يعيشون بمفردهم، فتتراوح بين ١٩ في المائة في جنوب أوروبا و ٣٤ في المائة في شمال أوروبا. وفي معظم البلدان المتقدمة يعد التفاوت بين الجنسين في نسب المعيشة التضامنية كبيرا. ففي أوروبا وأمريكا الشمالية، يعيش نحو ثلث النساء اللاتي تبلغ أعمارهن ٦٠ عاما أو أكثر بمفردهن بالقياس إلى زهاء ١٥ في المائة للرجال.

١٠ - وفي نحو عام ٢٠٠٠، كان قرابة ٤٥ في المائة من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما أو أكثر في المناطق الأقل نموا يعيشون مع ولد في ذروة عمر العمل (ولد يبلغ عمره ٢٥ عاما على الأقل)، في حين كان قرابة ٣٠ في المائة يعيشون مع أولادهم الأصغر سنا أو في أسر معيشية مع الأحفاد دون الجيل الأوسط. وتترع نسبة كبار السن الذين يعيشون مع ولد كبير إلى بلوغ أعلى مستوياتها في آسيا وأدناها في أفريقيا، وتتوسط هاتين النسبتين المستويات المسجلة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وتشيع الأسر المعيشية التي لا تضم إلا الأجداد والأحفاد دون الجيل الأوسط في كثير من البلدان النامية. وبوجه عام، تقطن الأسر المعيشية التي تخلو من الجيل الأوسط في المناطق الريفية أساسا، كما يغلب الفقر على هذه الأسر المعيشية. ويمكن أن تنشأ الأسر المعيشية التي تخلو من الجيل الأوسط لطائفة من الأسباب. فالأطفال قد يبقون مع الأجداد إذا مات آباؤهم أو هاجروا للعمل، أو إذا ما جعل الطلاق من الصعب على الأبوين تربية الأطفال. ومن الأرجح أن تعيش النساء كبيرات السن في هذا النوع من الأسر المعيشية. وفي بعض البلدان الأفريقية، لا سيما الشديدة التضرر بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، كان ما يتراوح بين خُمس وثلث النساء اللاتي تبلغ أعمارهن ٦٠ عاما أو أكثر تعشن في أسر معيشية تخلو من الجيل الأوسط،

(٣) الأمم المتحدة، الترتيبات المعيشية للمسنين في أنحاء العالم، ٢٠٠٥ (ST/ESA/SER.A/240).

وفقا لدراسات استقصائية أجريت في العقد الأخير من القرن العشرين والعقد الأول من القرن الحادي والعشرين. كما تنتشر هذه الأسر المعيشية، وإن بدرجة أقل، في بعض بلدان آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وما برحت نسبة كبار السن الذين يعيشون في أسر معيشية خالية من الجيل الأوسط تتزايد في البلدان الشديدة التضرر من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

الاتجاهات المتعلقة بالترتيبات المعيشية

١١ - ارتفعت في السنوات الأخيرة نسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم في كثير من البلدان، وانخفضت نسبة من يقيمون مع الأولاد. وفي البلدان الأكثر تقدما، حدثت زيادة سريعة في نسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم في العقود التالية للحرب العالمية الثانية، لكن في بعض الحالات كفت هذه المستويات عن التزايد الآن أو حتى بدأت تسجل انخفاضا صغيرا. وتشمل العوامل التي قد تقاوم حدوث زيادات إضافية في نسب المعيشة التضامنية في تلك البلدان انخفاض معدل الوفيات، مما يؤخر عمر الترمل، وما لوحظ في بعض البلدان من اتجاهات تبين أن الأولاد يتركون البيت في عمر أكبر. وفي المناطق الأقل نموا، لوحظ انخفاض مستويات الإقامة المشتركة بين أجيال متعددة في كثير من البلدان، وإن لم يكن فيها كلها. وفي بعض البلدان لا يستشف اتجاه يدل على انتشار الإقامة المشتركة أو حتى على زيادتها. وتعد وتيرة التغير المتوسطة متواضعة في معظم الحالات، مما يوحي بأن الإقامة المشتركة قد تظل أكثر شيوعا بكثير في البلدان النامية عنها في البلدان المتقدمة خلال العقود المقبلة.

١٢ - ومع ذلك، تُسجل في بعض البلدان اتجاهات أكبر وزنا. وتضم البلدان الآسيوية التي تسجل فيها انخفاضات كبيرة في الإقامة المشتركة تايلند وجمهورية كوريا الجنوبية واليابان، وكلها بلدان شهدت تنمية اقتصادية سريعة ويشيخ سكانها الآن بصورة سريعة. ففي تايلند انخفضت النسبة المئوية للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما فأكثر ويعيشون مع أحد الأولاد من ٧٧ في المائة في عام ١٩٨٦ إلى ٥٩ في المائة في عام ٢٠٠٧[٤]. وفي اليابان،

(٤) John Knodel, “Is intergenerational solidarity really on the decline? Cautionary evidence from Thailand”, paper presented at the United Nations Population Fund (UNFPA), Northwestern University, The United Nations Programme on Ageing and the Doha International Institute for Family Studies and Development Seminar on Family Support Networks and Population Ageing, Doha, Qatar, 3 and 4, 2009.

انخفضت نسبة من تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما فأكثر ويقيمون مع أولادهم الراشدين من ٧٠ في المائة في عام ١٩٨٠ إلى ٤٣ في المائة في عام ٢٠٠٥[٥].

١٣ - وبالنسبة لمعظم البلدان، لا تتوافر معلومات عن مدى تعبير التغيرات في الإقامة المشتركة عن تفضيل الناس أو عن التأثير الصافي للتغيرات التي طرأت على الرفاه الاجتماعي والنفسي. ومع تحسن الأوضاع الاقتصادية والخدمات الاجتماعية، قد لا يحتاج كبار السن إلى الاعتماد على الأولاد بالقدر الذي كانوا يعتمدون به عليهم في الماضي، وربما كانت الاتجاهات المتعلقة بالعيش المستقل تدل على تفضيل قدر أكبر من الخصوصية والاستقلال.

الظروف المعيشية

١٤ - كثيرا ما يعيش كبار السن في مساكن قديمة لا تلائم احتياجاتهم، وكثيرا ما يواجهون عقبات في التنقل داخل مجتمعاتهم. وتوضح البيانات الخاصة بأمريكا اللاتينية أن من الأرجح أن يعيش كبار السن، في كثير من البلدان، في مساكن شيدت من مواد منخفضة الجودة، وذلك بالقياس إلى الراشدين الأصغر سنا، على الرغم من أن من الأرجح أيضا أن يكونوا مالكين لبيوتهم، وألا يعيشوا بأحياء فقيرة في معظم البلدان[٦]. وفي بعض بلدان المنطقة، من الأرجح أن يعيش كبار السن في مساكن تفتقر إلى الخدمات الأساسية، بما فيها المياه المأمونة والصرف الصحي[٧]. وفي أوروبا، يعيش كبار السن غالبا في مساكن أقل ازدحاما بالقياس إلى الراشدين الأصغر سنا، ومن الأرجح أيضا أن يكون كبار السن مالكين لبيوتهم في معظم البلدان الأوروبية. ولكن في بعض البلدان، وهي بالدرجة الأولى البلدان الواقعة في جنوب أوروبا والأعضاء الجدد في الاتحاد الأوروبي، يُبلغ كبار السن عن عدد أكبر نسبيا من حالات نقص المساكن، وعن أنهم لا يستطيعون تحمل تكلفة التدفئة المترلية[٨].

١٥ - وفي البلدان المتقدمة، شهدت العقود الأخيرة توسعا في المساكن المصممة لكبار السن، التي تضم مرافق توفر خدمات المعيشة الميسرة. غير أن هذه المساكن، ما لم تكن تتلقى

---

(٥) Naohiro Ogawa, "Changing intergenerational transfers and rapid population aging in Japan", prepared for the United Nations Expert Group Meeting on Family Policy in a Changing World: Promoting Social Protection and Intergenerational Solidarity, 14-16 April 2009, Doha, Qatar.

(٦) UN-Habitat, *Improving The Quality of Life of the Elderly and disabled People in Human Settlements, Volume I, A Resource Book of Policy and Programmes from around the World, 2003*.

(٧) دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم لعام ٢٠٠٧: التنمية في عالم آخذ في الشيخوخة (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.07.II.C.1).

(٨) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *First European Quality of Life Survey: Social Dimensions of Housing, 2006*.

دعما من القطاع العام أو من المؤسسات الخيرية، تكون غير ميسورة الثمن بالنسبة لكثير ممن يمكن أن ينتفعوا بها. وبالإضافة إلى ذلك، تُشيَّد هذه المساكن في كثير من الأحيان، بحكم ارتفاع تكلفة البناء، في مناطق طرفية بعيدة عن الخدمات الأخرى، وعن الأحياء القديمة لنزلاء هذه المساكن، وعن أسر هؤلاء النزلاء وأصدقائهم.

١٦ - ويتفاوت توافر مؤسسات الرعاية الطويلة الأجل مثل دور التمريض ونوعيتها تفاوتا هائلا، وتعد الرعاية المؤسسية الجيدة عالية الثمن. وفي نحو عام ٢٠٠٦، كانت نسبة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر ويعيشون في مؤسسات للرعاية الطويلة الأجل تتراوح بين ٥ و ٨ في المائة في أستراليا ونيوزيلندا وبعض بلدان شمال وغرب أوروبا، لكن هذه المستويات تعد أكثر انخفاضا بدرجة كبيرة في شرق ووسط أوروبا وكذلك في البلدان النامية[٩]. ومعظم من يعيشون في هذه المؤسسات هم من النساء اللاتي تزيد أعمارهن على ٧٥ عاما.

١٧ - وعكفت كثير من البلدان المتقدمة على إعادة هيكلة خدمات الرعاية الطويلة الأجل بهدف تمكين مزيد من المحتاجين إلى المساعدة من أن يبقوا في منازلهم، وانخفضت معدلات الإقامة في مؤسسات الرعاية في العقد الأخير من القرن العشرين والعقد الأول من القرن الحادي والعشرين في بعض البلدان. وتشمل الخدمات التي تساعد كبار السن على البقاء في منازلهم الرعاية الشخصية في المترل، والإمداد بالوجبات، وتدبير شؤون المترل، وصيانة المترل، وإدارة الرعاية، وعلاج المشاكل الصحية. وتشمل الخدمات على مستوى المجتمع المحلي الرعاية النهارية للكبار، والوجبات الجماعية، والمراكز الاجتماعية. وفي حالات كثيرة، تكمل الرعاية الرسمية الموفرة في المترل الرعاية غير الرسمية التي تقدمها الأسرة والأصدقاء، وتشمل بعض البرامج توفير بدلاء مؤقتين لمقدمي الرعاية غير المأجورين الذين تقع على كاهلهم أحيانا ضغوط كبيرة.

١٨ - وفي معظم البلدان النامية لم يتحقق حتى الآن تطور يذكر في الرعاية المؤسسية، باستثناء المرافق المحدودة المخصصة لإيواء المسنين المعوزين والمهجورين. غير أن صانعي السياسات في كثير من البلدان النامية التي يشيخ سكاها بشكل سريع، مثل البلدان الواقعة في شرق وجنوب شرق آسيا، ينظرون في سبل تتيح الاستجابة للحاجة المتنامية إلى الرعاية الطويلة الأجل التي لا تستطيع الأسرة أن توفرها[١٠]. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر

(٩) Organization of Economic Cooperation and Development, *Society at a Glance 2009*, (2009)، والأمم المتحدة، الترتيبات المعيشية للمسنين في أنحاء العالم، ٢٠٠٥.

(١٠) دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم لعام ٢٠٠٧: التنمية في عالم آخذ في الشيخوخة، ٢٠٠٧، و Kevin Kinsella and Wan He, *An Ageing World: 2008*, (2009).

الكاريبي، قُدمت في عام ٢٠٠٥ أموال عامة إلى مؤسسات الرعاية المؤسسية في ٩ بلدان من ١٤ بلدا تتوافر عنها بيانات، على الرغم من أن نطاق التغطية بهذه البرامج ربما كان محدودا في بعض الحالات. وقدمت خمسة بلدان من البلدان الأربعة عشر تمويلا للرعاية الرسمية التي توفر في المنزل[١١].

المهاجرون كبار السن

١٩ - تشير التقديرات إلى أن عدد المهاجرين الدوليين الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما فأكثر في العالم كان يمثل ١٤ في المائة من إجمالي عدد المهاجرين بحلول منتصف عام ٢٠١٠. وعلاوة على ذلك، كان نحو ١,١ مليون نسمة تزيد أعمارهم على ٦٠ عاما يعيشون، في عام ٢٠٠٩، كلاجئين أو كمشردين داخليا في شتى أنحاء العالم، مما يمثل ٥ في المائة من السكان الذين تعنى بهم مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين[١٢]. وكانوا يمثلون في بعض المناطق أكثر من ٣٠ في المائة من حجم الحالات.

٢٠ - وعلى الرغم من أن احتمالات تنقل كبار السن في سنة من السنين تقل عن نظيرتها المتعلقة بالراشدين الأصغر سنا، فإن كثيرا من كبار السن يهاجرون استجابة لتغيرات تطرأ على ظروفهم المعيشية مثل التقاعد، أو الترمل، أو تبدل الوضع الصحي. كما يتأثر كبار السن بهجرة أولادهم من المنطقة، وقد ينتقل الآباء في وقت لاحق للالتحاق بأولادهم الذين توطنوا في مكان آخر.

٢١ - ولا يواجه كبار السن الذين ينتقلون إلى مناطق حضرية داخل وطنهم كل المشاكل التي يصادفها المهاجرون الدوليون، ولكنهم قد يعانون بدورهم من فقدان الشبكات الاجتماعية. ويمكن أن يؤدي نقص الهياكل الأساسية في المدن، وانعدام الأمن في الأحياء الحضرية، وعدم كفاية وسائل النقل، إلى عزلتهم وتهميشهم.

٢٢ - وقد يتمكن كبار السن من الالتحاق بأولادهم المهاجرين في البلد الذي توطنوا فيه. غير أن كبار السن الذين ينتقلون لهذا السبب يواجهون في أحيان كثيرة عقبات في التكيف مع الحياة في أرض لم يألفوها. إذ أنهم يكونوا جاهلين باللغة المحلية في كثير من الأحيان، وغالبا ما يعيشون في عالم محدود اجتماعيا ويُستبعدون من الخدمات الاجتماعية والرعاية

---

(١١) Nelly Aguilera, and Jorge Huerta-Munoz, *CISS-CIESS Survey on Long-term Care in Latin America and the Caribbean*, Working paper CISS/WP/05012. Inter-American Conference on Social Security (CISS), Inter-American Center for Social Security Studies, 2005.

(١٢) مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، الاتجاهات العالمية لعام ٢٠٠٩ (٢٠١٠).

الصحية. وكثيرا ما تفتقر المرافق الصحية ومرافق الرعاية إلى المترجمين الشفويين، وقد يواجه المهاجرون كبار السن ردود فعل غير متفهمة أو غير متعاطفة من قبل موظفي الخدمات[١٣]. وبالإضافة إلى ذلك، كثيرا ما يكون لكبار السن الذين ينتقلون خارج الحدود الوطنية حقوق محدودة في الضمان الاجتماعي في بلد المقصد، تبعا للجهة الآتين منها وما إذا كانوا قد انتقلوا إليها كعاملين أو كمتقاعدين، وتبعا لمركزهم كمقيمين وفقا لقوانين البلد الذي يستقبلهم.

كبار السن في حالات الطوارئ

٢٣ - يدل الاستعراض السريع لحالات الطوارئ الأخيرة التي تتوافر عنها بيانات على أن هذه الحالات تزيد كثيرا من احتمالات تعرض كبار السن للإصابة والموت بالقياس إلى السكان الراشدين. إذ كان كبار السن يمثلون معظم من لقوا حتفهم في الولايات المتحدة الأمريكية من جراء إعصار كاترينا في عام ٢٠٠٥ الذي بلغ عدد ضحاياه ١ ٣٣٠ شخصا وفقا للتقديرات. وفي ولاية لويزيانا، كان ٧١ في المائة ممن لقوا حتفهم تزيد أعمارهم على ٦٠ عاما[١٤]. وفي إندونيسيا، سجلت الوفيات من جراء تسونامي عام ٢٠٠٤ أعلى مستوياتها بين الأطفال الصغار وكبار السن. وشكل كبار السن النسبة الكبرى من الوفيات الزائدة المقدرة بعشرات الآلاف التي حدثت أثناء الموجة الحارة التي اجتاحت أوروبا في عام ٢٠٠٣. وفي فرنسا، التي تأثرت بهذه الموجة تأثرا قويا بوجه خاص، كان الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٧٥ عاما يمثلون ٧٠ في المائة من الوفيات[١٥]. وعندما أصاب زلزال كوبيه اليابان في عام ١٩٩٥، وقع أكثر من نصف الخسائر الفورية بين كبار السن، كما كان كبار السن يمثلون ٩٠ في المائة من الوفيات اللاحقة[١٦].

٢٤ - وتعد الحالات المرضية والاعتلالات المزمنة، وكذلك العيش المنفرد، عوامل خطر إضافية بالنسبة لكبار السن في حالات الطوارئ. كما تسوء أوضاع كبار السن في أحيان كثيرة بعد مرور الأزمة مباشرة. فقد تُفقد الأجهزة المساعدة أو الأدوية، وقد توجد بمرافق الإيواء في حالات الطوارئ حواجز مادية مثل السلالم، وقد لا تتيح مرافق الإيواء أحيانا

---

(١٣) Anthony M Warnes, Klaus Friedrich, Leonie Kellaher and Sandra Torres, "The diversity and welfare of older migrants in Europe",*Ageing and Soceity*. vol.24, pp 307-326, (2004).

(١٤) AARP, *We Can Do Better: Lessons learned for protecting older persons in disasters* Washington, D.C.,. AARP Public Policy Institute, 2006).

(١٥) International Red Cross and Red Crescent Societies *World disaster report 2004: focus on community resiliency.* (Bloomfield: Kuarian Press, 2004).

(١٦) World Health Organization, *Older Persons in Emergencies: An Active Ageing Perspective* (2008).

وصولا ميسورا إلى مرافق المياه والمرافق الصحية. وقد يتعين على من تم إجلاؤهم الوقوف في الطوابير لمدد طويلة للحصول على الأغذية أو المساعدات الأخرى. وقد يتعذر على كبار السن الأميين ملء الاستمارات اللازمة لطلب التعويض والاستحقاقات[١٦].

ثالثا – الوضع الاقتصادي، والمشاركة في قوة العمل، والدخل، والفقر

المشاركة في قوة العمل

٢٥ – على الصعيد العالمي، كان نحو ٣٠ في المائة من الرجال و ١٢ في المائة من النساء الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر نشيطين اقتصاديا في عام ٢٠٠٨. وتقارن هاتان النسبتان بمعدلي النشاط من حيث المشاركة في قوة العمل في أعمار الذروة (ما بين ٢٤ و ٥٤ عاما) وهما ٩٥ في المائة للرجال و ٦٧ في المائة للنساء. وتعد مشاركة النساء في قوة العمل أقل عادة من الرجال في كل الأعمار، وذلك أساسا لأن جانبا أكبر من وقت المرأة يخصص لتدبير شؤون المنزل ورعاية الأطفال والمعالين الآخرين. علاوة على أن التعدادات والدراسات الاستقصائية كثيرا ما تدرج عمل المرأة غير المنزلي بأقل من حجمه، خاصة عندما تعمل النساء في مزرعة أسرية أو في عمل أسري حر صغير.

٢٦ – وعند سن الخامسة والستين وما فوقها، لا تزيد نسبة الرجال النشطين اقتصاديا في المناطق الأكثر تقدما على ١٥ في المائة، بالقياس إلى ٣٧ في المائة فيما يتعلق بنظرائهم في المناطق الأقل نموا. أما فيما يخص النساء، فإن النسبتين المناظرتين هما ٨ و ١٤ في المائة. وأفريقيا هي المنطقة التي توجد بها أعلى معدلات المشاركة في تلك الأعمار (٥٣ في المائة للرجال و ٢٨ في المائة للنساء على التوالي)، تتلوها أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر اللاتيني (٤٧ في المائة و ١٩ في المائة). ولما كانت التغطية بالضمان الاجتماعي محدودة في كثير من البلدان النامية، فإن العديد من كبار السن يكون عليهم أن يعملوا بدافع من الضرورة الاقتصادية، وهذا أمر يتجلى في معدلات عمالتهم التي تعد أعلى بقدر كبير.

٢٧ – وما برحت مشاركة المرأة في قوة العمل تتزايد في معظم البلدان. وتصادف أكبر الزيادات في الأعمار التي تقل عن ٦٥ عاما، لكن مشاركة المرأة في قوة العمل قد ارتفعت أيضا في معظم المناطق في الأعمار التي تبلغ ٦٥ عاما أو أكثر. وفي المقابل، انخفضت مشاركة الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و ٦٤ عاما وكذلك الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر انخفاضا كبيرا بين سبعينات ومنتصف تسعينات القرن العشرين في معظم البلدان المتقدمة، وخاصة في أوروبا. وفي كثير من تلك البلدان، انعكس اتجاه الانخفاض بعد منتصف تسعينات القرن العشرين، وخاصة بالنسبة لمن تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و ٦٤ عاما.

كما زادت مشاركة الرجال الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر في بعض البلدان. وفي البلدان النامية، لم يسجل في المتوسط إلا اتجاه نزولي صغير منذ عام ١٩٨٠ في مشاركة الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و ٦٤ عاما في قوة العمل، ولكن لوحظ في حالات كثيرة انخفاض كبير بالنسبة لمن تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر.

٢٨ - وتؤثر كثير من العوامل على المشاركة في قوة العمل في فترة الشيخوخة. وتؤدي الظروف الاقتصادية وسياسات التقاعد دورا هاما. كما يعد تدهور الوضع الصحي والقوة البدنية من الأسباب الهامة لتراجع معدلات النشاط الاقتصادي مع تقدم العمر. وبالإضافة إلى ذلك، تعبر الاتجاهات المتعلقة بالنساء كبيرات السن عن حدوث تغيرات اقتصادية واجتماعية أوسع نطاقا جذبت مزيدا من النساء إلى أماكن العمل.

٢٩ - ومن الأرجح أن يشتغل العاملون كبار السن بالأعمال الزراعية والأعمال المتاحة في القطاع غير الرسمي، وأن يعملوا لبعض الوقت، بالقياس إلى نظرائهم الأصغر عمرا. وفي البلدان النامية، كثيرا ما لا يكون العمل متاحا لكبار السن إلا في القطاع غير الرسمي، مما يعني عادة أجرا منخفضا، وعملا غير مضمون، ومدة اشتغال تقلص فرص التقدم الوظيفي، وغياب استحقاقات للتقاعد. وفي البلدان المتقدمة، يتقاعد العاملون ذوو المهارات العالية عادة في وقت متأخر عن ذوي المهارات المنخفضة، ويعد كبار السن ممثلون تمثيلا زائدا لا في الزراعة فحسب، بل أيضا في مجالات التعليم والصحة والعمل الاجتماعي الآخذة في التوسع.

٣٠ - ويمكن أن يوفر العمل لبعض الوقت انتقالا صوب التقاعد بالنسبة للعاملين كبار السن. وفي ١٥ بلدا أوروبيا تم استقصاؤها في عام ٢٠٠٣، كان ٣٧ في المائة، في المتوسط، من العاملات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٦٠ و ٦٤ عاما تعملن لبعض الوقت، ووصلت هذه النسبة إلى٦٣ في المائة بين من تبلغ أعمارهن ٦٥ عاما أو أكثر. وكانت معدلات العمل لبعض الوقت أقل بين الرجال، لكنها زادت أيضا مع التقدم في العمر[١٧]. غير أن هذه الأعمال كثيرا ما تقترن بقصر فترة الاشتغال بالعمل، وانخفاض الأجور، وقلة فرص التدريب والترقي. وبالإضافة إلى ذلك، يعني أحيانا العمل بعد سن التقاعد الرسمي التخلي عن بعض استحقاقات الضمان الاجتماعي والتقاعد.

(١٧) Antonio Corral and Iñigo Isusi “Part-time work in Europe,” European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, (Dublin) (2007). Accessed 16 May 2010. Available from: www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0403TR01/TN0403TR01.pdf.

التقاعد

٣١ - تطبق معظم البلدان سنا نظاميا للتقاعد يحق عنده للعاملين الذين يغطيهم النظام الحصول على معاش تقاعدي واستحقاقات تقاعدية أخرى. وحتى عام ٢٠٠٩، كانت سن التقاعد تتفاوت بين البلدان وتتراوح بين ٥٠ و ٦٧ عاما، وتميل السن إلى الانخفاض في البلدان النامية بالقياس إلى البلدان المتقدمة. ويستطيع العاملون الذين يتقاعدون في وقت أبكر من سن التقاعد المحددة أن يطالبوا باستحقاقات مخفضة. غير أن أقلية فقط من العاملين في معظم البلدان النامية هي التي تمتهن أعمالا تعطي الحق في معاش تقاعدي، ويتعين على كثير من كبار السن العمل ما داموا قادرين بدنيا.

٣٢ - وفي نحو ٦٠ في المائة من البلدان، تكون السن التي يحق فيها الحصول على معاش تقاعدي كامل واحدة لكل من الرجال والنساء. أما في البلدان التي تشكل نسبة الـ ٤٠ في المائة الأخرى، فإن السن تكون أقل للنساء - بخمس سنوات عادة - حتى وإن كان العمر المتوقع للنساء أطول من نظيره لدى الرجال. وهذا النوع من الترتيب أكثر شيوعا في البلدان النامية عنه في البلدان المتقدمة. ولكن كان هناك اتجاه إلى الحد من المعاملة المختلفة للجنسين أو للقضاء عليها.

٣٣ - واتخذت مؤخرا كثير من البلدان خطوات لزيادة سن التقاعد. وفي بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، يأتي هذا الاتجاه بعد فترة أسبق قامت فيها كثير من البلدان بتخفيض سن التقاعد. وفيما يخص الرجال، كان سن التقاعد قد انخفض في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي بمقدار ٢,٥ سنة بين عامي ١٩٥٨ و ٢٠٠٠، ليبلغ في المتوسط نحو ٦٢ عاما. ثم ارتفع سن التقاعد المتوسط بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٩ بمقدار سنتين، ويعتزم بالفعل إجراء زيادات أخرى له في بعض البلدان[١٨].

٣٤ - وفي البلدان المتقدمة، تقل سن التقاعد الفعلي عن سن التقاعد النظامي باستثناءات قليلة. وفي عام ٢٠٠١، كان متوسط سن التقاعد الفعلي في الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي يبلغ ٦٠ عاما[١٩] بالقياس إلى نحو ٦٥ عاما لسن التقاعد النظامي. وبالإضافة إلى ذلك، تنسحب النساء في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي من قوة العمل قبل الرجال بنحو سنتين في المتوسط. ويوجد فيما يبدو اتجاه إلى تقاعد الزوجين في وقت متقارب، مع تقاعد الزوجة في وقت أبكر لأنها تكون عادة أصغر من زوجها.

(١٨) Anna D'Addio and Edward Whitehouse, "Pensions at a glance", media briefing note, OECD Publishing, 23 June (2009).

(١٩) European Commission, *Employment in Europe 2007*. (Brussels, European Communities, 2007).

٣٥ - وفيما يخص العاملين المتمتعين بتغطية تقاعدية، تمارس القواعد التي تحكم الاستحقاقات التقاعدية تأثيرا قويا على وقت الانسحاب من قوة العمل. وفي بعض الحالات، يُدفَع العاملون كبار السن خارج قوة العمل بحكم سن التقاعد النظامي. ومن العوامل الأخرى التي تدفعهم خارجها مواقف أصحاب العمل السلبية تجاه العاملين كبار السن، وتقادم المهارات، وقلة الوصول إلى فرص إعادة التدريب، وعدم مرونة الترتيبات المتعلقة بساعات العمل. وفي بعض الحالات، يرى أصحاب العمل ميزة مالية في الاستعاضة عن العاملين الأقدم بعاملين أصغر سنا يستطيعون أن يدفعوا لهم أجورا أقل. وبالإضافة إلى عوامل الدفع خارج قوة العمل، قد تتوافر أيضا حوافز مالية ضمنية تشجع على التقاعد في سن التقاعد الرسمي بل وقبلها. كما أدى الاعتلال الطويل الأجل والمرض واستحقاقات العمل دورا في التشجيع على التقاعد المبكر في بعض البلدان.

الفقر وأمن الدخل في الشيخوخة

٣٦ - في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، يعد ١٣,٣ في المائة من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٥ عاما فقراء، بالقياس إلى ١٠,٦ في المائة بين عامة السكان، وفقا للبيانات المتعلقة بمنتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين[٢٠]. وفي ذلك التقدير، صُنف كفقراء من تقل دخولهم، بعد خصم الضرائب والاستحقاقات، عن الدخل الوطني المتوسط. وداخل بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، يزيد معدل الفقر بين كبار السن على ٢٠ في المائة في أستراليا، وأيرلندا، وجمهورية كوريا، والمكسيك، والولايات المتحدة، واليابان، واليونان. وفي نحو ثلثي البلدان، تزيد نسبة الفقر بين كبار السن على نسبته المتوسطة بين مجموع السكان، ويربو مقدار هذه الزيادة أحيانا على١٠ نقاط في المائة. وفي صفوف كبار السن، تنحو نسبة الفقر إلى الارتفاع مع التقدم في العمر: فنسب الفقر لدى المتقدمين في العمر بين كبار السن (٨٠ عاما فأكثر) تزيد على نسبته المتوسطة بين مجموع السكان بنحو ٥٠ في المائة، في حين أن نسبته بين الأقل تقدما في العمر بين كبار السن (٦٥-٧٩ عاما) تقل بقدر طفيف عن المتوسط.

٣٧ - وكان لمستوى الاستحقاقات التي تقدمها برامج ''شبكات الأمان'' إلى كبار السن ولنطاق تغطيتها أثر كبير على معدلات الفقر بين كبار السن في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وأدت استحقاقات شبكات الأمان السخية إلى انخفاض نسبي لمستوى الفقر بين كبار السن في كل من لكسمبرغ وكندا ونيوزيلندا وهولندا، على سبيل المثال

(٢٠) OECD, *Pensions at a Glance 2009: Retirement-Income Systems in OECD Countries*, (Paris, 2009).

لا الحصر. غير أن متوسط استحقاقات شبكات الأمان لا تساوي في الولايات المتحدة واليابان إلا أكثر قليلا من نصف عتبة الفقر الخاصة بمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ولا تساوي إلا نحو ثلث هذه العتبة في اليونان.

٣٨ - وفي معظم بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، تزيد احتمالات انتشار الفقر بين كبار السن من النساء عنه بين كبار السن من الرجال. إذ تصل، في المتوسط، نسبة الفقراء بين كبار السن من النساء إلى ١٥ في المائة وبين كبار السن من الرجال إلى ١١ في المائة، بالقياس إلى متوسط قدره ١٠ في المائة للنساء و ٩ في المائة للرجال في سن العمل. وتتلقى النساء كبيرات السن في كثير من الأحيان استحقاقات تقاعدية أقل عما يتلقاه الرجال كبار السن، بسبب قضائهن فترة أقل في قوة العمل وحصولهن على أجور أقل أثناء عملهن. وتعد الفجوة بين الجنسين في مستويات الفقر أكبر عادة بين من تزيد أعمارهم على ٧٥ عاما عنها بين كبار السن الأقل تقدما في العمر.

٣٩ - كما يرتبط الفقر في فترة الشيخوخة في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ارتباطا قويا بترتيبات العمل والمعيشة. وبين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٥ عاما، لا يمثل الفقراء إلا ٧ في المائة، في المتوسط، إذا كانت الأسرة المعيشية تضم راشدا يعمل، بالقياس إلى ١٧ في المائة في الأسر المعيشية التي لا تضم شخصا يعمل. ويصل متوسط الفقر إلى ٢٥ في المائة بين كبار السن الذين يعيشون بمفردهم، لكنه لا يمثل إلا ٩ في المائة بين من يعشون كقرينين. وانخفض الخطر النسبي للفقر بين كبار السن في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي في العقود الثلاث الماضية. وفي ثمانينات القرن العشرين، كانت معدلات الفقر المتوسطة بين من تزيد أعمارهم على ٧٥ عاما تمثل ضعف نظيرتها تقريبا بين عامة السكان، كما أن معدلاته لدى من تتراوح أعمارهم بين ٦٦ و ٧٥ عاما كانت أعلى من المعدل المتوسط بين عامة السكان.

٤٠ - وتعد المعلومات عن الفقر في الدخل بين كبار السن في البلدان النامية محدودة، ولا يتسنى في كثير من الأحيان، بسبب الاختلافات المفاهيمية والمنهجية في طريقة قياس الفقر، مقارنة الإحصاءات فيما بين البلدان والمناطق. ووَجدت دراسة عن البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى أن مستويات الفقر في الأسر المعيشية التي تضم شخصا كبير السن تزيد، في ٩ بلدان من ١٥ بلدا منخفض الدخل، زيادة كبيرة عن نظيرتها بين عامة السكان؛ ولم يكن الفرق في البلدان الأخرى مهما من الزاوية الإحصائية[٢١]. أما في أمريكا

(٢١) Narak Kakwani and Kalanidhi Subbarao, *Ageing and poverty in Africa and the role of social pensions*, International Poverty Centre Working Paper, No.8 (Brasilia, UNDP International Poverty Centre, 2005).

اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، فقد وُجد أن معدلات الفقر بين كبار السن لا تزيد على نظيرتها بين عامة السكان إلا في ٦ بلدان من ٢٠ بلدا من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي[٢٢]. وتعد أنماط الفقر مختلطة أيضا في المناطق الأخرى.

مصادر الدخل

٤١ - في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، يتمتع كبار السن بدخل صاف من جميع المصادر يمثل نحو ٨٠ في المائة من الدخل المتوسط الخاص لعامة السكان. وفي معظم البلدان، تمثل التحويلات العامة، في المتوسط، أكثر من ٦٠ في المائة من الدخل التصرفي للسكان الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما فأكثر. وتشمل هذه التحويلات المعاشات التقاعدية المرتبطة بالإيرادات، المقدمة من خلال القطاع العام، وكذلك برامج المعاشات الأساسية، وبرامج المعاشات المراعية لمصادر الدخل المختلفة، وبرامج المعاشات الموفرة للحد الأدنى من الدخل. وتسهم الإيرادات المتأتية من العمل بنحو ٢٠ في المائة عادة من دخل كبار السن، وتساهم مصادر أخرى، تشمل المخططات التقاعدية والاستثمارات الخاصة، بنحو ٢٠ في المائة. غير أن مصادر الدخل تتباين حسب البلدان. ومن ذلك مثلا، أن الإيرادات المتأتية من العمل تمثل أقل من١٠ في المائة من دخل كبار السن في السويد وفرنسا وهولندا، لكنها تمثل قرابة الثلث في الولايات المتحدة، وأكثر من ٤٠ في المائة في اليابان، و ٦٠ في المائة تقريبا في جمهورية كوريا.

نظم المعاشات التقاعدية ونطاق التغطية بها

٤٢ - على الرغم من أن نحو ٤٠ في المائة من السكان في سن العمل يعيشون في بلدان تخصص بعض الاعتمادات لمعاشات الشيخوخة، فعلى مستوى الممارسة العملية لا يساهم في نظام للمعاشات التقاعدية أو يراكم حقوقا تقاعدية إلا زهاء ٢٥ في المائة من السكان في سن العمل[٢٣]. وتترع معدلات التغطية بالمعاشات التقاعدية للزيادة مع ارتفاع مستويات الدخل الفردي المتوسط في البلدان. وعلاوة على ذلك، فإن نطاق التغطية غالبا ما يكون أكثر انخفاضا بين الأقل تعليما الذين يحصلون عادة على أجور أقل. ولا يكون العاملون في الزراعة

---

(٢٢) Leonardo Gasparini, Javier Alejo, Francisco Haimovich, Sergio Olivieri, and Leopoldo Tornarolli, "Poverty among the Elderly in Latin America and the Caribbean", Background paper for the *World* Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World from .www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/backgroundpapers/lac.pdf

(٢٣) International Labour Office. *World Social Security Report 2010: Providing Coverage in the Time of Crisis and Beyond*, preliminary version. (Geneva, 2010).

والقطاعات غير الرسمية في البلدان النامية مسجلين عادة في مخططات المعاشات التقاعدية، ومن ثم تكون التغطية أقل عادة في البلدان ذات القطاعات الزراعية وغير الرسمية الكبيرة.

٤٣ - وتتراوح حصة السكان في سن العمل الذين يساهمون بنشاط في مخطط للمعاشات التقاعدية بين نسبة منخفضة قدرها ٥ في المائة في أفريقيا وما بين ٢٠ و ٣٥ في المائة تقريبا في سائر المناطق الأقل نموا، لترتفع إلى نحو ٥٠ في المائة في وسط وشرق أوروبا وإلى ٦٥ في المائة أو أكثر في أمريكا الشمالية وغرب أوروبا. وتشير تقديرات منظمة العمل الدولية إلى أن نحو ٤٠ في المائة من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على سن التقاعد القانوني يتلقون معاشا تقاعديا. وفي المناطق النامية، لا يتلقى إلا نحو ١٥ في المائة من كبار السن في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى معاشا تقاعديا، وتبلغ هذه النسبة ٣٠ في المائة في آسيا، وقرابة ٥٠ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. ولم تُفض الإصلاحات التي أدخلت على نظم المعاشات التقاعدية القائمة على الاشتراكات في أمريكا اللاتينية منذ ثمانينات القرن العشرين إلى زيادة نطاق التغطية. بل إن نطاق التغطية قد تقلص في بعض الحالات بسبب زيادة العمالة في القطاع غير الرسمي.

٤٤ - وفي معظم بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، يغطي مخطط للمعاشات التقاعدية عام أو خاص قائم على الاشتراكات أغلبية واسعة من القوى العاملة، كما تتوافر فيها كلها شبكات أمان عامة تقدم لكبار السن دخلا أدنى على الأقل[٢٤]. وعادة ما تُستكمل مخططات المعاشات التقاعدية القائمة على الاشتراكات بمخطط عام للمعاشات يراعي مصادر الدخل المختلفة، أو بمخطط أساسي للمعاشات، أو بمخطط للمعاشات يوفر حدا أدنى من الدخل، وتنحو هذه المخططات إلى إعادة توزيع الدخل صوب كبار السن الذين لا تتوافر لهم من المصادر الأخرى إلا دخول منخفضة.

٤٥ - وتخضع نظم المعاشات التقاعدية للتطور مع سعي الحكومات إلى تحقيق التوازن بين هدف حماية مستويات معيشة كبار السن، من جهة، وبين هدف ضمان الاستدامة المالية في مواجهة تزايد أعمار السكان، من جهة أخرى. وقد رفعت بعض البلدان مؤخرا معدلات الاشتراك التي يساهم بها العاملون، ويرفع بعضها سن استحقاق المعاش التقاعدي، أو يعدل مستوى المدفوعات، أو يُدخل تغييرات ترمي إلى تثبيط التقاعد المبكر. ولدى إجراء هذه التغييرات، حاولت الحكومات عادة حماية العاملين منخفضي الدخل من خطر الفقر لدى تقاعدهم، لكن الإصلاحات التي اعتمدت في بعض البلدان حتى عام ٢٠٠٩ يمكن أن تسفر عن زيادة الفقر بين المتقاعدين في المستقبل[٢٤].

(٢٤) انظر: OECD, *Pensions at a Glance 2009: Retirement-Income Systems in OECD Countries*.

٤٦ - واستجابة لمحدودية نطاق التغطية بنظام المعاشات التقاعدية القائم على الاشتراكات، اعتمدت بعض البلدان النامية مخططات للمعاشات ''الاجتماعية'' غير القائمة على الاشتراكات لتوفير دخل أساسي لكبار السن (انظر A/HRC/14/31، الفرع الثالث). وفي أمريكا اللاتينية، توفر المعاشات الاجتماعية في الأرجنتين، وأوروغواي، والبرازيل، وبوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)، وشيلي، وفي أفريقيا، توفر هذه المعاشات في بوتسوانا، وجنوب أفريقيا، وسوازيلاند، وليسوتو، وموريشيوس، وناميبيا. وفي جنوب آسيا، أُخذ بهذه المعاشات في بنغلاديش ونيبال والهند. وتتباين البرامج من حيث سخاء الاستحقاقات الموفرة وكذلك من حيث معايير الأهلية. وتستطيع المعاشات الاجتماعية التي توفر تغطية واسعة واستحقاقات سخية نسبيا، مثل المعاشات المطبقة في البرازيل وجنوب أفريقيا وموريشيوس، أن تحد بقدر كبير من الفقر لدى كبار السن. وحتى عندما يترك مستوى المعاش كثيرا ممن يحصلون عليه تحت خط الفقر، فإن هذه المعاشات تحد من شدة الفقر ويمكن أن تؤدي إلى تحسين صحة وتغذية كل شخص في أسرة المتلقي المعيشية.

فرص الحصول على الخدمات المالية

٤٧ - تشير تقارير عديدة، من شتى أنحاء العالم، إلى أن كبار السن يُحرمون من فرص الحصول على الخدمات المالية والائتمان. وإلى جانب التقدم في العمر، تشمل العوامل الأخرى التي تؤدي إلى الحرمان من الخدمات المالية انخفاض دخل الأسرة المعيشية، وعدم الالتحاق بعمل مأجور، والإعاقة. وأحيانا ما يلجأ كبار السن الذين لا يستطيعون الحصول على الائتمان من خلال القنوات العادية إلى المقرضين الذين يفرضون أسعار فائدة مفرطة الارتفاع.

التحويلات فيما بين الأجيال

٤٨ - عندما لا يتاح لكبار السن الحصول على معاش تقاعدي، يعتمدون عادة على الأسرة عندما يعجزون عن إعالة أنفسهم. وكثيرا ما يجري الإعراب عن القلق في هذا الصدد، لأن التنمية الاقتصادية والتغيرات الاجتماعية التي تقترن بها قد قوضت النظم التقليدية للدعم الأسري لكبار السن. غير أن البحوث الاستقصائية التي أجريت في كل من البلدان المتقدمة والنامية تجد بوجه عام أن الروابط الأسرية كانت قابلة للتكيف وأنها تمتعت بالمرونة في مواجهة التغير الاجتماعي والاقتصادي وأن أفراد الأسرة يتبادلون المساعدة في أحيان كثيرة وقت الحاجة، حتى وإن قلت احتمالات أن يعيشوا معا في كنف أسرة معيشية واحدة. ولكن ذلك لا يعني أن الأسر تستطيع أن تزودهم، أو أنها تزودهم بالفعل، في كل الأحوال بما يكفي من الدعم.

٤٩ - ووَجدت البحوث الحديثة أن احتمالات تقديم كبار السن، ولا سيما الأقل تقدما في العمر، لدعم مالي إلى أفراد الأسرة الأصغر عمرا تزيد بوجه عام على احتمالات تلقيهم له. وفي كل من البلدان المتقدمة والنامية، يتجه صافي حصيلة التحويلات الاقتصادية داخل الأسرة، بالدرجة الأولى، من أفراد الأسرة الأكبر سنا إلى أفرادها الأصغر سنا.

٥٠ - وفي بعض البلدان التي تُحدَّد فيها حقوق الملكية بواسطة القانون العرفي، تُستبعد النساء من نقل الأصول وتحرمن من الحيازة المضمونة للممتلكات[٢٥].

رابعا - الصحة وفرص الحصول على الرعاية الصحية

٥١ - يعد النهوض بصحة كبار السن ورفاههم من الاتجاهات ذات الأولوية لخطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة لعام ٢٠٠٢. ويعد ضمان تمتع السكان بمستوى صحي مرتفع هدفا أساسيا للتنمية وكذلك عنصرا رئيسيا يشجع على النمو والتنمية الاقتصاديين للمجتمعات. وفيما يخص الأفراد من كبار السن، تسهم الصحة الجيدة في الرفاه الشخصي وتمكن كبار السن من المشاركة بنشاط في الحياة الاقتصادية والاجتماعية الثقافية لمجتمعاتهم.

صحة كبار السن وبقاؤهم

٥٢ - شهد القرن العشرون انخفاضا لم يسبق له مثيل في معدل الوفيات. ففيما بين عام ١٩٥٠ وعام ٢٠٠٥، تحسنت فرص بقاء الناس على قيد الحياة حتى عمر متقدم تحسنا كبيرا في جميع مناطق العالم، ومن المتوقع أيضا أن يعيش من يصلون إلى سن الستين عمرا أطول بالقياس إلى فرص نظرائهم في السنوات الماضية. وينتظر أن تعيش النساء اللاتي يصلن إلى سن الستين ٢١ عاما إضافيا، في المتوسط، وأن يعيش الرجال ١٨ عاما إضافيا، في ضوء معدلات الوفيات المسجلة في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠. ولم تكن الأرقام المناظرة تبلغ، في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥، إلا ١٦ عاما للنساء و ١٤ عاما للرجال[٢٦]. كما توجد اختلافات كبيرة بين المناطق الكبرى فيما يخص العمر المتوقع عند سن الستين الذي يسجل أدنى مستوياته في أفريقيا (١٥ عاما للرجال و ١٧ عاما للنساء) وأعلى مستوياته في أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا (٢١ عاما للرجال و ٢٥ عاما للنساء).

---

(٢٥) Tavengwa Nhorno “Age discrimination in Africa”, International Federation on Ageing Conference, Copenhagen, 30 May – 2 June 2006.

(٢٦) التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ٢٠٠٨، المجلد الثاني.

٥٣ - وأدى النجاح في مكافحة الأمراض السارية إلى انخفاض معدلات الوفاة وإلى تغير أسباب الوفاة في آن واحد. ومع تراجع نسبة الوفيات التي تعزى إلى الأمراض السارية، أصبحت الأمراض غير السارية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكتة الدماغية، والسرطان تمثل نسبة أعلى من إجمالي الأسباب[٢٧]. وبين كبار السن، تسبب بالفعل الأمراض غير السارية معظم حالات الوفاة والجانب الأكبر من عبء الأمراض حتى في البلدان المنخفضة الدخل. وتشير التقديرات إلى أن الأمراض غير السارية قد سببت في عام ٢٠٠٤، على الصعيد العالمي، ٨٦ في المائة من الوفيات اعتبارا من سن الستين فما فوقها، وعزيت إليها نسبة تتراوح بين ٧٧ في المائة من الوفيات في البلدان المنخفضة الدخل و ٩١ في المائة منها في البلدان المرتفعة الدخل. وتبين مراقبة الاختلافات في التوزيع العمري للسكان، أن عبء الأمراض غير السارية يعد أعلى في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل عنه في البلدان المرتفعة الدخل، وخاصة فيما يتعلق بأمراض القلب والسكتة الدماغية. كما يعد عبء اعتلال البصر وفقدان السمع أعلى في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل[٢٨].

الأمراض والاعتلالات المزمنة

٥٤ - لا يواجه من يعيشون في البلدان النامية انخفاض العمر المتوقع عند الولادة فحسب بالقياس إلى من يعيشون في البلدان المتقدمة، لكنهم يقضون أيضا نسبة أكبر من عمرهم يعانون من سوء الصحة. وفي كل الأعمار، تعد كل من مستويات الاعتلال المتوسطة والخطيرة أعلى في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل عنها في البلدان المرتفعة الدخل، وتعد أعلى في أفريقيا عنها في سائر البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويعد متوسط الانتشار العالمي للاعتلالات المتوسطة والخطيرة أعلى بمقدار ثلاثة أمثال بين الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما أو أكثر عنها بين من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٥٩ عاما. وتبين الدراسات التي أجريت في كل من البلدان المتقدمة والنامية أن تفوق النساء في العمر المتوقع يقترن بتزايد عبء الأمراض والاعتلالات المزمنة في فترة الشيخوخة. ويتوقع أن تعيش النساء فترة أطول وأن يقضين عددا إجماليا أكبر من السنوات في صحة جيدة بالقياس إلى الرجال؛ لكن النساء تقضين نسبة أكبر من عمرهن المتقدم في صحة سيئة[٢٩].

---

(٢٧) انظر E/CN.9/2010/3، الفرع الأول.

(٢٨) World Health Organization, *Global Burden of Disease*: 2004 update, p. 48.

(٢٩) Kinsella and He, op cit.، ودراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم لعام ٢٠٠٧: عالم آخذ في الشيخوخة.

٥٥ - ويعد فقدان السمع ومشاكل البصر والاضطرابات العقلية من أكثر أسباب الاعتلال انتشارا بوجه عام. وتنتشر أمراض مزمنة مثل الخرف، والانسداد الرئوي المزمن، والمرض الدماغي الوعائي، بين الأشخاص الأكبر عمرا بوجه خاص. وينتشر بين السكان المنخفضي الدخل ارتفاع معدلات الاعتلال الناشئ عن أسباب يمكن الوقاية منها مثل الإصابات، ويفتقر الناس في تلك البلدان في أحيان كثيرة إلى خدمات أساسية مثل النظارات الطبية، أو جراحة الكاتاركت، أو المعينات السمعية، أو الأجهزة المساعدة التي يمكن أن تقي من تحول القصور الوظيفي إلى اعتلال[٣٠]. وقد يتحول عدد من هذه الاعتلالات البدنية أو العقلية أو الفكرية أو الحسية، عندما يقترن بحواجز أخرى، إلى إعاقة ويعرقل مشاركة كبار السن في المجتمع على نحو كامل وفعال.

الاتجاهات المتعلقة بالحالات المرضية والاعتلالات المزمنة

٥٦ - توضح البيانات المقطعية أن التعليم يرتبط ارتباطا قويا بالصحة وبمعدل الوفيات. وأدى هذا إلى توقع أن تساعد الزيادات في متوسط مستوى تعليم السكان على إطالة عدد سنوات التمتع بصحة جيدة في فترة الشيخوخة. غير أن الاتجاهات ليست مواتية جميعا. فارتفاع مستويات السمنة، وزيادة استهلاك التبغ والكحول لدى بعض الجماعات السكانية، وظهور بعض الأمراض المعدية الجديدة ومنها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ومعاودة ظهور أمراض معدية قديمة مثل الملاريا والسل، عوامل تهدد بتقويض التقدم المحرز في مجال الصحة، بما في ذلك بين كبار السن. وشهدت العقود الأخيرة زيادات خطيرة في معدل الوفيات في بعض البلدان. وشهدت بلدان كثيرة في شرق أوروبا والاتحاد السوفياتي السابق ارتفاع معدل الوفيات بين الراشدين بعد سبعينات القرن العشرين، وخاصة بين الرجال، كما تراجع العمر المتوقع بعد أوائل تسعينات القرن العشرين في البلدان الأشد تضررا بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز[٣١].

٥٧ - وتشمل الحالات المرضية التي تسبب قلقا متناميا فيما يخص كبار السن الاضطرابات العقلية، وتهديد فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، والسمنة. ومن ذلك مثلا، أن الدراسات القطرية تبين أن نسبة مرتفعة من كبار السن تعاني من الاكتئاب والوحدة والقلق[٣٢]. وقد تنشأ هذه المشاكل في ارتباط مع تغيرات حياتية كبرى مثل وفاة زوج أو تدهور سريع في الصحة. ويؤدي مرض الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى إلى اعتلال

(٣٠) World Health Organization, *Global Burden of Disease*, (2004 update).

(٣١) التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ٢٠٠٨، المجلد الثاني.

(٣٢) Peter Lloyd-Sherlock, *Population Ageing and International Development*,(The Policy Press 2010), p. 99.

عميق وإلى إلقاء عبء ثقيل على كاهل مقدمي الرعاية في كثير من الأحيان. وتشير التقديرات إلى أن ٣٦ مليون نسمة في جميع أنحاء العالم مصابون بالخرف في عام ٢٠١٠، وينتظر أن يتضاعف هذا الرقم تقريبا كل ٢٠ عاما[٣٣].

٥٨ - ويعد تزايد العبء الصحي لفيروس نقص المناعة البشرية الواقع على كاهل كبار السن مشكلة صحية يجري إغفالها في كثير من الأحيان. وعلى الرغم من أن ٢,٨ مليون نسمة تبلغ أعمارهم ٥٠ عاما فأكثر كانوا مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في عام ٢٠٠٦، كما تفيد التقديرات، فإن برامج الوقاية من هذا الفيروس ورعاية المصابين به وعلاجهم في كل أنحاء العالم لا تولي عناية تذكر لكبار السن بسبب تصور خاطئ مفاده أنهم لا يتعرضون إلا لخطر ضئيل أو أنهم غير معرضين لأي خطر على الإطلاق. ونتيجة لذلك، نادرا ما تدرج النساء اللاتي تزيد أعمارهن على ٤٩ عاما والرجال الذين تزيد أعمارهم على ٥٤ أو ٥٩ عاما في اختبارات التحري عن فيروس نقص المناعة البشرية التي تجرى في إطار كثير من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية في البلدان النامية[٣٤].

٥٩ - ويساور كثير من الخبراء القلق إزاء ارتفاع مستويات السمنة التي تقوض احتمالات تحسن الصحة في فترة الشيخوخة. وتتزايد مستويات السمنة عادة مع التقدم في العمر، لتصل إلى ذروتها في أواخر السنوات الستين إلى أواخر السنوات السبعين، تبعا للبلدان[٣٥]. ويؤدي فرط الوزن أو السمنة إلى زيادة احتمالات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (وأساسا أمراض القلب والسكتة الدماغية)، وداء السكري، والتهاب المفاصل، وبعض أنواع السرطان. كما تقل احتمالات نجاح الأشخاص الذين يعانون من السمنة في أداء أنشطة الحياة اليومية. وفي البلدان النامية، كان نقص التغذية، لا السمنة، هو المشكلة التغذوية الرئيسية لفترة طويلة. وعلى الرغم من أن هذا الوضع لا يزال مستمرا في بلدان كثيرة، وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والجنوب الأفريقي، فإن السمنة قد بزغت أيضا في الآونة الأخيرة كمشكلة صحية خطيرة في البلدان النامية، وخاصة في المناطق الحضرية. ويؤدي عدم كفاية التغذية في وقت مبكر من الحياة، الذي يعقبه في وقت لاحق تناول

---

(٣٣) Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report* , 2009.

(٣٤) Macro International, Inc., HIV Prevalence Estimates from the Demographic and Health Surveys. (Calverton, Maryland, Macro International, 2008).

(٣٥) Franco Sassi, Marion Devaux, Michele Cecchini and Elena Rusticelli, "The obesity epidemic: analysis of past and projected future trends in selected OECD countries", OECD Health Working Paper No. 45. (Paris, 2009).

الأغذية المرتفعة الدهون والكثيفة الطاقة والفقيرة في المغذيات الدقيقة والإقلال من النشاط البدني، إلى ارتفاع خطر السمنة في العمر المتقدم[٣٦].

فرص الحصول على الرعاية الصحية

٦٠ - على الرغم من أن الناس في جميع الأعمار يحتاجون إلى الحصول على رعاية صحية ميسورة التكلفة، عادة ما تكون احتياجات كبار السن ضخمة بوجه خاص بسبب ما يصابون به من حالات مرضية مزمنة، وعادة ما تصبح الإعاقات أكثر شيوعا مع تقدم العمر. غير أن العوائق المالية كثيرا ما تجعل من المستحيل على الأسر الفقيرة الحصول على ما تحتاج إليه من رعاية صحية أو أشكال أخرى من الرعاية. ومما يقيد أيضا من فرص الحصول على الرعاية نقص الموظفين الطبيين المؤهلين، وخاصة في المناطق الريفية حيث يكون من الصعب على الأرجح على كبار السن الوصول إلى الخدمات، وهم الذين تكون قدرتهم على الحركة محدودة في أحيان كثيرة.

٦١ - ومن المسائل الأخرى المصادفة في البلدان النامية، أن نظم الرعاية الصحية قد أنشئت مع التركيز أساسا على مكافحة الأمراض السارية، وأنها ضعيفة التواؤم مع توفير الرعاية والوقاية فيما يخص الأمراض المزمنة. ومن بين المشاكل التي أشير إليها مرارا في التقييمات الإقليمية للخدمات المقدمة إلى كبار السن في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تعذر وصول كبار السن إلى الخدمات، وما يلقونه من تجاهل أو من معاملة غير مهذبة من جانب موظفي الدوائر الصحية، ونقص الأدوية الملائمة لعلاج الحالات المرضية المزمنة[٣٧].

٦٢ - وأفادت التقارير أيضا بحدوث تمييز بسبب السن في مجال الرعاية الصحية في البلدان الأكثر تقدما. وتعزى جزئيا أوجه عدم المساواة في المعاملة السريرية بسبب السن إلى نقص التدريب في مجال طب المسنين، إذ يستكمل الأخصائيون تدريبهم دون معرفة تذكر بالاحتياجات النوعية لرعاية كبار السن. ووَجد استعراض البحوث الطبية المنشورة عن ١٨ بلدا متقدما أن كثيرا من الأطباء لديهم معتقدات مسبقة ومواقف سلبية من كبار السن، وأن ذلك يؤدي أحيانا، من الناحية الفعلية، إلى توفير الرعاية على أساس السن بدلا من

---

(٣٦) World Health Organization, Fact Sheet No. 311 (September 2006) Available from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html.

(٣٧) Albert I Hemalin, *Ageing in Asia: Facing the Crossroads*. Elderly in Asia Report No. 00-55. (Ann Arbor, Michigan, USA: Population Studies Center, University of Michigan, August 2000).

توفيرها على أساس التقدير الموضوعي لاحتمالات انتفاع المريض من العلاج[٣٨]. وتتفاقم تلك المشكلة من جراء النقص الشديد لتمثيل كبار السن في الاختبارات السريرية للأدوية والإجراءات الجديدة، مما يسفر عن نقص المعلومات عن نتائج العلاج بين المرضى كبار السن.

الرعاية الطويلة الأجل

٦٣ - في كثير من البلدان المتقدمة، تُوفَّر الرعاية الطويلة الأجل عادة بشكل غير رسمي في المنزل من جانب الأسرة والأصدقاء، وبالدرجة الأولى من جانب الأزواج والزوجات والأولاد الراشدين. كما تقدم البلدان المتقدمة الرعاية الرسمية بموجب نظم تتباين تباينا كبيرا فيما بين البلدان، لكنها تشمل بوجه عام ترتيبات توفر الرعاية المؤسسية والخدمات في المنزل سواء بسواء. ومن الأرجح أن يتلقى الرعاية الطويلة الأجل الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٨٠ عاما أو أكثر بالقياس إلى كبار السن الأقل منهم عمرا، ومن الأرجح أن تتلقى النساء داخل كل فئة عمرية خدمات الرعاية الرسمية وأن تقمن في مؤسسة بالقياس إلى الرجال[٣٩]. وتزايد احتمال أن تكون النساء كبيرات السن أرامل وأن تعشن بمفردهن عند التقدم في العمر كثيرا ما يحد من إمكانية بقائهن في المنزل عندما يصبن بمرض أو اعتلال. ويقلل الزواج من احتمالات العيش في مؤسسة بالنسبة لكلا الجنسين، ويصدق هذا بقدر أكبر على الرجال[٤٠].

٦٤ - ولأسباب تتعلق باحتواء التكاليف وبتفضيل كبار السن البقاء في المنزل في آن معا، حدث على مر الزمن ابتعاد عن الرعاية المؤسسية في كثير من البلدان[٤١]. غير أن هذا التحول لم يحدث في جميع بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، حيث لوحظ خلال العقد الأول من القرن الحادي والعشرين اتجاه مزدوج: فقد سُجلت في عام ٢٠٠٠ زيادة في بلدانها التي تضم نسبة منخفضة من كبار السن الذين يتلقون رعاية رسمية طويلة الأجل، في حين كان الاتجاه عكسيا في عام ٢٠٠٠ في بلدانها التي تضم نسبا عالية نسبيا ممن يتلقون هذه الرعاية.

---

(٣٨) AARP International, “Age-based inequalities in medical treatment” by Constantina Safiliou-Rothschild, *The Journal: Winter 2010*.

(٣٩) الترتيبات المعيشية للمسنين في جميع أنحاء العالم لعام ٢٠٠٥، و OECD, *Society at a Glance 2009*.

(٤٠) الترتيبات المعيشية للمسنين في جميع أنحاء العالم لعام ٢٠٠٥، و Kinsella and He, op cit.

(٤١) OECD, *Society at a Glance 2009*: *OECD Social Indicators*.

٦٥ - أما في البلدان النامية، فإن المسؤولية عن توفير الرعاية الطويلة الأجل عادة ما تقع بصورة كاملة على عاتق الأسرة. ويمكن أن يشكل هذا عبئا ثقيلا على الأسر ذات الموارد الخاضعة بالفعل لأعباء مفرطة، مما يحول دون عمل الراشدين ودون انتظام الأطفال في المدرسة. ووَجدت مجموعة من دراسات الحالة التي ترعاها منظمة الصحة العالمية أن جهودا بدأت تبذل مؤخرا في عدة بلدان نامية من أجل إنشاء نوع من خدمات المساعدة[٤٢]. غير أن تلك البرامج لم تكن واسعة النطاق في مطلع العقد الأول من القرن الحادي والعشرين. وداخل الأسرة، توفر المرأة في البلدان النامية والمتقدمة على السواء معظم خدمات الرعاية اليومية لكبار السن الذين يحتاجون إلى المساعدة. ووَجدت الدراسة الاستقصائية المتعلقة بالصحة والرفاه والشيخوخة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي أن مقدم الرعاية يكون في العادة امرأة يزيد عمرها على ٥٠ عاما، وأن مقدمي الرعاية يعانون من مستويات إجهاد مرتفعة[٤٣].

الإهمال، وإساءة المعاملة، والعنف

٦٦ - في بعض الحالات يمكن أن يؤدي الإجهاد الناشئ عن تقديم الرعاية إلى تعرض متلقي الرعاية كبير السن للإهمال والإساءة - سواء البدنية و/أو العاطفية و/أو المالية - والعنف. وفي البلدان التي أنشأت مرافق رعاية داخلية/مؤسسية طويلة الأجل لكبار السن، تم توثيق إساءة المعاملة التي يلقاها المسنون على يد الموظفين، والزائرين من أفراد الأسرة والأصدقاء، والنزلاء الآخرين.

٦٧ - وتشير بعض البحوث إلى أن إساءة معاملة المسنين قد تكون أعلى في مرافق الإقامة الداخلية عنها في المنازل، وأن بعض أشكال إساءة المعاملة قد تكون أكثر شيوعا في الرعاية المؤسسية. ويتعلق ٧ في المائة من الشكاوى المقدمة إلى أمناء المظالم المعنيين بالرعاية الطويلة الأجل في الولايات المتحدة بإساءة المعاملة، والإهمال الجسيم، والاستغلال[٤٤]. وفي دراسة استقصائية أجريت لموظفي دور التمريض الأمريكية، أقر ١٠ في المائة من الممرضين ومساعدي الممرضين بوقوع حادثة واحدة على الأقل تتعلق بإساءة بدنية، وأقر ٨١ في المائة

---

(٤٢) World Health Organization, *Long-Term Care in Developing Countries, Ten Case-Studies* (2003).

(٤٣) C. Albala and others, "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.17 No.5-6 (2005) pp.307-322.

(٤٤) G. S.Ingalls, L.T. Layton, and N.B. Weitzel. "Elder abuse originating in the institutional setting". *North Dakota Law Review* (1998,Vol.74, pp 312-339).

بوقوع حادثة واحدة على الأقل تتعلق بإساءة نفسية خلال العام الماضي[٤٥]. وفي دراسة استقصائية ألمانية شملت موظفي دور التمريض، أقر ٧٩ في المائة بأنهم أساءوا معاملة نزيل أو أهملوه مرة واحدة على الأقل خلال الشهرين السابقين، وشهد ٦٦ في المائة بأنهم رأوا تصرفات مماثلة يقوم بها موظفون آخرون، وكان الإهمال والإساءة النفسية أكثر التصرفات شيوعا[٤٦]. وكشف استقصاء أجري لمديري مرافق مرخص لها في نيوزيلندا عن نسب مماثلة في ارتفاعها لإساءة معاملة النزلاء. وأشار ٩٢ في المائة إلى أن نزيلا واحدا على الأقل قد تعرض لإساءة معاملة لكونه مسنا خلال العام الماضي، وكانت إساءة المعاملة هذه إساءة نفسية عادة. غير أن المسؤول عن ذلك كان، في ٦٣ في المائة من الحالات، فردا من أفراد الأسرة[٤٧].

٦٨ - وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن ما بين ٤ و ٦ في المائة من كبار السن في شتى أنحاء العالم يتعرضون لشكل من أشكال الإساءة لكونهم مسنين - سواء أكانت هذه الإساءة بدنية أم نفسية أم عاطفية أم مالية أم تعزى إلى الإهمال[٤٨]. وتشمل بعض عوامل الخطر المشجعة على إساءة معاملة المسنين العزلة الاجتماعية، والتصورات المجتمعية عن كبار السن، وتآكل الروابط بين الأجيال. وفي كثير من المجتمعات، تتعرض النساء كبيرات السن بوجه خاص لخطر ألا يهتم بهن أحد أو أن يجري الاستيلاء على ممتلكاتهن بعد ترملهن. وتحدث إساءة المعاملة المؤسسية في أحيان كثيرة عندما يكون الموظفون محدودي التدريب و/أو يتحملون عبء عمل مفرطا وعندما تكون معايير الرعاية منخفضة أو غير مرعية بالقدر الكافي.

٦٩ - ولم تتحقق البحوث الواسعة النطاق إلا من عدد قليل من عوامل الخطر المؤدية إلى إساءة معاملة المسنين في المنزل. وتشمل هذه العوامل: ترتيبات العيش المشترك بين ضحية الإساءة ومرتكبها، حيث يؤدي تواتر الاحتكاك إلى تأجيج التوتر والنزاع وإساءة المعاملة؛ والعزلة الاجتماعية التي قد تزيد من الإجهاد الأسري وتقلل من فرص التنبه للمشاكل أو

---

(٤٥) K.Pillemer, and D.W. Moore “Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes”, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, (1990), Vol. 2(1/2), pp. 5-29.

(٤٦) T. Georgen. “Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers”, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, (2001), Vol. 13 No.1, pp. 1-26.

(٤٧) M. Weatherall, Elder abuse: a survey of managers of residential care facilities in Wellington, New Zealand. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, (2001), Vol. 13 No.1, pp. 91-99.

(٤٨) منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢) “Abuse of the elderly”. Accessed 4 December 2006. Available from www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/enelderabusefacts.pdf.

التدخل لحلها؛ والخرف الذي يصيب ضحية أو مرتكب الإساءة وتتمثل أعراضه في سلوك عدواني أو مرهق يشجع على إساءة المعاملة أو على الانتقام من مقدم الرعاية بسبب إساءته؛ ومعاناة مقدم الرعاية من اضطرابات مرضية، حيث يمكن أن يستثير تعاطي المخدرات، أو المرض العقلي، أو اضطرابات الشخصية الغضب أو الإحباط، وأن يقلل من العوامل المثبطة لتكرار الإساءة.

خامسا – التصورات عن كبار السن، ومشاركتهم في المجتمع والتنمية وإدماجهم فيهما

٧٠ – تعتمد المشاركة النشطة لكبار السن في المجتمع والتنمية على ما يتاح لهم من فرص لمواصلة الإسهام في المجتمع. وتتجاوز إسهامات كبار السن أنشطتهم الاقتصادية وتشمل الأدوار التي يؤدونها في الأسر والمجتمع المحلي. وتشمل هذه الإسهامات التي لا يسهل في أحيان كثيرة قياسها من الناحية الاقتصادية: رعاية أفراد الأسرة، والعمل الإنتاجي المعيشي، وتعهد شؤون الأسرة المعيشية، والأنشطة الطوعية على مستوى المجتمع المحلي. كما تسهم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والرياضية والترفيهية والطوعية في نمو وصون الرفاه الشخصي لكبار السن وعامة السكان. وفي الوقت نفسه، يمكن للتصورات وللأفكار النمطية عن كبار السن أن تعوق إدماجهم ومشاركتهم في المجتمع.

٧١ – ومن ثم فعلى الرغم من أن هناك قدرا من الاعتراف بالإسهامات الحيوية التي يقدمها كبار السن، فإن هذه الشريحة من السكان ما زالت مستبعدة بوجه عام في بلدان كثيرة، وخاصة من صياغة وتنفيذ السياسات والبرامج التي تؤثر عليها مباشرة.

التصورات عن كبار السن

٧٢ – تستند جزئيا التصورات المجتمعية عن الشيخوخة وكبار السن إلى الوضع الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن، وتنتشر التصورات النمطية إزاء كبار السن في كل من البلدان المتقدمة والنامية. وتصوغ هذه التصورات كيفية النظر إلى كبار السن ومعاملتهم، حتى عندما يكون الاتفاق المجتمعي على الدعم المادي لكبار السن قويا.

٧٣ – وهناك افتقار إلى الدراسات الاستقصائية المتعلقة بالتصورات عن الشيخوخة وكبار السن في البلدان النامية. ومن الاستثناءات في هذا الصدد دراسة استقصائية أجراها بنك HSBC عن المواقف إزاء الشيخوخة والتقاعد شملت بلدانا صاعدة مثل البرازيل والصين

والمكسيك والهند[٤٩]. وتشير هذه الدراسة الاستقصائية إلى تغير وتباين التصورات بين البلدان لما يشكل الشيخوخة. وفي البلدان المتقدمة، ينظر بالضرورة إلى التقاعد بشكل متزايد على أنه بداية جديدة في الحياة، وإلى ''الشيخوخة'' على أنها ترتبط بتدهور قدرات الفرد البدنية والعقلية.

٧٤ - وفي البلدان النامية، لا يتفق مفهوم التقاعد مع الخبرة الحياتية لأن نسبة صغيرة من العاملين هي التي تعمل في الاقتصاد الرسمي ويمكن ''أن تتقاعد'' من الناحية الفعلية من أعمالها. وفي هذا السياق، ترتبط الشيخوخة تقليديا بأحداث أسرية مثل أن يصبح الفرد جدا - كما هي الحال في الهند - أو بلوغ عمر رمزي كسن الخمسين كما هي الحال في الصين والمكسيك. وتفيد الدراسة الاستقصائية التي أجراها بنك HSBC أن عددا أقل بدرجة كبيرة من المجيبين في البلدان النامية عن البلدان المتقدمة يرى الشيخوخة كمرحلة من العمر يتطلع المرء إليها. وفي كل البلدان النامية الخمس التي جرى استقصاؤها، رأى أفراد كل من الأجيال الكبيرة السن والأجيال الشابة أن الأسرة لها أهمية كبرى للحياة في فترة الشيخوخة، وأوضحوا أنهم يتوقعون الاعتماد على أولادهم في تزويدهم بالرعاية والدعم في فترة الشيخوخة. وفي الوقت نفسه، أظهرت الدراسة بزوغ اختلاف بين الأجيال في الآراء المتعلقة بالشيخوخة، إذ تؤمن أقلية من المجيبين بآراء سلبية عن كبار السن.

٧٥ - وليست الآراء السلبية عن كبار السن بالقليلة في الدول المتقدمة هي الأخرى. ففي المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية مثلا، وعلى الرغم من ارتفاع مستوى تأييد المواطنين للاستحقاقات المدفوعة لكبار السن من المصادر العامة، وَجدت مجموعة دراسات أجرتها إدارة العمل والمعاشات التقاعدية أن شرائح كبيرة من السكان تعتنق بقوة تصورات سلبية وإيجابية على السواء عن كبار السن[٥٠]. وعلاوة على ذلك، يُنظر في كثير من الأحيان إلى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٧٠ عاما على أنهم يفرضون عبئا زائدا على الاقتصاد والمجتمع. وكان من النتائج الطبيعية لذلك أن اعتبر نحو نصف المجيبين التمييز بسبب السن مسألة خطيرة في البلد، وأن أكثر من ربع المجيبين قد أفادوا بأنهم تعرضوا للتمييز بسبب السن.

---

(٤٩) HSBC, *"The Future of retirement in a World of Rising Life Expectancies: Attitudes towards ageing and retirement – a study across 10 countries and territories"* (2005).

(٥٠) Department for Works and Pensions, UK, *Attitudes to age in Britain 2004-08,* (Research report No. 599, 2009).

تبادل الرعاية بين الأجيال

٧٦ - وفقا للدراسة الاستقصائية الأوروبية للفترة ٢٠٠٤/٢٠٠٥ التي شملت ١٣ بلدا أوروبيا، يعتمد ٦٢ في المائة من الأمهات المشتغلات بعمل مأجور على قيام الأجداد برعاية أطفالهن الذين تقل أعمارهم على ٧ سنوات. ومن المرجح أن يوفر الأجداد الرعاية عندما تتراوح أعمارهم بين ٦٠ و ٦٥ عاما. وتشارك الجدات أكثر من الجدود في الرعاية غير الرسمية للأحفاد، وتشارك في هذه الرعاية الجدات من جهة الأم أكثر من الجدات من جهة الأب.

٧٧ - وتشير بحوث تستند إلى الدراسة الاستقصائية المتعلقة بالصحة والشيخوخة والتقاعد في أوروبا التي أجريت في ١٠ بلدان أوروبية قارية إلى أن ٥٨ في المائة من الجدات و ٤٩ من الجدود قد وفروا نوعا ما من الرعاية للأحفاد الذين تبلغ أعمارهم ١٥ عاما أو أصغر خلال الشهور الإثني عشر الماضية. وسُجل أعلى مستوى للرعاية المنتظمة المقدمة (أسبوعية أو أكثر تواترا) في بلدان جنوب أوروبا (إسبانيا وإيطاليا واليونان)، ويعزى ذلك أساسا إلى أن إقامة عدة أجيال معا تعد أكثر انتشارا في جنوب أوروبا[٥١].

المشاركة المدنية والسياسية

٧٨ - تعد المشاركة السياسية النشطة لكبار السن، سواء بشكل فردي أو جماعي، من الوسائل الهامة التي تتيح لهم إسماع أصواتهم.

٧٩ - وعلى الصعيد العالمي، يمثل الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٦٠ عاما ١٧ في المائة من السكان الذين يحق لهم التصويت. وبحلول عام ٢٠٥٠، سيمثل من تزيد أعمارهم على ٦٠ عاما ثلث الناخبين. وفي عام ٢٠٠٥، كانت نسبة من يحق لهم التصويت تزيد قليلا على ١٠ في المائة في أقل البلدان نموا، وتقل قليلا عن ١٥ في المائة في المناطق الأقل نموا، وتبلغ نحو ٢٥ في المائة في المناطق الأكثر تقدما. وينتظر أن يصل هؤلاء السكان إلى ما لا يقل عن ١٥ في المائة في أقل البلدان نموا بحلول عام ٢٠٥٠، وإلى نحو ٢٧ في المائة في المناطق الأقل نموا، وإلى أكثر قليلا من ٤٠ في المائة في المناطق الأكثر تقدما[٥٢].

٨٠ - ويعد ارتفاع نسبة المشاركة في الانتخابات بين كبار السن مؤشرا على استمرار اهتمامهم بالشؤون العامة وعلى رغبتهم في التأثير في العملية السياسية. وتساعد البلدان التي

---

(٥١) K. Hank and I. Buber “Grandparents Caring for their Grandchildren: Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing and retirement in Europe”,. *Journal of Family Issues* (2009), Vol.30 No. 1, pp. 53-73.

(٥٢) انظر www.helpage.org/Researchandpolicy/Stateoftheworldsolderpeople/Discriminationandrole.

تضم نسبة كبيرة من الناخبين كبار السن الذين يمارسون بانتظام حقهم الديمقراطي في الانتخاب على كفالة سماع أصوات كبار السن وتلبية احتياجاتهم والاستجابة لشواغلهم. وحظيت السياسات الموجهة إلى كبار السن باهتمام متزايد في بعض أنحاء العالم، جزئيا لأن التغير الديمغرافي يقتضي ذلك، ولكن ربما يكون السبب الأهم هو أن كبار السن في هذه البلدان يكونون عادة أكثر نشاطا من الناحيتين السياسية والاجتماعية بالقياس إلى أعضاء الفئات العمرية الأخرى.

٨١ - ولا توجد أحزاب سياسية لكبار السن إلا في عدد قليل من البلدان. ومن هذه الأحزاب الحزب الرمادي في ألمانيا، والحزب الأوكراني لأصحاب المعاشات التقاعدية، وحزب أصحاب المعاشات التقاعدية في روسيا الذي اندمج في حزب آخر منذ بضع سنوات ليصبح واحدا من أهم الأحزاب السياسية في البلد.

٨٢ - ومنذ الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، ظهر عدد من المبادرات الحكومية الرامية إلى إنشاء منتديات تتيح مشاركة كبار السن. وأنشأت بعض الحكومات هيئات تنسيقية معنية بقضايا الشيخوخة، تضم كبار السن إلى جانب أصحاب المصلحة ''التقليديين'' مثل الوكالات الحكومية.

٨٣ - وتوفر منظمات كبار السن وسيلة هامة تمكنهم من المشاركة من خلال الدعوة وتشجيع التفاعلات بين الأجيال، ولا سيما فيما يخص النساء كبيرات السن اللاتي يبقين بلا صوت في أحيان كثيرة. وتساعد هذه المجموعات على زيادة النفوذ السياسي لكبار السن وتضمن قدرتهم على المشاركة الفعالة في عمليات صنع القرار على كل مستويات الحكومة.

معرفة القراءة والكتابة والتحصيل العلمي

٨٤ - على الصعيد العالمي، ارتفعت مستويات معرفة القراءة والكتابة والتعليم ارتفاعا كبيرا خلال العقود الماضية. غير أن مستويات معرفة القراءة والكتابة والتحصيل العلمي بين كبار السن ظلت أقل بدرجة كبيرة عن نظيرتها بين الأجيال الأصغر سنا.

٨٥ - وتتراوح مستويات معرفة القراءة والكتابة في صفوف الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر بين مستوى مرتفع يبلغ ٩٧ في المائة في المناطق الأكثر تقدما ومستوى منخفض يبلغ ٥٤ في المائة في البلدان الأقل نموا[٥٣]. وتعد مستويات معرفة القراءة

(٥٣) UNESCO Institute for Statistics (UIS), Education Indicators and Data Analysis, Elderly (65+) Literacy Rates and Illiterate Population by UN Statistics Division Regions, Pre-April 2009 data release (Reference years 2005-2007).

والكتابة منخفضة بوجه خاص بين النساء كبيرات السن في المناطق الأقل نموا، حيث تبلغ ٤٢ في المائة. ففي أفريقيا، تصل نسبة معرفة القراءة والكتابة بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما فأكثر إلى ٤٣ في المائة للذكور وإلى ٢٢ في المائة للإناث. وفي آسيا، تصل هذه النسبة إلى ٧١ في المائة للذكور و ٤٧ في المائة للإناث، في حين أنها تصل في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي إلى ٧٧ في المائة للذكور و ٧١ في المائة للإناث. وعلاوة على ذلك، تعد مستويات معرفة القراءة والكتابة والتحصيل العلمي أكثر انخفاضا في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية في معظم البلدان.

٨٦ - وبحلول عام ٢٠٠٥، كان أكثر من ٥٠ في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و ٦٤ عاما قد أتموا التعليم الثانوي في معظم بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. أما في البلدان النامية، فإن مستويات إتمام التعليم الثانوي بين السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و ٦٤ عاما كانت أكثر انخفاضا بقدر كبير. وكانت مستويات إتمام التعليم الثانوي بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاما أو أكثر تمثل بوجه عام نصف نظيرتها تقريبا في الفئة العمرية ٥٥-٦٤ عاما في البلدان النامية. وفي معظم البلدان التي شملتها العينة، كانت نسبة من أتممن المرحلة الثانوية بين النساء كبيرات السن (٦٥ عاما أو أكثر) تقل عن ٤ في المائة[٥٤].

فرص مواصلة التعلم

٨٧ - في البلدان الغربية، ظهر خلال القرن العشرين اتجاه إلى تقسيم دورة الحياة إلى ثلاث فترات متمايزة هي: التعلم، والعمل، والتقاعد. ويقل وضوح التمييز بين هذه الفترات الثلاث، وخاصة بالنسبة لكبار السن، لأن الناس قد يجمعون بين أنشطة التعلم والتقاعد، أو يشاركون في برامج تدريبية كوسيلة لتمديد سنوات عملهم.

٨٨ - وبدأت بلدان كثيرة في الاعتراف بأن إيجاد فرص لمواصلة التعليم والتدريب أمر مهم لإدماج كبار السن في المجتمع. وإلى جانب المنافع الواضحة للإبقاء في سوق العمل على مهارات صالحة للتسويق، يحقق التعلم مدى الحياة طائفة من المنافع الاجتماعية أيضا. فكبار السن الذين يواصلون التعلم يظلون مهتمين بالمسائل التي تعنيهم، وتتوافر لهم فرصة التعرف على الطلاب الآخرين، ويكون قادرين على مواكبة التغيرات التكنولوجية، وخاصة تلك الحادثة في مجال تكنولوجيا المعلومات. وعلاوة على ذلك، يُمكِّن التعلم مدى الحياة الناس من مواكبة التطورات الجديدة في مجال الرعاية الصحية والتغذية وتقديم الرعاية، وهذه أمور يمكن

(٥٤) انظر Kinsella and He, op cit.

أن تساعد كلها على تحسين نوعية الحياة. غير أن فرص المشاركة في أنشطة التعلم المتواصل تظل نادرة نسبيا في بلدان كثيرة.

٨٩ - وأظهرت دراسة للوضع في أوروبا أنه على الرغم من أن فرص العاملين في الحصول على التدريب قد زادت بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٥، فإن فرص التدريب التي يوفرها أصحاب العمل للعاملين كبار السن تعد قليلة. وتذكر دراسة استقصائية أجرتها المؤسسة الأوروبية لتحسين ظروف المعيشة والعمل أن ”واحدا فقط من كل خمسة أشخاص تبلغ أعمارهم ٥٥ عاما فأكثر قد أفاد بأنه حصل على تدريب مدفوع الأجر أو تدريب وفره صاحب عمله خلال الشهور الإثني عشر السابقة (بالقياس إلى ٢٧ في المائة بالنسبة لكل العاملين). وفيما يخص الفئات الأخرى من التدريب، مثل التدريب أثناء العمل، يسجل العاملون كبار السن نسبا أدنى بالقياس إلى نظرائهم الأصغر سنا“[٥٥]. ويمكن أن يقاوم كبار السن أنفسهم الفرص التدريبية، خاصة إذا كانوا يعملون في نفس الصناعة ويؤدون نفس العمل لسنوات طويلة. وقد ينبع هذا من خشية تعلم شيء جديد. والرجال بوجه خاص هم الذين يُبدون عادة مقاومة أكبر لتعلم المهارات الجديدة. غير أن هناك أيضا مجموعة متنامية من الأدلة التي تبين أن كبار السن يرحبون بفرص التعلم.

٩٠ - وعند نقل العاملين إلى مواقع جديدة، كان هناك اتجاه إلى عرض إمكانية التقاعد المبكر، لا فرص إعادة التدريب، على من تزيد أعمارهم على ٥٠ أو ٥٥ عاما. ورئي أن التقاعد المبكر وسيلة أكثر سلاسة للتعامل مع تقليص الحجم أو إعادة الهيكلة. لكن اقتران تزايد طول العمر بتنامي المسؤوليات المتعلقة بالمعاشات التقاعدية، وبتفاقم النقص في المهارات لم يشجع على هذه الممارسات، ومن ثم أخذت برامج إعادة تدريب العاملين تزداد بروزا.

سادسا - حقوق الإنسان الخاصة بكبار السن

المبادئ والمعايير الدولية لحقوق الإنسان

٩١ - تعد حقوق الإنسان بحكم طبيعتها حقوقا عالمية. وبحكم النطاق العالمي لهذه الحقوق، فإن الطائفة الكاملة للمعايير والمبادئ المعترف بها دوليا لحقوق الإنسان، الواردة في معاهدات حقوق الإنسان، تغطي وتحمي كبار السن بدورهم. وكبار السن ليسوا مجموعة متجانسة، ومن ثم فإن ما يواجهونه من تحديات في ممارسة حقوق الإنسان الخاصة بهم تتباين تباينا كبيرا. ويعد التمييز المتعدد الأسباب عنصرا جوهريا في تحليل حقوق الإنسان، ولا سيما

(٥٥) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Foundation Focus: Age and Employment*, Issue 2, (September 2006).

التمييز على أساس السن المرتبط بأسباب التمييز الأخرى مثل نوع الجنس، والوضع الاجتماعي – الاقتصادي، والحالة الصحية.

٩٢ – ويتضمن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية أحكاما بالغة الأهمية لحماية حقوق الإنسان الخاصة بكبار السن، مثل الحق في الحياة، والصحة، والمستوى المعيشي اللائق، وعدم التعرض للتعذيب، والأهلية القانونية، والمساواة أمام القانون. كما تتضمن اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أحكاما تنطبق على كبار السن ضمن نطاق كل منهما.

٩٣ – وعلى الرغم من أن المعايير الواردة في المعاهدات الدولية القائمة لحقوق الإنسان تنطبق على كبار السن بنفس الطريقة التي تنطبق بها على سائر الناس، فقد رئي إن هناك فجوة في النظام الدولي لحقوق الإنسان. ويقصد بذلك عدم وجود أي أحكام محددة تركز على كبار السن، ولا أي صك عالمي لحقوق الإنسان يتعلق بحقوقهم، كما هي الحال مع فئات أخرى مثل النساء أو الأشخاص ذوي الإعاقة. غير أن ثمة صكين لحقوق الإنسان يتضمنان إشارات صريحة إلى ''السن'' وهما: الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، التي تُدرج السن في قائمة الأسباب التي يُحظر التمييز بسببها (المادة ٧)؛ واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تتضمن إشارات متفرقة إلى كبار السن، وذلك في المادة ٢٥ (ب) المتعلقة بالحق في الصحة، وفي الفقرة ٢ (ب) من المادة ٢٨ المتعلقة بالحق في مستوى المعيشة اللائق.

٩٤ – وعلى الرغم من أن كبار السن ليسوا جميعا ذوي إعاقة وأن الشيخوخة ينبغي ألا تُساوَى بالإعاقة في حد ذاتها، فإن كثيرا من كبار السن يكونون أيضا أشخاصا ذوي إعاقة ومن ثم تغطيهم اتفاقية الأشخاص ذوي الإعاقة. ولا ريب في أن الشيخوخة يمكن أن تفضي إلى اعتلالات بدنية أو عقلية أو فكرية أو حسية، وأن هذه الاتفاقية توفر إمكانات لم تستكشف للاستجابة لبعض المسائل المتعلقة بحقوق الإنسان. وعلاوة على ذلك، يمكن أن تعود بعض أحكام الاتفاقية – مثل الأحكام التي تشير إلى إمكانية الوصول والتي تشجع التصميم العام – بالنفع أيضا على كبار السن، بصرف النظر عما إذا كانوا يندرجون في عداد الأشخاص ذوي الإعاقة[٥٦]. ومن ذلك مثلا أن المباني والدوائر التي لها لا تتيسر إمكانية

(٥٦) انظر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، قرار الجمعية العامة ١٠٦/٦١، المرفق الأول، المادة ٤، الفقرة ١ (و)، و (ز)، و (ح)، والمادة ٩.

الوصول إليها تحد من إمكانيات حرية التنقل لكل من الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، أو لمن يجمعون بين الأمرين، أي كبار السن ذوي الإعاقة.

٩٥ - وطبقت الهيئات المعنية بالمعاهدات المعايير القائمة على كبار السن على الرغم من عدم وجود صك محدد يتعلق بحقوقهم. وفي عام ١٩٩٥، اعتمدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التعليق العام رقم ٦[٥٧]، الذي يتضمن تفسيرا مفصلا لالتزامات الدول الأطراف بموجب العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، من حيث انطباقها على كبار السن. وبالمثل، تناقش اللجنة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة في الوقت الحاضر اعتماد توصية عامة تتعلق بالنساء كبيرات السن وبحماية حقوق الإنسان الداخلة في نطاق اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

عدم التمييز

٩٦ - حظر التمييز ركيزة من ركائز القانون الدولي لحقوق الإنسان. وقد عُرِّف التمييز بأنه أي تفرقة أو استبعاد أو تقييد يكون غرضه أو أثره إضعاف أو إحباط الاعتراف بحقوق الإنسان والحريات الأساسية أو التمتع بها أو ممارستها، على قدم المساواة مع الآخرين، في الميادين السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو الثقافية أو المدنية أو أي ميدان آخر[٥٨].

٩٧ - وينطبق مبدأ عدم التمييز على كل فرد فيما يتعلق بحقوقه المدنية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية. وهو يرتبط ويستكمل بمبدأ المساواة ويجب أن يُضمَّن بعناية في التشريعات والسياسات والبرامج والإجراءات والممارسات. والدول ملزمة بأن تمتنع عن التمييز (التزامات سلبية) وبأن تتخذ كذلك إجراءات لمكافحة التمييز والاستبعاد (التزامات إيجابية)[٥٩]. وأي تمييز أو استبعاد أو تقييد قد يشكل انتهاكا إذا كان من أثره أو من نيته إضعاف أو إحباط ممارسة أي حق من جانب أي فرد بعينه.

---

(٥٧) انظر E/1996/22، ٨ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٥، المرفق الرابع.

(٥٨) على سبيل المثال، المادة ١ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، والمادة ٢ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

(٥٩) انظر لجنة حقوق الإنسان، التعليق العام رقم ١٨ (HRI/GEN/1/Rev.6)، صفحة ١٤٤، ١٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٩، الفقرات ٧-١٠؛ واللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ٢٠ ''عدم التمييز في الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية'' (E/C.12/GC/20)، ١٠ حزيران/يونيه ٢٠٠٩، الفقرات٧-٩.

٩٨ - وتشير معاهدتان دوليتان إلى ''السن'' تحديدا بوصفه سببا يُحظر التمييز على أساسه: المادة ٧ من الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، ومواد مختلفة من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تذكر، فيما تذكره، السن كمصدر محتمل لتمييز متعدد أو مضاعف عندما يقترن مع الإعاقة[٦٠]. وعادة ما تذكر الصكوك الدولية الأخرى لحقوق الإنسان الأسباب التي يُحظر التمييز بسببها مثل العرق أو اللون أو نوع الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي. ولئن كان ''السن'' لا يذكر صراحة بوصفه من الأسباب التي يُحظر التمييز بسببها، فإن قوائم الأسباب ما هي إلا قوائم توضيحية وغير شاملة وتتضمن عادة فئة مفتوحة (''أوضاع أخرى'')، وقد وفرت هذه القوائم فرصة أتاحت للجان أن تنظر في التمييز على أساس ''السن''.

٩٩ - وقد دأبت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على اتباع هذا النهج، واعتبرت أن السن سبب يُحظر التمييز على أساسه في عدة سياقات. وفي هذا الصدد، وجهت الانتباه إلى التمييز الذي يمارس ضد العاطلين كبار السن في العثور على عمل، أو الحصول على تدريب مهني، أو فيما يتعلق بعدم التكافؤ في الحصول على معاشات الشيخوخة العامة بسبب مكان الإقامة[٦١].

١٠٠ - وتنص المادة ٢٦ من العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية على حماية المساواة أمام القانون، بما في ذلك ضمان الحماية الفعالة ضد التمييز على أساس أي سبب آخر، وتشير إلى التمييز القانوني أو الفعلي. وتعتبر لجنة حقوق الإنسان أن ''التمييز بسبب السن الذي لا يستند إلى معايير معقولة وموضوعية قد يرقى إلى مستوى التمييز بسبب 'أوضاع أخرى' بموجب الحكم موضع النظر، أو إلى إنكار الحماية المتكافئة للقانون''، وأكدت هذا النهج في عدد من البلاغات الفردية[٦٢].

١٠١ - والتمييز المتعدد الأسباب، الذي يتعرض بموجبه بعض الأفراد للتمييز لأكثر من سبب واحد، قضية معقدة بوجه خاص. وقد أعرب مجلس حقوق الإنسان، في ديباجة

---

(٦٠) انظر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الفقرة (ع) من الديباجة؛ والفقرة ١ (ب) من المادة ٨؛ والمادة ١٣، الفقرة ١؛ والمادة ١٦، الفقرة ٢؛ والمادة ٢٥؛ والفقرة ٢ (ب) من المادة ٢٨.

(٦١) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ٦ (E/1996/22)، المرفق الرابع، والتعليق العام رقم ٢٠.

(٦٢) انظر لجنة حقوق الإنسان *Schmitz-de-Jong v. The Netherlands*, Communication No 855/1999, *Love et al. v. Australia*, Communication No. 983/2001, views of 25 March 2003, para 8.2; *Solís v. Peru*, Communication No. 1016/2001, views of 27 March 2006; and *Althammer et al. v. Austria*, Communication No. 998/2001, views of 8 August 2003.

قراره ٢٤/٧، عن قلقه العميق من أن ''أشكال التمييز والتعويق المتعددة أو المضاعفة يمكن أن تؤدي إلى استهداف الفتيات وبعض فئات النساء، مثل ... النساء ذوات الإعاقة أو المسنات أو الأرامل، أو تعرضهن للعنف ...''.

أوجه الضعف، والحماية الخاصة

١٠٢ - حددت آليات حقوق الإنسان أيضا كبار السن من الرجال والنساء كمجموعة ضعيفة تحتاج إلى تدابير خاصة تحميها. وعلى وجه التحديد تستوجب الفقرة ٢ من المادة ١٦ من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة توفير أشكال من المساعدة والدعم للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم ''تراعي سنهم'' من أجل تجنب حالات الاستغلال والعنف والاعتداء، ويشمل ذلك الجوانب التي تراعي نوع جنسهم، مما يشكل اعترافا بأوجه الضعف الخاصة لكبار السن.

١٠٣ - وقد فُهم العنف ضد المرأة على أنه يشمل على سبيل المثال لا الحصر العنف البدني والجنسي والنفسي الذي يحدث في إطار الأسرة، وفي إطار المجتمع العام، أو ترتكبه الدولة أو تتغاضى عنه، أينما وقع[٦٣]. وبناء على ذلك، فإن الدول ملزمة، من منظور حقوق الإنسان، بأن تتخذ كل ما هو ملائم من تدابير تشريعية وإدارية واجتماعية وتعليمية وتدابير أخرى لمكافحة العنف وحماية الأفراد في دوائرهم الخاصة والعامة، بما في ذلك من تصرفات أسرهم وأقاربهم ومقدمي الرعاية لهم.

١٠٤ - ورأت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أنه ''يوجد إلى جانب كبار السن الذين يتمتعون بصحة جيدة والذين تعتبر حالتهم المالية مرضية، كثيرون ممن لا تتوافر لهم وسائل العيش الكافية، حتى في البلدان المتقدمة، وهم كثيرون بين أكثر الفئات ضعفا وتهميشا وافتقارا للحماية''[٦٤]. وأدرجت اللجنة دوما كبار السن في قائمة الفئات التي يمكن أن تعاني من الحرمان أو الضعف أو التهميش[٦٥]. وبالمثل، اعتبرت اللجنة

(٦٣) قرار الجمعية العامة ١٠٤/٤٨، الفقرة ٢.

(٦٤) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ٦، الفقرة ١٧.

(٦٥) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ٤، ''الحق في السكن الملائم'' (E/1992/23)، ١٣ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩١، المرفق الثالث، الفقرة ٨ (هـ)؛ والتعليق العام رقم ٧، ''الحق في السكن الملائم: الإخلاء القسري'' (E/1998/23)، ٢٠ أيار/مايو ١٩٩٧، المرفق الرابع، الفقرة ١٠؛ والتعليق العام رقم ١٢، ''الحق في الغذاء الكافي'' (E/C.12/1999/5)، ١٢ أيار/مايو ١٩٩٩، الفقرة ١٣؛ والتعليق العام رقم ١٤، ''الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه'' (E/C.12/2000/4)، ١١ آب/أغسطس ٢٠٠٠، الفقرة ١٢؛ والتعليق العام رقم ١٥، ''الحق في المياه'' (E/C.12/2002/11)، ٢٠ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٣، الفقرة ١٦ (ح).

المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، في توصيتها العامة ٢٤ المتعلقة بالمرأة والصحة، أن المسنات يمكن أن يشكلن فئة ضعيفة ومحرومة، وهي تناقش في الوقت الحاضر توصية عامة محددة تتعلق بالمسنات(٦٦).

١٠٥ - وقد شغلت حالة كبار السن في مؤسسات رعاية كبار السن وفي مرافق الاحتجاز عدة آليات معنية بحقوق الإنسان. فأوصت لجنة مناهضة التعذيب بأن تَحظر وتمنع الدول الأطراف التعذيب وسوء المعاملة في جملة مؤسسات منها المؤسسات التي تُعنى برعاية كبار السن، وبأن تعوض عن هذه الأعمال(٦٧). وشدد المقرر الخاص لمجلس حقوق الإنسان المعني بمسألة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة على أن كبار السن من الفئات الأشد ضعفا في مرافق الاحتجاز العامة ومؤسسات الأمراض النفسية، مشيرا إلى أنهم يعانون من تمييز مزدوج أو ثلاثي الأسباب(٦٨). وأشارت لجنة حقوق الإنسان إلى ''الوضع الضعيف لكبار السن المودعين في دور الرعاية الطويلة الأجل، الذي أسفر أحيانا عن معاملتهم معاملة مهينة وانتهاك حقهم في الكرامة الإنسانية''(٦٩).

التدابير الخاصة لصالح فئات محددة

١٠٦ - قامت بعض آليات حقوق الإنسان بمعالجة حقوق الإنسان الخاصة بكبار السن بالإقرار بضرورة مراعاة احتياجات فئات عمرية محددة بالقياس إلى الفئات العمرية الأخرى. ومن ذلك مثلا أن المادة ٢٥ (ب) من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تستوجب في الخدمات الصحية أن تصمم بهدف ''التقليل إلى أدنى حد من الإعاقات ومنع حدوث المزيد منها، على أن يشمل ذلك الأطفال وكبار السن''. وقد أوصت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن تأخذ السياسات الصحية في الحسبان بوجه خاص احتياجات المسنين التي ''تتراوح بين الوقاية وإعادة التأهيل ورعاية المرضى في نهاية

(٦٦) انظر A/54/38، الفقرة ٦.

(٦٧) انظر لجنة مناهضة التعذيب، التعليق العام رقم ٢، ''تنفيذ المادة ٢ من جانب الدول الأطراف''، (CAT/C/GC/2)، ٢٤ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٨، الفقرة ١٥.

(٦٨) تقرير المقرر الخاص المعني بمسألة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة المعنون "Study on the phenomena of torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in the world, including an assessment of conditions of detention", ٥ شباط/فبراير ٢٠١٠ (A/HRC/13/39/Add.5)، الفقرات ٢٣١، و ٢٣٧، و ٢٥٧.

(٦٩) انظر لجنة حقوق الإنسان، ''Concluding Observations: Germany'' (CCPR/CO/80/DEU)، ٤ أيار/مايو ٢٠٠٤، الفقرة ١٧.

العمر"[٧٠] وأكدت من جديد أهمية "الفحوص الدورية لكلا الجنسين؛ وتدابير إعادة التأهيل البدني والنفسي الرامية إلى الحفاظ على القدرات الوظيفية لكبار السن واستقلالهم الذاتي؛ وتوفير العناية والرعاية للمصابين بأمراض مزمنة أو لا شفاء منها، وتجنيبهم الألم الذي يمكن تفاديه وتمكينهم من الموت بكرامة"[٧١]. وبالمثل، اعتبرت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن ذلك يستدعي توفير التعليم والتدريب المناسبين على مختلف المستويات طول الحياة[٧٢].

١٠٧ - كما دأبت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية الثقافية على اعتبار إمكانية الوصول - بما في ذلك الوصول المادي - عنصرا رئيسيا للمحتوى المعياري للحقوق الواردة في العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. والواقع أنه ينبغي ضمان إمكانية الوصول من أجل تمكين كبار السن من الممارسة الكاملة لحقوق مثل الحق في المستوى المعيشي اللائق، بما يشمله ذلك من سكن وغذاء ومياه وتعليم وصحة[٧٣].

الحق في الضمان الاجتماعي، ومسألة الحماية الاجتماعية

١٠٨ - يؤدي السن دورا بارزا بوجه خاص في الحق في الضمان الاجتماعي، ويُعترف عامة بأن الشيخوخة من الشدائد الرئيسية التي يغطيها الضمان الاجتماعي في مفهوم القانون الدولي. وقد اعترفت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن الشيخوخة من الشدائد التي يتعين أن يغطيها الضمان الاجتماعي، ورأت أن المادة ٩ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تعترف ضمنا بالحق في مستحقات الشيخوخة[٧٤].

١٠٩ - كما أوضحت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن الحق في الضمان الاجتماعي يشمل كلا من المخططات القائمة على الاشتراكات، والمخططات القائمة على التأمين، والمخططات غير القائمة على الاشتراكات والممولة من الضرائب (التي

(٧٠) انظر التعليق العام رقم ٦، الفقرة ٣٤.

(٧١) انظر التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٢٥.

(٧٢) انظر التعليق العام رقم ٦، الفقرة ٣٧.

(٧٣) انظر التعليق العام رقم ٤، الفقرة ٨ (هـ)؛ والتعليق العام رقم ١٢، الفقرة ١٣؛ والتعليق العام رقم ١٤، الفقرة ١٢ (ب)؛ والتعليق العام رقم ١٥، الفقرة ١٢ (ج) (١)؛ والتعليق العام رقم ٢١، "حق كل فرد في المشاركة في الحياة الثقافية" (E/C.12/GC/21)، ٢١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٩، الفقرة ١٦ (ب).

(٧٤) انظر التعليق العام رقم ٦، الفقرة ١٠ والفقرات ٢٦-٣٠؛ والتعليق العام رقم ١٩، "الحق في الضمان الاجتماعي" (E/C.12/GC/19)، ٤ شباط/فبراير ٢٠٠٨، الفقرة ١٥.

يشار إليها أحيانا باسم ''المساعدة الاجتماعية''). وأكدت أنه يجب على الدول أن تأخذ العناصر التالية في الاعتبار بوصفها جوهرية للحق في مستحقات الشيخوخة:

(أ) اتخاذ تدابير ملائمة لوضع مخططات عامة للتأمين الإلزامي على كبار السن، بدءا من سن معينة ينص عليها القانون الوطني؛

(ب) تحديد سن مرنة للتقاعد، تراعي الظروف الوطنية، وطبيعة المهنة – وخاصة العمل في مهن خطرة – وقدرة كبار السن على العمل، مع إيلاء الاعتبار الواجب للعوامل الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية؛

(ج) تقديم إعانات للورثة والأيتام بعد وفاة العائل المستفيد من الضمان الاجتماعي أو الذي كان يتلقى معاشا تقاعديا؛

(د) تقديم إعانات غير قائمة على الاشتراكات لكبار السن ومساعدات أخرى لجميع كبار السن الذين لا يكونون، عند بلوغهم سن التقاعد المنصوص عليها في القانون الوطني، قد أكملوا فترة الاشتراك المؤهلة ولا يحق لهم الحصول على معاش شيخوخة أو غير ذلك من إعانات أو مساعدات الضمان الاجتماعي ولا يكون لديهم أي مصدر آخر للدخل[٧٥].

١١٠ – ولاحظت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مع القلق، لدى النظر في تقارير الدول الأطراف المنتمية إلى البلدان المتقدمة والنامية على السواء، انخفاض مستوى التغطية بمعاشات الشيخوخة، والسياق الأوسع نطاقا لنظم الحماية الاجتماعية لكبار السن. وأوصت اللجنة بتوسيع نطاق شبكة الخدمات الصحية والاجتماعية المتكاملة، بما في ذلك المساعدة في المنزل، ليشمل كبار السن الذين يعانون من إعاقات بدنية أو عقلية؛ أو اعتماد برنامج رعاية يتيح لكبار السن أن يعيشوا حياة كريمة؛ أو تطبيق تدابير خاصة في استراتيجيات الحد من الفقر لتقليص نطاق الفقر في صفوف كبار السن، وإعطاء الأولوية لرعاية من يحتاجون إلى الرعاية بين كبار السن في المنزل بدلا من إيداعهم في المؤسسات[٧٦].

١١١ – كما طرحت اللجنة الشواغل المتعلقة بالتأثير المحتمل للتمييز على مستحقات معاشات الشيخوخة لفئات معينة. وبشكل ملموس، طلبت اللجنة توفير بيانات إحصائية

(٧٥) انظر التعليق العام رقم ٦، الفقرات ٢٧–٣٠؛ والتعليق العام رقم ١٩، الفقرتين ٤ و ١٥.

(٧٦) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الملاحظات الختامية: نيكاراغوا (E/C.12/NIC/CO/4)، الدورة الحادية والأربعون، جنيف، ٣–٢١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٨، الفقرة ٢٢؛ والملاحظات الختامية:صربيا والجبل الأسود (E/C.12/1/Add.108)، الدورة الرابعة والثلاثون، ٢٥ نيسان/أبريل – ١٣ أيار/مايو ٢٠٠٥، الفقرة ١٨.

مقارنة بشأن مستويات معاشات الشيخوخة مصنفة حسب نوع الجنس وعدد الأطفال وفئات الدخل وغيرها من المعايير ذات الصلة حتى يتسنى إجراء تقييم لأثر القانون أو السياسات في استحقاقات التقاعد للنساء[٧٧].

١١٢ - وقامت مؤخرا الخبيرة المستقلة المعنية بمسألة حقوق الإنسان والفقر المدقع بمعالجة قضية المعاشات غير القائمة على الاشتراكات أو المعاشات الاجتماعية لكبار السن، بوصفها بعدا هاما لنظم الضمان الاجتماعي. ويؤكد تقريرها انخفاض مستوى التغطية بمخططات المعاشات التقاعدية القائمة على الاشتراكات ويبرز أن ''المعاشات غير القائمة على الاشتراكات بمقدورها أن تقلل بدرجة كبيرة من الفقر والضعف في صفوف كبار السن، ولا سيما النساء اللاتي يعشن عمرا أطول وتعد احتمالات انتفاعهن بنظم المعاشات القائمة على الاشتراكات أقل''[٧٨].

الحق في الصحة والحق في السكن اللائق

١١٣ - أكد المقرر الخاص السابق المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية ضرورة اتخاذ تدابير تكفل تمتع كبار السن بحقوق الإنسان، وذلك فيما يتعلق بتدريب المهنيين الصحيين، وتصميم وتنفيذ نظم صحية وطنية تمتثل لنهج قائم على حقوق الإنسان، وأخيرا فيما يتعلق بشركات الدواء.

١١٤ - وعند الإشارة إلى أهمية المشاركة المجتمعية وتبادل المعلومات، لاحظ المقرر الخاص أن النظام الصحي الوطني ''يجب أن يستجيب للأولويات الوطنية والمحلية. ويدرك العاملون في حقل صحة المجتمع الذين حصلوا على تدريب، مثل الفرق الصحية القروية، الأولويات الصحية لمجتمعاتهم المحلية. كما تساعد المشاركة الشاملة على كفالة استجابة النظام الصحي للاحتياجات الصحية المحددة لـ ...كبار السن ... ومشاركة المجتمع بصورة شاملة وعن علم وبنشاط هي عنصر حيوي من عناصر الحق في الصحة''[٧٩].

١١٥ - وفيما يتعلق بالحق في السكن اللائق، وضع المقرر الخاص السابق المعني بالحق في السكن اللائق ''المبادئ الأساسية والمبادئ التوجيهية المتعلقة بعمليات الإخلاء والترحيل

(٧٧) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الملاحظات الختامية: النمسا (E/C.12/AUT/CO/3)، الدورة الخامسة والثلاثون، ٧-٢٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٥، الفقرة ٢٥.

(٧٨) انظر A/HRC/14/31، الصفحة ١.

(٧٩) تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية (E/CN.4/2006/48)، ٣ آذار/مارس ٢٠٠٦، الفقرة ٧.

بدافع التنمية'' التي ترى أنه ''ينبغي ضمان إعطاء الأولوية عند توزيع المساكن والأراضي للمجموعات المحرومة ككبار السن والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقات''. ووفقا للمقرر الخاص ''يجب أن تأخذ عمليات تقييم الأثر في الحسبان الآثار التباينية التي تخلفها عمليات الإخلاء القسري على النساء والأطفال وشرائح المجتمع المهمشة. وينبغي أن تستند جميع عمليات التقييم تلك إلى مجموعة من البيانات المفصلة على نحو يُمكِّن من تحديد جميع الآثار التباينية ومن معالجتها''(٨٠).

سابعا – ملاحظات ختامية

١١٦ – في مستهل العقد الثاني من القرن الحادي والعشرين، يتزايد بوتيرة غير مسبوقة عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ عاما فأكثر – وينتظر أن يرتفع هذا العدد من مستواه الحالي البالغ ٧٤٠ مليون نسمة ليصل إلى بليون نسمة قبل نهاية العقد، وربما إلى بليوني نسمة بحلول عام ٢٠٥٠. ويعيش أغلبية كبار السن في البلدان النامية التي سيحدث فيها الجانب الأكبر من الزيادة.

١١٧ – ويشير تحليل الحالة الاجتماعية والاقتصادية الراهنة ومشاركة كبار السن إلى تباين الأوضاع وإلى حدوث تغيرات سريعة ومعقدة. وتتألف أغلبية كبيرة من كبار السن من النساء، ولا سيما ممن تبلغ أعمارهن ٨٠ عاما فأكثر؛ ومن الأرجح أن يكون كبار السن من الرجال متزوجين بالقياس إلى كبار السن من النساء؛ ويقيم عدد متزايد من كبار السن في المناطق الحضرية، وإن كان كثير منهم ما زالوا يعيشون في المناطق الريفية؛ وتلاحظ تفاوتات كبيرة فيما يخص الأحوال المعيشية، والظروف الاجتماعية الاقتصادية، والأوضاع الصحية.

١١٨ – ويغلب على كبار السن في البلدان النامية العيش في كنف أسر معيشية متعددة الأجيال، وإن كان هذا الاتجاه قد بدأ في التراجع بحكم التغيرات التي طرأت على الهياكل الأسرية من جراء الهجرة وعوامل أخرى. أما كبار السن في البلدان المتقدمة فتزيد، من جهة أخرى، احتمالات عيشهم بمفردهم أو مع الزوج على احتمالات إقامتهم مع أولادهم. وتعد نوعية السكن الذي يقيم به كبار السن أفضل في أحيان كثيرة في البلدان المتقدمة وأسوأ في البلدان النامية بالقياس إلى سكن عامة السكان.

١١٩ – وفي المتوسط، يزيد انتشار الفقر بين كبار السن، ولا سيما الطاعنين في السن، عنه بين الفئات الأصغر سنا. وفي البلدان التي يغطي فيها الضمان الاجتماعي والمعاشات التقاعدية

(٨٠) تقرير المقرر الخاص المعني بالسكن اللائق كعنصر من عناصر الحق في مستوى معيشي مناسب (A/HRC/4/18)، ٥ شباط/فبراير ٢٠٠٧، المرفق الأول، الفقرتان ٣١ و ٣٣.

الأغلبية الواسعة من القوى العاملة، يغلب على كبار السن التقاعد من قوة العمل في عمر يتراوح بين ٦٠ و ٦٥ عاما تقريبا، مع تقاعد النساء عادة في وقت مبكر عن الرجال. وفي المناطق الأقل نموا من العالم، التي لا تغطي فيها برامج الضمان الاجتماعي والمعاشات التقاعدية إلا أقلية من العاملين، يستمر كثير من كبار السن، ولا سيما الرجال، في العمل بدافع من الضرورة الاقتصادية. وفي البلدان الأكثر تقدما، كثيرا ما يواجه كبار السن الذين يريدون مواصلة العمل تمييزا بسبب السن، وقواعد تقاعد إلزامية. وعلى الرغم من أن البلدان التي تشهد عملية شيخوخة ديمغرافية سريعة تعمد على نحو متزايد إلى تعديل الأحكام المتعلقة بالتقاعد في إطار إصلاح يستهدف تعزيز استدامة نظم المعاشات التقاعدية فيها، فإن التصورات النمطية عن كبار السن وارتفاع مستوى البطالة لا يزالان يقوضان فرص كبار السن في الوصول إلى سوق العمل.

١٢٠ - وشهد العقد الماضي زيادات كبيرة في العمر المتوقع في معظم البلدان، وخاصة بين الفئات الأكبر سنا. ومن غير الواضح ما إذا كانت استطالة أعمار كبار السن ترادف حياة أوفر صحة. ومن بين الحالات المرضية التي تسبب قلقا متزايدا لكبار السن فقدان قوة السمع والبصر، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والخرف، والسمنة. وفي كثير من البلدان، لا تتوافر لكبار السن فرص كافية للحصول على الخدمات الصحية، ويتخلف التدريب في مجال طب المسنين عن مواكبة الطلب على هذا النوع من الرعاية. وبالإضافة إلى ذلك، توجد حاجة متنامية على الصعيد العالمي إلى خدمات الرعاية الطويلة الأجل، وهي خدمات كانت تقدم تقليديا بشكل غير رسمي من جانب مقدمي الرعاية الأسريين، لكنها باتت توفر على نحو متزايد من جانب مقدمي رعاية مأجورين. وتشير التقارير إلى ارتفاع مستوى ما يواجهه كبار السن من إساءة معاملة وإهمال، وذلك في صفوف جميع الطبقات الاقتصادية والاجتماعية.

١٢١ - ومع تزايد عدد كبار السن، يتنامى الوعي بأهمية الشيخوخة النشطة، على الرغم من استمرار التصورات النمطية عن كبار السن. ويتزايد الاعتراف بما يقدمه كبار السن من إسهامات كبيرة في توفير الرعاية عبر الأجيال، وكذلك بمشاركتهم المستمرة في حياة المجتمع. وقد أصبح كبار السن قوة سياسية هامة ومتنامية، خاصة في البلدان المتقدمة، وتساعد منظمات كبار السن على ضمان تمتعهم بصوت أقوى في عمليات صنع القرار. غير أن مستويات معرفة القراءة والكتابة والتحصيل العلمي لكبار السن الحاليين تعد أدنى بكثير من نظيرتها في صفوف عامة السكان، مما يسهم في استبعادهم من المشاركة بصورة أشمل في المجتمع وفي عملية التنمية.

١٢٢ - وتنطبق معاهدات حقوق الإنسان على كبار السن بنفس الطريقة التي تنطبق بها على سائر الناس. وعلى الرغم من أن معاهدتين دوليتين فقط هما اللتان تتضمنان إشارة صريحة إلى ''السن'' بوصفه سببا يُحظر التمييز على أساسه، فإن آليات حقوق الإنسان قد طبقت عددا من المعايير والأحكام القائمة المستمدة من معاهدات شتى لحقوق الإنسان على وضع كبار السن. كما رأت عدة آليات لحقوق الإنسان أن كبار السن من الرجال والنساء مجموعة ضعيفة تتطلب تدابير خاصة تحميها وأنهم يعانون من تمييز متعدد الأسباب؛ ومن هذه الآليات على وجه الخصوص اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، واللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، والخبير المستقل المعني بمسألة حقوق الإنسان والفقر المدقع. وتعترف آليات حقوق الإنسان بالحاجة إلى تشريعات وسياسات وبرامج تراعي كبار السن، وذلك فيما يتعلق مثلا بالحق في الصحة، والحق في السكن اللائق، وإمكانية الوصول والتصميم العام، وفرص الوصول إلى العدالة. وعلاوة على ذلك، تعد الشيخوخة من الشدائد الرئيسية التي يتعين أن يغطيها الضمان الاجتماعي في مفهوم القانون الدولي.

١٢٣ - وفي السنوات الأخيرة، عمد المجتمع المدني والرأي العام على نحو متزايد إلى معالجة قضية كبار السن من خلال منظور حقوق الإنسان. ودعت المنظمات غير الحكومية وأصحاب المصلحة الآخرون إلى ضرورة وضع صك دولي شامل جديد لحماية حقوق كبار السن. ويشير دعاة هذا الموقف إلى الغياب الحالي لصك نوعي، وتجزؤ المسائل بين معاهدات حقوق الإنسان القائمة، وعدم الاتساق في التركيز عليها من جانب الآليات المختلفة، وتزايد المطالب الداعية إلى قيام الدول باعتماد تدابير لمعالجة التحول الديمغرافي. ويقولون إن لجنة متخصصة من شأنها أن تشكل جهة تنسيق، وتوفر أساسا موثوقا به للدعوة، وتزود صانعي السياسات والمشرعين والمحاكم بتوجيه بشأن حقوق كبار السن، وتزيد من وضوح قضايا كبار السن للعيان لدى سن القوانين ورسم السياسات على الصعيد الوطني.

١٢٤ - ودعا آخرون إلى التكليف، في إطار الإجراءات الخاصة لمجلس حقوق الإنسان، بولاية تركز على حقوق كبار السن، بوصف ذلك إشارة واضحة إلى دعم الجهاز الدولي لحقوق الإنسان لإبراز المسألة. ويشيرون إلى أن مقررا خاصا من شأنه أن يؤدي دورا حاسما في تسليط الضوء على كثير من قضايا حقوق الإنسان التي تواجه كبار السن رجالا ونساء في كل أنحاء العالم، مع الاستعانة بالصكوك المتعددة في تحديد النطاق والمضمون، ويمكن أن يوفر توجيها ودعما للدول في تصميم وتنفيذ ورصد التشريعات والسياسات والبرامج التي تعالج قضايا كبار السن.