



ورقة إحاطة أعدها الفريق العامل المعني بالمرأة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

أوجه التقاطع بين الصحة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمرأة^١

آذار / مارس ٢٠١٦

سلسلة أوراق إحاطة أعدها الفريق العامل المعني بالمرأة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

تركز سلسلة أوراق الإحاطة التي أعدها الفريق العامل المعني بالمرأة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في الشبكة العالمية على نقاط التقاطع القائمة بين المرأة وقضايا محددة في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. تعرض هذه الأوراق تحديات نُظمية محددة أمام **إعمال حقوق المرأة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في الممارسة**، وتكشف مقاربات تدريجية لتطبيق منظور المساواة الحقيقية. وقد صيغت هذه الأوراق أساسًا بالاستناد إلى عمل أعضاء الشبكة العالمية في مختلف المجالات، ويجري الإبلاغ عنها وتحسينها عن طريق التحوّل مع خبراء آخرين في هذا المجال أعدت هذه الأوراق لتقديمها والإبلاغ عنها في لقاء تشاوري عقده الفريق العامل مع أعضاء لجنة الأمر المتحدة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو)، ولجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (CESCR) في السابع من تشرين الثاني/نوفمبر 2015 في جنيف، وجاء تحت عنوان "النساء والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: التحديات الحالية والفرص المتاحة لإحراز التقدّم".

لمعلومات إضافية وللإطلاع على تقرير الاجتماع يُرجى زيارة الرابط التالي:

[/https://www.escr-net.org/ar/news/2016376696](https://www.escr-net.org/ar/news/2016376696)

اعتماد منظور المساواة الموضوعية

يُشجع الفريق العامل المعني بالمرأة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على الانتقال من مقارنة محايدة جنسانية تقتصر على ضمان المعاملة بالمثل إلى مقارنة أخرى تدرس الآثار المترتبة على عمل محدد، وذلك عن طريق إعطاء الأولوية للتحليلات الخاصة بالمقارنة الحقيقية في مشروعاته وأنشطته الجماعية. بادئ ذي بدء، تتطلب المساواة الحقيقية النظر في التمييز غير المباشر الممارس بحق المرأة، حيث يتضح أن القوانين أو السياسات أو الممارسات المحايدة تؤثر سلبيًا في المرأة بدرجات متفاوتة، وذلك بسبب الاختلاف البيولوجي وأو المكانة التي تتبوأها المرأة وطريقة النظر إليها في العالم عبر الفروقات الجنسانية المحددة اجتماعيًا وثقافيًا. عمومًا، يتطلب تطبيق المساواة الحقيقية في الممارسة اتباع مقارنة متعددة الأوجه **تُعالج موطن الضعف** (القائم على الهياكل الاجتماعية التاريخية والمحلية وعلاقات القوة التي تحدد قدرات المرأة في التمتع بحقوق الإنسان وتؤثر فيها)؛ **وتتصدى للصوّر النمطية والوصم والتحيز والعنف** (مع تغيير أساسي في نظرة المرأة إلى نفسها ونظرة الآخرين إليها وطريقة تعامل الآخرين معها)؛ وتحوّل الهياكل والممارسات المؤسسية (التي غالبًا ما تكون ذكورية التوجّه وتتجاهل خبرات النساء أو تتغاضى عنها)؛ **وتيسر الاندماج الاجتماعي والمشاركة السياسية** (في عمليات صناعة السياسات كافة الرسمية وغير الرسمية).^٢

١-نوّد الإعجاب عن بالغ تقديرنا لأعضاء الفريق العامل المعني بالمرأة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على دورهم الريادي في صياغة هذه الدراسة ومراجعتها ومن بينهم: مركز الحقوق الإنجابية (دوليا)؛ مركز الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (هايكلامي تراست)؛ ونزدك (الهند)؛ ومركز فرانسوا كرافيه باغوند للصحة وحقوق الإنسان، جامعة هارفرد (الولايات المتحدة الأمريكية)؛ ومندى آسيا والمحيط الهادئ المعني بالمرأة والقانون والتنمية (منطقة آسيا)؛ وغيرهم من الأعضاء الذين قدموا إسهامات قيمة.

٢-لمزيد من المعلومات حول هذا الإطار، انظر:

Sandra Fredman and Beth Goldblatt Gender Equality and Human Rights (2015) UN Women Discussion Paper No. 4,

<http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/7/dps-gender-equality-and-human-rights>.

في ظل النظم الصحية المتعثرة، سواء أكانت في دولة أو إقليم معين أو منطقة ما، غالباً ما تكون النساء عرضة لتأثيرات متفاوتة المستوى، وذلك بسبب احتياجاتهن الصحية الخاصة وأوضاعهن الاجتماعية المتدنية على حد سواء. فعلى سبيل المثال، عندما تكون الموارد الصحية شحيحة، قد تعطي المستشفيات والعيادات الأولوية لما تراه احتياجات صحية "عامة"، متجاهلةً في الوقت عينه المخاطر الاستثنائية التي تهدد صحة النساء، كالحاجة إلى مخزون من الأدوية الأساسية والمعدات الطبية المتعلقة بالحمل والولادة. علاوة على ذلك، غالباً ما يُنظر إلى النتائج الصحية المتردية مثل اعتلال صحة الأمهات والوفيات النفاسية في البلدان النامية على أنها نتائج قدرية عوضاً عن كونها ظروف يُمكن تفاديها. فيترك هذا الأمر آثاراً مضاعفة على النساء من الفئات المهمشة، فعلى سبيل المثال، يُلاحظ أن نساء الداليت أو نساء الشعوب الأصلية اللواتي يتعين عليهن التصدي لإهمال احتياجاتهن الصحية، يواجهن في أحيان كثيرة أشكالاً أخرى من أشكال التمييز في مرافق الرعاية الصحية التي تقوّض حقهن في الرعاية الجيدة. كذلك، غالباً ما تواجه النساء في العديد من البلدان انتهاكات خطيرة لحقوقهن لدى التماسهن خدمات الصحة الإنجابية في مرافق الصحة العامة والخاصة، وتشمل هذه الانتهاكات الإهمال، وسوء المعاملة أثناء الولادة وبعدها، والاعتداء الجسدي والإهانة اللفظية، والاحتجاز داخل المنشآت الصحية لعدم قدرتهن على تسديد تكاليف الخدمات، فضلاً عن تشويه الأعضاء التناسلية الأثوية.

علاوة على ذلك، يُصنّف النوع الاجتماعي (الجنس) ضمن المحددات الاجتماعية للصحة الأشد أهمية. إذ تُعرّف منظمة الصحة العالمية المحددات الاجتماعية للصحة بأنها "الأوضاع التي يولد الفرد وينمو ويعمل ويعيش ويهرم في ظلها، وتتكوّن هذه الظروف من مجموعة واسعة من السلطات والنظم التي تُحدد ظروف الحياة اليومية".^١ وعليه، لا بدّ من معالجة النوع الاجتماعي (الجنس) بوصفه محدداً لأن تأثيره يطال العديد من الجوانب الحياتية، مثل الوصول إلى المعلومات والتعليم، والفقر الذي يعانيه الأشخاص، وإمكانية الحصول على التغذية وجودتها والسكن والمياه والصرف الصحي، إلى جانب مجموعة من العوامل التي تؤثر في صحة الفرد. لذا، لا بدّ من معالجة المحددات الاجتماعية للصحة والاعتراف بالتمييز المتعدد الجوانب المحتمل والتصدي له من أجل تحسين النتائج الصحية وإعمال الحق في الصحة. وقد يؤدي التمييز المتعدد الجوانب إلى نشوء قضايا معينة تتعلق بالحق في الصحة تواجهها الفتيات والنساء من ذوات الإعاقة ونساء الشعوب الأصلية والعاملات المهاجرات واللجئات والمسنات، بالإضافة إلى المثليات ومزدوجات الميل الجنسي ومغايرات الهوية الجنسية وحاملات صفات الجنسين.

أخيراً، تملك ديناميات السلطة، سواء أكانت داخل مرافق الرعاية الصحية أم خارجها، نفوذاً قوياً على حق المرأة في الصحة. إذ يتعدى على المرأة في الأماكن التي يصعب عليها تأكيد حقوقها وإثباتها، أن تطالب بسبل الانتصاف جراء انتهاكات حقوق الإنسان المرتكبة بحقها، كتعرضها لسوء المعاملة والاعتداء في مرافق الصحة، أو انتهاك حقوقها في الموافقة المسبقة. علاوة على ذلك، إن خوف المرأة من التعرض للاعتداء في مرافق الرعاية الصحية، يردعها من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. كذلك، إن طريقة تغلغل ديناميات السلطة داخل المجتمعات التي تؤثر في أنماط العنف المُمارس على أساس النوع الاجتماعي (الجنس) وتقوض صحة المرأة مباشرة، تُحتم تجهيز خدمات الرعاية الصحية على نحو يُمكنها من الاستجابة بفعالية وعلى نحو ملائم

تواجه النساء عدداً من العقبات الفريدة التي تعوّق أو تحبط الأعمال التامة لحق المرأة في التمتع بأعلى مستوى يُمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية.^٢ ونذكر من هذه العقبات المعاملة التفضيلية التي تعتمدها الدولة في تلبية الاحتياجات الصحية للمرأة، فضلاً عن العقبات القانونية وغيرها التي تمنع المرأة من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة، ومجموعة متنوعة من العقبات الرسمية وغير الرسمية التي تمنع المرأة من اتخاذ قرارات مستقلة تتعلق بصحتها.

تفسير حقوق المرأة في الصحة عبر عدسة المساواة الحقيقية: عامل هام لتخطي هذه العقبات

تختلف الاحتياجات الصحية للمرأة عن تلك الخاصة بالرجل، وهذا نتيجة الاختلافات البيولوجية، مثل قدرات المرأة الإنجابية. يُضاف إلى ذلك العوامل الاجتماعية مثل الأدوار المتجذرة المنوطة بكل الجنسين والصّور النمطية الجنسانية التي تؤثر سلباً في تمتع المرأة بحقها في الصحة.^٣ ففي ما يخص القدرات الإنجابية، يُلاحظ أنه غالباً ما تُضطر المرأة إلى مواجهة القوانين التمييزية التي تمنعها أو تحرمها من الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية الأساسية،^٤ ومن بينها القوانين المقيدة للإجهاض والحظر المفروض على استخدام أشكال معينة^٥ من وسائل منع الحمل، والقيود التمويلية التي تستهدف خدمات صحية معينة. كذلك، يُلاحظ أن العقبات الإجرائية المختلفة، مثل فترات الانتظار الإلزامية والمشورة المتحيّزة، غالباً ما تمنع المرأة من الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية. علاوة على ذلك، تُعدّ الوصمة الملتصقة بحياة المرأة الجنسية والمنتشرة في أنحاء العالم عائقاً يحول دون حصولها على الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية وعلى المعلومات في هذا الشأن.

إن الحق في الصحة حقٌّ مكرس في القانون الدولي لحقوق الإنسان وفي العديد من الأطر القانونية، غير أن المعايير القانونية والثقافية المتعلقة بقدرة المرأة على اتخاذ قرارات مستقلة، لا تزال تقوّض حقها في الصحة. فعلى سبيل المثال، قد تُضطر المرأة إلى الحصول على إذن أحد الأفراد الذكور في أسرتها أو على موافقة زوجها قبل الحصول على أي من الخدمات الصحية.^٦

كذلك يترك السلوك السلطوي الأبوي والتمييز القائم على أساس الدور المنوط بكل الجنسين والصّور النمطية الجنسانية آثاراً سلبية على إعمال حق المرأة في الصحة وتمتعها بهذا الحق. ويُمكن أن تُمنح المرأة، على سبيل المثال، صلاحيات أقل بشأن التحكم في النفقات المنزلية، ونتيجة لذلك، قد يتعذر عليها تخصيص موارد مالية لاحتياجاتها الصحية. وتتفاقم هذه الظاهرة جراء المعايير والصّور النمطية الجنسانية السائدة والتي تُعطي احتياجات الرجال والفتيان على مصالح النساء والفتيات.^٧ أما في ما يخص الأمهات العازبات أو الأسر الفقيرة، فيبدو أن الدور الاجتماعي للمرأة بصفتها الراعي الأول قد يجعلها غير راغبة في التضحية بإفناق المال المخصص لاحتياجات أطفالها مقابل الحصول على الخدمات الصحية الخاصة بها.

٣- إن الحق في التمتع بأعلى مستوى يُمكن بلوغه من الصحة العقلية والبدنية مُعرّف به في عدد من الصكوك القانونية الدولية ومن بينها: المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ ودياجة دستور منظمة الصحة العالمية؛ والمادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو)، والمادة ٥ (هـ) من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري؛ والمادة ٢٤ من الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل.

٤- هيئة الأمر المتحدة للمرأة، إعلان بيجين ومنهاج العمل (١٩٩٥) انظر الأمر المتحدة، إعلان بيجين ومنهاج العمل (١٩٩٥)، الفقرة ٩. انظر أيضاً هيئة الأمر المتحدة للمرأة، المرأة والصحة، في هيئة الأمر المتحدة للمرأة، إعلان بيكين + ١٠ بيجين في سنته العاشرة (٢٠٠٥)، ص. ٧، وهو متوفر باللغة الإنجليزية على الرابط التالي:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingat10/>.

٥- في عام ٢٠٠٥، كانت المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية السبب الرئيس لاعتلال صحة النساء ووفاتهن في أنحاء العالم. انظر هيئة الأمر المتحدة للمرأة، "المرأة والصحة" في هيئة الأمر المتحدة للمرأة، إعلان بيجين في سنته العاشرة بيكين + ١٠ (٢٠٠٥)، ص. ٥.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingat10/>.

دراسة حالة: المرأة والصحة في سياق انتقال السلطة وتخصيص الموارد في كينيا

جرى الاعتراف بالصحة بصفتها حق من الحقوق للمرة الأولى في كينيا مع اعتماد الدستور في عام 2010. وكان الهدف من هذا التطور معالجة التفاوتات في الوصول إلى الرعاية الصحية الملائمة على المستوى الوطني، مع إيلاء اهتمام خاص للمناطق المهمشة في كينيا مثل الأجزاء الشمالية (حيث لا تتعدى نسبة النساء اللواتي يلدن في مرفق صحي 8.2 من المئة، وحيث لا تتعدى نسبة الفرق الطبية المؤهلة العاملة في تلك المرافق 11.3 من المئة)، والمناطق التي تعاني تنمية اجتماعية واقتصادية متدنية كالمستوطنات العشوائية.

مع ذلك، عقب اعتماد الدستور الجديد وما رافقه من نقل للصلاحيات، أقدمت كينيا على تخفيض الإنفاق على الصحة من 6 إلى 3.5 من المئة من الميزانية الوطنية، وهذا أقل من نسبة الـ15 من المئة التي التزمت بها كينيا في إعلان أوجوا. وتذرع الحكومة الكينية بأن انتقال السلطة هو المُسبب لهذا التراجع، مُشيرة إلى أن دفع رواتب العاملين على الصعيدين القطري والوطني مُكلف جدًا. وفي شهر حزيران/ يونيو 2013، بدأت كينيا بتقديم الرعاية الصحية المجانية للأمهات في المرافق الصحية الرسمية، وفي شهر تموز/ يوليو سُجل ارتفاع بنسبة 10 من المئة في معدلات الولادات في المستشفيات في أرجاء البلاد. غير أن تنفيذ هذا المشروع الذي كان ضمن الوعود التي طرحها بيان الحملة الانتخابية بدلاً من إدراجه في إطار قانوني، لم يرق إلى المستوى المطلوب. فعلى سبيل المثال، احتُجز عدد من النساء لعدم قدرتهن على تسديد الفواتير مستحقة الدفع على الرغم من المليارات المُخصصة لرعايتهن الصحية. وبحلول عام 2014، لم يعد المشروع يتسم بالاستدامة من الناحية العملية، وهذا ما دفع العاملين في القطاع الصحي إلى تنفيذ إضراب عام في أنحاء البلاد. لقد أخفقت كينيا في تحقيق حصتها من الأهداف الإنمائية للألفية، وما زالت متخلفة عن الدول الأخرى حيث يُقدَّر عدد الوفيات بـ448 حالة من أصل 1000 حالة ولادة.

في الحقبة التي سبقت انتقال السلطة، كانت الميزانيات في كينيا تفتقر إلى الشفافية، وكان الفساد يُسجل تزايداً ملحوظاً، ولم يكن الناس العاديون يستفيدون عملياً من الميزانية المخصصة للصحة. فعلى سبيل المثال، توفيت سيدة مؤخرًا في سيارة الاسعاف بعد 18 ساعة من الانتظار للحصول على سرير في واحدة من أكبر مستشفيات الإحالة في البلاد. وعلى غرار ذلك، توفيت سيدة أخرى بعد 14 ساعة من العمل جراء النقص في الطواقم الطبية المختصة، على الرغم من الموارد المالية المُسخَّرة للمستشفى المذكور. إن المراجعة التي أعدتها اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بشأن امتثال كينيا للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في شهر شباط/فبراير 2016، أتاحت الفرصة لمسألة كينيا بشأن مبدأ الشفافية في الميزانية، وتخصيص الموارد للقطاع الصحي، وإقرار مشروع قانون صحي مقدّم عام 2014 يمنح الأولوية لصحة المرأة عموماً، وينص بوجه خاص على أنه لا يجوز حرمان أي فرد من الرعاية الطبية العاجلة.

٦- المرجع السابق، ص. ٥

٧- المرجع السابق، ص. ٧

٨- المرجع السابق، ص. ٧

٩- لمعلومات إضافية عن المحددات الاجتماعية للصحة، انظر " المفاهيم الأساسية لمنظمة الصحة العالمية (٢٠٠٨) ، وهي متاحة باللغة الانجليزية على:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/.

التطورات الإيجابية

رفعت كل من اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة (سيداو) واللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية عددًا من التوصيات العامة والتعليقات العامة الصارمة، وأصدرنا توجيهات هامة للدول بشأن المرأة والحق في الصحة

إذ أصدرت لجنة سيदाو عددًا من التوصيات العامة المرتبطة بحق المرأة في الصحة، وأكثرها شمولًا التوصية العامة رقم ٢٤. ^{١٠} بينما تناولت التوصيات الأخرى الجوانب المختلفة لحق المرأة في الصحة، نذكر منها التوصية العامة رقم ١٨، ^{١١} والتوصية العامة رقم ١٥، ^{١٢} أما اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية فكانت سباقة في تطوير معايير حقوق الإنسان المتعلقة بالصحة والمساواة بين الجنسين. إذ تؤكد تعليق اللجنة العام رقم ١٤ بشأن الحق في الصحة مبدأ المساواة وعدم التمييز، ويعرب عن التزام جاد في القضاء الحقيقي على انعدام المساواة، لا سيما في ما يتعلق بالتمتع غير المتكافئ للمرأة بحقوقها في الصحة. ^{١٣}

كذلك ضمنت كلا اللجنتين في ملاحظتهما الختامية المتعلقة بتقارير الدول الأطراف توجيهات إضافية خاصة تُشير إلى أوجه التقاطع بين المرأة والحق في الصحة، فضلًا عن الحق في الصحة عمومًا. وقد أدرجت التعليقات الأساسية الصادرة عن اللجنتين في الملحق المرفق بهذه الدراسة.

عمدت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة (سيداو) طوال السنوات القليلة الماضية إلى اتباع مقاربة متعددة الجوانب لدى النظر في حق المرأة في الصحة. فعلى سبيل المثال، في قضية ألين دا سيلفا يمينتيل ضد البرازيل، ^{١٤} حول وفاة سيدة برازيلية فقيرة من أصل أفريقي أثناء الولادة على الرغم من إمكانية تفادي هذه الوفاة، أقرت لجنة سيदाو أن الدولة مارست التمييز بحق السيدة المتوفاة على أساس جنسها ووضعتها الاقتصادي والاجتماعي على حد سواء. ^{١٥} لذا، إن هذا الاعتراف بعدم امتثال الدولة لالتزاماتها بحقوق الإنسان متجاهلةً للتدابير الصحية أو فشلها في الوصول إلى قطاعات المجتمع كافة، بما في ذلك الفئات الأكثر تهميشًا، يُعدّ عنصرًا أساسيًا لتحقيق المساواة الفعلية. كما اعتمدت لجنة سيदाو هذه المقاربة في التحقيق الخاص بالفلبين الصادر في عام ٢٠١٥، والذي أقرت فيه بأن الحظر الفعلي لوسائل منع الحمل الحديثة في مدينة مانيلا انتهك اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة مخلّفًا أثر متفاوت على النساء في الفئات المحرومة، بما فيهن النساء الفقيرات والمراهقات والنساء المتورطات في علاقات انتهاكية. ^{١٦}

يُذكر أن الإنجاز غير المسبوق المُحرز في قضية ألين ضد الدولة البرازيلية، يُعد سابقة بُني عليها في قضية محلية شهدتها كينيا مؤخرًا تتعلق باحتجاز نساء في المستشفيات بعد الولادة لعدم قدرتهن على تسديد الفواتير الطبية. واستنادًا على المعايير التي حدتها اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم ١٤، والسابقة القضائية التي كرستها لجنة سيदाو، وجد القاضي أن الدولة انتهكت، من جملة حقوق أخرى، الحق في الصحة والحق في عدم التعرض للتمييز، لإخفاقها في توفير الرعاية الصحية الإنجابية بكلفة معقولة، ولمارستها التمييز ضد النساء على أساس جنسهن ووضعهن الاقتصادي. ^{١٧} وعلى نحو مماثل، كشفت قضية محلية في الهند كيف يؤثر الوضع الاقتصادي والنوع الاجتماعي (الجنس) سلبًا في الوصول إلى الحق في الصحة من الناحية العملية، حيث وجد القاضي أن إنكار صحة الأم وحرمانها من الإعانات الغذائية والخدمات يُعد انتهاكًا لحقوق الإنسان الدستورية والدولية الخاصة بالنساء بالحوامل الفقيرات. ^{١٨}

في القرار الصادر عن محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان في قضية أرتافيا موريللو وآخرون ضد كوستاريكا، ^{١٩} يالغاء الحظر المفروض من كوستاريكا على عمليات الإخصاب الأنبوبي، اعتمدت المحكمة مقاربةً تتسم بالمساواة الحقيقية لدراسة الأثر المتفاوت المستوى للحظر الذي فرض على أساس النوع الاجتماعي (الجنس) والإعاقة والوضع الاقتصادي. لذا أمرت المحكمة كوستاريكا بإتاحة الإخصاب الأنبوبي ضمن نظم الرعاية الصحية بوصفه علاجًا لحالات العقم، وذلك انسجامًا مع مبدأ عدم التمييز.

إن الإرشادات التقنية المتعلقة بتوحي نهج قائم على أساس حقوق الإنسان في تنفيذ السياسات والبرامج الرامية إلى الحد من الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها، الواردة في التقرير السنوي للمفوضية السامية لحقوق الإنسان، تزوّد الدول بتدابير ملموسة تعزز أعمال حقوق الإنسان على أرض الواقع. ^{٢٠} ومع أن الوثيقة تستهدف قضايا الأمومة، إلا أن المنفعة المتأتية عن الوثيقة تغطي القطاع الصحي عمومًا، إذ تُقدّم إرشادات هامة لضمان المساواة، عن طريق رصد سبل الانتصاف ومراجعتها والإشراف عليها. كما توفر إرشادات بشأن المقاربة القائمة على النوع الاجتماعي (الجنس) وحقوق الإنسان التي ينبغي اعتمادها لدى وضع الخطط الخاصة بالقطاع الصحي ورصد الميزانيات.

١٦- المرجع السابق ، الفقرة ٧٠٧ .

١٧- إجراءات التحقيق CEDAW/C/OP.8/PHL/1 (نسخة متقدمة غير منقحة، ٢٢ نيسان/أبريل ٢٠١٥). لمزيد من المعلومات عن القضية وتداعياتها، انظر ملخص الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية باللغة الإنجليزية على الرابط التالي: <https://www.escr-net.org/node/365940>

١٨- قضية أويور و أوليلي ضد المدعي العام وآخرين ، رقم ٥٦٢ لعام ٢٠١٢ (٢٠١٥) ، المحكمة العليا في كينيا. لمعلومات إضافية، انظر باللغة الإنجليزية :

<http://www.reproductiverights.org/press-room/kenyan-high-court-maternity-hospital-illegally-imprisoned-women-violated-human-rights>.

١٩- قضية لاشمي مانندال ضد مستشفى دين دايال هارينغاغا وآخرين ، رقم ٢٠٠٨/٨٨٥٣ المحكمة العليا في دلهي. لمعلومات إضافية عن القضية وتداعياتها، انظر باللغة الإنجليزية :

٢٠- قضية أرتافيا موريللو وآخرين ضد كوستاريكا ، الحكم الصادر عن محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان، ٢٨ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢ ، متوفرة على الرابط التالي: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_ing.pdf.

٢١- المفوضية السامية لحقوق الإنسان، الإرشادات التقنية المتعلقة بتوحي نهج قائم على أساس حقوق الإنسان في تنفيذ السياسات والبرامج الرامية إلى الحد من الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها (٢٠١٢) ، وثيقة الأمر المتحدة 22/A/HRC/21 متوفرة على الرابط التالي:

http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf.

١٠- لجنة سيदाو ، التوصية العامة رقم ٢٤ : المادة ١٢ من الاتفاقية (المرأة والصحة) (١٩٩٩)

١١- لجنة سيदाو ، التوصية العامة رقم ١٨: النساء من ذوات الإعاقة المعوقات (١٩٩١)

١٢- لجنة سيदाو ، التوصية العامة رقم ١٤: ختان الإناث (١٩٩٠)

١٣- لجنة سيदाو ، التوصية العامة رقم ١٥: المرأة والأيدز تجنب التمييز ضد المرأة في الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من مرض متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ومكافحته (١٩٩٠)

١٤- اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ : الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (٢٠٠٠) الفقرات ١٨ إلى ٢٢.

١٥- ألين دا سيلفا يمينتيل تيكسيرا ضد البرازيل ، لجنة سيदाو ، قضية رقم ١٧/٢٠٠٨ (٢٠١١) ، وثيقة الأمر المتحدة CEDAW/C/2008/D/17/49، الفقرة ٣٠٤. لمزيد من المعلومات عن القضية وتداعياتها، انظر ملخص الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية باللغة الإنجليزية على الرابط التالي

<https://www.escr-net.org/docs/i/1623066>.

قضايا رئيسة للبحث

ليست النساء مجموعة متجانسة ضمن سياق محدد، وعليه تختلف احتياجاتهن الصحية سواء أكان ذلك بسبب الاختلافات البيولوجية مثل القدرات الإنجابية، أو بسبب الأدوار المنوطة بكلا الجنسين والصورة النمطية الجنسانية التي تؤثر في المخاطر الصحية التي تهدد حياة المرأة والتي يتعين عليها التعامل معها. وعلى هذا النحو، لا تسعى هذه الدراسة إلى معالجة كل حالة على حدة، بل تركز عوضاً عن ذلك على عدد من القضايا والتوصيات الأساسية مستندة إلى الخبرات والتجارب التي اكتسبها أعضاء الفريق العامل في الآونة الأخيرة.

• وضعت العديد من الدول قوانين أو سياسات صارمة تتعلق بصحة المرأة، بيد أنها أخفقت في تخصيص الموارد المالية الكافية لتنفيذها تنفيذًا كاملاً. لذا، يتعين على الدول تأمين التمويل الكامل لهذه البرامج وتنفيذها على نحو ملائم، وذلك امتثالاً للالتزامات التي تعهدت بها في مجال حقوق الإنسان. ويستلزم هذا الأمر إجراء عملية رصد للنتائج مصنفة على الأقل على أساس الجنس، والعرق، ووضع الشعوب الأصلية، والعمر، والجغرافيا، والميل الجنسي والهوية الجنسية، والإعاقة. علاوة على ذلك، ثمة حاجة لتعزيز الشفافية في الوصول إلى الميزانيات من أجل تحديد المخصصات والنفقات وأوجه الاستعمال، ويشمل ذلك وضع قوانين متينة تتناول الحق في المعلومات لتمكين المجتمعات المحلية والمجتمع المدني من الوصول إلى المعلومات الخاصة بالميزانية، ولا بد أيضاً من تحديد ضمانات المساءلة بغية التصدي للآثار السلبية الناجمة عن نقل السلطة وخصخصة الخدمات الصحية العامة.

• مع إقرار العديد من قضايا حقوق الإنسان على الصعيدين الإقليمي والدولي، أصبح لزاماً على الدول وضع آليات تجيز للمرأة، في الوقت المناسب، الطعن في أي قرار ينكر عليها حقها في الوصول إلى الخدمات الصحية، في المرافق الخاصة أو العامة، ولا سيما خدمات الصحة الإنجابية. ولا بد أن تمكن هذه الآليات المرأة من إسماع صوتها، واتخاذ القرار في إطار زمني يجيز لها الوصول إلى الخدمات، وتقديم الطعون في حال حرمانها من هذه الخدمات. كذلك ينبغي للدول أن تستجيب لبرامج الرصد المجتمعية سيما وأنها تصب في المحافل المعنية بتسوية شكاوى المواطنين وغير ذلك من الآليات.

ويُعد تبني البروتوكول الاختياري مؤخرًا، وتوفيره آلية لتقديم الشكاوى الفردية المتعلقة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، تطورًا هامًا في مجال حق المرأة في الصحة، حيث كان للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية السابق في تعزيز معايير حقوق الإنسان المتعلقة بالصحة والمساواة بين الجنسين. وتمثل هذه الآلية فرصة كبيرة لتعزيز فرص الوصول إلى العدالة والاحتكام إلى القضاء في قضايا انتهاك حقوق المرأة في القطاع الصحي، كما توفر توضيحًا إضافيًا بشأن النوع الاجتماعي (الجنس) والحق في الصحة.

جدول أعمال ٢٠٣٠

إن أهداف التنمية المستدامة التي أُعدت في شهر أيلول/سبتمبر 2015،^{٢٢} تدعم بصراحة المساواة بين الجنسين وإعمال حقوق الإنسان للنساء والفتيات، بما في ذلك الحق في الصحة للجميع.^{٢٣} مع ذلك، تُرَوِّج هذه الأجنحة لتحرير التجارة والاستثمار في سياق التمويل الخاص الدولي والشراكة بين القطاعين العام والخاص بوصفها استراتيجيات أساسية لتمويل هذه الأهداف.

تجدر الإشارة إلى أن الشركات بين القطاعين العام والخاص كثيرًا ما استخدمت لتوفير الخدمات الاجتماعية لا سيما الصحة والتعليم، وتوصف هذه الشركات عمومًا بأنها تتعاون بين القطاعين العام والخاص من أجل تحقيق أهداف السياسة العامة، وتشمل الشركات الخاصة التي تموّل الدوائر أو المرافق العامة أو تبنيها أو تشغّلها.^{٢٤} لقد كان الهدف من تشجيع انخراط القطاع الخاص في تقديم الخدمات في المجالات الاجتماعية، إنشاء مشروعات "مربحة ومزدهرة لا تحترم الالتزامات المتعلقة بحقوق الإنسان".^{٢٥} وغالبًا ما أدى ذلك إلى تفاقم انعدام المساواة في الحصول على الخدمات، وإلى تعميق الفوارق الاجتماعية.

أدت خصخصة الخدمات الصحية إلى تفاقم اللامساواة في فرص الحصول على الرعاية الصحية، بما في ذلك زيادة الإنفاق من الأموال الخاصة.^{٢٦} ففي الفلبين، على سبيل المثال، ربطت الحكومة عملية خصخصة المستشفيات العامة المختلفة (بموازاة الوصفات السياسية التي يضعها مصرف التنمية الآسيوي والبنك الدولي منذ عقود) بارتفاع معدل وفيات الأمهات.^{٢٧} إذ غالبًا ما كان يُتخذ القرار الخاص بالحصول على الأدوية وتحديد أولويات الاستثمار استنادًا إلى مبادئ التمويل، ما أدى إلى تخفيض الخدمات الصحية الأساسية للمرأة أو إلغائها بعد أن ثبت أنها مرتفعة الكلفة وغير مربحة.^{٢٨}

إن التخفيضات في الانفاق العام والاستعانة بمصادر خارجية لتوفير الخدمات الأساسية العامة يؤثر مباشرة في حقوق المرأة بطرائق مختلفة لسببين اثنين: أولاً، لأن النساء يعولن على الخدمات العامة والتأمينات التي يوفرها الضمان الاجتماعي، وثانياً، لأن النساء يتحملن مسؤولية سد الفجوات في توفير الخدمات التي تشأ لدى تخفيض هذه الخدمات.

٢٢- انظر الأمم المتحدة، تحويل العالمنا: جدول أعمال ٢٠٣٠ للتنمية المستدامة (٢٠١٥). لمزيد من المعلومات عن أهداف التنمية المستدامة، انظر:

<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

٢٣- انظر أهداف التنمية المستدامة لا سيما الأهداف ٣ و ٥ و ٦ و ١٦.

٢٤- انظر: Asia Pacific Forum on Women, Law and Development Delivering Development Justice? Financing the 2030 Agenda for Sustainable Development (2015)، منتدى آسيا والمحيط الهادئ المعني بالمرأة والقانون والتنمية، تحقيق العدالة الإنمائية؟ تمويل جدول أعمال ٢٠٣٠ للتنمية المستدامة (٢٠١٥)، ورقة معلومات أساسية قدمت في خلال اجتماع فريق الخبراء حول "تمكين المرأة والطريق إلى التنمية المستدامة" الذي عُقد في نيويورك من ٢ إلى ٤ تشرين الثاني نوفمبر ٢٠١٥.

٢٥- الجمعية العامة للأمم المتحدة، تقرير المقرر الخاص المعني بالحق في التعليم: حماية الحق في التعليم في مواجهة من الاستغلال التجاري (٢٠١٥)، وثيقة الأمم المتحدة 30/A/HRC/29.

٢٦- الجمعية العامة للأمم المتحدة، تقرير أعده المقرر الخاص المعني بحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يُمكن بلوغه (2012) وثيقة الأمم المتحدة Add2/15/A/HRC/20. انظر أيضًا إعلان بيجين ومنهاج العمل (1995)، الفقرة 91.

٢٧- انظر أهداف التنمية المستدامة لا سيما الأهداف ٣ و ٥ و ٦ و ١٦.

٢٨- الأمر المتحدة، إعلان بيجين ومنهاج العمل (١٩٩٥)، الفقرة ٩١.

٢٩- إن هذا الملحق قائمة غير شاملة للمسائل المُشار إليها المتعلقة بالمرأة والصحة. خُلت الملاحظات الختامية أدناه التي أعدتها لجنة سيداو لهذا الجدول: الكونغو، إريتريا، مالاوي، المكسيك (٢٠٠٦)؛ بلز، هنغاريا، إندونيسيا، موزمبيق (٢٠٠٧)؛ البحرين، أوروغواي (٢٠٠٨)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)؛ بنغلادش، كينيا، ليسوتو، باراغواي (٢٠١١)؛ أفغانستان، كمبوديا، كولومبيا، مولدوفا، صربيا، سيشيل، طاجكستان (٢٠١٣)؛ سريلانكا (٢٠١٤)؛ اسبانيا، أوزباكستان (٢٠١٥). خُلت الملاحظات الختامية أدناه التي أعدتها اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لهذا الجدول: ألبانيا، الكويت (٢٠١٣)؛ الصين، إندونيسيا، أوكرانيا، أوزباكستان (٢٠١٤)؛ غامبيا، باراغواي، طاجكستان (٢٠١٥).

٣٠- مالاوي، المكسيك (٢٠٠٦)؛ موزمبيق (٢٠٠٧)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)؛ باراغواي (٢٠١١)؛ أفغانستان، طاجكستان (٢٠١٣).

الخلاصة

في حين يتواصل إحراز عدد من الانجازات الهامة عند تقاطع الأرض والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمرأة، تعكس القضايا المُشار إليها أعلاه استمرار ممارسة التمييز المباشر وغير المباشر في توافر الرعاية الصحية الجيدة، وتيسير سبل الوصول إليها. لذلك، وحتى تتمكن من اعتماد مقارنة تتسم بالمساواة الحقيقية إزاء تمتع المرأة بحقوقها المتعلقة بالصحة، علينا إجراء دراسة متأنية تتناول مظاهر هذه القضايا المترابطة والاستراتيجيات المعتمدة.

• إن القوانين والسياسات التي تجرّم المرأة استنادًا إلى وضعها القانوني، أو مجال عملها، أو إصابتها بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو هويتها وميولها الجنسية، ضمن جملة من العوامل الأخرى، تقوّض حقها في الصحة بردعها أو حرمانها من الحصول على الرعاية الأساسية. علاوة على ذلك، لا تزال القوانين والسياسات التقييدية تقوّض فرص المرأة في الوصول إلى الخدمات الصحية، وتُرسخ الوصمة والصوّر النمطية القائمة على النوع الاجتماعي (الجندر) والتي لا بدّ من تغييرها، وذلك على الرغم من الاعتراف بأن القوانين التي تحول دون وصول المرأة إلى الخدمات الصحية التي تحتاج إليها النساء تُجسد شكلًا من أشكال التمييز.

• ولتمكين المرأة من اتخاذ القرارات المجدية المتعلقة بصحتها، بات لازمًا على الدول اتخاذ تدابير إيجابية ترفع من مكانة المرأة، وتشمل هذه التدابير القضاء على المعايير والصوّر النمطية الجنسانية الضارة، وضمان وصول المرأة إلى المعلومات والموارد اللازمة لتفعيل هذه القرارات، وتيسير التربية الجنسية للمراهقين.

• تؤثر الأنظمة الصحية المتعثرة في النساء بدرجات متفاوتة، لا سيما النساء المنتميات إلى الفئات المهمشة. لذا من الأهمية بمكان أن تكفل الدولة وصول كل فرد إلى مرافق صحية تضم موظفين مؤهلين وتملك موارد كافية، ما يمكنها من توفير الرعاية الجيدة.

• في سياق تنامي الاستثمار الخاص والفعاليات الاقتصادية الخاصة، ينبغي أن تسمح الآليات لأصحاب المصلحة المعنيين بإسماع صوتهم، وأن توفر الحماية من نفوذ المصالح الخاصة التي تترك أثارًا متفاوتة على حق المرأة في الصحة وحقوق الإنسان الأخرى.

موارد إضافية منتقاة

- جيليان ماتنوتون، حل عقدة المساواة وعدم التمييز من أجل تعزيز الحق في الرعاية الصحية للجميع (٢٠١٥) ١١(٢) مجلة الصحة وحقوق الإنسان ٤٧. (باللغة الإنجليزية)
- جيوتي سانغيرا وآخرون، حقوق الإنسان في الاستراتيجية العالمية الجديدة (٢٠١٥)، المجلة الطبية البريطانية ٣٥١. (باللغة الإنجليزية)
- صندوق الأمم المتحدة للسكان، الدروس المستخلصة من الدورة الأولى للاستعراض الدوري الشامل: الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من الالتزام إلى العمل (٢٠١٤). (باللغة الإنجليزية)
- الجمعية العامة للأمم المتحدة، التقرير المؤقت للمقرر الخاص المعني بحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه (حول تجريم الصحة الجنسية والإنجابية) (٢٠١١).
- الجمعية العامة للأمم المتحدة، تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه (حول تجريم نقل فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز) (٢٠١٠).
- منظمة الصحة العالمية، سد الفجوة في غضون جيل واحد: العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة، التقرير النهائي للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة (الفصل ١٣: إنصاف الجنسين) (٢٠٠٨). (باللغة الإنجليزية)
- أليشيا إيلي يامين، ظلال الكرامة: بلورة متطلبات المساواة في تطبيق أطر حقوق الإنسان في مجال الصحة (٢٠٠٩) ١١(٢) مجلة الصحة وحقوق الإنسان ١. (باللغة الإنجليزية)
- اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة (سيداو)، التوصيات العامة رقم ٢٤ (المرأة والصحة)، ورقم ٢٧ (المستأث)، ورقم ٢٦ (العاملات المهاجرات).
- اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة (سيداو) ولجنة حقوق الطفل، التوصية العامة/التعليق العام الصادران بصفة مشتركة بشأن الممارسات الضارة (٢٠١٤).
- مركز الحقوق الإنجابية، المساواة لإزاء ممارسة التمييز ضد المرأة في الفلبين: النتائج والتوصيات الرئيسية المنبثقة عن التحقيق الخاص بشأن الحقوق الإنجابية الذي أجرته لجنة سيداو (٢٠١٥). (باللغة الإنجليزية)
- مركز الحقوق الإنجابية، آفاق جديدة لعام ٢٠١٥: هيئات رصد معاهدات الحقوق الإنجابية (٢٠١٥). (باللغة الإنجليزية).
- مركز الحقوق الإنجابية، فترات الانتظار الإلزامية ومتطلبات المشورة المتحيزة في أوروبا الوسطى وأوروبا الشرقية (٢٠١٥). (باللغة الإنجليزية)
- مركز الحقوق الإنجابية، المساواة الحقيقية والحقوق الإنجابية: ورقة إحاطة بشأن الموائمة بين أهداف التنمية والتزامات حقوق الإنسان (٢٠١٤). (باللغة الإنجليزية)
- أودري تشابمان، تأثير الاعتماد على الخدمات الصحية الخاصة على الحق في الصحة (٢٠١٤) ١٦ (١) مجلة الصحة وحقوق الإنسان ١٢٢. (باللغة الإنجليزية)
- أودري تشابمان، "المحددات الاجتماعية للصحة، والعدالة الصحية، وحقوق الإنسان" (٢٠١٠) ١٢ (٢) مجلة الصحة وحقوق الإنسان ١٧. (باللغة الإنجليزية)
- مجلس حقوق الإنسان، تطبيق الإرشادات التقنية المتعلقة بتوحي نهج قائم على أساس حقوق الإنسان في تنفيذ السياسات والبرامج الرامية إلى الحد من الوفيات والأمراض النفسانية التي يمكن الوقاية منها، تقرير المفوضية السامية لحقوق الإنسان (٢٠١٢).
- بول هانت وآخرون، بناء القضية: ما هو الدليل على الأثر المترتب عن تطبيق مقاربات قائمة على أساس حقوق الإنسان على الصحة؟ (٢٠١٥) ١٧ (٢) مجلة الصحة وحقوق الإنسان ١. (باللغة الإنجليزية)
- تيسال خان، ومنتدي آسيا والمحيط الهادئ المعني بالمرأة والقانون والتنمية، تحقيق العدالة الإنمائية؟ تمويل جدول أعمال ٢٠٣٠ للتنمية المستدامة (٢٠١٥)، ورقة معلومات أساسية قُدمت في خلال اجتماع فريق الخبراء في هيئة الأمم المتحدة للمرأة تحضيراً للدورة الستين للجنة وضع المرأة حول "تمكين المرأة والطريق إلى التنمية المستدامة" التي عُقدت في نيويورك من ٢ إلى ٤ تشرين الثاني / نوفمبر ٢٠١٥ (٢٠١٥).

ملحق: مسائل تتعلق بالمرأة والصحة أشارت إليها اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة واللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في ملاحظاتها الختامية^{٢٩}

اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية	اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة (سيداو)
ضمان وصول المرأة إلى خدمات الرعاية الصحية	
<p>أعربت اللجنة عن قلقها إزاء مجموعة من العقبات الهيكلية التي تحول دون حصول النساء والفتيات على الرعاية والخدمات الصحية الملائمة، بما فيها الافتقار إلى البنية التحتية المادية الملائمة، والقيود المفروضة على القدرات المالية، ومخصصات القطاع الصحي في الميزانية.^{٢٤} ودعت الدول إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتخاذ تدابير ملموسة لتعزيز وصول المرأة إلى مجموعة واسعة من المرافق وخدمات الرعاية الصحية ذات الجودة، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية^{٢٥} • تكثيف التدابير الرامية إلى زيادة مخصصات القطاع الصحي في الميزانيات.^{٢٦} 	<p>أعربت اللجنة عن قلقها إزاء مجموعة من العقبات الهيكلية التي تحول دون حصول النساء والفتيات على الرعاية والخدمات الصحية الملائمة، بما فيها الافتقار إلى البنية التحتية المادية الملائمة والقيود المفروضة على القدرات المالية.^{٢٥} ودعت الدول إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتخاذ تدابير ملموسة لتعزيز وصول المرأة إلى مجموعة واسعة من المرافق وخدمات الرعاية الصحية ذات الجودة، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية^{٢٦} • اتخاذ الخطوات الآتية إلى تحسين البنى التحتية الصحية بغية ضمان حصول المرأة على الرعاية الصحية والخدمات ذات الصلة^{٢٧} • زيادة مخصصات قطاع الرعاية الصحية في الميزانيات.^{٢٨}
ضمان وصول المرأة إلى خدمات الرعاية الصحية الإنجابية	
<p>أعربت اللجنة عن قلقها إزاء قلة استفادة المرأة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية؛^{٢٩} والتقارير الواردة عن إجراء عمليات التعقيم القسري.^{٣٠} كذلك أعربت عن قلقها إزاء الخلل الحاصل في النسب بين الذكور والإناث عند الولادة، وربط هذا الخلل بالجوء إلى الإجهاض الانتقائي بسبب جنس الجنين والتمييز ضد المرأة، لاسيما في قضايا الميراث وتفضيل الأبناء الذكور.^{٣١}</p> <p>ودعت اللجنة الدول إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحسين توافر خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وتعزيز إمكانية وصول المرأة إليها، بما فيها تنظيم الأسرة^{٣٢} • تكثيف الجهود المبذولة لتعزيز فرص وصول المرأة إلى مجموعة شاملة من وسائل منع الحمل الآمنة بتكلفة معقولة، واتخاذ ما يلزم من تدابير لمنع اللجوء إلى عمليات التعقيم والإجهاض بوصفهما من وسائل منع الحمل.^{٣٣} • اعتماد تدابير فعّالة وتفيدها من أجل تفادي عمليات الإجهاض غير الآمنة، وتعزيز فرص الوصول إلى الإجهاض الفعّال والآمن والحصول على خدمات الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد الإجهاض^{٣٤} • تطوير برامج التثقيف الجنسي، وتعزيز حملات التوعية، وتوفير المعلومات المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية^{٣٥} 	<p>أعربت اللجنة عن قلقها إزاء قلة استفادة المرأة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، والوصول إلى مجموعة واسعة من وسائل منع الحمل؛^{٣٦} واضطرار المرأة إلى الحصول على موافقة زوجها من أجل الخضوع لإجراءات طبية معينة أو الحصول على بعض الخدمات الطبية؛^{٣٧} وإقدام بعض الدول على حظر الإجهاض أو فرض قيود مشددة بهذا الشأن، مما يدفع المرأة إلى اللجوء إلى عمليات إجهاض سرية أو غير آمنة.^{٣٨} كما أعربت عن قلقها إزاء حالات التعقيم القسري، والاستخدام المتزايد لأشكال التعقيم أو الإجهاض بوصفهما من وسائل منع الحمل في بعض الدول جراء عدم توافر أشكال أخرى من وسائل منع الحمل و/أو تعذر الوصول إليها.^{٣٩}</p> <p>ودعت اللجنة الدول إلى :</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحسين توافر خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وتعزيز إمكانية وصول المرأة إليها، بما فيها تنظيم الأسرة بهدف تفادي حالات الحمل المبكر وعمليات الإجهاض السرية^{٤٠} • تكثيف الجهود المبذولة الرامية إلى تعزيز فرص الوصول إلى مجموعة شاملة من وسائل منع الحمل الآمنة بتكلفة معقولة،^{٤١} واتخاذ ما يلزم من تدابير لمنع اللجوء إلى عمليات التعقيم والإجهاض بوصفهما من وسائل منع الحمل.^{٤٢}

٢٤- كولومبيا ، مولدوفا، صربيا (٢٠١٣)؛ أوزباكستان (٢٠١٥).
 ٢٥- إيرتريا، مالاي، المكسيك (٢٠٠٦)؛ إندونيسيا (٢٠٠٧)؛ بلير (٢٠٠٨)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)؛ كينيا ، باراغواي (٢٠١١)؛ كولومبيا (٢٠١٣)؛ سريلانكا (٢٠١٤).
 ٢٦- مالاي، المكسيك (٢٠٠٦)؛ هنغاريا (٢٠٠٧)؛ بلير (٢٠٠٨)؛ بنغلادش، كينيا، ليسوتو، باراغواي (٢٠١١)؛ مولدوفا، سيشيل (٢٠١٣)؛ أوزباكستان (٢٠١٥).
 ٢٧- كولومبيا، صربيا (٢٠١٣)؛ أوزباكستان (٢٠١٥).
 ٢٨- المكسيك (٢٠٠٦)؛ بلير، أوروغواي (٢٠٠٨)؛ بنغلادش، كينيا، باراغواي (٢٠١١)؛ سريلانكا (٢٠١٤).
 ٢٩- المكسيك (٢٠٠٦)؛ باراغواي (٢٠١١)؛ كولومبيا ، مولدوفا (٢٠١٣).
 ٣٠- كولومبيا (٢٠١٣).
 ٣١- المكسيك (٢٠٠٦)؛ هنغاريا، موزامبيق (٢٠٠٧)؛ بلير، أوروغواي (٢٠٠٨)؛ كينيا، ليسوتو، باراغواي (٢٠١١)؛ مولدوفا (٢٠١٣).
 ٣٢- البحرين (٢٠٠٨)؛ كولومبيا ، مولدوفا (٢٠١٣)؛ أوزباكستان (٢٠١٥).
 ٣٣- ليسوتو (٢٠١١).
 ٣٤- أفغانستان ، سيشيل (٢٠١٣)؛ سريلانكا (٢٠١٤).

٣٦- الكونغو، إيرتريا ، مالاي، المكسيك (٢٠٠٦)؛ هنغاريا، إندونيسيا، موزامبيق (٢٠٠٧)؛ بلير (٢٠٠٨)؛ بنغلادش، ليسوتو (٢٠١١)؛ أفغانستان، صربيا، طاجكستان (٢٠١٢).
 ٣٧- غينيا بيساو (٢٠٠٩).
 ٣٨- أفغانستان (٢٠١٣).
 ٣٩- ألبانيا (٢٠١٣) ؛ الصين (٢٠١٤)؛ غامبيا ، طاجكستان (٢٠١٥).
 ٤٠- إندونيسيا، أوكرانيا (٢٠١٤)؛ غامبيا (٢٠١٥).
 ٤١- ألبانيا (٢٠١٣) ؛ الصين ، أوكرانيا (٢٠١٤)؛ غامبيا ، طاجكستان (٢٠١٥).
 ٤٢- إيرتريا، المكسيك (٢٠٠٦)؛ بلير (٢٠٠٨)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)؛ كينيا ، ليسوتو، باراغواي (٢٠١١)؛ كمبوديا (٢٠١٣) ؛ سريلانكا (٢٠١٤).
 ٤٣- البحرين (٢٠٠٨)؛ أفغانستان (٢٠١٢).
 ٤٤- ليسوتو (٢٠١١)؛ أفغانستان ، سيشيل (٢٠١٣)؛ سريلانكا (٢٠١٤).

<ul style="list-style-type: none"> • تعديل التشريعات التي تحظر الإجهاض بما يتلاءم مع الحقوق الأساسية الأخرى، مثل حق المرأة في الصحة والحياة والكرامة^{٥٨} • اتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع اللجوء إلى التعقيم والإجهاض القسريين وتجريمهما، ومحاسبة المسؤولين عن هذه الأعمال والتعويض على الضحايا اللائي تعرضن لهذه الأعمال.^{٥٩} 	<ul style="list-style-type: none"> • اعتماد تدابير فعّالة وتنفيذها من أجل منع عمليات الإجهاض غير المأمون،^{٤٤} وتعزيز فرص الوصول إلى الإجهاض الفعّال والآمن^{٤٥} والحصول على خدمات الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد الإجهاض^{٤٦} • تطوير برامج التثقيف الجنسي، وتعزيز حملات التوعية، وتوفير المعلومات المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للتأكد من قدرة الإناث والذكور على اتخاذ خيارات مدروسة في عدد الأطفال والفترات الفاصلة بين الولادات^{٤٧} • اتخاذ التدابير الملائمة التي تكفل قدرة المرأة على إبداء موافقتها الحرة والمسبقة والمستنيرة على إجراء العمليات والخضوع للعلاجات الطبية من غير الحاجة إلى موافقة و/أو إذن من أي شخص آخر، بما في ذلك زوجها^{٤٨} • إلغاء القوانين التي تحظر الإجهاض،^{٤٩} ومراجعة القوانين المتعلقة بالإجهاض بغية إلغاء الأحكام التأديبية المفروضة على النساء اللواتي يلجأن إلى الإجهاض.^{٥٠}
--	---

التصدي للأثار الناجمة عن النزاعات المسلحة

	<p>أعربت اللجنة عن قلقها إزاء الآثار السلبية الناجمة عن النزاعات المسلحة على معدلات وفيات الأمهات والرّضع واعتلال صحتهم، وفرص وصول المرأة إلى خدمات الرعاية الصحية (بما في ذلك الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بحالات التوليد الطارئة).^{٦٠}</p>
--	---

ضمان فرص وصول الفئات المهمشة من النساء إلى خدمات الرعاية الصحية

<p>أعربت اللجنة عن قلقها إزاء قلة الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية واستمرار التفاوت في توافر خدمات الرعاية الصحية وجودتها وفرص الوصول إليها والتي يعانيها المحرومون والمهمشون على مستوى الأفراد والجماعات، بما في ذلك الأشخاص من ذوي الإعاقة، واللاجئون، وطالبو اللجوء،^{٧٢} والأقليات العرقية، وسكان المناطق الريفية.^{٧٤}</p> <p>ودعت اللجنة الدول إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعزيز فرص وصول المحرومين والمهمشين الأفراد منهم والجماعات إلى خدمات الرعاية الصحية.^{٧٥} • تعزيز فرص حصول النساء الريفيات على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية،^{٧٦} وتعزيز فرص الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية.^{٧٧} • اتخاذ التدابير اللازمة التي تضمن الوصول الكامل لطالبي اللجوء إلى الرعاية الطبية الطارئة المجانية.^{٧٨} 	<p>أعربت اللجنة عن قلقها إزاء قلة الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية واستمرار التفاوت في توافر خدمات الرعاية الصحية وجودتها وفرص الوصول إليها التي تعانيها الفئات المهمشة من النساء والفتيات، بما فيهن المهاجرات،^{٧١} والنساء الفقيرات،^{٧٢} والنساء من ذوات الإعاقة،^{٧٣} والمسّات،^{٧٤} ونساء الشعوب الأصلية،^{٧٥} والنساء الريفيات.^{٧٦} كما أعربت عن قلقها إزاء التقارير الواردة عن عمليات التعقيم القسرية، لا سيما لدى النساء من ذوات الإعاقة،^{٧٧} والنساء الريفيات والنساء الغجريات (الروما).^{٧٨}</p> <p>ودعت اللجنة الدول إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة للنساء الريفيات،^{٧٩} والحرص على أن لا تواجه النساء الريفيات عقبات تحول دون وصولهن إلى المعلومات الخاصة بتنظيم الأسرة والخدمات ذات الصلة^{٨٠} • تعزيز فرص وصول المسّات،^{٨١} والنساء الفقيرات والنساء من ذوات الإعاقة إلى الرعاية الصحية بتكلفة معقولة.^{٨٢}
--	---

- ٦١- كولومبيا (٢٠١٣)؛ إسبانيا (٢٠١٥).
٦٢- كولومبيا (٢٠١٣).
٦٣- كولومبيا، صربيا (٢٠١٣).
٦٤- مولدوفا (٢٠١٣).
٦٥- المكسيك (٢٠٠٦).
٦٦- الكونغو، إريتريا، ملاوي (٢٠٠٦)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)؛ بنغلادش، كينيا، ليسوتو (٢٠١١)؛ طاجكستان (٢٠١٣)؛ كمبوديا، طاجكستان (٢٠١٣).
٦٧- طاجكستان (٢٠١٣).
٦٨- مولدوفا (٢٠١٥).
٦٩- الكونغو، إريتريا (٢٠٠٦)؛ هنغاريا، إندونيسيا (٢٠٠٧)؛ أفغانستان، كولومبيا (٢٠١٣).
٧٠- إريتريا (٢٠٠٦)؛ بنغلادش، ليسوتو (٢٠١١).
٧١- كولومبيا، مولدوفا (٢٠١٣).
٧٢- كولومبيا، صربيا (٢٠١٣).
٧٣- أوكرانيا (٢٠١٤).
٧٤- الصين، إندونيسيا (٢٠١٤)؛ طاجكستان (٢٠١٥).
٧٥- الصين (٢٠١٤)؛ طاجكستان (٢٠١٥).
٧٦- أوكرانيا (٢٠١٤)؛ غامبيا، باراغواي (٢٠١٥).
٧٧- أوزباكستان (٢٠١٤).
٧٨- أوكرانيا (٢٠١٤).
٧٩- أفغانستان (٢٠١٣).
٨٠- كينيا، ليسوتو (٢٠١١).
٨١- إريتريا (٢٠٠٦)؛ إندونيسيا (٢٠٠٧)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)؛ كينيا (٢٠١١).
٨٢- الكونغو (٢٠٠٦).
- ٨٣- ملاوي (٢٠٠٦)؛ أفغانستان (٢٠١٣).
٨٤- إريتريا (٢٠٠٦)؛ إندونيسيا (٢٠٠٧)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)؛ كينيا (٢٠١١).
٨٥- كينيا (٢٠١١).
٨٦- إندونيسيا، أوكرانيا (٢٠١٤)؛ غامبيا (٢٠١٥).
٨٧- غامبيا (٢٠١٥).
٨٨- غامبيا (٢٠١٥).
٨٩- غامبيا (٢٠١٥).
٩٠- ألبانيا (٢٠١٣).
٩١- ملاوي (٢٠٠٦)؛ بلز، أوروغواي (٢٠٠٨)؛ كينيا، ليسوتو (٢٠١١)؛ كمبوديا، طاجكستان (٢٠١٣)؛ سريلانكا (٢٠١٤).
٩٢- بلز (٢٠٠٨).
٩٣- كمبوديا، طاجكستان (٢٠١٣).
٩٤- صربيا (٢٠١٣).
٩٥- ملاوي (٢٠٠٦).
٩٦- موزمبيق (٢٠٠٧)؛ أوروغواي (٢٠٠٨)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)؛ كولومبيا، طاجكستان (٢٠١٣).
٩٧- بلز (٢٠٠٨)؛ كينيا (٢٠١١)؛ طاجكستان (٢٠١٣).
٩٨- الكونغو، ملاوي (٢٠٠٦)؛ كينيا، ليسوتو (٢٠١١).
٩٩- ملاوي (٢٠٠٦)؛ بلز (٢٠٠٨)؛ كينيا، ليسوتو (٢٠١١).
١٠٠- كولومبيا، مولدوفا، صربيا (٢٠١٣).
١٠١- الكونغو (٢٠٠٦).
١٠٢- أوكرانيا، أوزباكستان (٢٠١٤).
١٠٣- الصين (٢٠١٤)؛ باراغواي، طاجكستان (٢٠١٥).
١٠٤- الصين (٢٠١٤).
١٠٥- الصين، أوكرانيا، أوزباكستان (٢٠١٤)؛ طاجكستان (٢٠١٥).
١٠٦- الصين (٢٠١٤).

التصدي للتأثير السلبي الناجم عن الصور النمطية الجنسية و الممارسات التقليدية الضارة

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء استمرار ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية،^{٨٦} وغياب التشريعات التي تحظر هذه الممارسات في بعض الدول.^{٨٧} ودعت الدول إلى:

- سن التشريعات التي تحظر صراحة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، والتأكد من تنفيذها بصرامة وتنفيذ جهود التوعية من أجل تغيير المفاهيم الثقافية المرتبطة بختان الإناث^{٨٨}
- تكثيف الجهود المبذولة من أجل تفادي كل الممارسات التي تلحق الضرر بالنساء والفتيات ومكافحة هذه الممارسات^{٨٩}
- اتخاذ الخطوات الرامية إلى منع كل أشكال التمييز ضد المرأة، بما في ذلك التصدي للممارسات العرفية، فضلا عن المواقف القائمة على السلطة الأبوية والصور النمطية.^{٩٠}

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء استمرار علاقات القوة غير المتكافئة بين النساء والرجال والمعايير المحددة على أساس النوع الاجتماعي (الجندر)،^{٩١} مما يقيد قدرة النساء على التفاوض بشأن الممارسات الجنسية الآمنة، ويُعزز إمكانية إصابتهن بمجموعة كبيرة من الأمراض المنقولة جنسياً أو بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.^{٩٢} كذلك أعربت اللجنة عن قلقها من انتشار حالات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية في بعض الدول، وغياب التشريعات الهادفة إلى القضاء على هذه الممارسات.^{٩٣} ودعت الدول إلى:

- دراسة الأنماط السلوكية للمجتمعات المحلية، وتحديدًا النساء، لتحديد المسببات التي تمنع المرأة من استخدام خدمات الرعاية الصحية المتوفرة واتخاذ الإجراءات المناسبة^{٩٤}
- تنظيم حملات توعية للتخلص من المواقف السلطوية الأبوية والمعتقدات الثقافية التي تمنع المرأة من الوصول إلى الخدمات الصحية ووسائل منع الحمل^{٩٥}
- سن التشريعات التي تحظر صراحة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، والتأكد من تقديم المرتكبين للمحاكمة وإنزال العقوبة الرادعة بهم، وتنفيذ جهود التوعية من أجل تغيير المفاهيم الثقافية المرتبطة بختان الإناث^{٩٦}
- إنشاء دوائر الدعم التي تلبّي الاحتياجات الصحية والنفسية والاجتماعية للنساء والفتيات اللواتي وقعن ضحايا لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.^{٩٧}

التصدي لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين النساء،^{٩٨} وارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض على صلة بالإيدز،^{٩٩} ووصم النساء المصابات بالفيروس وممارسة التمييز ضدهن.^{١٠٠} ودعت الدول إلى:

- اتخاذ تدابير شاملة لمكافحة وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وتحسين عملية نشر المعلومات عن مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وطرق انتقال العدوى^{١٠١}
- اتخاذ التدابير اللازمة لإلغاء القوانين والسياسات أو تعديلها للتأكد من عدم تعرض الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز للتمييز، وضمان فرص وصولهم إلى خدمات الرعاية الصحية^{١٠٢}
- تحسين عملية نشر المعلومات عن مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وطرق انتقال العدوى^{١٠٣}
- الحرص على تنفيذ استراتيجياتها المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في حال سبق لها وضع هذه الاستراتيجيات^{١٠٤}
- توفير فرص حصول النساء والرجال من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز على العلاج المضاد للارتجاع الفيروسي، ولا سيما النساء الحوامل، وزيادة هذه الفرص.^{١٠٥}

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين النساء،^{١٠٦} وارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض على صلة بالإيدز،^{١٠٧} ووصم النساء المصابات بالفيروس وممارسة التمييز ضدهن.^{١٠٨} كما أعربت عن قلقها إزاء عدم استفادة النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من العلاج المضاد للارتجاع الفيروسي.^{١٠٩} كذلك أعربت اللجنة عن قلقها إزاء الصلة المباشرة القائمة بين الممارسات التقليدية الضارة وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.^{١١٠} ودعت الدول إلى:

- اتخاذ تدابير شاملة لمكافحة وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، واتخاذ تدابير وقائية صارمة تكفل عدم تعرض النساء والفتيات المصابات بالفيروس للتمييز وتضمن منحهن المساعدة المناسبة.^{١١١} لذا يتعين على الدول إدراج المنظور الجنساني في سياساتها وبرامجها المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.^{١١٢}
- الحرص على تنفيذ استراتيجياتها المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في حال سبق لها وضع هذه الاستراتيجيات^{١١٣}
- تحسين عملية نشر المعلومات عن مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وطرق انتقال العدوى^{١١٤}
- توفير فرص حصول النساء والرجال من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على العلاج المضاد للارتجاع الفيروسي، ولا سيما النساء الحوامل، وزيادة هذه الفرص^{١١٥}
- توفير المعلومات الإحصائية والتحليلية المفصلة عن النساء وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في تقريرها الدوري المقبل.^{١١٦}

١١٣ - إريتريا (٢٠٠٦)؛ موزمبيق (٢٠٠٧)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩)، بنغلادش، كينيا، ليسوتو، باراغواي (٢٠١١)؛ أفغانستان، طاجيكستان (٢٠١٣)؛ سريلانكا (٢٠١٤) .
١١٣ - إندونيسيا، أوكرانيا، أوزبكستان (٢٠١٤)؛ غامبيا، طاجيكستان (٢٠١٥) .
١١٤ - باراغواي (٢٠١٥) .
١١٥ - ألبانيا (٢٠١٣)؛ أوكرانيا، أوزبكستان (٢٠١٤)؛ غامبيا، باراغواي، طاجيكستان (٢٠١٥) .

١٠٧ - الصين (٢٠١٤) .
١٠٨ - الكونغو، مالاوي (٢٠٠٦)؛ كينيا، ليسوتو (٢٠١١) .
١٠٩ - أوكرانيا (٢٠١٤) .
١١٠ - إريتريا، مالاوي، المكسيك (٢٠٠٦)؛ إندونيسيا، موزمبيق (٢٠٠٧)؛ بلير، أوروغواي (٢٠٠٨)؛ غينيا بيساو (٢٠٠٩) ، بنغلادش، كينيا، ليسوتو، باراغواي (٢٠١١)؛ أفغانستان، كمبوديا، طاجيكستان (٢٠١٣)؛ سريلانكا (٢٠١٤) .
١١١ - أوروغواي (٢٠٠٨)؛ كينيا (٢٠١١) .

التصدي للوفيات النفاسية (وفيات الأمهات)

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية، الناجمة أساساً عن عمليات الإجهاض السرية أو غير المأمونة.^{١١٢} كما أعربت عن قلقها جراء تغاضي الدول عن وضع استراتيجيات تهدف إلى الحد من الوفيات النفاسية، وإغفال السياسات المتعلقة بصحة الأم و الاهتمام بالمضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن.^{١١٣}

ودعت الدول إلى: اتخاذ كل ما يلزم من تدابير لتحديد الأسباب المؤدية إلى الوفيات النفاسية وخفض معدلاتها، وذلك بوضع خطط التدخلات الشاملة التي تشمل توفير الرعاية الكافية قبل الولادة وبعدها، وتعزيز فرص الوصول إلى القابلات المدربات، والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بحالات التوليد الطارئة، بالإضافة إلى البرامج الثقافية وبرامج التوعية.^{١١٤}

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء ارتفاع معدلات وفيات الأمهات والرضع.^{١١٢} ودعت الدول إلى:

- اتخاذ التدابير التشريعية والإدارية لتفادي وفيات الأمهات واعتلال صحتهن^{١١٣}
- اتخاذ الخطوات اللازمة لتخفيض معدلات وفيات الأمهات والرضع عن طريق تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وتعزيز توافرها وتيسير الوصول إليها^{١١٥}
- معالجة التفاوتات في جودة خدمات الرعاية الصحية وفرص الوصول إليها، عن طريق القيام بتدريبات تسبق الخدمة وأخرى تليها، والإشراف على المرافق الصحية وتعيين الاعتمادات لها.^{١١٦}

معالجة أمراض وأحوال محددة

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء تفشي مرض السل، ونقص الأدوية المضادة للسل، وعجز الأنشطة المتعلقة بمكافحة العدوى، والتأثير المتدي للجهود المبذولة للكشف عن المرض، وعدم كفاية الخدمات المقدمة على مستوى الرعاية الصحية الأولية.^{١١٧} ودعت الدول إلى تكثيف الجهود المبذولة لتحسين السياسات والاستراتيجيات المتعلقة بالوقاية من الأمراض والكشف عنها، وضمان توافر علاجات متخصصة لمرض السل وتوافر كميات كافية من العقاقير الطبية، وتعزيز إمكانية الحصول عليهما.^{١١٨}

معالجة مشاكل الصحة العقلية

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء ارتفاع معدلات مشاكل الصحة العقلية، ويشمل ذلك ارتفاع معدلات الانتحار، والاضطرابات العاطفية، والفصام الذهني، والذهان الناتج عن معاقرة الخمر،^{١١٩} وإلى عدم توافر خدمات الرعاية الصحية العقلية وفرص الوصول إليها.^{١٢٠}

ودعت الدول إلى: معالجة الأسباب الجذرية لانتشار مشاكل الصحة العقلية وتفاقمها، وإلى تعزيز توافر خدمات الرعاية الصحية العقلية المهنية والمعالجين المهرة، وتحسين جودتهما، وتيسير فرص الوصول إليهما^{١٢١}

جمع البيانات المصنفة

أعربت اللجنة عن قلقها إزاء الافتقار إلى البيانات الشاملة المتعلقة بوصول المرأة إلى خدمات الرعاية الصحية والحالة الصحية للمرأة، وحثت الدول على جمع هذه البيانات وتوفيرها.^{١٢٢}

ودعت الدول إلى:

- جمع البيانات المصنفة على أساس الاحتياجات الصحية للمرأة والمؤشرات القابلة للقياس وتحليلها من أجل إحراز التقدم في مجال إعمال الحقوق الصحية للمرأة^{١٢٣}
- توفير المعلومات الإحصائية والتحليلية المفصلة المتعلقة بالتدابير المعتمدة لتعزيز فرص وصول المرأة إلى خدمات الرعاية الصحية والمعلومات ذات الصلة، ويشمل ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، وتأثير هذه التدابير.^{١٢٤}

١١٦ - باراغواي (٢٠١٥).
 ١١٧ - بنغلادش (٢٠١١).
 ١١٨ - مولدوفا (٢٠١٣)؛ سريلانكا (٢٠١٤).
 ١١٩ - الكونغو (٢٠٠٦)؛ هنغاريا، موزمبيق (٢٠٠٧).

١١٦ - إندونيسيا (٢٠١٤).
 ١١٧ - أوكرانيا (٢٠١٤).
 ١١٨ - أوكرانيا، أوزبكستان (٢٠١٤).
 ١١٩ - باراغواي (٢٠١٥).
 ١٢٠ - إندونيسيا (٢٠١٤).

الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وفريقها العامل المعني بالمرأة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

تربط الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ما يزيد على 270 منظمة غير حكومية ومجموعات شعبية ودعاة في سبعين دولة يعملون على تيسير التبادل الاستراتيجي وبناء التضامن وتنسيق حملات الدعوة والمناصرة الجماعية لضمان تحقيق العدالة الاجتماعية والاقتصادية عن طريق إعمال حقوق الإنسان. ويتولى أعضاء الشبكة العالمية وضع الاستراتيجيات المشتركة والنهوض بالعمل الجماعي مستعينين بالفرق العاملة الدولية ومنها الفريق العامل المعني بالمرأة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ويضم هذا الفريق ما يزيد على 40 عضوًا من منظمات غير حكومية وحركات اجتماعية ودعاة مستقلين يعملون في مختلف المناطق للنهوض بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمرأة وتعزيز المساواة الحقيقية. كما يسعى الفريق العامل على نحو جماعي، إلى وضع الخبرات والدراسات النسائية في صميم عملية صنع السياسات المحلية والدولية والتطورات القانونية، عن طريق التعاون مع هيئات الأمم المتحدة وبناء القدرات والقيام بالدعوة والمناصرة على مستويات متعددة.

لتعليقاتكم حول أوراق الإحاطة أو للاطلاع على معلومات إضافية خاصة بالفريق العامل المعني بالمرأة والحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، يُرجى مراسلتنا على العنوان التالي: wescr@escr-net.org أو زيارة موقعنا على: <https://www.escr-net.org/ar/women>