الأمم المتحدة

A/HRC/17/25/Add.3

الجمعية العامة

Distr.: General
21 March 2011
Arabic
Original: English

مجلس حقوق الإنسان
الدورة السابعة عشرة
البند ٣ من جدول الأعمال
تعزيز وحماية جميع حقوق الإنسان، المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في التنمية

تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، السيد آناند غروفر

إضافة

البعثة إلى الجمهورية العربية السورية*

موجز

يتضمن هذا التقرير النتائج التي خلص إليها المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية ("الحق في الصحة") إثر الزيارة التي قام بها إلى الجمهورية العربية السورية في الفترة من ٧ إلى ١٤ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٠، والتي زار خلالها دمشق وحلب والحسكة، كما يتضمن توصياته بشأنها.

وكان الغرض من البعثة بحث الكيفية التي تسعى بها سورية إلى إنفاذ الحق في الصحة، والوقوف على التدابير التي تتخذها لإعمال هذا الحق بنجاح، وعلى العقبات التي تواجهها على الصعيدين الوطني والدولي. وقد ركّزت البعثة على القضايا المتعلقة بالحصول على الرعاية الصحية، وخاصة من جانب الجماعات الضعيفة والمهمّشة والأشخاص المحتجزين. وتقصى المقرر الخاص أيضاً القضايا المتعلقة بصحة المرأة، بما في ذلك صحة الأم، وتنظيم الأسرة، والعنف الجنساني. ويختم المقرر الخاص تقريره بتقديم مجموعة من التوصيات المتعلقة بكل من المجالات التي تم النظر فيها طوال البعثة.

* يُعمم موجز هذا التقرير بجميع اللغات الرسمية. أما التقرير ذاته، المرفق بالموجز، فيعمم باللغة العربية وباللغة التي قُدم بها فقط.

الرجاء إعادة الاستعمال

المرفق

تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية عن بعثته إلى الجمهورية العربية السورية

المحتويات

		الفقرات	الصفحة
أولاً –	مقدمة	١-٥	٣
ثانياً –	لمحة تاريخية	٦-٨	٣
ثالثاً –	الإطار القانوني الدولي والوطني	٩-٢٠	٤
رابعاً –	النظام الصحي	٢١-٢٧	٧
خامساً –	صحة المرأة والطفل	٢٨-٥٤	١٠
	ألف- صحة المرأة	٢٨-٣٥	١٠
	باء – صحة الأم	٣٦-٤٢	١٢
	جيم- تنظيم الأسرة	٤٣-٤٤	١٤
	دال – العنف الجنساني والعنف داخل الأسرة	٤٥-٤٩	١٥
	هاء – صحة الطفل	٥٠	١٧
	واو – التغذية	٥١-٥٤	١٧
سادساً –	الحق في الصحة، والأشخاص العديمو الجنسية واللاجئون	٥٥-٧١	١٩
	ألف- الأكراد السوريون	٥٨-٦٤	٢٠
	باء – اللاجئون	٦٥-٧١	٢٢
سابعاً –	الحق في الصحة والأشخاص المحتجزون	٧٢-٧٩	٢٤
ثامناً –	الاستنتاجات والتوصيات	٨٠-٨٤	٢٦

أولاً – مقدمة

١- قام المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية ("الحق في أعلى مستوى ممكن من الصحة" أو "الحق في الصحة") بزيارة الجمهورية العربية السورية في الفترة من ٧ إلى ١٤ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٠.

٢- وقد نظرت البعثة بوجه عام في عدد من القضايا المتعلقة بالتمتع بالحق في الصحة، إلاّ أنها ركزت بوجه خاص على فرص وصول الجماعات المهمّشة إلى الرعاية والخدمات والسلع والمرافق الصحية، وعلى النُظم الصحية في إعمال الحق في الصحة.

٣- وتم إعداد جدول أعمال زيارة المقرر الخاص بالتعاون الوثيق مع وزارة الخارجية ومكتب المنسق المقيم للأمم المتحدة. وتضمنت البعثة إجراء زيارات لمحافظتي حلب والحسكة. ويعرب المقرر الخاص عن الامتنان لما لقيه من تعاون ومساعدة قيّمين قبل البعثة وأثناءها وبعدها.

٤- واجتمع المقرر الخاص، أثناء البعثة، بوزير الصحة، الدكتور رضا سعيد؛ ووزير الدولة للشؤون الخارجية، فيصل مقداد، ونائب وزير التعليم العالي، نزار الضاهر؛ ووزيرة الشؤون الاجتماعية والعمل، ديالا الحاج عارف، وعدد من كبار المسؤولين الحكوميين وممثلي منظمات مهنيي الصحة فضلاً، عن ممثلي المنظمات الدولية ومنظمات المجتمع المدني.

٥- ويعرب المقرر الخاص عن خالص شكره لجميع الأشخاص الذين التقاهم لتعاونهم الممتاز معه.

ثانياً – لمحة تاريخية

٦- أنشئت مملكة سورية العربية المستقلة في عام ١٩٢٠ إثر تقسيم الإمبراطورية العثمانية في نهاية الحرب العالمية الأولى وحصلت سورية على الاستقلال من فرنسا في نيسان/أبريل ١٩٤٦ وأنشأت بعيد ذلك جمهورية برلمانية. وفي آذار/مارس ١٩٦٣، أعاد حزب البعث العربي الاشتراكي إنشاء الجمهورية العربية السورية التي حكمها الرئيس حافظ الأسد حتى وفاته في عام ٢٠٠٠ وقد خلفه ابنه بشار الأسد في ذلك العام رئيساً للبلاد. وتعدّ سورية اليوم من البلدان ذات الدخل المنخفض إلى المتوسط، ويعتمد اقتصادها، بالدرجة الأولى، على الزراعة والنفط والصناعة والسياحة. وصنّفت سورية في المرتبة ١١١ بحسب الدليل القياسي للتنمية البشرية من بين ١٦٩ بلداً في عام ٢٠١٠[(١)] وارتفع هذا الرقم

(١) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، *تقرير التنمية البشرية ٢٠١٠: الثروة الحقيقية للأمم: مسارات تمهيدية للتنمية البشرية* (نيويورك، ٢٠١٠).

بنسبة ٠,٨ في المائة سنوياً بين عامي ١٩٨٠ و٢٠١٠[٢]. ومع ذلك، لا تـزال سـورية في مستوى أدنى من المتوسط الإقليمي للدول العربية.

٧- ويُلزم الدستور السوري لعام ١٩٧٣ الدولة بتوفير خدمات الرعاية الاجتماعية. وتم في العقود الماضية تحقيق تقدم ملحوظ في توفير المنافع الأساسية، ومنها الرعاية الـصحية، وذلـك بحسب جميع المؤشرات الصحية الرئيسية تقريباً. وتوفّر سورية الرعاية الطبية بصورة مجانية تقريباً لمواطنيها في العيادات الحكومية والمراكز الصحية، وتفرض حداً أعلى للأتعاب التي تتقاضـاها المستشفيات الخاصة. وينطبق ذلك على جميع مستويات الرعاية، التي تتراوح بين تقديم الـدواء في الحالات الطارئة، والقبول في المستشفيات، والمتابعة السريرية، وغـسل الكلـى، وإجـراء العمليات الجراحية. ويستند برنامج الصحة العامة السوري إلى الرعاية الصحية الأساسية وينفّذ على مستوى القرية والناحية والمحافظة. غير أن البنى التحتية والخدمات الصحية في المناطق الريفية ما زالت غير كافية. وما زال الإنفاق على الرعاية الصحية منخفضاً نسبياً، إذ لم ينفـق علـى الرعاية الصحية سوى ٣,٢ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي للبلد في عام ٢٠٠٨[٣] ولا يوجد لدى سورية نظام تأمين صحي، ويختار الناس في العادة الرعاية الصحية التي يوفّرهـا القطـاع الخاص، إذا كانت لديهم القدرة على تحمل تكاليفها. وبدأ في نيسان/أبريل ٢٠١٠ العمل بخطة للصحة الاجتماعية لصالح زهاء ٠٠٠ ٧٥٠ موظف عمومي، ومن المقرر توسـيع نطاقهـا في المستقبل ليشمل المتقاعدين وأسر الموظفين العموميين.

٨- ويثني المقرر الخاص على الحكومة السورية لوضعها إستراتيجية منسّقة طويلة الأجل تمتد فترة خمس سنوات لضمان حصول جميع السوريين على الرعاية الصحية العالية الجـودة. وتهدف هذه الخطة إلى تحديث القطاع الصحي في البلد وتحسين توفير الخـدمات الـصحية وجودتها، وتطوير الإدارة، وتحديث قطاع الصحة من الناحية التكنولوجية، وضمان قدر أكبر من التخطيط والإشراف.

ثالثاً - الإطار القانوني الدولي والوطني

٩- صدّقت سورية على عدّة صكوك دولية لحقوق الإنسان تقرّ بالتمتع بالحق في الصحة وهي: العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز العنـصري، واتفاقيـة حقوق الطفل، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، والاتفاقية المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وانضمت إلى الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين

(٢) المرجع نفسه.

(٣) منظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات الحسابات القومية الخاصة بالـصحة، ٢٠٠٨، متاحـة مـن الموقـع http://www.emro.who.int/emrinfo/index.aspx?Ctry=syr.

وأفراد أسرهم واتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، إلاّ أنها لم تصدّق عليهما بعد.

١٠- ويقوم النظام القانوني السوري على مزيج من القانون العثماني والقانون المدني الفرنسي. ولّما كان النظام القانوني السوري مزدوجاً، فإنه يلزم، لكي تكون المعاهدات الدولية قابلة للإنفاذ، إدراج هذه المعاهدات في القانون المحلي من خلال سنّ التشريعات.

١١- ومن الأمور المشجعة أن سورية صدّقت على الصكوك المبيّنة أعلاه، إلا أنه تم اعتماد الكثير من هذه المعاهدات مع إبداء تحفظات يمكن في بعض الحالات أن تقوّض روح تلك الصكوك التي تم بموجبها تحديد الالتزامات الدولية. فعلى سبيل المثال، أبدت الحكومة السورية في البداية تحفظات مختلفة على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، إذ رأت أنها تتضمن أحكاماً معينة لا تتفق مع القوانين المحلية ومع الشريعة. ومن الأمور المشجعة ملاحظة أنه قد تم منذ ذلك الحين سحب هذه التحفظات، ولا سيما التحفظات المتصلة بالمادة ٢ من الاتفاقية، التي تتعلق بالتزام الدولة الطرف بالسعي إلى إزالة التمييز ضد المرأة بجميع أشكاله[٤].

١٢- وقد سَرّ المقرر الخاص أن يلاحظ أن دستور سورية، المعتمد في ١٣ آذار/مارس ١٩٧٣، يتضمن حكماً يتعلق بالتمتع بالحق في الصحة. فتكفل المادة ٤٦ الرعاية الصحية لكل مواطن وأسرته في الحالات الطارئة والمرض والعجز واليتم وكبر السن. ويقع على عاتق الحكومة التزام بحماية صحة المواطنين وتوفير وسائل الحماية والعلاج والأدوية لهم[٥]. وتكفل الدولة أيضاً الخدمات الثقافية والاجتماعية والصحية، وتتعهد بوجه خاص بتوفير هذه الخدمات على مستوى القرية[٦]. وعلاوة على ذلك، تنص على أن من واجب الدولة ضمان مبدأ تكافؤ الفرص للمواطنين[٧]، وهو أمر لا بدّ منه للتمتع بجميع حقوق الإنسان. إلاّ أنه تجب الإشارة إلى أن هناك قانون طوارئ لا يزال سارياً منذ عام ١٩٦٣، وأن هذا القانون يعلّق بالفعل الكثير من الضمانات الدستورية المتاحة للسوريين، بما فيها الضمانات ذات الأهمية البالغة لتشكيل الجماعات الأهلية وغيرها من جماعات المجتمع المدني، ولكل من هذه الجماعات أهمية جوهرية لوضع سياسات صحية فعّالة تقوم على الحقوق.

---

(٤) CEDAW, "Anti-Discrimination Committee Applauds Syria's Decision to Withdraw Reservations to Women's Treaty, Urges Amending Domestic Law to Reflect Commitments", press release, 24 May 2007 (Committee on Elimination of Discrimination against Women, 785th and 786th meetings).

(٥) دستور الجمهورية العربية السورية لعام ١٩٧٣، المادة ٤٦.

(٦) المرجع نفسه، المادة ٤٧.

(٧) المرجع نفسه، المادة ٢٥(٤).

١٣- ويستند التحليل الوارد في هذا التقرير إلى المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التي تقرّ "بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه". ويقتضي ذلك ضمان توفّر المرافق والسلع والخدمات الصحية الميسّرة والمقبولة والجيّدة النوعية لكل إنسان.

١٤- ويفصّل التعليق العام ١٤ التزامات الدول الأطراف بموجب الحق في الصحة. فيطلب من الدول احترام الحق في الصحة وحمايته وإنفاذه. وشرط الاحترام يُلزم الدول بالامتناع عن عرقلة التمتع بالحق في الصحة، في حين أن شرط الحماية يقتضي من الدول منع أطراف ثالثة من عرقلة التمتع بالحق في الصحة. أما شرط إنفاذ الحق في الصحة، فيشمل مفهوم "الإعمال التدريجي"، الذي يقتضي من الدول الأطراف التعهد باتخاذ التدابير المناسبة للنهوض بالحق في الصحة، وينطوي على مبدأ جوهري هو مبدأ عدم التراجع، الذي يحظر على الدول القيام بأنشطة تؤدي إلى التراجع عن المكاسب التي تحققت بالفعل فيما يتعلق بهذا الحق.

١٥- وعدم التمييز والمساواة في المعاملة عنصران أساسيان من عناصر القانون الدولي لحقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. فيجب على الدول أن تضمن أن يكون النظام الصحي متاحاً للجميع بدون تمييز. وفي الوقت ذاته، يجب أن يستجيب هذا النظام للاحتياجات المحدّدة للنساء والأطفال وكبار السن والأشخاص الذين يعيشون في الفقر، إلخ. وإن الدول، بتطبيقها هذين المبدأين الأساسيين لحقوق الإنسان، أي مبدأ المساواة ومبدأ عدم التمييز، تضمن تساوي فرص الوصول إلى الرعاية الصحية للمحرومين وغير المحرومين على السواء.

١٦- وبغية معالجة احتياجات الجماعات التي تعتبر ضعيفة والفئات التي يمكن أن يميَّز ضدها، يجب أن تتوفر معلومات وافية تحدّد هوية هذه الجماعات ومواطن ضعفها المتعلقة بالصحة. ويقتضي ذلك جمع بيانات مفصّلة على نحو مناسب بحسب الأصل الإثني والجنس والسن وغير ذلك، بما يمكِّن من تحديد التمييز المحتمل. وإن التزام الحكومة السورية بتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين على نحو غير تمييزي أمر يستحق الثناء. إلاّ أنه على الرغم من أن المؤشرات الصحية المتوفرة قد تكون إيجابية فإن الافتقار إلى بيانات مفصّلة يحول دون إجراء تقييم كامل لقطاع الصحة السوري. وما لم تتوفّر إمكانية الحصول على مثل هذه البيانات فإنه يستحيل تقريباً تحديد ما إذا كان هناك مشكلات معينة قائمة.

١٧- ويعتقد المقرر الخاص اعتقاداً قوياً أن جمع البيانات ينبغي أن يكون أكثر شمولاً وأن يتضمن طائفة أوسع من المؤشرات الديموغرافية لضمان توفير الخدمات الصحية على نحو غير تمييزي. ولا يبدو أن جمع مثل هذه البيانات، في حد ذاته، يخالف أحكام الدستور السوري، الذي يحظر التمييز على أساس العرق أو الأصل الإثني. ومن شأن جمع هذه البيانات أن يتيح للحكومة تكوين صورة أوضح عمّا إذا كان يحدث تمييز من هذا القبيل وأن تتخذ الخطوات اللازمة لمعالجته.

١٨- ويعدّ إشراك المجتمعات المحلية والتشاور معها عنصراً أساسياً من عناصر الحق في الصحة. وإذا كان ينبغي لاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية المتعلقة بالصحة أن تراعي، ضمن جملة أمور، مبدأي عدم التمييز والمشاركة الشعبية[٨]، فإن من الضروري، لكي تسهم المجتمعات المحلية إسهاماً حقيقياً وقابلاً للقياس في عملية وضع السياسات، أن تتمكن هذه المجتمعات من الإدلاء برأيها بشأن القضايا التي تعتبرها هامة وأن تقدّم ملاحظاتها بشأن عمل الحكومة. وإن من مصلحة أي دولة في الأجل الطويل أخذ هذه الأصوات في الاعتبار بغية تحسين تقديم الخدمات الصحية والتمكّن، في نهاية المطاف، من الوفاء بالتزامها بإنفاذ الحق في الصحة.

١٩- وبسبب استمرار حالة الطوارئ التي أعلنتها الحكومة في الستينات من القرن الماضي، فإن حرية التجمع وحرية تكوين الجمعيات وحرية التعبير مقيدة داخل سورية، وهو أمر له بشكل محتوم تأثير كبير على التمتع بالحق في الصحة. ونادراً ما تدعو الحكومة أعضاء المجتمع المدني أو منظمات المجتمع المحلي المستقلة كلياً عن الحكومة إلى المشاركة في وضع السياسات والبرامج الصحية. وتتسم مشكلة عدم كفاية مشاركة المجتمع بالحدة بوجه خاص فيما يتعلق بالفئات الضعيفة، كالنساء والأقليات العرقية. ويشكل ذلك أيضاً أحد دواعي القلق الخاصة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، وهو مرض يعدّ فيه تمكين المريض وإشراكه أمرين ضروريين بوجه خاص، على الرغم من أن معدل انتشار المرض ما زال، لحسن الحظ، منخفضاً في سورية.

٢٠- إن الضمانات السورية المتعلقة بتوفير أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، من حيث أوجه الحماية المنصوص عليها في الدستور والمشار إليها أعلاه، هي ضمانات تستحق الثناء. وسورية هي أحد أربعة بلدان فقط في العالم تكفل الحصول على الأدوية في دستورها. وبوجه عام، تم إحراز تقدم فيما يتعلق بجميع المؤشرات الصحية الرئيسية تقريباً، بما في ذلك خفض معدلات وفيات الرضع والأمهات بشكل كبير، فأصبحت في طريقها إلى بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية[٩]. ومع ذلك، فإن المقرر الخاص يحث الحكومة على اتخاذ المزيد من الخطوات العملية لضمان تعزيز مبدأي عدم التمييز والمشاركة - الأساسيين لإعمال الحق في الصحة - بشكل فعال والتقيد بهما.

رابعاً - النظام الصحي

٢١- إن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه ليس فقط قضية من قضايا حقوق الإنسان، وإنما هو أيضاً عنصر أساسي من عناصر التنمية المستدامة، والحد من الفقر،

(٨) E/C.12/2000/4، الفقرة ٥٤.

(٩) UNDP, *Syrian Arab Republic Third Country Millennium Development Goals Report* 2010، انظر http://www.undp.org.sy/files/FINAL253.pdf.

والازدهار الاقتصادي. وإن الدول، بإنشائها وتعزيزها النظم الصحية الفعالة والمتكاملة، التي تعتبر أساسية للتمتع بالحق في الصحة، تضمن التنمية المستدامة والحد من الفقر وتحسين صحة الأفراد، بما في ذلك الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. ولئن كانت النظم الصحية تثير عدداً من القضايا التقنية، فإن نهج الحق في الصحة يضع رفاه الأفراد والمجتمعات والسكان في صميم اهتماماته، ولا يهتم فحسب بالعمليات، أي توفير إمكانية الحصول على الأدوية أو المياه أو خدمات الإصحاح، وإنما يهتم بالنتائج أيضاً، أي كيفية ضمان عدم التمييز، والمشاركة، والشفافية، واحترام الفوارق الثقافية، وما إلى ذلك.

٢٢- وقد قامت الحكومة السورية، في العقود الثلاثة الماضية، بعمل كبير لتحسين النظام الصحي ككل. وتدير الحكومة شبكة من العيادات والمراكز الصحية التي توفر الرعاية الصحية المجانية للمواطنين كافة. ونتيجة لذلك، فإن معدل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في صفوف السكان مرتفع جداً. وأُفيد بأنه تتوفر لما يقرب من ١٠٠ في المائة من السكان إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية، الحضرية والريفية على السواء، وأنه تتوفر وحدة للرعاية الصحية الأولية لكل ١٠ ٠٠٠ نسمة. وعلاوة على ذلك، فإن إمكانية الوصول المادي إلى الخدمات الصحية مثيرة للإعجاب؛ فقد أُبلغ المقرر الخاص بأن الوصول إلى أي مستشفى من المستشفيات الـ ١٩ الموجودة في سورية، حتى في المناطق النائية والمناطق الريفية، لا يتطلب أكثر من ساعة بالسيارة.

٢٣- على أن الإنفاق على الرعاية الصحية ما زال منخفضاً نسبياً وقد أخذ يتناقص في السنوات الأخيرة إذ هبط من ٤,٦ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام ٢٠٠٥ إلى ٣,٢ في المائة في عام ٢٠٠٨[(١٠)]. وقد أصبح هذا الأمر، بشكل واضح، غير كافٍ، وخاصة في ضوء معدل نمو السكان، الذي بقي نحو من ٢,٤٥ في المائة سنوياً؛ ويضاف إلى ذلك أن هناك نحو ٥٥٠ ٠٠٠ لاجئ يلتمسون الرعاية الصحية في سورية، الأمر الذي يلقي عبئاً إضافياً على الموارد. وعلى الرغم من أن استعداد الحكومة السورية، برحابة صدر، لاستقبال وإيواء اللاجئين وإيلاءها بشكل واضح، درجة عالية من الأولوية للقضايا الاجتماعية، هما أمران يستحقان الثناء، فإن من غير المحتمل أن تستمر في تحسين النواتج الصحية لكلا المواطنين وغير المواطنين إذا لم يتوفر لذلك التمويل الكافي. ويأمل المقرر الخاص أن يعاد النظر في تمويل هذا القطاع في الخطة الخمسية المقبلة، كما أُبلغ بذلك خلال بعثته.

٢٤- وأحد الشواغل الملاحظة بخصوص نظام الرعاية الصحية في سورية هو المحافظة على خدمات رعاية صحية ذات جودة كافية ومستديمة لمواطنيها. وعلى الرغم من أن الحصول على خدمات الرعاية الصحية ميسّر جداً لكونها خدمات مجانية، فإن هذا الأمر يشكل تحدياً

(١٠) World Bank, Expenditure on Health (percentage of GDP), World Development Indicators database، انظر http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators.

للمحافظة على توفير رعاية صحية ذات جودة مقبولة. ولا توجد في سورية حالياً حاجة إلى اعتماد مستشفيات ولا إلى تعليم طبي مستمر، وإن نمو القطاع الخاص غير المنظم إلى حد كبير ما زال يتجاوز نمو القطاع العام[١١].

٢٥- إن الأخذ بنظام التأمين الصحي المقترح تطبيقه في البداية على الموظفين العموميين فقط، قد يؤدي إلى زيادة فرص الحصول على سلع وخدمات الرعاية الصحية، على الرغم من إبداء بعض الشواغل فيما يتعلق بالأخذ به. ومن هذه الشواغل حقيقة أن الإنفاق الخاص التكميلي قد حُدد له سقف عند معدلات معينة، الأمر الذي يجعل الرعاية الصحية التي يوفرها القطاع الخاص ميسورة نسبياً لأولئك الذين يفضلون اللجوء إليها والذين يقدرون على ذلك، ويقلل من الضغط على النظام العام[١٢]. وهذا الأمر ينفي بالفعل الحاجة إلى التأمين في معظم الحالات، إلا فيما يتعلق بالأحداث الطبية غير المتوقعة والمكلفة، التي يمكن بشأنها استخدام التأمين بشكل فعال كإجراء تكميلي. وتبقى معرفة الكيفية التي سيؤدي بها الأخذ بنظام التأمين الشامل إلى زيادة إمكانية الحصول على الخدمات فعلياً، فضلاً عن تحسين جودة الخدمات المتاحة.

٢٦- وبصرف النظر عن نموذج التأمين الصحي المقترح، فإن المقرر الخاص يحث على أن تلبى بصورة استباقية احتياجات أفقر أفراد المجتمع وأكثرهم تهميشاً. وعلى سبيل المثال، أُبلغ المقرر الخاص بأنه ستتم مواصلة تقديم الرعاية الصحية الأولية مجاناً، وهذا قرار مرحب به. وفي نهاية الأمر، إن الأخذ بنظام تأمين أو غير ذلك لن ينفي الحاجة إلى الأخذ بآليات دائمة لمراقبة الجودة في كل من القطاعين العام والخاص.

٢٧- والصناعة الصيدلانية هي أحد أمثلة النجاح في سورية. ففي عام ١٩٧٠، كانت ٦ في المائة فقط من الأدوية تصنع محلياً و٩٤ في المائة تستورد. ولكن في عام ٢٠٠٥، أصبحت ٩٠ في المائة من الأدوية تصنع محلياً و١٠ في المائة تستورد[١٣]. وسورية الآن أحد البلدان الرئيسية المصدرة للأدوية الأساسية إلى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. بيد أن سورية لم تبدأ إلا منذ فترة قصيرة بإجراء مفاوضات أولية للانضمام إلى منظمة التجارة العالمية. ويقتضي انضمامها إلى منظمة التجارة العالمية تغيير قانون الملكية الفكرية لديها ليتماشى مع الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية (TRIPS). ويجب على الحكومة السورية أن تضمن خلال هذه العملية الاستفادة من جميع جوانب المرونة المناسبة التي يتضمنها قانونها الجديد المتعلق بالملكية الفكرية كي تضمن عدم إضعاف قطاعها الحالي المنتج

---

(١١) H. Bashour and A. Abdulsalam, “Syrian Women’s Preferences for Birth Attendant and Birth Place”, *Birth*, vol. 32, No. 1 (2005), pp. 20-26.

(١٢) B. Al-Khatib, “Can Private Health Insurance Improve Health Care in Syria?” Indiana University School of Medicine (2006), p. 30.

(١٣) B. Al-Khatib, “Health Profile of Syria, 2006”, Indiana University School of Medicine, 2006. p. 34.

للأدوية الجنيسة بحيث يستمر في توفير الأدوية المنخفضة الكلفة والعالية الجودة داخل سورية والمنطقة الأوسع.

خامساً – صحة المرأة والطفل

ألف – صحة المرأة

٢٨- الحق في الصحة، فيما يتصل بالمرأة، منصوص عليه في صكوك دولية مختلفة، منها اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. وتُلزم المادة ١٢ الدول الأطراف باتخاذ جميع التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة بغية ضمان الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما فيها الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة، وتحث كذلك الدول على ضمان توفير الخدمات المناسبة للمرأة فيما يتصل بالحمل والتغذية المناسبة أثناء الحمل والإرضاع.

٢٩- ويشير التعليق العام ١٤ للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أيضاً إلى الحاجة إلى تنفيذ استراتيجية وطنية شاملة لتعزيز حق المرأة في الصحة، والقضاء على التمييز الممارس ضدها. وينبغي أن تشتمل هذه الاستراتيجية على عمليات تدخُّل تتعلق بالوقاية من الأمراض التي تتعرض لها المرأة ومعالجتها، فضلاً عن سياسات تتعلق بتوفير إمكانية الحصول على الرعاية الصحية العالية الجودة والميسورة، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والصحة الإنجابية. وعلاوة على ذلك، يشير التعليق العام إلى أنه ينبغي للدولة أن تحمي المرأة من المخاطر الصحية الخاصة التي تتعرض لها، ولا سيما وفيات الأمهات والعنف المترلي، وأن تزيل الحواجز المتعلقة بالتعليم والإعلام، بما في ذلك في مجالي الصحة الجنسية والإنجابية.

٣٠- وتعتبر الحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية عناصر لا يمكن فصلها عن الحق في الصحة[١٤]. وفي أعقاب المؤتمر الدولي المعني بالسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة في عام ١٩٩٤ والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة الذي عقد في بيجين في عام ١٩٩٥، اعتُبر أن الحق في الصحة الإنجابية يشمل توفير حياة جنسية مرضية وآمنة للمرأة، إلى جانب القدرة على الإنجاب وحرية تقرير ما إذا كانت ترغب في الإنجاب وتحديد وقته وتواتره.

٣١- وينص دستور سورية على أن المواطنين "متساوون أمام القانون في الحقوق والواجبات" (المادة ٢٥)، ويكفل للمرأة صراحةً "جميع الفرص التي تتيح لها المساهمة الفعالة والكاملة في الحياة السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية" (المادة ٤٥). وبالرغم من هذه الضمانة الدستورية ومن حقيقة أن الرجال والنساء في سورية، يتقاضون نفس الأجر لقاء القيام بنفس العمل، فإن المقرر الخاص ما زال يشعر بالقلق إزاء استمرار المشكلات المتعلقة

(١٤) قرار لجنة حقوق الإنسان ٢٨/٢٠٠٣.

بالاستثمار في المرأة وتمكين المرأة في سورية، وهي مشكلات تترتب عليها، في نهاية المطاف، آثار تتصل بالصحة.

٣٢- ويتوقف الحق في الصحة أيضاً على إعمال حقوق أخرى للإنسان، مثل الحق في التعليم، ويرتبط تحقيقه ارتباطاً وثيقاً بخطر الفقر في سورية. فقرابة ٢٠ في المائة من السكان الفقراء أميون، كما أن الفقر، بدوره، شديد جداً لدى السكان الأميين، ومعدلاته مرتفعة أكثر في المناطق الريفية[١٥]. وتوجد حلقة مفرغة في سورية وفي العالم، يؤدي فيها الفقر إلى انخفاض التحصيل العلمي، والعكس بالعكس، وهذا الأمر ملحوظ بوجه خاص في أوساط النساء. ويؤدي التفاعل بين الفقر ونوع الجنس إلى انخفاض معدلات ارتياد الفتيات الفقيرات للمدارس، وارتفاع معدلات الأمية[١٦].

٣٣- وتشارك النساء الشابات في سورية بنسبة تقل عن النصف في القوة العاملة مقارنة بالرجال الشباب، ويعانين بنسبة تقرب من الضعف من البطالة[١٧]. وإن نحو ٧٣ في المائة من النساء غير ناشطات اقتصادياً في سن الـ ٢٩. إلا أن معدلات النشاط في أوساط النساء اللواتي أنهين تعليمهن الابتدائي وما بعد الثانوي أعلى بكثير (٣٦ في المائة و٨٠ في المائة على التوالي)[١٨]. وتشير هذه الأرقام إلى مجال واحد فقط يتسم فيه التحصيل العلمي للمرأة بأهمية فائقة.

٣٤- ولهذه الظروف، في نهاية الأمر، أثر ضار على صحة المرأة بطرق شتى تشمل، في جملة أمور، الحد من القدرة على الحصول على معلومات تتعلق بالصحة وعلى فهمها؛ والحد من الموارد المالية المتاحة للوصول إلى خدمات وسلع الرعاية الصحية؛ والحد من قدرة الدولة على توفير تعليم مناسب خاص بالصحة الجنسية والإنجابية، وما إلى ذلك. وقد تم أيضاً ربط الافتقار النسبي إلى التعليم الخاص بالصحة الجنسية والإنجابية بارتفاع معدلات وفيات الأمهات، والزواج المبكر، والأمراض المنقولة جنسياً. وأعرب عن شاغل يتمثل في أن الشباب في سورية أقل اطّلاعاً على هذه الأمور من نظرائهم في بلدان أخرى في المنطقة[١٩].

٣٥- وانخفاض معدلات ارتياد الإناث للمدارس يثير القلق بوجه خاص نظراً إلى أن التعليم الخاص بالصحة الجنسية والإنجابية يحدث، أكثر ما يحدث، في سياق النظام المدرسي. وإن

---

(١٥) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، *الفقر في سورية: ١٩٩٦-٢٠٠٤* (دمشق ٢٠٠٥)، الصفحة ٧.

(١٦) المرجع نفسه، الصفحة ٨.

(١٧) نادر قباني ونورا كامل، "استبعاد الشباب في سورية: الأبعاد الاقتصادية والمؤسسية" *ورقة عمل لمبادرة شباب الشرق الأوسط*، رقم ٤ (أيلول/سبتمبر ٢٠٠٧)، الصفحة ١.

(١٨) المرجع نفسه، الصفحة ٦.

(١٩) J. DeJong et al,, "Young People's Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa", *Population Reference Bureau*, 2007, p. 2.

عزوف الشباب في المنطقة عن التماس معلومات حول الأمور الجنسية والإنجاب من والديهم، وعدم استعداد الوالدين لمناقشة الأمور الجنسية، يزيدان من أهمية توفير التربية الجنسية في المدارس[٢٠]. ويصح ذلك أيضاً فيما يتعلق بالحصول على معلومات أخرى ذات صلة بالصحة، وخاصة المعلومات المتعلقة بالغذاء والتغذية، وهذا ما سيناقش في سياق صحة الطفل (انظر الفقرة ٤٥).

باء – صحة الأم

٣٦- من الأمور المشجعة ملاحظة أن معدل وفيات الأمهات في سورية قدّر بـ ٥٨ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة في عام ٢٠٠٨، ما يمثل انخفاضاً كبيراً عن معدل الـ ١٣٠ الذي قدرته أفرقة مشتركة بين الوكالات في عام ٢٠٠٥[٢١]. وعلى الرغم من أن سورية تتجه نحو تحقيق الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية، فإن المجال الأكبر للتحسين يتعلق بارتفاع معدل الخصوبة في سورية. وقد بقي هذا المعدل ٣,٨ ولادات لكل امرأة في عام ٢٠٠٨ على الرغم من أن الاتجاه العام كان نحو إجراء المزيد من التخفيض. ويمثل ارتفاع معدل الخصوبة خطراً مستقلاً يتمثل في ازدياد معدلات وفيات الأمهات[٢٢]، وإن الفشل في احتواء معدل الخصوبة الإجمالي في سورية يعرّض للخطر التقدم المحرز في زيادة الحد من معدل وفيات الأمهات. وعلاوة على ذلك، فإن معدل الخصوبة لدى المراهقات ما زال ٥٩,٥ ولادة لكل ألف امرأة يتراوح عمرها بين ١٥ و١٩ سنة، وهو أعلى من المتوسط الإقليمي[٢٣].

٣٧- ويضاف إلى ذلك أنه لا يزال هناك فارق كبير بين المراكز الحضرية والريفية فيما يتعلق بجميع النواتج ذات الصلة بالصحة، ولكن هذا الفارق جلي بشكل خاص في مجال صحة الأم. وعلى سبيل المثال، سجل في الرقة أعلى معدل لوفيات الأمهات في البلد إذ بلغ ٧٨,٢٥ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة طفل حي، في حين أن أدنى معدل سجل في محافظة دمشق، وبلغ ٣٣,٠٨ وفاة[٢٤]. وبعض الأسباب الكامنة وراء هذا الفارق في النواتج تشمل مستويات اقتصادية وتعليمية، على نحو ما نوقش في الفرع السابق، ونسبة عالية من الولادات في المترل، والولادات التي تتم على يد قابلات تقليديات. وبالمثل، فإن ١٠٠ في المائة من الولادات

---

(٢٠) المرجع نفسه.

(٢١) منظمة الصحة العالمية، *الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١٠* (جنيف، ٢٠١٠، الصفحة ٦٨).

(٢٢) C. Ronsmans and W. Graham, "Maternal Mortality: who, when, where and why" Lancet, vol. 368, No. 9542 (2006), p. 1189

(٢٣) World Bank, "World Development Indicators", 2008، انظر http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators.

(٢٤) الجمهورية العربية السورية، "التقرير الوطني الثالث للأهداف التنموية للألفية في الجمهورية العربية السورية" (٢٠١٠)، الصفحة ٣٧؛ انظر http://www.undp.org.sy/files/FINAL253.pdf.

في طرطوس تتم على يد عاملين صحيين مهرة، مقارنة بنحو ٨٠ في المائة من الولادات في الحسكة[٢٥]. وهذه الأرقام مشجعة ولكنها تدل على أنه ما زال هناك الكثير مما يجب القيام به، بما في ذلك تشجيع المباعدة بين الولادات وغير ذلك من أساليب تنظيم الأسرة.

٣٨- وقد سُرَّ المقرر الخاص بملاحظة ازدياد إدراك النساء الحوامل للرعاية السابقة للولادة. وتقوم حالياً نحو ٨٤ في المائة من النساء بزيارة واحدة على الأقل للرعاية قبل الولادة، في حين أن الاستقصاءات التي أُجريت في سورية في عامي ٢٠٠١ و١٩٩٣ بينت أن ٧٠,٩ في المائة و٥٠ في المائة من النساء على التوالي قمن بمثل هذه الزيارات[٢٦]. إلا أن ٤٢ في المائة فقط من النساء أجرين ٤ زيارات رعاية سابقة للولادة على الأقل خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٩[٢٧]. ويُبين ذلك الحاجة إلى مزيد من التغطية الشاملة، وقد يتطلب إعادة بحث النظم المستخدمة في ضمان متابعة جميع النساء الحوامل بصورة مناسبة طوال فترة الحمل.

٣٩- ويشعر المقرر الخاص أيضاً بالقلق لأنه على الرغم من اعتزام البلد زيادة الحصول على الرعاية السابقة للولادة وتعزيز الرعاية الصحية المناسبة خلال الحمل، فإن الفترة التي تلي الولادة لا تلقى نفس القدر من الاهتمام، ويقتضي الأمر المزيد من العمل من أجل ضمان استمرار تمتع الأم والطفل بالصحة بعد الولادة. ويوجد حالياً شح في البيانات المتعلقة بوزن الأطفال عند الولادة؛ وعلى الرغم من أن ٧٠,٤ من الأطفال يولدون الآن في مرافق مؤسسية، فإن ٤٧,٩ في المائة منهم فقط يوزنون عند الولادة[٢٨]. وثمة حاجة إلى وضع واستخدام المزيد من المؤشرات المتعلقة بالرعاية الصحية في فترة ما بعد الولادة، فضلاً عن جمع بيانات مفصّلة في هذا الشأن (فيما يتعلق، مثلاً، بالوضع التغذوي للأم). وسيرحب المقرر الخاص، بوجه خاص، بوضع برامج ضمن المجتمعات المحلية للأمهات اللاتي ولدن حديثاً، يمكن أن تؤدي إلى تمكين أولئك النساء، وضمان عدم إهمال صحتهن بسبب ازدياد التركيز على أطفالهن في فترة ما بعد الولادة.

٤٠- وقد اضطلع الاتحاد النسائي السوري ببعض المبادرات الواعدة بوجه خاص، بما في ذلك إنشاء ٢٦ مركزاً صحياً معدة خصيصاً للنساء، ويقع عدد منها في المناطق الريفية. وينبغي أن تنظر الحكومة السورية في القيام بخطوات إضافية لتحسين صحة الأم، مثل تدعيم الدقيق بحامض الفوليك، إلى جانب البرنامج الحالي للتدعيم بالحديد، وتعزيز أساليب أخرى لمكافحة فقر الدم، الذي ما زال يشكل مشكلة كبيرة في المنطقة. وبالرغم من الجهود المبذولة

---

(٢٥) الجمهورية العربية السورية، "التقرير الوطني الثالث للأهداف التنموية للألفية في الجمهورية العربية السورية" (٢٠١٠)، الصفحة ٣٨؛ انظر http://www.undp.org.sy/files/FINAL253.pdf.

(٢٦) B. Al-Khatib, “Health Profile of Syria, 2006”, Indiana University School of Medicine, 2006. p. 26.

(٢٧) منظمة الصحة العالمية، *الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١٠* (جنيف، ٢٠١٠)، الصفحة ٩٤.

(٢٨) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨) الصفحتان ٦ و٣٠.

لمعالجته، فإن معدل انتشار فقر الدم المصحوب بنقص الحديد في أوساط النساء في سن الإنجاب ما زال قرابة ٤٠ في المائة[٢٩]، الأمر الذي ينطوي على خطر فيما يتعلق بحدوث نزيف في فترة ما بعد الولادة (وهو أحد الأسباب الرئيسية لوفاة الأم) إلى جانب مضاعفاته الصحية العامة.

٤١- ويساور المقرر الخاص القلق إزاء كبر عدد الزيجات المبكرة في سورية. ففي عام ٢٠٠٦، كان نحو ١٨ في المائة من النساء المتزوجات قد تزوجن قبل سن الثامنة عشرة. غير أن هذا المعدل تناقص وأن نسبة النساء اللواتي يتراوح عمرهن بين ١٥ و١٩ سنة والمتزوجات حالياً تبلغ نحو ١٠ في المائة[٣٠]. وهذا تطور جدير بالثناء. على أن الآثار الصحية المترتبة على زواج الأطفال والزواج المبكر تشتمل على الحمل المبكر (الذي قد يؤدي، بدوره، إلى الانعزال الاجتماعي وإلى تعريض النماء للخطر) وعلى الحد من فرص التعليم والتدريب المهني، وهذان الأمران يعيقان كلاهما بصورة مباشرة وغير مباشرة التمتع الكامل بالحق في الصحة.

٤٢- وعلاوة على ذلك، أُبلغ المقرر الخاص بأنه يجري النظر في خفض الحد الأدنى لسن الزواج بالنسبة للإناث إلى ١٥ سنة. وفي الوقت الحالي، يحدد قانون الأحوال الشخصية السوري الحد الأدنى لسن الزواج بـ ١٨ سنة للذكور و١٧ سنة للإناث. إلا أن المقرر الخاص يشعر بالقلق إزاء إمكانية عقد الزواج في سن أدنى من هاتين السنّين عن طريق تقديم طلب إلى أحد القضاة (في سن الـ ١٥ أو الـ ١٣ على التوالي)[٣١]. وتنص المادة ١٦ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التي تتعلق بالحق في الحماية من زواج الطفل، على أنه "لا يكون لخطوبة الطفل أو زواجه أي أثر قانوني، وتُتخذ جميع الإجراءات الضرورية، بما في ذلك التشريعي منها، لتحديد سن دنيا للزواج ...". غير أن تحفظات سورية على هذه المادة ما زالت قائمة، ويشجع المقرر الخاص الحكومة بقوة على سحب هذه التحفظات بصورة عاجلة.

جيم - تنظيم الأسرة

٤٣- تبلغ نسبة انتشار وسائل منع الحمل في أوساط النساء المتزوجات ٥٨,٣ في المائة، وهي نسبة أعلى من المتوسط الإقليمي. وتختلف نسبة استخدام هذه الوسائل اختلافاً كبيراً

---

(٢٩) K. Bagchi, "Iron Deficiency Anaemia – an old enemy" *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, vol 10, No. 6 (2004), p. 756.

(٣٠) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الصفحة ١١١.

(٣١) J. Nasir, *The Islamic Law of Personal Status*, 2nd ed. (London, Graham & Trotman, 1990) p. 48.

بين المحافظات – أعلى نسبة في السويداء (٧٤,٩ في المائة) وأدنى نسبة في الرقة (٣٣,٧ في المائة) – وترتبط أيضاً ارتباطاً قوياً بمستوى التحصيل العلمي. ويستخدم نحو ٧٠ في المائة من النساء اللواتي أتممن التعليم العالي وسائل منع الحمل، مقابل ٦٥,٣ في المائة من النساء اللواتي أتممن التعليم الثانوي، و٥٧,٥ في المائة من النساء اللواتي أتممن التعليم الابتدائي و٤٥,٢ في المائة من النساء اللواتي لم يتلقين أي تعليم[٣٢]. وهذه الأرقام تبين أهمية التعليم وتؤكد أنه يلزم القيام بالمزيد من العمل فيما يتعلق بتشجيع تنظيم الأسرة وأساليب التحكم في الولادات.

٤٤- وتبلغ نسبة الحاجة غير الملبّاة حالياً إلى وسائل منع الحمل قرابة ١١ في المائة[٣٣]. وبغية زيادة الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة بصورة ناجحة في كل أرجاء البلد، يجب على الدولة أن تطّلع على أفضليات النساء، وأن تشجع عمليات التدخّل المناسبة ثقافياً. فعلى سبيل المثال، إن أكثر أساليب منع الحمل شعبية لدى النساء المتزوجات في سورية هو اللولب الرحمي، الذي تستخدمه ٢٥,٧ في المائة من النساء، بينما تبلغ نسبة استخدام حبوب منع الحمل ١٢,٩ في المائة[٣٤]. وينبغي أن تسهل الحكومة مشاركة النساء بصورة نشطة في تنمية الخدمات المناسبة بشأن تنظيم الأسرة.

دال – العنف الجنساني والعنف الأسري

٤٥- يساور المقرر الخاص شديد القلق إزاء الافتقار إلى الوعي داخل الحكومة والمجتمع عامةً فيما يتعلق بالعنف الجنساني. وعلى الرغم من أن العنف الجنساني يمكن أن يشمل أشخاصاً أياً كان جنسهم، فإن الأمم المتحدة عرَّفت العنف الجنساني الموجّه ضد المرأة بأنه "أي فعل عنيف تدفع إليه عصبية الجنس ويرجح أن يترتب عليه أذى أو معاناة للمرأة، سواء من الناحية الجسمانية أو الجنسية أو النفسية، بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو الخاصة"[٣٥]. أما العنف الأسري فقد عرَّف تعريفاً أوسع ويمكن أن يشمل كبار السن، والاعتداء على الأطفال، وكذلك العنف بين الأزواج.

٤٦- وعلى الرغم من أن نسبة انتشار "أعمال القتل دفاعاً عن الشرف" وغيرها من أشكال العنف البالغ الموجّهة ضد المرأة أدنى في سورية منها في عموم المنطقة، فإنه يقدّر أنه

---

(٣٢) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الصفحة ٩٠.

(٣٣) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الصفحة ٩١.

(٣٤) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الصفحة ٩٠.

(٣٥) A/RES/48/104.

يُرتكب سنوياً ما بين ٤٠ و٢٠٠ عملية قتل "دفاعاً عن الشرف" في سورية[٣٦] ونظراً إلى عدم وجود بيانات رسمية، من الصعب تقدير نطاق هذه المشكلات، وإن كان يُقرّ على نطاق واسع بوجودها. وقد بينت دراسة أجراها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في عام ٢٠٠٦ أن واحدة تقريباً من كل أربع نساء متزوجات في سورية قد تعرّضت لاعتداء بدني[٣٧]. ومن المقلق أن هذه القضايا قد أوليت القليل من الاهتمام، أو لم تولَ أي اهتمام بالمرة. وقد لاحظ المقرر الخاص، مع الأسف، طوال بعثته، أنه عندما يثار موضوع العنف الجنساني، فإن إجابات مختلف الأطراف الفاعلة كثيراً ما تنم عن ضلال أو سوء اطّلاع.

٤٧- وأُبلغ المقرر الخاص خلال البعثة أنه تم النظر في إنشاء وحدة لحماية الأسرة إلى جانب إنشاء مراكز في المحافظات لرصد العنف المترلي، ولكن لم يُحرز سوى القليل من التقدم في هذا المجال. ومن غير الواضح حتى الآن ما هي الإدارة الحكومية التي ستتولى المسؤولية عن إنشائها وإدارتها، وكذلك إعداد خطة ترمي إلى التوعية بعملها. ويلزم إنشاء آلية للإبلاغ عن العنف واتخاذ إجراءات بشأنه، بوصف ذلك مسألة عاجلة. وإلى جانب ذلك، من الواضح أنه يلزم إجراء إصلاح تشريعي نظراً إلى عدد الثغرات والتناقضات الموجودة في التشريعات الحالية.

٤٨- وعلى الرغم من أن قانون العقوبات لعام ١٩٤٩ ينص على حماية المرأة من التحرش والعنف اللفظيين والبدنيين، فإنه لا يوجد سوى القليل من الأحكام التي تحمي المرأة من العنف في الإطار المترلي أو غيره من أطر العلاقات الحميمة أو العائلية. وقد سَرّ المقرر الخاص أن يلاحظ أن المادة ٥٤٨، المتعلقة بإسقاط العقوبة عندما يكون عمل الجاني ناجماً عن سوء سلوك المرأة المعنية المزعوم، قد ألغيت مؤخراً، وأنه تم سنّ حكم يتعلق "بجرائم الشرف" يجيز الحكم على الجاني بالسجن لمدة سبع سنوات. إلاّ أن المادة البديلة ما زالت تجيز تخفيف العقوبة، وهو أمر يبعث على القلق، وهناك مواد أخرى ما زالت قائمة وتتعلق بالعنف الذي يحدث في حالة أبرم فيها عقد زواج مع الجاني ولا يوجد فيها مجال لتوجيه تهم أو يجري فيها تخفيف الحكم أو تقصير مدته.

٤٩- وبغية معالجة قضية العنف الجنساني معالجة شاملة، يقتضي الأمر إجراء أكثر من تغيير تشريعي لضمان حماية المرأة. ولا يمكن إحداث تغييرات طويلة الأجل في المواقف إلاّ عندما يتم الإقرار بالمشكلة في حد ذاتها. وينبغي إيلاء الاهتمام الوافي لوقاية ضحايا ومرتكبي العنف الجنساني على السواء ومعالجتهم وإعادة تأهيلهم. ويجب ضمان وصول الضحايا إلى العدالة من خلال إنشاء عمليات لمعالجة هذه القضية مباشرة، وتشجيع المبادرات التربوية الهادفة إلى التوعية بالعنف الجنساني والأسري وبآثاره الأوسع. ويعتقد المقرر الخاص اعتقاداً راسخاً بأن

---

(٣٦) هيومن رايتس ووتش، "سورية: لا للاستثناءات في "جرائم الشرف"، ٢٨ تموز/يوليه ٢٠٠٩.

(٣٧) K. Zoepf, "Syria's First Study of Violence Against Women Breaks Taboo", *New York Times*, 10 April 2006.

القضايا المتعلقة بالعنف الجنساني والأسري ينبغي أن تعالج بصورة مستعجلة، ويحث الحكومة على القيام بذلك.

هاء – صحة الطفل

٥٠- تم تحقيق بعض التقدّم الهام في مجال صحة الطفل في سورية على مدى العقود الماضية. وقد قدّر مؤخراً معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بـ ١٦ وفاة لكل ألف مولود حي[٣٨]، إذ انخفض من المعدل السابق البالغ ٤١,٧ في عام ١٩٩٣[٣٩]، ويبلغ معدل وفيات الرضّع حالياً ١٤ وفاة لكل ألف مولود حي، إذ انخفض هذا المعدل من ٣٠ في عام ١٩٩٠[٤٠] ويقدّر أنه انخفض بنسبة ٧٥ في المائة منذ عام ١٩٨٠. وكل هذه الانجازات تتماشى مع الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بصحة الطفل، المعتمدة في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٠، وخطة العمل "عالم صالح للأطفال" التي اعتمدتها ١٨٩ دولة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في أيار/مايو ٢٠٠٢. وإن أكثر الشواغل إلحاحاً بخصوص صحة الطفل في سورية تتعلق، مرة أخرى، بالمحدّدات الأساسية للصحة، وعلى الأخص، الحصول على الغذاء والأمن الغذائي.

واو – التغذية

٥١- يعدّ سوء التغذية والتقزم أحد المشكلات الرئيسية المتعلقة بصحة الأطفال. وقد نشأت هذه المشكلة، بالدرجة الأولى، نتيجة للجفاف الذي حدث مؤخراً، وهو أسوأ جفاف شهدته سورية على مدى أربعة عقود لفترة ثلاث سنوات متتالية ويتوقع أن يستمر للسنة الرابعة. وعلى الرغم من أن المشكلة تتركز أساساً في المناطق الريفية من سورية – أكثر من ٩٥ في المائة من الأشخاص المتأثرين هم من محافظات الحسكة ودير الزور والرقه[٤١] فإنها مع ذلك مشكلة تلزم معالجتها على المستوى الوطني. وإن ارتفاع أسعار الأغذية والوقود، إلى جانب استمرار آثار الأزمة المالية العالمية، يجعل أضعف شرائح الشعب خارج هذه المحافظات عرضة للخطر أيضاً.

٥٢- وقد أدى نقص الأغذية في المناطق التي تأثرت مباشرة بالجفاف، إلى عدم كفاية الكمية المتناولة من الأغذية وإلى سوء التغذية. وكانت الأغذية التي يتناولها ٨٠ في المائة من

---

(٣٨) منظمة الصحة العالمية، *الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١٠* (جنيف، ٢٠١٠)، الصفحة ٤٧.

(٣٩) الجمهورية العربية السورية، "التقرير الوطني الثالث للأهداف التنموية للألفية في الجمهورية العربية السورية" (٢٠١٠)، الصفحة ٣٠؛ انظر

(٤٠) منظمة الصحة العالمية، *الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١٠* (جنيف، ٢٠١٠) الصفحة ٤٩.

(٤١) United Nations, "Syria Drought Response Plan 2009-2010: Mid-Term Review" (February 2010), p. 1.

الأسر التي قيّمتها الأمم المتحدة تتألف فقط من الخبز والشاي المحلّى وكانت وجبات الأطفال تقتصر على وجبتين يومياً[٤٢]. وفي الرقة، كان زهاء ٤٢ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ سنوات و١٢ سنة مصابين بفقر الدم[٤٣]. وعلاوة على ذلك، لوحظت، في المناطق المتأثرة بالجفاف، زيادة في عدد الأطفال الذين يأتون إلى المراكز الطبية ليعالجوا من الأمراض المنقولة بالمياه، والأمراض المتصلة بالتغذية[٤٤]. وأفاد الأخصائيون الطبيون الذين استشارهم المقرر الخاص خلال البعثة بأن انتشار السغل والكواشيوركور (وهما مرضان ناجمان عن عدم كفاية التغذية والمقدار المتناول من البروتين، على التوالي) قد ازداد أيضاً بشكل ملحوظ منذ بداية الجفاف. وإن العقابيل الصحية الطويلة الأجل لسوء التغذية ولهذه الأمراض المرتبطة بها هي عقابيل عميقة وتشمل، في جملة أمور، القصور المناعي، وتأخر النموّ، وتأخر النماء الذهني.

٥٣- وحوالي ١٠ في المائة من الأطفال دون الخامسة في جميع أنحاء سورية مسجلون حالياً بوصفهم أطفالاً ناقصي الوزن[٤٥]. وفي عام ٢٠٠٦، بلغت نسبة انتشار التقزم المعتدل ٢٢ في المائة، واعتُبر ١٠ في المائة من الأطفال شديدي التقزم بالنسبة إلى سنّهم[٤٦]. وهاتان المشكلتان المتعلقتان بالتغذية تبيّنان أن الحق في الصحة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالكثير من الحقوق، ولا سيما بإعمال الحق في الغذاء، ويتوقف على هذه الحقوق. فتوفير مقدار كافٍ من الأغذية السليمة والتغذية أمر حيوي لإعمال هذا الحق. على أن ذلك لا يعني مجرد ضمان توفير كمية كافية من الأغذية للأشخاص المحتاجين إليها وإنما ينبغي بذل المزيد من الجهود لضمان تثقيف الأسر، ولا سيما الأمهات، فيما يتعلق بالاحتياجات التغذوية للرضّع والأطفال. وتشير البيانات إلى أن أطفال الأمهات اللواتي التحقن بالتعليم الثانوي أو العالي أقل عرضة لنقص الوزن والتقزم مقارنة بأطفال الأمهات اللواتي لم يتلقين أي تعليم[٤٧].

٥٤- ويشير المقرر الخاص أيضاً إلى ضرورة القيام بالمزيد من العمل لتعزيز تغذية الرضّع، وخاصة الرضاعة الطبيعية لغاية سن الستة أشهر. ومن دواعي القلق بشكل خاص أن عدداً من المفاهيم الخاطئة الشائعة يؤدي إلى تكرار أنماط من سوء التغذية في أوساط الأطفال: ومن

---

(٤٢) المرجع نفسه، الصفحة ٥.

(٤٣) United Nations, “Syria Drought Response Plan 2009” (August, 2009), p. 9.

(٤٤) United Nations, “Syria Drought Response Plan 2009-2010: Mid-Term Review” (February 2010), p. 11.

(٤٥) منظمة الصحة العالمية، *الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١٠*، (جنيف، ٢٠١٠)، الصفحة ٢٣.

(٤٦) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الصفحة ٦.

(٤٧) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الصفحة ٢٦.

ذلك، مثلاً، ممارسة شرب الشاي من سن الرضاعة فصاعداً[٤٨]. ولا تزيد النسبة المئوية للأطفال الذين يحصلون على تغذية مناسبة منذ الولادة حتى سن الـ ١١ شهراً على نحو ٢٥ في المائة، كما أن نسبة الرضّع الذين يقل عمرهم عن ستة أشهر والذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية فقط في سورية لا تزيد على ٢٩ في المائة[٤٩]. وهنا أيضاً، توجد فوارق ملحوظة في النواتج بين المحافظات، إذ تسجل اللاذقية أفضل النواتج فيما يتعلق بالتغذية المناسبة بين سنّ صفر و١١ شهراً (٣٧ في المائة)، والحسكة أسوأ النواتج (١٦ في المائة)[٥٠]. ومن الأمور المشجعة أنه تم مؤخراً وضع برنامج لمراقبة التغذية، إلاّ أنه يلزم بذل جهود لتوسيع نطاق هذا البرنامج بما يتيح الإحاطة الشاملة بهذه المشكلة، وخاصة في المحافظات الواقعة في شمال شرقي البلد.

سادساً- الحق في الصحة، والأشخاص العديمو الجنسية واللاجئون

٥٥- سورية هي موطن لعشرات من الجماعات الإثنية واللغوية والثقافية. وبينما يشكل العرب حوالي ٨٠ في المائة من السكان، فإن هناك الكثير من الجماعات الأخرى، مثل الأكراد السوريين، والأتراك، والدروز، تشكل أقليات لا يستهان بها. وإلى جانب فئات الأقليات هذه، التي يعتبر أعضاؤها رعايا سوريين، تؤوي سورية حالياً الملايين من اللاجئين الذين قدموا من الأراضي الفلسطينية المحتلة والعراق والصومال وأمكنة أخرى.

٥٦- ويقضي مبدأ عدم التمييز بأن تكون جميع الخدمات والسلع والمرافق الصحية متاحة للجميع، بمن فيهم اللاجئون والمشردون داخلياً والسكان الذين يشكلون أقلية، والأشخاص العديمو الجنسية. غير أن المقرر الخاص تلقى شهادات شخصية تفيد بممارسة تمييز يُزعم أنه يقوم على أساس الأصل الإثني أو المركز[٥١].

٥٧- وسيبحث هذا الفرع جماعتين من تلك الجماعات: زهاء ٣٠٠ ٠٠٠ سوري عديمي الجنسية، وملايين اللاجئين العراقيين الذين فروا إلى سورية في أعقاب غزو الولايات المتحدة للعراق عام ٢٠٠٣. ويكفل دستور سورية المساواة في الوضع لجميع الناس، بصرف النظر عن خلفيتهم، ولا يجيز التمييز لأي سبب من الأسباب عندما يتعلق الأمر بتوفير السلع

---

(٤٨) R. Sixsmith, "Alongside Syrian health workers, UNICEF battles varied causes of malnutrition", 18 August 2010. متاح من http://origin-www.unicef.org/infobycountry/syria_55611.html.

(٤٩) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الصفحتان ٢٩-٣٠.

(٥٠) المكتب المركزي للإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، "الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات ٢٠٠٦" (شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الصفحة ٣٠.

(٥١) E/C.12/1/Add.63، الفقرات ١٣ و١٥ و٢٣.

والخدمات الصحية. ويلاحظ المقرر الخاص، مع الأسف، أنه لا تتاح في بعض الأحيان لعدد من الأشخاص غير المواطنين إمكانية الحصول على الرعاية والسلع والخدمات الصحية على قدم المساواة مع الرعايا السوريين، وذلك بسبب وضعهم.

ألف - الأكراد السوريون

٥٨- أُبلغ المقرر الخاص بأن هناك نحو ٢٥ إلى ٣٠ مليون كردي في جميع أنحاء العالم، وأنهم يشكلون إحدى أكبر الجماعات الإثنية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وفي عام ١٩٢٣، قسمت معاهدة لوزان الإمبراطورية العثمانية السابقة وتركت السكان الأكراد بلا دولة تتمتع بالحكم الذاتي. ونتيجة لذلك، توجد اليوم أقليات كردية كبيرة في العراق وإيران وتركيا وسورية[٥٢]. وفي سورية، لا تُجمع رسمياً أو تتاح من قبل الحكومة بيانات مفصلة حسب الأصل الإثني، ولذا، فإن من الصعب الحصول على أرقام دقيقة فيما يتعلق بعدد الأكراد السوريين أو أية جماعة أقلية أخرى. إلا أن التقديرات تشير إلى أن الأكراد في سورية يمثلون نحو ٨ إلى ١٥ في المائة من السكان[٥٣].

٥٩- وأبلغ المسؤولون السوريون المقرر الخاص في مناسبات عديدة أثناء البعثة بأن الأكراد يعاملون بوجه عام في سورية معاملة لا تختلف عن معاملة السوريين الآخرين. غير أن الكثير من هذه المصادر تقر في الوقت نفسه بأن هناك جماعة كبيرة من الأكراد العديمي الجنسية الذين يواجهون غالباً صعوبات كبيرة في الحصول على الرعاية والسلع والخدمات الصحية لكونهم عديمي الجنسية ولافتقارهم إلى وثائق الهوية اللازمة أو لحيازتهم وثيقة تبين بوضوح وضعهم كأشخاص عديمي الجنسية.

٦٠- وقد بدأت الحكومة، في الستينات من القرن الماضي، عملية تعرف باسم "التعريب"، ترمي إلى توسيع نفوذ التقاليد الثقافية اللغوية العربية وتأكيد أسبقيتها في جميع أنحاء سورية. وكإجراء تكميلي لهذه العملية، قامت الحكومة في عام ١٩٦٢ بإجراء إحصاء مرتجل يعرف بصورة غير رسمية باسم "إحصاء الحسكة"[٥٤]. ونتيجة لهذا الإحصاء، تم تجريد ما بين ١٢٠ ٠٠٠ و١٥٠ ٠٠٠ كردي من جنسيتهم السورية وأصبحوا فعلياً بلا جنسية[٥٥]. وبررت الحكومة السورية هذا العمل بالادعاء أن هؤلاء السكان الأكراد بعينهم دخلوا بصورة غير شرعية إلى سورية من تركيا وبالتالي، فإنهم لا يعتبرون رعايا سوريين. ومع ذلك،

---

(٥٢) Refugees International, *Buried Alive: Stateless Kurds in Syria*, January 2006, p.1.

(٥٣) المرجع نفسه.

(٥٤) Harriet Montgomery, *The Kurds of Syria: An Existence Denied, European Centre for Kurdish Studies*, 2005, p. 9.

(٥٥) المرجع نفسه.

هناك أمثلة عديدة مستمدة من الفترة التي تلت إحصاء الحسكة مباشرة تم فيها، حتى ضمن إطار الأسر النواتية، منح أناس وضع جنسية مختلفاً. وقد نمت أعداد هذه المجموعة الآن إلى قرابة ٣٠٠ ٠٠٠؛ وهذا ليس سوى تقدير(٥٦).

٦١- وتوجد في سورية مجموعتان من الأكراد العديمي الجنسية تعرفان باسم *الأجانب والمكتومين*(٥٧). وقد مُنح *الأجانب*، الذين يبلغ عددهم نحو ٢٠٠ ٠٠٠ شخص، بطاقات هوية حمراء، تتيح لهم الاستفادة، إلى حد ما، من مرافق وسلع وخدمات صحية مماثلة بوجه عام لتلك المتاحة لغيرهم من المواطنين السوريين. أما *المكتومون*، الذين يشكلون المجموعة المتبقية والبالغ عددهم زهاء ١٠٠ ٠٠٠ شخص، فإنهم يشكلون مبعث قلق أكبر لأنهم لا يملكون أية وثيقة هوية على الإطلاق، وبالتالي، فإن حصولهم على الرعاية والسلع والخدمات الصحية محدود. وكما أشير سابقاً، من الصعب جداً تقدير الحجم الحقيقي للسكان المتأثرين، نظراً إلى عدم وجود بيانات مفصلة.

٦٢- والتقارير المتعلقة بمعرفة ما إذا كانت حيازة وثيقة هوية أمراً ضرورياً للحصول على السلع والخدمات الصحية هي تقارير متناقضة في كثير من الأحيان. وفي حين أنه لا يبدو أن من الواجب إبراز وثيقة هوية للحصول على رعاية طارئة في مراكز الصحة العامة، فإنه يُفاد غالباً بأن أنواع العلاج التخصصية (أي علاج الأمراض المزمنة والسرطان وغيرها) والرعاية غير متاحة. وقد سأل المقرر الخاص مراراً الموظفين، في الزيارات التي أجراها لمرافق الرعاية الأولية في حلب والحسكة، عما إذا كان من الضروري حيازة وثيقة هوية لأغراض تلقي العلاج، وكان جواب الموظفين في كل مرة بالنفي. وفي حين أنه قد لا يكون مطلوباً حيازة وثيقة هوية لأغراض الحصول على علاج في مراكز الرعاية الصحية العامة السورية بحد ذاتها، فإن عدم حيازة مثل وثيقة الهوية هذه قد يثير في حالات مختلفة عقبة كبيرة أمام الحصول على الرعاية الصحية. ففي حالة وقوع حادث مرور مثلاً، سيُطلب إبراز وثيقة هوية لأجل الحصول على الرعاية الصحية وإعداد تقرير. وبالتالي، فإن الأشخاص الذين ليست لديهم وثيقة تثبت هويتهم سيعتبرون بسهولة أكراداً و"غير سوريين" وسيكونون عرضة للتمييز، شأنهم شأن حالة الكثير من السكان الذين يشكلون أقلية.

٦٣- والافتقار إلى وثائق الهوية كثيراً ما يؤثر تأثيراً سلبياً على التمتع بحقوق أخرى ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتمتع بالحق في الصحة. وقد ذكرت الحكومة السورية، في التقرير الذي قدمته إلى اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، أنه يلزم، لتسجيل الأطفال في المدارس الابتدائية، إبراز وثيقة تثبت أن والدي الطفل حائزان على الجنسية أو يقيمان بصورة

(٥٦) انظر A/HRC/16/49/Add.2.، الفقرة ٤٨.

(٥٧) المرجع نفسه.

شرعية في سورية[٥٨]. وعلاوة على ذلك، لا يسمح للأشخاص العديمي الجنسية بالعمل في سورية. ومن الواضح أن للقيود والحدود المفروضة على التعليم والعمل وغيرها من العوامل ذات الصلة تأثيراً سلبياً على التمتع بالحق في الصحة. وفضلاً عن ذلك، يشير المقرر الخاص إلى أنه بموجب القانون العرفي الدولي لكل إنسان الحق في الجنسية والحق في عدم حرمانه بصورة تعسفية من الجنسية[٥٩].

٦٤- وقد أقرت الحكومة السورية، ولا سيما رئيس الجمهورية، مراراً بالحالة فيما يتعلق بالأشخاص الذين لا يملكون أي شكل من أشكال الهوية وذكر الرئيس أيضاً أنه يعتزم تسوية هذه الحالة[٦٠]. ويشيد المقرر الخاص بهذه الالتزامات ويأمل في أن تُتخذ فوراً إجراءات ملموسة لتحسين حالة العديد من الأشخاص الذين أعيق تمتعهم بالحقوق الأساسية. ويرى المقرر الخاص أن تصحيح هذا الوضع قد يتطلب بعض الوقت ولكن سيكون له تأثير إيجابي هائل على تمتع مئات الآلاف من الأشخاص تمتعاً كاملاً بحقوق الإنسان، بما فيها الحق في الصحة.

باء - اللاجئون

٦٥- تاريخياً، استقبلت سورية اللاجئين بصدر رحب جداً، مثل اللاجئين الفلسطينيين والصوماليين. وكان البلد، منذ أواسط القرن العشرين، موطناً لأكثر من مليون لاجئ فلسطيني والكثير من الجماعات الأخرى. ويقدَّر أن أكثر من مليون عراقي فروا من العراق إلى سورية منذ غزو العراق بقيادة الولايات المتحدة في عام ٢٠٠٣[٦١]. وفي كل من هذه الحالات، وبخاصة بعد حرب العراق في عام ٢٠٠٣ وما تلاها من نزاع طائفي، قامت سورية بعمل جدير بالثناء يضمن تمتع هذه الجماعات بالحق في الصحة بالنظر إلى الموارد المحدودة المتوفرة لديها.

٦٦- وقد سجلت مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين حالياً قرابة ١٢٦ ٠٠٠ لاجئ عراقي[٦٢]. وهذا الرقم هو، بالطبع، أقل من الأرقام التي وصل إليها عدد اللاجئين في فترات الذروة والتي كانت أعلى بكثير قبل خمس إلى ست سنوات خلت. ومع ذلك فإن

---

(٥٨) E/C.12/2001/SR.34، الفقرة ٣٠.

(٥٩) المادة ١٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وقضية *بين وبوسيكو ضد الجمهورية الدومينيكية*، محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان، الحكم المؤرخ ٨ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٥، السلسلة جيم، رقم ١٣٠.

(٦٠) بشار الأسد، خطاب الولاية الثانية، ١٧ تموز/يوليه ٢٠٠٧.

(٦١) Ashraf al-Khalidi, Victor Tanner, and Sophia Hoffmann , "Iraqi Refugees in the Syrian Arab Republic: A Field-Based Snapshot," Brookings Institution-University of Bern Project on Internal Displacement, 11 June 2007.

(٦٢) UNHCR, "2011 UNHCR country operations profile - Syrian Arab Republic, 2011 UNHCR planning figures for the Syrian Arab Republic".

عدد المسجلين حالياً يقل كثيراً، وفق معظم الحسابات، عن العدد الفعلي للعراقيين الذين ما زالوا في سورية. فالحدود بين البلدين ما زالت غير محكمة إلى حد ما، الأمر الذي يؤدي إلى تنقل مستمر للناس بين البلدين، وإن كان هذا التنقل يتم كله تقريباً من العراق إلى سورية.

٦٧- ويطرح حجم السكان اللاجئين في سورية مشكلات أمام الحكومة السورية. وهناك شبكة دعم دولي واسعة تخفف جزئياً من وطأة هذه المشكلات. فيقوم الهلال الأحمر العربي السوري ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بتوفير الخدمات الصحية للاجئين العراقيين في مراكز محلية أُنشئت جزئياً لهذا الغرض بالذات. وتدعم المفوضية بشكل كبير، مالياً، الرعاية المقدَّمة في تلك المرافق ولا يدفع العراقيون، ما داموا مسجلين لدى المفوضية، سوى ٢٥ ليرة سورية (٥٠ سنتاً أمريكياً تقريباً) لقاء الاستشارة الواحدة. وأبلغ الموظفون في هذه المراكز المقرر الخاص بأنه يمكن للعراقيين أيضاً أن يلتمسوا الرعاية الخارجية في مرافق الرعاية الصحية العامة السورية، شأنهم شأن الرعايا السوريين.

٦٨- وعلى الرغم من أن نظام الرعاية الصحية الأولية يوفر حلاً مؤقتاً لكثير من المشكلات المتعلقة بتلك الرعاية، فإنه يُفتقر جداً حتى الآن إلى حلول طويلة الأجل لهذه الحالة. وعلى سبيل المثال، لا تُمنح رخص عمل للاجئين وطالبي اللجوء في سورية، الأمر الذي يجعلهم يعتمدون كلياً على المساعدة الدولية لتلبية احتياجاتهم الأساسية[٦٣]. ويقيم اللاجئون العراقيون في سورية الآن في المدن بعد أن كانوا يقيمون في المخيمات. وإن عدم قدرتهم على العمل تشكل عقبة جدية أمام وصولهم واندماجهم في المجتمع.

٦٩- وبينما يمكن معالجة تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية بالشكل المناسب، فإن المراكز التابعة لمفوضية شؤون اللاجئين والهلال الأحمر العربي السوري لا تغطي غالباً نفقات الكثير من الإجراءات والسلع والأجهزة الطبية المكلفة والضرورية. وهناك أمثلة كثيرة على لاجئين يحتاجون إلى أطراف اصطناعية وغيرها من الأجهزة والإجراءات الطبية المكلفة ويضطرون إلى الاعتماد على الإحسان والهبات لأن هذه الخدمات والسلع باهظة الكلفة لا تغطيها برامج المساعدة الدولية[٦٤].

٧٠- وبوجه عام، إن الدعم الذي قدمته الحكومة السورية في مجال توفير الرعاية والسلع والخدمات الصحية للعدد الكبير جداً من السكان العراقيين الذين يعيشون في سورية يستحق

---

(٦٣) World Food Programme/United Nations High Commissioner for Refugees/Syrian Arab Red Crescent/Syrian State Planning Commission Joint Mission, Refugees in Syria, June 2009, p. 3.

(٦٤) شبكة الأنباء الإنسانية، "اللاجئون العراقيون في سورية ... حرقة الانتظار للحصول على الأطراف الاصطناعية" ١٠ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٠.

الثناء. وقامت الدولة، ليس فقط بتوفير الدعم اللوجستي لهؤلاء الأشخاص من خلال تقديم المساعدة إلى مراكز الهلال الأحمر العربي السوري ومفوضية شؤون اللاجئين وتيسير عمل هذه المراكز، بل تقول أيضاً إنها تسمح بأن يُعالج العراقيون في مرافق الرعاية العامة السورية بنفس الطريقة التي يُعالج بها السوريون، وبصورة مجانية تقريباً.

٧١- ونظراً إلى استمرار عدم الاستقرار والعنف في العراق، فإن نسبة عدد العراقيين الذين يعودون إلى العراق ما زالت منخفضة جداً. وبصرف النظر عن السبب، فإنه يجب إيجاد حلول طويلة الأجل لضمان حصول العراقيين على الرعاية الصحية إذا ما قرروا البقاء في سورية. وبالنظر إلى معدلات الخصوبة المرتفعة للغاية في سورية، فإن الزيادة الإضافية في عدد السكان الناجمة عن وجود العراقيين سوف تضع عبئاً إضافياً على كاهل نظام الصحة العامة المُجهد أصلاً.

سابعاً - الحق في الصحة، والأشخاص المحتجزون

٧٢- يود المقرر الخاص أن يشكر الحكومة السورية لتسهيلها الزيارة التي قام بها لسجن عدرا في دمشق، ومرافقه الطبية. ومما يتسم ببالغ الأهمية أن نظام السجون السوري أصبح بصورة تدريجية متاحاً للتفحُّص الدولي. وسيقصر المقرر الخاص ملاحظاته وتحليله على تمتع الأشخاص المحتجزين بالحق في الصحة، دون أن يخرج عن نطاق ولايته. ويود المقرر الخاص أن يشجع الحكومة السورية على توجيه دعوات إلى مكلفين آخرين بولايات في إطار الإجراءات الخاصة وإتاحة فرص مماثلة لهم في المستقبل.

٧٣- ويقتضي التمتع بالحق في الصحة، ضمنياً، عدم التمييز ضد الأشخاص المسجونين وأن يتلقى هؤلاء رعاية خاصة بالنظر إلى ضعفهم. ويشير التعليق العام ١٤ إلى أنه يقع على عاتق الدولة التزام قانوني محدد يقضي باحترام حقوق السجناء والمحتجزين وغيرهم من الأشخاص المعتقلين، وهذا الالتزام يشمل الامتناع عن إنفاذ أو تشجيع ممارسات تمييزية. وبما أن السجناء يخضعون للسيطرة الكاملة للدولة، فإن هذا الأمر ينطبق عليهم طوال فترة الحبس.

٧٤- والقواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، وهي مجموعة مبادئ توجيهية متفق عليها دولياً تتعلق بالأشخاص المحتجزين في السجون وغيرها من أشكال الاحتجاز، تشير أيضاً إلى مستوى الرعاية الصحية الذي ينبغي أن يتلقاه المسجونون[٦٥]. وتنص القواعد من ٢٢ إلى ٢٦ بوضوح على أنه ينبغي للسجون اتباع إجراءات معينة وتوفير خدمات معينة. وتنص القواعد على وجوب توفّر أطباء بشريين وأطباء أسنان مؤهلين لخدمة السجون، وعلى وجوب فحص

(٦٥) الأمم المتحدة، *القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء*، ٣٠ آب/أغسطس ١٩٥٥.

السجناء لدى دخولهم السجن، وبعد ذلك حيثما كان ذلك ضرورياً، وأن يقدم الأطباء تقريراً عن أوضاع السجن إلى المدير؛ وغير ذلك من الأمور المماثلة.

٧٥- وهناك وزارات حكومية متعددة مسؤولة عن توفير الرعاية والسلع والخدمات الصحية لنظام السجون. فتوفر وزارتا الداخلية والصحة العاملين الطبيين، ووزارة الشؤون الاجتماعية خدمات الأخصائيين الاجتماعيين. وقد قدَّم الموظفون مباشرةً إلى المقرر الخاص جميع المعلومات المتعلقة بعمال الرعاية الصحية في السجون.

٧٦- والسجن الذي سُمِح للمقرر الخاص بزيارته - سجن عدرا في دمشق - يتسع بوجه عام لعدد يتراوح بين ٠٠٠ ٧ و٠٠٠ ٨ شخص في أي وقت معين. ويوجد ٢٥ مهنياً طبياً في الموقع. ويتألف عمال الرعاية الصحية هؤلاء على النحو التالي: طبيبان عامان، وثلاثة أطباء أسنان، و١٦ ممرضاً توفرهم وزارة الداخلية؛ وطبيبان توفرهما وزارة الصحة؛ ومجموعة من الأخصائيين المتناوبين على العمل في المرفق. ومن بين الأخصائيين طبيب قلب، وطبيب عيون، وطبيب نفسي، وأطباء آخرون، وجميعهم يزورون المستشفى بصورة منفصلة في أيام مختلفة من الأسبوع.

٧٧- وإضافة إلى ذلك، لدى السجن ثلاثة فنيي مختبرات ووحدة أشعة للتشخيص داخل السجن. وفي حالة الطوارئ، لدى السجن أربع سيارات إسعاف تنقل السجناء إلى المركز الصحي الواقع بالقرب من السجن للعلاج. ويوجد أيضاً في السجن طبيب طوارئ موجود في كل الأوقات. وأُفيد بأن هناك بوجه عام ١٥ إلى ٢٥ حالة طوارئ يومياً. وتوفر وزارة الشؤون الاجتماعية خمسة أخصائيين اجتماعيين في الموقع لتلبية احتياجات السجناء اليومية.

٧٨- وتشكل بعض الأوضاع والحالات التي وصفها العاملون الطبيون في السجن مبعث قلق، وخاصة في ضوء القواعد النموذجية الدنيا. فعلى سبيل المثال، لا يوجد فحص طبي اعتيادي للسجناء لدى دخولهم السجن. وفي رأي المقرر الخاص أن هذا الفحص الروتيني ضروري لتحديد الاحتياجات الصحية للأشخاص المسجونين تحديداً دقيقاً ووافياً. وعلاوة على ذلك، فإن الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات يُعزلون بشكل لا مبرر له عن باقي السجناء. وفي حال وجود سجناء مثليين، فإن موظفي السجن يتبعون إجراء عزل يتلقى خلاله هؤلاء السجناء "علاجاً" نفسياً ويُعزلون عن باقي السجناء بسبب ميلهم الجنسي أو هويتهم الجنسية لا غير. وفي كل من هذه الحالات يتعزز الوصم ويتم التمييز ضد المحتجزين الضعفاء وينجم عن ذلك الحرمان من التمتع بالحق في الصحة من دون تلقي فائدة صحية ذات معنى.

٧٩- ولا يتوفر سوى القليل من المعلومات فيما يتعلق بالأوضاع الصحية في السجون السورية. وقد كانت المرافق التي سُمح للمقرر الخاص برؤيتها، وإن كانت محدودة، في وضع جيد بوجه عام. وكان يقدَّم للمرضى علاج مناسب يتماشى بوجه عام مع الحق في الصحة. وتجب الإشارة إلى أنه لم يجر نقاش مع السجناء في ظروف تكفل السرية. وبوجه عام، يود

المقرر الخاص أن يشجع الحكومة السورية على إجراء تقييم أدق لإعمال الحق في الصحة في السجون السورية.

ثامناً – الاستنتاجات والتوصيات

٨٠- أُعجب المقرر الخاص بالتقدم الذي تم إحرازه في مجال صحة الأم والطفل، وخاصةً بالنظر إلى القيود المتعلقة بالموارد التي تواجهها الحكومة، إلى جانب تحديات مثل الجفاف المستمر. والمكاسب التي تحققت فيما يتعلق بوفيات الأطفال مكاسب ملحوظة بشكل خاص وتتجاوز المرامي المحدَّدة في الأهداف الإنمائية للألفية. على أنه يبقى من الواضح أنه ما زال يلزم القيام بالمزيد من الأمور، وخاصة في مجالات رئيسية مثل التغذية وتنظيم الأسرة وتمكين المرأة.

٨١- وتتسم مشاركة المجتمع في اتخاذ القرارات، وهي عنصر أساسي من عناصر إطار الحق في الصحة، بأهمية بالغة في تحقيق مكاسب طويلة الأجل في المجالات الأساسية، وخاصةً في زيادة خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال. كما أن المبادرات التي يوجهها ويقودها المجتمع وتهدف إلى التوعية بهذه المشكلات ومكافحتها بأساليب مناسبة ثقافياً تتسم بأهمية حيوية. ويصح ذلك بوجه خاص في مجال معالجة التفاوت المستمر في النواتج بين المراكز الريفية والحضرية. ويحث المقرر الخاص الحكومة على النظر في التوصيات التالية المتعلقة بنظام الرعاية الصحية برمته:

(أ) جمع بيانات شاملة ومفصلة لضمان عدم حرمان أية جماعات عرقية أو جماعات أقلية بعينها أو التمييز ضدها فيما يتصل بالحصول على خدمات الرعاية الصحية؛

(ب) تمكين المجتمع من المشاركة في تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال إشراك منظمات المجتمع المدني بصورة نشطة في وضع السياسات المتعلقة بالصحة على جميع مستويات الحكم؛

(ج) إعادة النظر في الحاجة إلى الإبقاء على حالة الطوارئ، التي ما زالت قائمة منذ الستينات من القرن الماضي، بالنظر إلى آثارها السلبية على تنظيم ومشاركة المجتمع المدني في وضع السياسات المتعلقة بالصحة؛

(د) ضمان حماية إمكانية الحصول على الأدوية من خلال وضع خطة لدمج واستخدام جميع أشكال المرونة المناسبة التي يتضمنها الاتفاق المتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية في ضوء الانضمام الممكن إلى منظمة التجارة العالمية؛

(هـ) إجراء عمليات تقييم لأثر مخطط التأمين الخاص المقترح، بمساعدة من الشركاء الدوليين.

٨٢- ويحث المقرر الخاص الحكومة على النظر في التوصيات التالية في مجال صحة المرأة والطفل:

(أ) وضع وتنفيذ مناهج تعليم متسقة وعلى نطاق البلد في مجال الصحة الجنسية والإنجابية تُقدَّم في المراحل الأخيرة من التعليم الابتدائي والمراحل الأولى من التعليم الثانوي؛

(ب) زيادة الجهود من أجل سد الفجوة القائمة بين معدلات التحاق الذكور والإناث بالمدارس في نظام التعليم بأكمله؛

(ج) القيام بإجراء إصلاح تشريعي يتعلق بالزواج المبكر والشروع في برامج تستهدف التوعية بهذه المسألة؛

(د) زيادة الجهود لاحتواء معدل الخصوبة الوطني، وخاصة من خلال تنفيذ خدمات لتنظيم أسرة تكون شاملة وتشارك في تصميمها المرأة؛

(هـ) السعي إلى زيادة عدد زيارات الرعاية السابقة للولادة التي تقوم بها النساء أثناء الحمل والنظر في إنشاء آلية لضمان توفير المتابعة المناسبة للمرضى؛

(و) استثمار المزيد من الموارد في مجال توفير الرعاية الصحية خلال الفترة التي تعقب الولادة ووضع آليات تتيح إشراك المجتمع في وضع برامج تهدف إلى إشراك المرأة وتمكينها؛

(ز) السعي إلى التعديل الفوري لأحكام قانون العقوبات التي تميز ضد المرأة، ولا سيما الأحكام المتعلقة بحالات العنف الجنساني أو الأسري.

(ح) إجراء بحوث لتقصي انتشار وطبيعة العنف الجنساني والأسري على نطاق البلد، بغية اكتشاف نطاق المشكلة واتخاذ الخطوات لمعالجتها؛

(ط) اتخاذ خطوات عاجلة لمعالجة القضايا المتعلقة بسوء التغذية في جميع أنحاء البلد، وخاصة لدى الأطفال، من خلال توفير الغذاء لأكثر الجماعات المتأثرة بالجفاف تهميشاً وضعفاً، ومن خلال وضع برامج تعليم على نطاق البلد تتعلق بتغذية الرضّع والأطفال.

٨٣- ويحث المقرر الخاص الحكومة على النظر في التوصيات التالية فيما يتعلق بالجماعات الضعيفة والمهمشة:

(أ) منح الجنسية لجميع الأكراد السوريين العديمي الجنسية من أجل ضمان أمور منها حصولهم على خدمات الرعاية الصحية بدون عوائق، والقيام، في انتظار ذلك، بإعطاء جميع الأشخاص العديمي الجنسية أشكالاً من الهوية تكفي لحصولهم على جميع خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها؛

(ب) تغيير الاشتراطات المتعلقة بالسماح للعراقيين بالعمل، بصفة مؤقتة على الأقل، في سورية، من أجل تخفيف العبء عن الدولة والمنظمات الدولية؛

(ج) التماس المساعدة في الحصول على المزيد من التمويل الخارجي لضمان تلبية احتياجات اللاجئين، وخاصة فيما يتعلق بالإجراءات الطبية الباهظة الكلفة وغير الاختيارية المتعلقة بهم.

٨٤- ويحث المقرر الخاص الجمهورية العربية السورية على النظر في التوصيات التالية فيما يتعلق بالأشخاص المسجونين وبالصحة في السجون:

(أ) التصديق بصورة عاجلة على اتفاقية مناهضة التعذيب وبرتوكولها الاختياري؛

(ب) وجمع وإصدار بيانات شاملة بصورة علنية فيما يتعلق بصحة السجناء وخدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم؛

(ج) والسماح بإجراء تقييم أدق للحالة في السجون وغيرها من مراكز الاحتجاز في سورية من خلال دعوة المكلفين بالولايات ذوي الصلة في إطار الإجراءات الخاصة.