

بسم الله الرحمن الرحيم



الجمهورية اليمنية
المجلس الوطني للسكان
الأمانة العامة

التقرير القطري للجمهورية اليمنية

عشر سنوات من تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي
للسكان و التنمية 1994 م
1994 - 2004 م

صنعاء ، يوليو 2003م

محتويات التقرير

مقدمة

خلفية

القسم الأول: تحليل الوضع (١٩٩٤-٢٠٠٤م)

أولاً : ديناميكية وخصائص السكان

ثانياً : الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية

ثالثاً : العدالة والمساواة والنوع الاجتماعي

القسم الثاني: تقييم تنفيذ برنامج العمل السكاني و خطوات العمل الإضافية

تقييم تنفيذ البرنامج

خفض مستوى الوفيات

تحقيق شمولية التعليم

التغطية الصحية

الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية

صحة الأمومة

تنظيم الأسرة

مكافحة الفقر

المساواة والإنصاف والنوع الاجتماعي

القسم الثالث: التحديات و الفرص الناشئة لتنفيذ جدول أعمال المؤتمر العالمي للسكان

و التنمية ، القاهرة ١٩٩٤م

أولاً : التحديات المرتبطة موضوعياً بمشكلات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية

١- التحدي الناجم عن تطبيق برنامج الإصلاح المالي والإداري ودخول عصر العولمة

٢- التحدي البيئي و نقص الموارد المائية والغذائية

٣- تحدي النمو والتوزيع السكان والنمو الحضري

ثانياً: التحديات و الفرص المرتبطة بالعوامل المؤثرة على تدني مستوى تنفيذ الأهداف

١- فجوة الموارد

٢- البنية المؤسس

٣- الشراكة المحلية

٤- تطوير الشراكة الدولية

٥- البيانات والمعلومات

ثالثاً : التحديات و الفرص المرتبطة بإدماج أهداف السكان و النوع الاجتماعي و الصحة الإنجابية

في أطر السياسات المتكاملة : أهداف التنمية الألفية ، برنامج التخفيف من الفقر ، الإصلاحات

القطاعية

١- أطر السياسات المتكاملة

استراتيجية التخفيف من الفقر (٢٠٠٣-٢٠٠٥)

برنامج إصلاح القطاع الصحي

اللامركزية والحكم المحلي

٢- التحديات

القسم الرابع: نحو استراتيجية لتعزيز تنفيذ خطة عمل مؤتمر القاهرة للتنمية والسكان.

مقدمة

أكد المؤتمر الدولي للسكان و التنمية المنعقد بالقاهرة عام 1994م على جملة من الغايات النوعية و الكمية المتكافئة للتصدي للتحديات الشديدة و العلاقات المتبادلة بين السكان و النمو الاقتصادي في سياق التنمية المستدامة . ومن هذه الغايات تحقيق النمو الاقتصادي المضطرد ، و التعليم للجميع ، و الإنصاف و المساواة بين الجنسين ، و خفض معدلات وفيات الرضع و الأطفال و الأمهات ، و توفير فرص الانتفاع للجميع بخدمات الصحة الإنجابية بما فيها تنظيم الأسرة و الصحة الجنسية .

و لتحقيق تلك الغايات تضمن برنامج العمل السكاني الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان و التنمية أهدافا كمية و وصفية و إجراءات محددة تم إقرارها في المؤتمر و صادقت عليها الجمعية العامة للأمم المتحدة و تعهدت الدول المشاركة بتنفيذها في حدود توافقها مع السيادة و السياسات و الأنظمة و القيم الوطنية .

و يدعو برنامج العمل الدولي إلى تكثيف الجهود الوطنية لتنفيذ الغايات و الأهداف المصوغة بروح التوافق و التعاون الدولي في إطار شامل و متكامل من الأنشطة السكانية و الإنمائية الحاسمة لتحسين نوعية الحياة لسكان العالم الحاليين و لأجيالهم المقبلة و ذلك على ثلاث فترات زمنية متتالية : الخمس سنوات و العشر سنوات و العشرين سنة التالية لانعقاد المؤتمر .

و قد أظهرت عملية مراجعة تنفيذ برنامج العمل السكاني الدولي بعد خمس سنوات من إعلانها و الالتزام به ICPD+5 إلى تقييم التقدم المحرز و النتائج السلبية في التنفيذ على مستوى مختلف دول العالم . و قد أوضحت نتائج تلك المراجعة ضرورة تبني جملة من خطوات العمل الإضافية Key Actions لتدعيم التقدم المحرز من ناحية و الإسراع في تنفيذ بقية أهداف البرنامج . و على أن يتم الشروع في تنفيذ هذه الخطوات في سياق الأولويات الوطنية ، و اتباع نهج تكاملي في تصميم سياسات التنمية و ربطها مع أهداف التنمية الألفية و الموضوعات الناشئة المتعلقة بأطر سياسات التنمية مثل مكافحة الفقر و سياسات الإصلاح . و في ذلك تكمن الأسس و

الممهديات للبدء في المراجعة الدورية الثانية ICPD+10

و يهدف هذا التقرير إلى توضيح الإجراءات المتخذة من جانب الجمهورية اليمنية في مضمار تنفيذ البرنامج الدولي و خطوات العمل الإضافية بعد عشر سنوات من المصادقة الدولية عليه .

خلفية

أعلن قيام الجمهورية اليمنية في عام 1990م بعد توحيد الشطرين السابقين : الجمهورية العربية اليمنية و جمهورية اليمن الديموقراطية الشعبية في كيان سياسي واحد يقوم على أساس الديموقراطية و التعددية السياسية . و ينص دستورها على حق المواطنين في تنظيم أنفسهم سياسيا و مهنيا و نقابيا و تكوين المنظمات العلمية و الثقافية و الاجتماعية . و تأكيدا للالتزام الرسمي بالتعددية و الديموقراطية صدر في عام 1991م قانون الأحزاب . و تمت منذ عام 1993م ثلاث دورات انتخابية برلمانية و دورة انتخابية رئاسية في عام 1997م . و في عام 1999م صدر قانون الإدارة المحلية و أجريت أول انتخابات محلية انبثق عنها تشكيل المجالس المحلية في جميع المحافظات و مديرياتها .

تواجه الجمهورية اليمنية تحديات بارزة فهي واحدة من عشرين دولة من أقل الدول نموا في العالم . و يبلغ نصيب الفرد من الناتج المحلي حوالي 492 دولارا أمريكيا . و يبلغ عدد سكانها 18.9 مليون نسمة (تقديرات عام 2001م) . و تعتبر حصة الفرد من المياه المتاحة من بين أدناها في العالم ، و تشهد عجزا كبيرا و متناميا في مصادر المياه . و بالرغم من نجاحاتها الاجتماعية المتواصلة فهي لا تزال تواجه تحديات بارزة . فهي حاليا تحتل المركز 148 من بين 174 دولة في العالم قياسا على قيمة مؤشر التنمية البشرية في العالم (2003م) ، الذي يمثل 0.448 بالنسبة لليمن .

و يمثل النمو السكاني السريع أكبر تحدياتها التنموية حيث تمتد تأثيراته إلى كل القطاعات كالتعليم و العمل و الصحة و الموارد الطبيعية و البيئة . لذلك فقد تركز الاهتمام الوطني منذ بداية التسعينات من القرن الماضي على معالجة النمو السكاني السريع . فقد تم عام 1992م تأسيس المجلس الوطني للسكان ليتناول قضايا و سياسات برامج السكان . و تم تبني سياسة وطنية للسكان ، تتابعت بعدها الأنشطة المتعددة المرتكزة بدرجة رئيسية على مجالات تأسيس و تطوير الجانب المؤسسي و القدرات الفنية و العلمية في مجال السكان بالإضافة إلى تعزيز مجال الدعوة و كسب التأييد و توسيع قاعدة الأنصار و المؤيدين للحلول و المسارات المطروحة لمعالجة المسألة السكانية

القسم الأول

تحليل الوضع (1994 - 2004 م)

أولاً : ديناميكية السكان

زاد حجم السكان في اليمن بمعدلات غير مسبوقة منذ منتصف السبعينات القرن الماضي . و لم تكن نسبة النمو السكاني تقل عن 3% سنويا . و قد بلغت نسبة نمو السكان 3.7% وفقا لبيانات التعداد السكاني في عام 1994م . و بذلك فقد ارتفع حجم السكان من 8.1 مليون فرد في عام 1975م إلى 11.5 مليون فرد في أواخر الثمانينات (1986-1988م) ، ثم إلى 15.8 مليون في منتصف التسعينات (1994م) . و بناء على الاسقاطات السكانية يتوقع أن يكون حجم السكان 20.8 مليون في عام 2004م .

و تكمن مسببات النمو السكاني السريع بداية في انحسار الأوبئة منذ تكوين الدولة اليمنية الحديثة في عام 1962م و استقلال جنوب الوطن في عام 1967م و قد قلت نسبيا حالة المراضة و أنماطها و انتشارها مع التحسن التدريجي للأحوال المعيشية و الأتساع النسبي في دائرة الخدمات الطبية العلاجية و الوقائية . و قد انعكست تلك التطورات على الانحدار النسبي في معدلات الوفيات عموما ، و بشكل ملحوظ في معدل وفيات الرضع من 170 وفاة لكل ألف مولود حي في السبعينات إلى 130 مع نهاية الثمانينات ثم إلى 81 في الألف في منتصف التسعينات (1994م) ، و إلى 75.3 في نهاية التسعينات (1997م) . و انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 121 وفاة لكل ألف مولود عام 1994م إلى 105 عام 1997م وإلى 99.8 عام 2003م.

و قد تبين من المسح الديموغرافي لعام 1997م أن هناك عوامل اقتصادية و ثقافية و اجتماعية عديدة تؤثر على وفيات الرضع و الأطفال . و أن هناك فروق في هذه الوفيات في العشر السنوات السابقة للمسح وفق المستوى التعليمي للأم . إذ أن معدل وفيات الرضع مثلا لدى الأمهات الأميات يصل إلى 93 وفيات مقابل 52 لدى من هن في مستوى التعليم الثانوي . و تتأثر الوفيات المذكورة كذلك بنوع الرعاية التي تحصل عليها الأم . فهي تصل إلى 79 وفاة عند من لا يحصلن على أية رعاية ، مقابل 61 وفاة عند من يحصلن على الرعاية خلال و أثناء و بعد الحمل . و تتأثر هذه الوفيات بمكان المعيشة ، حضرا أو ريفا . و قد وجد أن وفيات ما دون الخامسة تصل في الريف إلى 128 وفاة مقابل 96 وفاة في الحضر طبقاً لنتائج المسح الديمغرافي الصحي 1991 انخفضت هذه النسبة لتصل إلى 80 حالة وفاة في الحضر مقابل 112 حالة في الريف لكل ألف مولود حي طبقاً لنتائج المسح الديمغرافي الصحي عام 1997م وإلى 79 حالة وفاة في الحضر مقابل 105 حالة وفاة في الريف عام 2003م.

و المعدل المرتفع للخصوبة الكلية هو من الأسباب الرئيسة للنمو السكاني السريع . و قد بلغ معدل الخصوبة الكلية في عقد الثمانينات 8.1 ولادة حية / للمرأة . و قد انخفض إلى 7.4 في عام 1994م ، و إلى 6.5 مولود حي / للمرأة في عام 1997م ، و إلى 6.2 مولود حي حتى عام 2003. و تشير جميع الدلائل المستوحاة من نتائج المسوح و التعداد بأن اتجاهات الخصوبة في اتجاه تنازلي و بمعدلات مقبولة . و ما يدل على ذلك أن العوامل الوسيطة التي تؤثر مباشرة في مستوى الخصوبة قد تغيرت إلى حد ما بفعل التغير الذي حدث في العوامل الاقتصادية و الاجتماعية في المجتمع . كما أن أثر تنظيم الأسرة في إحداث انخفاض الخصوبة أخذ في التنامي على اعتبار أنه محدد بعيد المدى فيما تظل المحددات الأخرى محكومة بحدود ضيقة .

بمعيار التركيب العمري للسكان لا يزال المجتمع اليمني مجتمعا فتيا يرتفع فيه الوزن النسبي للسكان دون الخامسة عشر ارتفاعا كبيرا . و في بداية التسعينات بلغت نسبة السكان دون الخامسة عشر 53,2 % من إجمالي السكان ، و 43.3 % منهم في الشريحة العمرية 15 - 64 سنة . و 3.5 % فقط في الشريحة العمرية التي تزيد عن 64 سنة . و تنخفض حاليا نسبة السكان صغار السن إلى 50.3 % . و ارتفع بالمقابل السكان في العمر 15- 64 سنة إلى 46.2 % . وظلت الشريحة السكانية 65 سنة و ما فوق ثابتة عند نسبة 3.5 % .

إن هذا التغيير الطفيف الذي طرأ على التركيبة العمرية للسكان بارتفاع نسبة الشريحة

العمرية (15-64) سوف يؤدي إلى زيادة أعداد النساء الداخلات في سن الحمل ، و لذلك فإن عدد السكان سوف يستمر بالارتفاع سريعا حتى و لو تم تخفيض مستوى الخصوبة ، و هي الظاهرة التي تعرف بظاهرة الزخم السكاني .

و بمعيار التركيب النوعي للسكان تغيرت نسبة النوع ، و هو عدد الذكور لكل 100 من الإناث من ما بين (101.5 - 102.1) قبل التسعينات إلى 100.4 في منتصف التسعينات (تعداد 1994م) .

و بمعيار التوزيع السكاني ما تزال الاختلالات قائمة بين السكان في الحضر و الريف ، و بين المناطق الجغرافية و الإدارية القائمة نتيجة للحراك السكاني غير المتناغم مع نهج الاستقرار المطلوب للسكان يرتفع سكان الحضر بنسبة 7 % سنويا في المتوسط . و إذا استمرت أنماط الهجرة من الأرياف إلى المدن فإن أكثر من 36 % من السكان سوف يعيشون في المناطق الحضرية خلال العقدين القادمين .

جدول 1
المؤشرات الرئيسية للوضع الراهن

الرقم	المؤشرات	قبل 1994	1994	1997	2000	2004	ملاحظات
1	حجم السكان (بالآلف)	* 12.301	14.588	16.499	18.261	20.830	1993 *
2	معدل النمو السكاني (%)	3.1	3.7	3.5	3.5	3.5	
3	معدل الخصوبة الكلية (%)	* 7,7	7.4	6.5		6.2	1991 *
4	معدل الوفيات الخام (%)	* 21.8	11.4	11.3	11.2		1990 *
5	معدل وفيات الأطفال الرضع (%)	83	81	75.3	67.4		
6	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (%)	* 122		105		99.8	1991 *
7	نسبة السكان . - 14 سنة (%)	51.7	50.3	46.9	46.5	45.7	
8	نسبة السكان 15 - 64 سنة (%)	45.9	46.2	49.6	50.5	50.4	
9	نسبة السكان + 64 سنة (%)	3.0	3.5	3.5	3.1	3.9	
10	نسبة سكان الحضر (%)		23.3	25.1	26.3		
11	نسبة سكان الريف (%)		76.7	74.9	73.7		
12	نسبة الأمية بين السكان (إجمالي)		55.9		47.2	47	
13	نسبة الأمية بين السكان (الذكور)		36.6	32.6	27.7	27.3	1991 *
14	نسبة الأمية بين السكان (الإناث)		76.3	67.2	67.5	67.1	
15	نسبة الالتحاق بالتعليم (إجمالي)		55.0	57.9	64.4		
16	نسبة الالتحاق بالتعليم (الذكور)		70.8	74.8	78.5		
17	نسبة الالتحاق بالتعليم (الإناث)		37.5	39.9	48.9		
18	نسبة الالتحاق بالتعليم (الريف)		48.5	50.9	57.4		
19	نسبة الالتحاق بالتعليم (الحضر)		79.5	80.4	85.4		
20	معدل التغطية بالخدمات الصحية الأولية %	38	45	48	50	59	1990 *
21	معدل الإصابة بالإسهال %	* 34.4		27.5			1991 *
22	معدل الإصابة بالتهاب الجهاز التنفسي %	24.7		23.4			
23	معدل التغطية بالتطعيم	57	47	51	76		

الرقم	المؤشرات	قبل 1994	1994	1997	2000	2004 (توقع)	ملاحظات
24	نسبة السكان الحاصلين على مياه مأمونة (إجمالي)		38.9	39.2	41		
25	نسبة السكان الحاصلين على مياه مأمونة (الحضر)		84.6	68.8			
26	نسبة السكان الحاصلين على مياه مأمونة (الريف)		24.4	27.0		1991 *	
27	الصرف الصحي % من السكان (إجمالي)		32.5	35.9			
28	الصرف الصحي % من السكان (الحضر)		43.9	54.4			
29	الصرف الصحي % من السكان (الريف)		17.1	26.1			
30	معدل وفيات الأمومة			351			
31	خدمة رعاية الحامل	25.9		34.3			
32	خدمات الولادة بإشراف	15.9		21.6			
33	خدمات رعاية ما بعد الولادة	5.1					
34	عدد حالات الإصابة بالإيدز			806	874		
35	نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة	* 9.7		20.8		23.1	1991 *
36	المعرفة بوسائل حديثة	* 53.2		79.2			1991 *
37	معرفة مصدر الحصول على الوسيلة	27.0		52.5			
38	استخدام الوسائل الحديثة	6.1		9.8		13.3	
39	نسبة الطلب غير الملبى			36.3			
40	فجوة النوع في معدل الالتحاق في الفصل (6-1)		51	60	42		
41	فجوة النوع في معدل الالتحاق في الفصل (9-7)		41	27	21		
42	فجوة النوع في معدل الالتحاق في الفصل (12-10)		35	26	21		
43	معدل المشاركة الاقتصادية للمرأة		16.9		21.8		
44	معدل بطالة المرأة		4		8.2		

لا زالت السمات و الخصائص السكانية دون المستوى المطلوب . تبلغ نسبة الفقر العام 34 % من السكان ، من ذلك 30 % في الحضر و 35 % في الريف . أما فقر الغذاء فيصل إلى 27 % . و أن نصف السكان تقريبا لا تشملهم التغطية الصحية الأولية . إن حوالي 64 % من السكان لا يحصلون على المياه المأمونة صحيا . و تنتشر الأمية بين 47.2 % من السكان ، و بنسبة 67.5 بين النساء . و ما زالت الفجوة متسعة بين المحافظات ، و بين الحضر و الريف . إن تجفيف منابع الأمية يبدأ في التوسع في التعليم الأساسي . و مع ذلك فقد بلغت نسبة الالتحاق بالتعليم الأساسي 64.4 % فقط عام 2000م . و هذا مستوى محدود لا يلبي الطموحات العاجلة . و ما زال الريف يعاني من انخفاض التعليم الأساسي . فنسبة الالتحاق لا تتجاوز 57.4 % .

ثانيا : الصحة الإيجابية و الحقوق الإيجابية

الصحة الإيجابية جزء لا يتجزأ من مفهوم الرعاية الصحية الشاملة . و تعني بشكل مباشر بعمليات الإنجاب و الخصوبة و عناصر الوقاية و الرعاية الصحية و بالمشاكل المرتبطة بهما . و تشمل خدمات الصحة الإيجابية تقديم خدمات رعاية الأمومة الآمنة ، و خدمات صحة الطفل و المراهقين و الشباب و خدمات الرجال الأزواج ، و خدمات الصحة الوقائية من الأمراض المنتقلة جنسيا ، و خدمات معالجة العقم عند النساء و الرجال بالإضافة إلى تقديم خدمات تنظيم الأسرة و التوعية و التنقيف بمفاهيم تنظيم الأسرة و السلوك الإيجابي السليم .

تعكس المؤشرات أوضاعا متدنية في جانب وفيات و مرضة الأمومة . و تؤكد أن المطلوب ما زال كبيرا . فمعدل وفيات الأمومة ما زال من أعلى المعدلات في العالم ، و المقدر حاليا ب 351 وفاة في كل مائة ألف مولود حي ، بينما تقدره منظمة الصحة العالمية و صندوق الأمم المتحدة للسكان ب 850 وفاة . و ينظر إلى وفيات الأمومة و مرضتها من جانبين . يتعلق الجانب الأول بالسلوك الإيجابي ، و الثاني بمدى توفر و استخدام خدمات صحة الأمومة . و في اليمن نجد أن سلوك الحمل و الولادة ما زال متسم بالخطر ، و هو الحمل و الولادة في المراحل المبكرة جدا و المتأخرة جدا و المتقاربة جدا و الكثيرة جدا . إن حوالي 12 % من النساء في سن 15 - 19 سنة إما أنهن قد أنجبن أو هن حوامل وفق نتائج مسح 1997م . و لم تقل هذه الوضعية كثيرا عما أسفر عنه مسح عام 1992م و المقدر ب 14 % .

و تبين أن 11 % من المواليد قد ولدن لأمهات في عمر 40 عاما فأكثر منخفضا من نسبة 17 % عن عام 1992 م . و أن نسبة المواليد و علاقتها بالمباعدة بين الولادات قد تغير بمقدار 4 درجات مئوية في التباعد 18 شهرا لصالح التباعد الأطول (من 23 % ، إلى 19 %) . و يظل هذا التباعد محدود الأثر .

و فيما يتعلق بعدد الولادات فقد تبين أن 39 % من النساء 40-44 سنة ، و 46 % من النساء في عمر 45-49 سنة قد أنجبن 10 أولاد فأكثر . و هذا مؤشر على الارتفاع عن الوضعية القائمة بداية التسعينات .

و من جهة الاستفادة من خدمات رعاية الأمومة نجد أن نسبة رعاية الحامل قد ارتفعت من 26 % بداية التسعينات إلى 34 % أواسط التسعينات . و من المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى 60 % عام 2005م . أما خدمة الولادة بإشراف فقد ارتفعت كذلك من 16 % إلى 22 % أواسط التسعينات، و المتوقع بنسبة 40 % عام 2005م . و لا يدل ذلك على النمو المتحقق من الاستفادة من الخدمات قد يحدث تغيرا بارزا في وفيات و مرضة الأمومة .

يعتمد استخدام وسائل تنظيم الأسرة على الوعي و توفر الخدمات و المواقف من عملية الإنجاب . و خلال سنوات العقد التاسع من القرن العشرين (العقد الماضي) زاد استخدام وسائل تنظيم الأسرة و نمط الاستخدام و لكن بشكل لا يلبي الطلب و حجم التحدي .

يكثر استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأعمار الكبيرة و خاصة ما حول الثلاثين من العمر و يتباين وفق المستوى التعليمي . فمثلا تصل نسبة الاستخدام إلى 18 % بين

الأميات ، و لكنها ترتفع بين من تحصلن على مستوى التعليم الأساسي حيث تصل إلى 36.5 % ، و إلى 49 % ممن أكملن التعليم الثانوي فأعلى . أما الاستخدام لتأجيل الحمل الأول فنسبته محدودة جدا (0.6 %) . و تصل نسبة الاستخدام إلى 25 % عند من لديهن 3 أولاد . و ما زال سكان الريف أقل حظا حيث تصل نسبة الاستخدام عندهم إلى 15.8 % مقابل 36 % في الحضر . و يبين الجدول التالي مدى التغير الحاصل في استخدام وسائل تنظيم الأسرة في مطلع و نهاية التسعينات .

جدول 2

تنظيم الأسرة و ممارستها

المصدر	المعرفة بوسائل حديثة	معرفة مصدر الحصول على الوسيلة	الطلب الكلي (التعبير عن الرغبة في الاستخدام	الاستخدام كاملا	استخدام الوسائل الحديثة	الطلب غير الملبى
المسح الديموغرافي 91/1992	53	27	27	10	6	17
المسح الديموغرافي 1997	79	53	56	21	10	35
مسح صحة الأسرة 2003				23.1	13.3	
المتوقع 2005م (برنامج العمل السكاني)	100	100		28	23	

الأمراض المنقولة جنسيا

رغم وجود بعض الإشارات الواضحة التي تبين ارتفاع حجم الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا نجد أن الإجراءات اللازمة للتعامل مع هذا الوضع بشكل متكامل و مبرمج هي الآن في بداياتها . و يقدر أن هناك ما يقارب 150 ألف حالة إصابة بأمراض منقولة جنسيا سنويا . و وصلت حالات الإيدز المكتشفة إلى 874 حالة عام 2000م .

الممارسات الضارة بالصحة الإنجابية

ما زال ختان الإناث شائعا في بعض المحافظات و خصوصا المحافظات الساحلية . و تظهر البيانات أن 23 % من الأمهات المستجيبات أجريت لهن عملية الختان ، و 20 % من بناتهن أجريت لهن كذلك . و تصل هذه النسبة إلى 63 % في المناطق الساحلية من اليمن ، و 15 % في الإقليم الجبلي ، و 2 % في الهضبة و الصحراء . و من الأمور التي أسفرت عنها الدراسات أنه ليس كل من أجريت لهن عملية الختان من الأمهات قد طبقن ذلك على بناتهن . و أن 71.2 % من المستجيبات يرين أن الختان يجب أن يستمر مقابل 21.7 % يؤيدن وقفها . و أن 48 % من الرجال و 76.9 % من القيادات الدينية يؤيدون استمرار الختان .

و على كل حال فقد أدخل موضوع التنقيف الصحي حول أضرار و خطورة ختان الإناث في خدمات الصحة الإنجابية و كل أدواتها التنقيفية . و صدر قرار من وزارة الصحة بمنع ممارسة هذه العادة في مرافق الخدمات الصحية من قبل العاملين فيها .

الشباب و الصحة الإيجابية

لم تحصل بعد مواضيع الصحة الإيجابية للشباب على الاهتمام الكافي فيما عدا بعض الأنشطة في مجال التوعية عن الصحة الإيجابية ، و هي لا تقوم بعد على بحث و استقصاء لحاجات و أوضاع الشباب و المراهقين . إلا أن بعض المفاهيم المتعلقة بالصحة الإيجابية و السكان قد أدخلت في المناهج السكانية بشكل متدرج ، و بدأ تطبيقها في التعليم الأساسي . و لكنها تواجه قصورا في التطبيق مرتبط بوعي المدرسين و مدى إدراكهم لقضايا السكان و الصحة الإيجابية . و تسعى الجهات المعنية في الحكومة ، و أبرزها وزارة التربية و التعليم و الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان بالتعاون مع ووزارتي الصحة العامة و السكان و الشباب لتعزيز و تكثيف النشاطات الغير صفية و الربط بين الشباب و مواقع تقديم الخدمة و إشراكهم في توسيع مفاهيم الصحة الإيجابية و السلوك الإيجابي السليم ، بالإضافة إلى تدريب و تأهيل المدرسين في هذا الجانب .

ثالثا : العدالة و المساواة و النوع الاجتماعي

موضوع النوع الاجتماعي لا زال شائكا في الجمهورية اليمنية و تتحكم فيه عوامل ثقافية عميقة . و مع ذلك تؤكد العديد من النصوص الدستورية و التشريعية أو السياسية على المساواة و العدالة و الإنصاف بين الجنسين و تمكين المرأة . و لا تزال الفجوة بين الذكور و الإناث عالية . فنسبة الأمية بين النساء تصل إلى 67.5 % مقابل 27.7 % عند الرجال . و نسبة الالتحاق بالتعليم للإناث تصل إلى 48.9 % بينما هي 78.5 % للذكور . و تنعكس الفجوة على أشكال التعليم الأخرى ، الثانوي و العالي و التعليم الفني و المهني ، حيث تواجد الإناث فيهما محدود . أما علاقة المرأة بالعمل فهي مشاركة محدودة . و تصل نسبة مشاركة المرأة في قوة العمل إلى 23 % مقابل 70 % للرجال . و معظم هذه المشاركة في الأنشطة الزراعية . و بالرغم من أهمية هذا الدور الإنتاجي للمرأة إلا أنه يعتبر امتدادا لدورها الإيجابي و يستهدف في الأصل تلبية الاحتياجات الأسرية الأساسية . و غالبا لا تحصل المرأة على أجر على نشاطها في المجال الزراعي . و إلى جانب القطاع الزراعي تعمل المرأة في المجال الخدمي ، في التعليم و الصحة . و ما زال وصول المرأة إلى الموارد و الفرص و الخدمات ضعيفا . و هذا ما يضاعف من معاناة المرأة من ظاهرة الفقر . و تقدر نسبة النساء المعيلات لأسر ب 12.3 % .

و تنخفض معدل مشاركة المرأة في مواقع صنع القرار . فهناك إمراة واحدة فقط في البرلمان ، و عضويتين في مجلس الشورى ، ووزيرة واحدة فقط في الحكومة . و ما يزال دور المرأة ضعيفا في القرارات الأسرية ، بل و في القرارات التي تخصهن كالزواج و الإنجاب و الحصول على الخدمة الصحية و التعليم و غيرها .

القسم الثاني

تقييم تنفيذ برنامج العمل السكاني و خطوات العمل الإضافية

احتوت وثيقة برنامج العمل السكاني الصادرة عن المؤتمر العالمي للسكان و التنمية ، القاهرة 1994م جملة من الغايات و الأهداف الكمية و الوصفية المترابطة، و تتضمن هذه الأهداف التي يتوجب تحقيقها خلال الفترة الزمنية للبرنامج و المحددة بعشرين عاما تحقيق التعليم للجميع مع الاهتمام بسد فجوة النوع الاجتماعي في التعليم الأساسي و الثانوي ؛ تحقيق الرعاية الصحية الأولية للجميع ؛ تحقيق الوصول إلى خدمات كاملة و مترابطة في مجال الصحة الإنجابية بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة ؛ خفض وفيات و مرآضة الرضع و الأطفال و الأمهات ؛ و تحقيق زيادة في معدل توقع الحياة عند الميلاد ، بالإضافة إلى عدد من الأهداف الاجتماعية و الديموغرافية في سياق سكاني تنموي و يتضمن الجدول 3 الأهداف الكمية للبرنامج.

و تضمن برنامج العمل السكاني أيضا أهدافا وصفية تناولت النمو السكاني ، و تركيب و توزيع السكان، و السكان و التنمية الاقتصادية، و التحضر ، و الهجرة ... كالتالي :

- أن تأخذ الدول التي لم تمر بعد بمرحلة التحول الديموغرافي خطوات فعالة لتحقيق التحول في إطار النمو الاقتصادي و الاجتماعي و احترام حقوق الإنسان .
- تطوير و تنفيذ سياسة فعالة مستوعبة للنوع الاجتماعي ، و العمل على إزالة كافة أشكال العنف ضد المرأة
- العمل على التخفيف من الفقر في إطار تنمية مستدامة .
- تحسين نوعية الحياة لكافة الفئات السكانية.
- تحسين إدارة تقديم الخدمات لمواجهة زيادة التحضر و تعزيز الوسائل التشريعية و الإدارية و المالية و الموارد المالية لمواجهة حاجات السكان .
- إجراء الدراسات و الأبحاث حول التوزيع السكاني و الهجرة الداخلية و الخارجية لوضع سياسات فعالة تراعي الوضعية البيئية و الموارد.

هدفت عملية مراجعة تنفيذ برنامج العمل السكاني PoA بعد خمس سنوات من إعلانه و الالتزام به ICPD+5 إلى تقييم التقدم المحرز و النتائج السلبية في التنفيذ على مستوى مختلف دول العالم . و قد أوضحت نتائج تلك المراجعة ضرورة تبني جملة من خطوات العمل الإضافية Key Actions لتدعيم التقدم المحرز من ناحية و الإسراع في تنفيذ بقية أهداف البرنامج . و على أن يتم الشروع في تنفيذ هذه الخطوات في سياق الأولويات الوطنية ، و اتباع نهج تكاملي في تصميم سياسات التنمية و ربطها مع أهداف التنمية الألفية الموضوعات الناشئة المتعلقة بأطر سياسات التنمية مثل مكافحة الفقر و سياسات الإصلاح . و في ذلك تكمن الأسس و الممهديات للبدء في المراجعة الدورية الثانية ICPD+10

(جدول 3) مستوى تنفيذ الأهداف الكمية لبرنامج العمل السكاني الدولي PoA

الإنتاج المتحقق			الأهداف والأولويات الوطنية	الأهداف الكمية لبرنامج العمل السكاني الدولي
2003	2000	1997		
	60.7	58.3	الوصول إلى 63 سنة عام 2005م و إلى 70 سنة في عام 2015م	الوصول إلى متوسط عمر لا يقل عن 65 سنة في عام 2005م و 70 سنة في عام 2015م
		75.3	الوصول إلى 55 وفاة لكل ألف مولود حي عام 2005م و ما يقارب 35 وفاة عام 2015م	خفض وفيات الرضع بمقدار الثلث ، بحيث لا يقل عن 50 وفاة في البلدان ذات مستوى وفيات عال بحلول عام 2000م ، و إلى 35 وفاة عام 2015م
99.8		105	الوصول إلى 74 وفاة عام 2005م و إلى 45 وفاة عام 2015م	الوصول إلى أقل من 70 وفاة للأطفال أقل من خمس سنوات عام 2005م و إلى 45 وفاة عام 2015م
		351	تخفيض 15 % من وضعها الحالي و الوصول إلى 75 وفاة عام 2015م	تخفيض وفيات الأمهات بمقدار 50 % عن وضعها الحالي و إلى 75 % عام 2015م
		% 22	32 % في عام 2000م 40 % في عام 2005م	في حالات وفيات الأمهات المرتفعة : 40 % من جميع حالات الولادة تتم بإشراف مؤهل في عام 2005م ، و 50 في عام 2010م و 100 % بحلول عام 2015م
67.9	64.4	% 57.9	تحقيق نسبة التحاق تصل إلى 76 % عام 2000م ، و إلى شمول التعليم عام 2015م	تحقيق 85 % كنسبة التحاق في التعليم الأساسي عام 2000م ، و 90 % على الأقل عام 2005م ، و شمول التعليم الأساسي عام 2015م.
	78.5 48.9	% 70.8 % 37.5	تحقيق نسبة التحاق للذكور 92 % ونسبة التحاق الإناث 59 %	تقليص الفجوة بين الذكور و الإناث في التعليم الأساسي كاملاً بحلول عام 2005م
			أقل من 40 % عام 2005م أقل من 10 % عام 2025	خفض معدل الأمية بين الرجال و النساء و إلى النصف على الأقل عند النساء و الفتيات بحلول عام 2005م بالمقارنة بما عليه الوضع في عام 1990 م .
59	50		الوصول إلى حجم التغطية 70 % على الأقل عام 2005م	تحقيق التغطية الشاملة بالرعاية الصحية الأولية عام 2000م
				تزويد خدمات الرعاية الصحية الأولية و تنظيم الأسرة مباشرة بنسبة 60 % في عام 2005م ، و 80 % في عام 2010م
23.1 13.3		% 20.8 منها %9.8 الوسائل الحديثة	الوصول إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 28 % ، و نسبة استخدام الوسائل الحديثة إلى 23 % عام 2005م	تحقيق 50 % من حجم الطلب الكلي على تنظيم الأسرة عام 2005م
				توصيل خدمة المعلومات و التثقيف إلى 90 % من الشباب و النساء في عام 2005م ، و بنسبة 95 % في عام 2010م .

يعطي الجدول 3 أعلاه تلخيصاً عاماً لمستوى تنفيذ الأهداف الكمية لبرنامج العمل السكاني الدولي PoA من خلال مقارنة الأهداف الدولية بالأهداف الوطنية . و يتناول العرض التالي تحليلاً توضيحياً لمستوى تنفيذ الأهداف في المجالات ذات الأولوية في الجمهورية اليمنية .

□ خفض مستوى الوفيات

تقع التنمية الصحية ضمن أولويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية . وقد أدت جهود التنمية في العقود المنصرمة إلى تحقيق نهوض ملموس في الأوضاع الصحية كانت وراء الانخفاض في مستويات الوفيات . فقد انخفض معدل الوفيات الخام من 21 وفاة في الألف عام 1990م إلى 11.2 في الألف في عام 2000م بحسب التقديرات . أما وفيات الرضع فقد انخفضت من 130 بالألف عام 1990 إلى 75.3 لكل ألف مولود حي في عام 1997. و انخفض معدل وفيات الأطفال تحت العمر خمس سنوات من 122 لكل ألف مولود حي عام 1994 إلى 99.8 في عام 2003. وارتفع معدل توقع الحياة عند الميلاد من 46 سنة إلى 60.7 سنة عام 2000م إلا أن ذلك الانخفاض لم يكن متوازنا بين الريف و الحضر ، إذ ما تزال فجوة التنمية بين الريف و الحضر تلقي بظلالها . و هو ما يعكس الاختلاف في فرص الحصول على الخدمات الأساسية ، ومنها التعليم و الصحة و التي تقل بدرجة كبيرة في الريف ، و انعكاسات ذلك على تبلور وعي الأسرة و بخاصة الأم و مدى توفر الرعاية الصحية لها و وعيها الذي له أثره في تحديد الخيارات الإيجابية و بالتالي التأثير في الوفيات و في كل الأحوال لا يبدو أن اليمن سوف تتمكن من تحقيق هذا الهدف . و في أفضل تقدير يمكن أن تصل وفيات الرضع إلى 55 وفاة في الألف عام 2005م ، و ما يقارب 35 وفاة مع حلول عام 2015م. أما وفيات الأطفال ما دون الخامسة من العمر فهي أقل مما تتطلبه أهداف برنامج العمل السكاني الدولية و أهداف التنمية الألفية .

□ تحقيق شمولية التعليم

شهد النظام التعليمي في اليمن توسعا كميا و نوعيا في العقود الماضية إنطلاقا من مستويات متدنية . و كان التوسع ملحوظا في جانب التعليم الأساسي . فقد ارتفعت نسبة الالتحاق بالتعليم الأساسي من 22 % عام 1972م إلى 55 % عام 1995م . و في الفترة من عام 1995 حتى الآن ارتفعت نسبة الالتحاق بالتعليم الأساسي من 55 % إلى 67,9 % .. أي أن التقدم السنوي يسير بمعدل 2.9 % . و بهذا المعدل يتوقع أن تصل النسبة إلى 73.7 % عام 2005م . و بالرغم من ذلك فإن هذه النسبة تظل أقل من هدف البرنامج الدولي . و أن الصعوبة في تحقيق هدف شمول التعليم الأساسي بحلول عام 2015م

أما نسبة الأمية بين السكان من 10 سنوات و أكثر فقد انخفضت من 62.7 % عام 1994م إلى 47.2% عام 1999م . و من الملاحظ أن وتيرة الانخفاض في مستوى الأمية عند النساء تقل عن وتيرة الانخفاض عند الرجال . و ما تزال الفجوة بين الريف (55 %) و الحضر (27.3 %) كبيرة .

و في مجال تقليص الفجوة بين الذكور و الإناث يلاحظ أن نسبة نسبة التلميذات في التعليم الأساسي قد ارتفعت من 37.5 % عام 1994م إلى 48.9 % عام 2000م . و تشكل الطالبات ما نسبته 34.3 % من مجموع الطلاب في التعليم الأساسي . و بهذه الوتيرة المنخفضة فسوف تحتاج اليمن إلى أكثر من عشر سنوات لتقليص فجوة النوع الاجتماعي في التعليم الأساسي . و هو يتعدى موعد الهدف الدولي عام 2005م .

و من هنا يلزم اتخاذ الإجراءات المناسبة و المتعلقة بزيادة فرص التعليم للإناث و خاصة في الريف ، و العمل على التغيير التشريعي لتعديل الحد الأدنى لسن الزواج الأول و توعية الأسر حول أهمية تعليم الفتاة .

اتخذت الحكومة منذ انعقاد المؤتمر العالمي للسكان و التنمية 1994م الإجراءات المعززة التالية لضمان سهولة الحصول على التعليم الابتدائي و الثانوي و تضيق الفجوة تدريجيا بين الجنسين:

زيادة الإنفاق الحكومي على التعليم من 17.2% عام 1995م إلى 18.8% عام 2001م . التوسع في فتح المدارس الجديدة و إعطاء الأولوية لمدارس البنات و الأرياف ؛ إعفاء الطلاب من الرسوم الدراسية ؛ البدء بإعداد الخطط و البرامج التنفيذية لاستراتيجية التعليم الأساسي؛ وضع استراتيجيات تعليم البنات ؛ توجيه جزء من برنامج الغذاء لصالح تعليم البنات ؛ تنفيذ برامج للتوعية بتعليم الإناث ؛ وضع المعالجات لمواجهة مشاكل التسرب و خصوصا عند الفتيات ؛تنفيذ المسح التربوي لمعرفة الفجوات في المؤسسات التربوية .

و للتسريع بتحقيق هدف التعليم الأساسي للجميع و تضيق الفجوة بين الذكور و الإناث يجب العمل مستقبلا على تسخير موارد مالية إضافية و تحسين مجالات الإنفاق الحكومي على التعليم ، والعمل على تعديل التصورات في المواقف التي ما تزال تقف أمام تشجيع الفتيات على الذهاب إلى المدارس . و كذلك العمل على التخفيف من بعض العوامل المؤسسية مثل نقص المعلمات (تقوية العنصر الأنثوي في التعليم) و ابتعاد المدارس عن مناطق سكن التلميذات ، توعية الأسر و على وجه الخصوص في الريف حول أهمية تعليم الفتيات و مساوى الزواج المبكر على تعليم الفتيات

□ **التغطية الصحية**

بالرغم من التقدم الهام في زيادة عدد المرافق الصحية و التوسع في البرامج الصحية الوقائية و الرعاية العلاجية لا تزال التغطية الصحية الكلية منخفضة كثيرا . و تقدر حاليا ما بين 48- 50% من السكان مقابل 45% في عام 1994م . و يعتبر ذلك تقدما بطيئا لا يعكس توجهات السياسة السكانية و لا يلبي طموحات تحقيق أهداف برنامج العمل السكاني .

و يعود ذلك إلى عدة عوامل أبرزها أن التوسع في المرافق الصحية لم يكن تماشيا مع نمو السكان كما أشارت له بعض الدراسات ، حيث تزيد نسبة السكان إلى المرفق ب 11% تقريبا . و من ناحية أخرى فإن الخصائص الجغرافية للمحافظات التي تشغل مساحات كبيرة مع كثافة سكانية قليلة تجعل من الصعب تحقيق تغطية صحية فعالة حتى مع التناسب في عدد السكان إلى المرفق الصحي . و من العوامل الأخرى عدم سهولة الوصول إلى المرافق الصحية في المناطق الجبلية ، و المعوقات الأخرى مثل الوقت اللازم للوصول إلى الوحدات الصحية و التكلفة المرتبطة بالوصول إلى المرافق الصحية و نقل المرضى .

و تبلغ نسبة السكان الذين لا يحصلون على مياه شرب مأمونة (المياه الموصولة إلى المساكن) 60.8% ، من ذلك 31.2% في الحضر و 73% في الريف

□ الحقوق الإيجابية و الصحة الإيجابية

تقر السياسة السكانية الوطنية **بالحقوق الإيجابية** في وجوب التوسع في خيارات الزوجين و حريتهما في الإنجاب في إطار الأسرة و الوالدية المسؤولة ، و الحق في الحصول على الرعاية الصحية الأولية و أنشطة الصحة الإيجابية بما فيها تنظيم الأسرة و مكافحة الأمراض المنقولة جنسيا . و أكدت أيضا على حقهما و خيارهما في القيام بكل حرية و مسؤولية بتحديد عدد أطفالهما و المباشرة بين الحمل و الحصول على المعلومات و التثقيف الصحي و الوسائل اللازمة للقيام بذلك . و التأكيد على الاهتمام برعاية الأمهات في سن الإنجاب و اتخاذ التدابير المناسبة التي تكفل لهن شروط الأمومة الآمنة .

و في هذا الأمر تتركز المساعي الرسمية لتعزيز الحقوق الإيجابية في مجال التوعية و التشريع . و في المقدمة توعية الأزواج بحقوقهم الإيجابية و ممارستها و ذلك من خلال البرامج و المشروعات مثل مشروع الترويج للصحة الإيجابية و تنظيم الأسرة ؛ مشروع دعم الصحة الإيجابية ؛ حماية و دعم صحة الطفل ؛ مشروع إدماج الشباب في التنمية ؛ و البرنامج الوطني للإعلام و التثقيف و الاتصال السكاني . و تركز جمعية رعاية الأسرة اليمنية مع بعض مؤسسات المجتمع المدني على جوانب التوعية و التثقيف في مجال الحقوق و القوانين ذات العلاقة في إطار ما تلتزم به السياسة السكانية الوطنية و بنص و روح الشريعة الإسلامية و القيم الأخلاقية . و تشارك اللجنتين المختصين بالصحة و السكان في كل من مجلس النواب و مجلس الشورى مع الأمانة العامة للسكان و اللجنة الوطنية للمرأة في مراجعة القوانين و التشريعات المتعلقة بالمرأة عموما و الحقوق الإيجابية خصوصا . و من بين أهم القوانين و التشريعات قيد المراجعة حاليا هو رفع السن القانوني لزواج الفتيات .

صحة الأمومة هي إحدى القضايا الهامة و الرئيسة في مجال **تحسين الصحة الإيجابية** . و قد حددت السياسة الوطنية للسكان هدفين استراتيجيين هما تخفيض وفيات الأمومة و تخفيض المراضة من خلال تحسين السلوك الإنجابي .

لا تزال تقديرات وفيات الأمومة عالية . فقد انخفضت من 1000-1400 وفاة لكل مائة ألف مولود حي سنويا عام 1990م إلى 351 وفاة في عام 1997م (تقديرات المسح الديموغرافي و الصحي 1997م . و في تقييمهم للموضوع تقدر منظمة الصحة العالمية مع صندوق الأمم المتحدة للسكان هذا المعدل في اليمن ب 850 وفاة سنويا . و تهدف السياسة السكانية إلى خفض معدل وفيات الأمهات لتصل إلى 298 حالة وفاة عام 2005م و إلى 75 عام 2015م . بينما يهدف برنامج العمل السكاني و التنمية الألفية إلى التخفيض بمقدار 75 % ، أي الوصول إلى معدل 88 وفاة بحلول عام 2015م . و على المدى البعيد يبدو من الممكن الوصول إلى هذا الهدف إذا تكثفت الجهود و ضخت الموارد اللازمة و تحقق العون الدولي المساند

يحظى تخفيض معدل وفيات الأمهات بأولوية عالية حيث تعمل وزارة الصحة و السكان على تحسين نوعية الرعاية قبل الولادة و أثناء الوضع و بعده ، و تعمل أيضا على توسيع نطاق التغطية بالزيارات خارج المرافق الصحية و الزيارات المنزلية .

بالإضافة إلى التسريع بجهود تنظيم الأسرة للحد من المخاطر التي تتعرض لها الأمهات و الأطفال في حالات الولادات المبكرة جدا و المتأخرة جدا و المتقاربة جدا و المتكررة .

اتخذت الحكومة الإجراءات المعززة التالية:

-التأكيد على الحقوق الإنجابية و أهمية توفير الخيارات الواسعة من خدمات الصحة الإنجابية في الوثائق الاستراتيجية و البرامجية ، و من ثم على ضوء ذلك إعداد البرامج التنفيذية مثل البرنامج الوطني للصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة ، استراتيجية الصحة الإنجابية .

-استحدثت في عام 1996م إدارة عامة للصحة الإنجابية في وزارة الصحة العامة و السكان ، لزيادة الاهتمام و تفعيل النشاط في مجالات الصحة الإنجابية .

تم إقرار احتياجات الصحة الإنجابية و الجنسية للمرأة و الرجل و الشباب / المراهقين في برنامج إصلاح القطاع الصحي حيث يؤكد على إصلاح القاعدة الفنية و تقوية مهارات العاملين بما في ذلك التركيز على الطوارئ التوليدية ؛ و الجوانب الإدارية للصحة الإنجابية و أنشطتها مثل الإشراف و الإمداد و تأمين السلع .

- زيادة المواقع التي تقدم خدمات الصحة الإنجابية من أقل من 150 موقعا في عام 1990م إلى ما يفوق 650 موقعا في عام 2000م .

- من الإجراءات المتخذة لتسهيل الحصول على خدمات صحة إنجابية جيدة توسيع قاعدة الصحة الإنجابية وزيادة إدماجها في الخدمات الصحية و تحسين الجودة من خلال تدريب قابلات المجتمع في المجتمعات المحلية و بمشاركتها ؛ إعداد أدلة و معايير تقديم الخدمات النوعية المختلفة و توزيعها و تدريب كل مقدمي الخدمات على ممارستها ؛ زيادة التدريب أثناء الخدمة و التركيز على نوعية الأداء ؛ تطبيق نظام الإشراف و المعلومات و تحسين نظام الإمداد ؛ إشراك فئات مختلفة في مجال الصحة الإنجابية مثل منظمات الشباب و المدارس و الإرشاد الزراعي و خاصة في مجال التوعية ؛ البدء في إدخال ضمان الجودة في تنفيذ الخدمات .

- من التدابير المتخذة لتخفيض معدلات المراضة و كمعدل وفيات الأمهات : القياس الدقيق لوفيات الأمومة من خلال المسح الميداني المسحي ؛ إدخال خدمات الطوارئ التوليدية في المستشفيات الريفية و تعزيزه بنظام الإحالة ؛ رفد المرافق الصحية بالمعدات الطبية و سيارات الإسعاف

تعدت حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري 874 حالة عام 2000م . و بهدف التخفيض و السيطرة على هذا المرض أقرت الاستراتيجية الوطنية لمكافحة الإيدز في أكتوبر 2002م . و في عام 2003م تم الإعداد للبرنامج الوطني للوقاية و مكافحة مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) و إقراره . و دشنت حملة إعلامية في فبراير من نفس العام . و يتم تباعا لكل ذلك تنفيذ أنشطة التوعية لكل فئات المجتمع ، و إجراء التحريات بين الفئات الأكثر عرضة للعدوى . و يتوقع خلال الفترة القادمة إعداد الدليل للتعامل مع هذا المرض و سائر الأمراض الأخرى المنقولة جنسيا .

اتخذت الحكومة الإجراءات المعززة التالية منذ عام 1996:

- اعتبار مكافحة الإيدز من الأولويات في مجال إصلاح القطاع الصحي
- الإعداد للبرنامج الوطني لمكافحة مرض نقص المناعة البشري و مباشرة التنفيذ
- مراقبة بنوك الدم و متابعة حاملي الفيروس و متابعة حالاتهم
- اتباع سرية التعامل مع الحالات الحاملة أو المصابة
- القيام بالمسح في الأوساط و المناطق الأكثر عرضة لانتشار المرض و تحديد خطط وبرامج التعامل
- تدريب العاملين في المرافق الصحية على كافة المستويات للتعامل مع الحالات المصابة و الحاملة للفيروس

□ تنظيم الأسرة

يقدر المعدل الكلي للخصوبة في اليمن ب 6.5 مولود حي / امرأة في عام 1997م . و يعني ذلك مشكلة صحية كبيرة نظرا للأعباء الكبيرة على جسم المرأة و خطر الوفاة الأكبر الذي تتعرض له و نتائجها السلبية على صحة الأطفال الذين يولدون في أوقات متقاربة .

و لذلك فإن تنظيم الأسرة هو خيار استراتيجي للسياسة السكانية الوطنية الغاية منها المساهمة في خفض الخصوبة الكلية بحيث تقل كمرحلة أولى حتى عام 2005م عن 5 مواليد أحياء / امرأة . و تهدف إلى الوصول باستخدام وسائل تنظيم الأسرة ذات النوعية الجيدة إلى نسبة 28% من النساء المتزوجات في سن الإنجاب ، على أن لا تقل نسبة استخدام الوسائل الحديثة عن 23% . و كذلك رفع الوعي و المشاركة المجتمعية و الأسرية في مجال مفهوم و ممارسة تنظيم الأسرة لتتعدى 90 % من الفئات المستهدفة .

□ مكافحة الفقر

اتجه مستوى الفقر خلال التسعينات نحو الارتفاع . فقد كان معدل الفقر المدقع (فقر الغذاء) 19% عام 1992، و وصل عام 1999م إلى 27% . و في الواقع تم تنفيذ ثلاثة مسوحات للفقر في اليمن في كل من عام 1992 و 1998 و 1999 . غير أنه لم يكن ممكنا تتبع ظاهرة الفقر من خلال مقارنة نتائج تلك المسوحات لأسباب منهجية و فنية

استهدفت استراتيجية التخفيف من الفقر خفض نسبة السكان الذين يعانون من فقر الغذاء من 41.6 % عام 2002م إلى 35.9 % عام 2005م . و يلاحظ أن هذا الاتجاه لا يتوازي مع هدف التخفيض بمقدار النصف عام 2015م و يسير بشكل مغاير لهدف التنمية الألفية . خاصة و أن معدل النمو السكاني لا يزال في ارتفاع ، و لا يتوقع أن يتخطى النمو الاقتصادي بوتائر أعلى النمو السكاني

اتخذت الحكومة الإجراءات المعززة التالية

- إنشاء شبكة الأمان الاجتماعي في عام 1996م ، المكونة من : 1- صندوق الرعاية الاجتماعية المعني بتقديم المعونة النقدية المتكررة للفقراء 2- المشاريع المدرة للدخل المعنية بتقديم القروض الصغيرة لتقوية وصول الفقراء إلى

- الأصول الإنتاجية من خلال أنشطة و برامج الصندوق الاجتماعي للتنمية و البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة و مانحين آخرين
- إقرار و الشروع في تنفيذ البرنامج الوطني لمكافحة الفقر
- مشروعات تنمية المجتمعات المحلية
- إقرار استراتيجية التخفيف من الفقر 2002-2005 م المستوعبة لأهداف التنمية الألفية

□ المساواة و الإنصاف و النوع الاجتماعي

يعتبر الإنصاف و العدالة بين الجنسين و تمكين المرأة و القضاء على جميع أشكال العنف ضدها أحد دعائم السياسة الوطنية للسكان . و يشكل أحد المحاور الرئيسية لبرنامج العمل السكاني للأعوام 2001-2005م و الذي يستهدف العمل على تجاوز الإشكاليات المرتبطة بتحقيق العدالة و المساواة و الإنصاف و المتمثلة في فجوة النوع الاجتماعي في مجالات التعليم و الصحة و العمل و ضعف مشاركة المرأة في الحياة السياسية و الاقتصادية و العمل على رفع مستوى أدوارها الأسرية و المجتمعية.

لا تزال فجوة النوع الاجتماعي في التعليم عالية حتى الآن . و هي لم تقل كثيرا عما كانت عليه عام 1995م . و تحصل 48.9 % من الفتيات (2000م) على التعليم الأساسي مقابل 37.5 % عام 1994م و 39.9 % . و يبين ذلك أن الجهود و الموارد التي بذلت لم تكن كافية لسد الفجوة وفق ما هو مطلوب . و على هذا الأساس فإن تحقيق الهدف بحلول عام 2005 و 2015 م لشمولية تعليم الفتيات أمر يصعب الوصول إليه .

و لا تزال مشاركة المرأة في العمل محدودة (23 % ، عام 2000م) . و يصل معدل البطالة بين النساء إلى 8.2 % ، من ذلك 29.5 % في الحضر و 4,4 % في الريف .

و تنخفض معدلات مشاركة المرأة في مواقع صنع القرار بالرغم من الحقوق الدستورية و القانونية المكفولة لها . و توجد امرأة واحدة فقط كنايبة في مجلس النواب مقابل 300 نائبا من الذكور ، و اثنتان في مجلس الشورى مقابل 99 من الذكور . و في الحكومة توجد وزيرة واحدة مقابل 35 من الذكور . و في المجالس المحلية فازت 35 امرأة مقابل 6676 من الذكور .

اتخذت الحكومة الإجراءات المعززة التالية

-المصادقة على الاستراتيجية الوطنية للمرأة و خطة العمل في عام 1997م. و قد اشتملت على أهداف و سياسات في مجال النهوض بالمرأة مثل الصحة و الاقتصاد و العمل و تمكين المرأة من الوصول إلى مواقع السلطة و اتخاذ القرار و مكافحة فقر المرأة ، و تطرقت كذلك إلى تطوير الآليات المؤسسية للنهوض بالمرأة .

- تأسيس اللجنة الوطنية للمرأة تابعة لمجلس الوزراء ، و إقرار برنامجها التنفيذي لتمكين المرأة من المساهمة في إعداد الاقتراحات و الاستراتيجيات و الخطط الخاصة بالنهوض بالمرأة . و أنشئت إدارات عامة للمرأة في الوزارات و ممثلين للجنة في الوزارات و المحافظات للتنسيق و المتابعة .

- وضع الاستراتيجية الوطنية للنوع الاجتماعي عام 2002م
المستوى العام لتنفيذ الأهداف

نستنتج من المقاربة أعلاه ما يلي :

أولاً : أن الأهداف الكمية الوطنية هي في مستوى أقل من أهداف برنامج العمل الدولي ، و تتفاوت من مؤشر لآخر .
ثانياً : أن معظم الإنجازات المتحققة أو المتوقعة لا تصل إلى تحقيق الأهداف الوطنية أو الدولية .

ثالثاً : أن ما أحرز من تقدم نحو تنفيذ الأهداف يعكس فرص حقيقية متاحة مثل الالتزام السياسي الواضح نحو تنفيذ السياسة الوطنية للسكان ، و بنية مؤسسية قابلة للتطور و النماء ، و مشاركة مجتمعية مدنية متصاعدة ، و قدرات وطنية تم تكوينها و موارد متواضعة تم تسخيرها . إن الاستفادة من هذه الفرص و زيادة فاعليتها و كفاءتها من أولويات المرحلة القادمة .

رابعاً : و في الجانب الآخر هناك جوانب موضوعية مرتبطة بمشكلات النمو الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي و الإداري تحد من تنفيذ هذه الأهداف بالسرعة و الكفاءة المطلوبة . و على وجه الخصوص ما تزال قضية حشد الموارد اللازمة و زيادة العون الخارجي و تنسيقه من الجوانب الضرورية الملحة للتأثير الإيجابي على مستوى التنفيذ .

القسم الثالث

التحديات و الفرص الناشئة لتنفيذ جدول أعمال المؤتمر العالمي للسكان و التنمية ، القاهرة 1994م

سوف تظل الجمهورية اليمنية في السنوات القادمة حتى العام 2015م أمام تحديات و فرص متداخلة لتنفيذ أهدافها السكانية الوطنية بما يفرض بالتزاماتها الدولية بالعمل على تنفيذ أهداف برنامج العمل السكاني العالمي الصادر عن المؤتمر العالمي للسكان و التنمية (القاهرة 1994م)

أولا : التحديات المرتبطة موضوعيا بمشكلات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية

1-التحدى الناجم عن تطبيق برنامج الإصلاح المالي والإداري ودخول عصر العولمة :

إرتكز تطوير البرنامج وتنفيذه على فلسفة نظام السوق الحر وإعتماد آلياته في تخصيص الموارد على مختلف الإستخدامات الإستثمارية والإنتاجية بما يتضمنه من الغاء لكل مظاهر الدعم السلعي والخدمي وتحرير أسواق النقد الأجنبي والتجارة الخارجية وتعويم سعر الصرف والعمل على خفض عجز الموازنة ومعالجة الدين الخارجي. و نفذت بعض إجراءات التكيف الهيكلي . وادى ذلك في المرحلة الأولى إلى تحسن في مستوى المؤشرات النقدية والمالية فيما ظلت المؤشرات الاقتصادية الكلية ومتوسط دخل الأفراد ومستوى المعيشة متخلفة عن أهداف البرنامج المذكور. ولم يشهد الإقتصاد اليمني تدفقات استثمارية لها وزنها وتأثيرها في القطاعات الإنتاجية كما أن الإستثمار المحلي لم ينمو ويتطور بالمستوى المطلوب..

و أدت التطورات السلبية في تنفيذ البرنامج إلى تدني في مستوى المعيشة و نوعية حياة السكان ، و انتشر الفقر.

كما تقرر العولمة تحديا جديدا أمام اليمن في مجال التعليم نظرا لما تتطلبه من مستوى تقني وعلمي عالي في مجال التعليم وبالتالي فإنه بالقدر الذي مازالت تواجه فيه مشكلة شمول التعليم الأساسي ومحو الأمية أيضا تحتاج إلى جهد أكبر وإمكانات وطاقات لمواجهة ضعف مستوى التعليم حتى تتمكن من تكون أكثر قدرة على المنافسة والوقوف في وجه تحديات عصر العولمة.

وفي المجال الصحي فإنه وفي ظل تدني مستوى التغطية بالخدمات الصحية وضعف نوعيتها واستمرار سيطرت الأمراض المعدية والإنخفاض الواضح في الوعي بالقضايا الصحية مع ارتفاع حالات سوء التغذية نتيجة للفقر وقلة المعارف وارتفاع مرارة الأمومة والطفولة وتدني وضع الصحة الإنجابية كل ذلك مع ارتفاع عالي للنمو السكاني يجعل من الصعب مجارات متطلبات العولمة والتي أدت و قد تؤدي إلى

دخول وانتشار أمراض جديدة أكثر فتكا وخطورة ويتطلب التعامل معها امكانيات مادية وبشرية وتقنية تفوق قدرة و موارد البلد.

التحدي البيئي و نقص الموارد المائية والغذائية:

يواجه اليمن عجزا متزايدا في مخزونه المائي وشحة موارد المائية فمعدل نصيب الفرد من المياه المتجددة يقل سنة بعد أخرى خاصة مع نمو السكان حيث سيقبل من 163 متر مكعب عام 1995 إلى 116 متر مكعب 2005 وإلى 86 مترا مكعب عام 2015م . ومن جانب آخر فإن إنتاج الغذاء سوف يقل سنويا مع محدودية الأراضي الزراعية و شح المياه و زيادة التصحر.

سوف يؤدي عامل الزيادة السكانية بالتأكيد إلى زيادة الإستهلاك والإستغلال الجائر للموارد البيئية و بالتالي زيادة الأعباء المتعلقة بالمحافظة على البيئة و منع تدهورها، حيث يحتمل زيادة التلوث سواء في الأرض أو الجو أو البحر وبالتالي سيزيد ذلك من احداث انخفاض في الموارد الطبيعية أو تلوثها وازدياد الأمراض والأوبئة . و لمواجهة هذه التطورات المحتملة أعدت الدولة الرؤية الاستراتيجية الوطنية لحماية البيئة حتى العام 2025م المتضمنة إجراءات إدارة موارد المياه و موارد الأراضي و الزراعة ، و حماية التنوع البيئي و البيئة البحرية و الساحلية و صون الموارد الطبيعية .

تحدي التوزيع السكان والنمو الحضري:

يزداد النمو الحضري بشكل لا يتناسب مع ظروف البنية التحتية لهذا الحضر والتي هي بشكل عام ضعيفة حيث أنه ينمو بمعدل يصل إلى 7% سنويا . سوف يشكل مزيدا من الضغوط الكبيرة على الخدمات المحدودة ويقلل من فعاليتها بل ويؤدي إلى تدهورها وبالتالي المزيد من الضغوط على موارد التنمية و التأثير السلبي على أولوياتها .

ثانيا: التحديات و الفرص المرتبطة بالعوامل المؤثرة على تدني مستوى تنفيذ الأهداف

1- فجوة الموارد

يمثل الإنفاق العام للدولة الأداة الأساسية لتحقيق أهداف التنمية و بضمنها اهداف السياسة الوطنية للسكان .

و بدأت الحكومة في عام 1995م إعادة هيكلة الإنفاق العام الذي استهدف تخفيض مبالغ الدعم و التحويلات ، و تحسين الكفاءة في قطاعات معينة ، و زيادة الإنفاق على عمليات التشغيل و الصيانة ، و زيادة الإنفاق الاستثماري و إنشاء شبكة الأمان الاجتماعي لمكافحة الفقر ، و تحسين أداء جهاز الخدمة المدنية. و في الجانب الإيرادي استهدفت السياسة المالية زيادة الإيرادات الضريبية و عائدات تصدير النفط و خلال الفترة 1995-2000م تقلص عجز الموازنة تدريجيا من 5.2% بالنسبة للنتائج المحلي الإجمالي في عام 1995 إلى تحقيق فائض في السنوات اللاحقة . إلا

أنه لم يتحقق بالصورة المطلوبة تنمية الإيرادات العامة و تنويع مصدرها و أوعيتها من ناحية ، و ضبط و ترشيد الإنفاق من ناحية أخرى . و من ناحية أخرى تناقصت المنح و الإعانات و الاقتراض الخارجي .

و خلال نفس الفترة زاد نصيب الخدمات الاجتماعية و الاقتصادية من إجمالي الإنفاق الاجتماعي من 31.9% عام 1995م إلى 33.8% عام 2000م و قد ساعدت تلك الزيادة المحدودة في اتجاهات التعامل نسبيا مع تحديات التعليم و الصحة . و تتبنى الخطة الخمسية الثانية 2001-2005م سياسة مالية توازن بين الإيرادات و النفقات العامة من خلال الاتجاهات التالية :

- ترشيد الإنفاق الحكومي عن طريق رفع كفاءة الأجهزة الحكومية و تقليص العمالة لديها و الحد من البطالة المقنعة و ترشيد النفقات غير التنموية .

- إتاحة الفرصة للقطاع الخاص للاستثمار الفعال في مشاريع التنمية و مشاركته في بعض الخدمات التي تقدمها الدولة أو التي تنسحب منها لاعتبارات الكفاءة و الأولوية و تخفيض تكاليف الخدمات التي تستمر الدولة في تقديمها .

- تنمية و تطوير الإيرادات العامة لاسيما غير النفطية و ذلك بحسن استغلال الموارد الاقتصادية المملوكة للدولة و تغليب النظرة الاقتصادية على أنشطتها و إعادة احتساب و هيكله رسوم الخدمات العامة و توسيع دور و مشاركة القطاع الخاص في المشاريع التنموية .

و من هذه المنطلقات تسعى الخطة إلى زيادة الإيرادات الحكومية من 585.743 مليون ريال إلى 809.695 مليون ريال بين عامي 2001-2005م ، أي بمتوسط نمو سنوي 6.7% ، و زيادة الإنفاق العام من 488.251 مليون ريال إلى 864.440 مليون ريال ، أي بمتوسط نمو سنوي 12% خلال نفس الفترة .

ما تزال اليمن معتمدة إلى حد ما على المنح و القروض الميسرة المقدمة من المانحين . و لا تزال كذلك بحاجة ماسة إلى المساعدات الفنية من المصادر الخارجية . و توجب الإشارة إلى أن نصيب الفرد في اليمن من إجمالي المساعدات التنموية الرسمية ODA يبلغ 18 دولارا للفرد ، و هو الأقل من بين الدول الأقل نموا .

و مع تحقيق بعض النجاحات في تسخير ما يمكن من الموارد المحلية و الخارجية تظل هناك فجوة بين الأهداف و الموارد المتاحة . فالأهداف تبدو طموحة قياسا إلى الموارد المتاحة . و كمدخل لمعالجة هذه الإشكالية تتبنى الحكومة حاليا وضع استراتيجية لتنمية و حشد و تسخير الموارد اللازمة لتنفيذ أهداف السياسة الوطنية للسكان من المصادر المحلية و الخارجية . و سوف يكون لدعم المانحين المأمول و زيادة الدعم الشعبي دورا بارزا في هذا الإتجاه

2- البنية المؤسسية

كانت الخطوة الأولى التي اتخذتها الحكومة لإرساء بيئة داعمة لتنفيذ السياسة السكانية هو تشكيل المجلس الوطني للسكان و أمناته الفنية في بداية التسعينات . و كان ذلك هو الإطار المؤسسي الذي اسندت إليه مهام رسم السياسات السكانية و

التخطيط و التنسيق و المتابعة و التقييم . و في السنوات اللاحقة بدء من عام 1993م انشئت نقاط الارتكاز في الوزارات و الهيئات ذات العلاقة بالسياسات و البرامج السكانية ، و تدريب الكوادر الوطنية لكي يصبح العمل في المجال السكاني جزءا أساسيا من مهام هذه الجهات . و انشئت كذلك وحدات إدارية مثل الإدارة العامة للصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة في وزارة الصحة و السكان ، و الإدارة العامة للإعلام السكاني في وزارة الاعلام ، و مركز التدريب و البحوث السكانية في جامعة صنعاء ، و مركز دراسات المرأة في جامعة عدن، و مركز الدراسات السكانية في الجهاز المركزي للإحصاء . و تكونت لجنتان دائمتان تحت مسمى " لجنة الصحة و السكان و البيئة " في كل من مجلسي النواب و الشورى . و في العام الماضي 2002م انشئت خمس لجان لمتابعة و تنسيق الأنشطة السكانية في خمس محافظات كبدائية أولية لتعميم نشاط هذا اللجان في بقية المحافظات .

و مع ذلك ما تزال البنية المؤسسية الداعمة لتنفيذ الأهداف السكانية بحاجة إلى المزيد من الخطوات و الإجراءات التطويرية . كما أن القدرات الفنية و التنظيمية و البشرية في المجلس الوطني للسكان و الوحدات المعنية في الوزارات القطاعية بحاجة إلى العديد من التأهيل و رفع الكفاءة . بل و أن بعض الحلقات ما زالت ضعيفة مثل التنسيق و التكامل بين المؤسسات الرسمية ، و بينها وبين المنظمات غير الحكومية ، أو تحت التأسيس مثل الأطر المؤسسية على مستوى المحافظات و الأقاليم .

3- الشراكة المحلية

خلال السنوات الماضية أسهمت المنظمات والهيئات غير الحكومة بأدوار ايجابية وكبيرة في تقديم الخدمات الصحية والصحة الإنجابية والتعليمية والتنمية الإجتماعية وخاصة في مجال المرأة كما ساهمت في رفع الوعي بقضايا السكان والحقوق والصحة الإنجابية، وقد أورد تقرير التنمية البشرية لعام 2001 أن المنظمات غير الحكومية زادت من 286 منظمة عام 1990 إلى 2786 منظمة تطوعية ومهنية وخيرية تلعب دورا في مجال السكان والتنمية ومكافحة الفقر وتنمية المرأة وغيرها من المجالات الاجتماعية. كما صدر قانون الجمعيات والمؤسسات الأهلية عام 2001م الذي فتح الباب أمام رفع فعالية هذه المؤسسات. و قد اشركت قطاعات واسعة من المؤسسات الرسمية والشعبية في المشاركة في تنفيذ السياسة السكانية من خلال المساهمة في تنفيذ و تمويل بعض الأنشطة ذات الصلة المحلية و التي تضمنتها المشاريع التالية :مشروع للتربية السكانية في وزارة التربية والتعليم ومشروع الإتصال والإعلام السكاني في وزارة الإعلام وكذلك مع وزارة الأوقاف والإرشاد والمعاهد المهنية وفي مجال التنمية الريفية والإرشاد الزراعي.

و لتعميق هذه الشراكة سوف تنشأ في الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان إدارة مختصة بالعمل مع المنظمات غير الحكومية ، و إنشاء شبكة خاصة لتنسيق أنشطة و فعاليات هذه المنظمات و تنسيقها مع الجهات الحكومية .

4- تطوير الشراكة الدولية

تعمل اليمن وبشكل مترابط مع المجتمع الدولي ومنها منظمات الأمم المتحدة . ومن الجهود التي نفذت مؤخرا وضع تقييم الإحتياجات القطرية وعلى اساسه تم وضع إطار موحد للمساعدات التنموية هذا بالإضافة إلى العديد من التعاون الثنائي مع الدول المانحة في مجالات التنمية و مكافحة الفقر والصحة الإنجابية كما يتم متابعة وتنفيذ تقييم تنفيذ أهداف الألفية بالتنسيق مع المنظمات المانحة وعلى رأسها منظمات الأمم المتحدة. و تتضمن الاتجاهات الحالية الإستفادة من الفرص المتاحة في التعاون الدولي لحشد المزيد من الدعم المالي و الفني لتنفيذ الأهداف السكانية و أهداف التنمية الألفية و تنسيق الجهود و مجالات الدعم و حجم العون و الدراسات .

5- المعلومات و البيانات

سعت الحكومة إلى دعم وتطوير المؤسسات الفنية و العلمية المهمة بالبيانات والإحصائيات والدراسات. و قد حدث تطور مقبول فقد نفذ الجهاز المركزي للأحصاء تعداد 1994 والمسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل عام 1997م ومسح ميزانية الأسرة عام 1998 ومسح القوى العاملة 1999 ومسح الفقر عام 1999 م ومسح مواقف الرجال من الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة 2000م. و سوف يبدأ في العام القادم 2004 إجراء التعداد العام الثاني للسكان و المساكن .

كما صدر التقرير اليمني عن التنمية البشرية عامي 1998 و 2001م/2000م عن وزارة التخطيط والتنمية، وتأسس مركز الدراسات والتدريب في جامعة صنعاء وأعد كتاب مرجعي في مجال السكان ليستخدم في مجال الدراسات الجامعية، كما تأسس مركز دراسات المرأة في جامعة عدن وصدرت العديد من الدراسات النوعية عن السكان.

ولكن الملاحظ أن هناك إلى حد ما تباين بين البيانات وهو ما يحتاج إلى ايجاد آلية للتنسيق بينها كما يتطلب تعزيز هذه الأجهزة بالكوادر والادوات التي تمكنها من تنفيذ مهامها بشكل فعال. وهناك ضعف في العديد من المعلومات وخاصة تلك التي تحتاج إلى مراجعة دائمة مثل وفيات الأمومة وخدماتها وكذلك ضعف أو عدم توفر معلومات عن الأوضاع على مستوى المحافظات والمديريات والمجموعات السكانية. بالإضافة إلى أن هناك ضعف كبير في معلومات وآلية المتابعة والتقييم لتنفيذ البرامج السكانية

ثالثا : التحديات و الفرص المرتبطة بإدماج أهداف السكان و النوع الاجتماعي و الصحة الإنجابية في أطر السياسات المتكاملة : أهداف التنمية الألفية ، برنامج التخفيف من الفقر ؛ الإصلاحات القطاعية

1- أطر السياسات المتكاملة

من الملاحظ أن الأهداف الألفية الثمانية كلها مستوعبة في إطار السياسة الوطنية للسكان . و ما جاء في الاستراتيجية الوطنية لتخفيف الفقر هو تأكيد على هدف السياسة السكانية المعني بالفقر .

ومن خلال مراجعة تقرير تنفيذ أهداف الألفية الصادرة عن وزارة التخطيط والتعاون الدولي يتبين أن تنفيذ هذه الأهداف حتى عام 2005 يحتاج إلى مبلغ 6.873 مليون دولار أمريكي يتوفر منها من النفقات العامة 2.193 مليون دولار فقط والمطلوب توفير موارد إضافية لتغطية العجز والذي يسوى 4.698 مليون دولار. وسيصل المبلغ إلى 22,479 مليون دولار بين عام 2006-2015 وسيكون العجز في حدود 15.426 مليون دولار خلال تلك الفترة.

ويشكل موضوع تحسين العدالة والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة كأحد الموضوعات المشتركة أهميته في كل مجالات التنمية و سياساتها. وقد أفرد برنامج العمل السكاني محورا خاصا للعدالة والإنصاف وخاصة في مجالات تقليص الفجوة في مجال التعليم والتمكين من فرص العمل، وأهمية التغييرات التشريعية اللازمة التي تقيد حقوق المرأة وضرورة اصدار تشريعات تؤكد على حقوقها في كل المجالات بما ينسجم مع الشريعة الإسلامية والمواثيق والإتفاقيات التي وافقت عليها اليمن، كما أنه سيتم تعزيز الإتجاه نحو توعية الأفراد والمجتمع حول قضية العدالة وتمكين المرأة وما تشكله من أهمية لتحسين وضع الأسرة والمجتمع.

إن تحسين الصحة بشكل عام وخاصة العمل على تخفيض وفيات الأطفال ووفيات الأمهات ومكافحة الأمراض المعدية والأمراض المنقولة جنسيا وأهمها الإيدز هي من الأهداف الرئيسية في برنامج عمل مؤتمر القاهرة والسياسة اليمينية للسكان والخطة الخمسية للقطاع الصحي. والتركيز على هذه الأهداف سوف يعزز ويسرع من الإجراءات التي تقود إلى تحقيقها. وقد أوضح تقرير تنفيذ أهداف الألفية أن تنفيذ هذه الأهداف يتطلب توفير 1704 مليون دولار أمريكي حتى 2015م وما يتوقع عدم توفيره من المصروفات العامة هو مبلغ 474 مليون دولار حتى 2015م ولكن الجهود يجب أن تبذل نحو تحقيق ذلك.

استراتيجية تخفيض الفقر (2003-2005):

و تعالج أهم تحدي يواجه مجال مكافحة الفقر هو النمو السكان. وأخذت في الاعتبار المتغيرات السكانية في اهدافها ومشاريعها كما حددت وسائل التعامل مع النمو السكاني من خلال توسيع خدمات تنظيم الأسرة والتركيز على التوعية وخاصة بين القيادات الدينية كما حددت أهداف التعليم في رفع معدل التعليم الأساسي وتعليم الفتيات. وفي الصحة ركزت على توسيع التغطية بالخدمات الصحية وكلها أهداف تضمنتها السياسة السكانية. وقد رصدت للأهداف السكانية المباشرة مبلغ 215 مليون ريال منها 11 مليون مصدر حكومي و126 من مصدر خارجي و 78 مليون من مصدر ذاتي. كما حددت مبالغ إلى 83155 مليون ريال للتعليم و 30663 مليون ريال للصحة.

برنامج إصلاح القطاع الصحي:

يهدف البرنامج إلى تحسين وتوسيع قاعدة الخدمات الصحية وزيادة فعاليتها وتحسن نوعيتها ورفع مشاركة المجتمع في تنفيذها ويقوم على أساس الجانب التنظيمي والذي يركز على مجالات رفع الكفاءة وتحسين الأداء وتنظيم مشاركة المجتمع وتعزيز اللامركزية من خلال نظام المديرات الصحية وهو بذلك يقوى من دور هذه الخدمات، وحدد البرنامج أولياته في الأنشطة التي يتبناها ويركز عليها ومن أهمها الصحة الإنجابية وتعزيزها تنظيمياً وتدريبياً ووظمان جودتها، كما أن مكافحة الأمراض المنقولة ومنها الإيدز وتحسين صحة الطفولة هي من أوليات هذا البرنامج، وبتنفيذه سيتعزز تنفيذ أهداف السياسة السكانية والتي تشكل الصحة والصحة الإنجابية من أهم مقوماتها.

اللامركزية والحكم المحلي

التوجه نحو اللامركزية في تنفيذ المشاريع التنموية ورفع مشاركة المجتمع في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم لمشاريعهم وإحتياجاتهم هو أحد السمات التي ستميز المرحلة القادمة فقد مثل صدور القانون رقم (4) في فبراير 2000م للسلطة المحلية والبدء في تطبيقه بإجراء إنتخابات المجالس المحلية للمحافظات والمديريات خطوة مهمة في مجال توسيع المشاركة الشعبية ومنها المشاركة في التخطيط والتنفيذ والتمويل للسياسة السكانية على المستويات المحلية. وسيكون لهذه المجالس دورا بارزا في التعامل مع أهداف السياسة الوطنية للسكان على مستوى مناطقهم مما سيعزز من عملية الإنجاز والعدالة في التنفيذ

2- التحديات

- 1- القدرة على وضع الأطر المفاهيمية و النظرية و التقنية لدمج السياسات المتكاملة
- 2- تطوير القدرات و الكفاءات الفنية و العلمية لدى المخططين و الباحثين اليمنيين في المجالات ذات الصلة بإحداث التكامل .
- 3- تحديد آليات تالرصود و المتابعة و التقييم
- 4- تأسيس و تفعيل قواعد المعلومات بشكل يسها استخدامهما في الإدماج .

الفصل الرابع

نحو استراتيجية لتعزيز تنفيذ خطة عمل مؤتمر القاهرة للتنمية والسكان.

مثل المؤتمر الثالث للسياسات السكانية في شهر أكتوبر 2002 وقفة جادة لمراجعة وتقييم تنفيذ أهداف السياسة السكانية اليمينية وناقش العديد من التوقعات المستقبلية وتحدياتها كما ناقش المتطلبات اللازمة للتسريع في تنفيذ أهداف السياسة الوطنية للسكان وحدد لذلك بعض التوجهات والتوصيات التي رآه المؤتمر أهميتها كاستراتيجيات لتعزيز تنفيذ السياسات والأهداف السكانية و المرتبطة كذلك بالأهداف التي رسمها برنامج العمل السكاني الدولي (القاهرة 1994م) و الوصول إلى تحقيقها .

- تعزيز البناء المؤسسي وتطويره وبناء القدرات الفنية والإدارية والميدانية سواء في مجال التخطيط والتقييم للأوضاع السكانية أو في مجال التنفيذ الخدمي والدعوة والإعلام أو في مجال البيانات والمعلومات وعلى كافة المستويات القطاعية والمحلية. ومن ذلك استكمال تشكيل لجان تنسيق الأنشطة السكانية على مستوى المحافظات وتفعيل دورها بما يمكنها من تحقيق الإنجازات المطلوبة ، كما يجب تأهيلها للقيام بدور التخطيط والمتابعة والتقييم للأنشطة السكانية في المحافظة بما ينسجم مع أوضاع المحافظة المعنية وحاجاتها ويعزز من حشد الموارد للتنفيذ وهذا ما سيرفع من درجة المسؤولية ويزيد من وتيرة الإنجاز.

- الإسراع في مراجعة التشريعات والقوانين ذات الصلة والتي تؤثر على الأوضاع السكانية ومراجعتها وتغييرها بما ينسجم مع توجهات السياسة السكانية وبما وافقت عليه اليمين في المؤتمرات الدولية وخاصة تلك التي تحد من عملية المساواة والعدالة في مجال النوع الاجتماعي. وبهذا الصدد يجب أن يعمل القائمون على تنفيذ السياسة السكانية على رفع التنسيق مع البرلمانين من خلال لجنة الصحة والبيئة والسكان في مجلس النواب والمجلس الاستشاري لتنفيذ التغييرات المطلوبة وتحقيق مشاركة البرلمانين بشكل أوسع في مجال السياسات السكانية وفي دعم جهود حشد الموارد وتوفيرها بما يمكن من توفير الإمكانيات والخدمات التي تقود إلى تحقيق أهداف السياسة الوطنية للسكان والوصول إلى ماستهدفه برنامج عمل مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية. كما يجب العمل على تطوير قدرات نقاط الارتكاز في المؤسسات الحكومية والغير حكومية وتفعيل دورها في متابعة التنفيذ القطاعي للأنشطة السكانية.

- دعم مجال الشراكة على المستوى الوطني من خلال دعم المنظمات غير الحكومية وتعزيز قدراتها المالية والإدارية والتنفيذية للعمل في المجال السكاني وتوسيع نطاقه وإقامة شراكة فاعلة على المستوى المحلي. كما أن دور القطاع الخاص يجب أن يزيد ويتوسع ولا بد من تطوير آليات

للتسيق مع هذا القطاع وإشراكه بشكل أوسع وأكثر فعالية فيما يتعلق بمجال السكان والنوع الاجتماعي والصحة الإنجابية.

- تطوير القدرات والكفاءات الفنية والعلمية لدى المخططين والباحثين اليمنيين في الجوانب المتعلقة ببرامج التنمية والأنشطة السكانية وقضايا النوع الاجتماعي والصحة الإنجابية بهدف التوصل إلى أنجع الوسائل في مجال التكامل ودمج الأنشطة السكانية ورفع كفاءة تنفيذ هذه البرامج وفق أسس علمية مع العمل على صياغة منهج يتسم بالموضوعية والقبالية للتطبيق في تحقيق التفاعل الكامل بين التنمية والسياسات السكانية.

- تقوية الأجهزة الإحصائية ونظم المعلومات السكانية على المستوى المركزي والمحلي والقطاعي مع العمل على تعزيز مجال التنسيق التي تمكن من إيجاد قاعدة معلومات متطورة ومتكاملة وموثوق بها. كما يجب العمل على وضع نظام معلوماتي متكامل لمتابعة الأنشطة السكانية وخاصة الأهداف والأنشطة والإجراءات التي وردت في برنامج العمل السكاني (2001-2005) وبالتسيق مع كل الجهات ذات العلاقة.

- تعزيز مجالات الدعوة والتوعية بين كل الأوساط وتوسيع قاعدة الجهات والفعاليات المشاركة في التنفيذ للأنشطة التوعوية، ولابد من الإسراع من الإعداد لبرنامج الإعلام والاتصال السكاني والبدء في تطبيقه، كما يجب البحث في العوامل السلبية وأثرها وطرق العمل والتكيف المناسبين للتخلص من تلك العوامل وسلبياتها. وتوجيه قدر أكبر من جهود التوعية نحو الرجل والتأكيد على دورة المسؤول في مجال السكان والنوع الاجتماعي والصحة الإنجابية.

كما يجب أن تولى فئة المراهقين والشباب عناية أكبر وتعزيز دورهم في هذه المجالات من خلال توجيه الاهتمام وتوسيع قاعدة البرامج الموجهة نحوهم بالوسائل المختلفة سواء من خلال المؤسسات التعليمية والمناهج الدراسية أو من خلال فعاليات الشباب الأخرى والربط بين هذه الجهود مع الجوانب الخدمية بحيث يتمكنوا من الحصول على الخدمات والمشورة المناسبة خاصة في مجالات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والصحة الجنسية والأمراض المنقولة جنسيا. وفي هذا الإطار فإن دور المنظمات غير الحكومية يجب أن يتعزز أكثر في توجيه جزء من أنشطته نحو الشباب والمراهقين وتقديم الرعاية المناسبة لهم.

ورغم إدماج مفاهيم سكانية وصحة إنجابية في مجال المناهج التعليمية إلا أنها ما زالت بحاجة إلى مراجعة لاستيعاب المتغيرات من جانب ومن جانب آخر لتعزيز المواضيع المتعلقة بالنوع الاجتماعي، كما يجب أن تتم متابعة التطبيق لهذه المفاهيم من خلال تدريب المدرسين والإدارات المدرسية والموجهين ورفدها بأنشطة خارج الصف.

- إعطاء أولوية في الأنشطة والبرامج السكانية لقضايا النوع الاجتماعي والعمل على توجيه الموارد بما يحقق تقليص فجوة النوع وعلى كل المستويات واعتبار هذه القضية أولوية ملحة تلعب دوراً بارزاً في دفع كل العوامل الأخرى نحو التحسن والتقدم، ونقل مثل هذا النشاط من المستوى المركزي إلى المستوى المحلي واعتبار التعامل مع هذه الموضوع أولوية سياسة وتخطيطية لكل القيادات الإدارية والاجتماعية والسياسية.

- الاستفادة مما يتيح تشكيل السلطات المحلية في المديرية والتأكيد على دورها التنموي وعليه فإن دور المجالس المحلية في مجال التنمية السكانية والصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي يجب أن يتعزز ويصبح هما أساساً لهذه المجالس وذلك من خلال عقد اللقاءات التدريبية في هذا المجال بهدف تعزيز قدرات هذه المجالس في مجال التخطيط والمتابعة والتقييم للبرامج السكانية وأنشطة الصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي بما فيها العمل على حشد الموارد المحلية ورفع وتيرة تنفيذ هذه الأنشطة وتوسيع قاعدتها لتصل إلى كل أفراد المجتمع.

- التوجه خلال المرحلة القادمة نحو تكثيف الجهود وزيادة الموارد بحيث يكون ذلك مركزاً على تعويض العجز في تحقيق متطلبات برنامج عمل مؤتمر القاهرة وأهداف الألفية. وأن تبذل الجهود على المستوى الوطني والدولي لحشد الموارد التي تمكن اليمن من تنفيذ برامجها الوطنية. رفع وتيرة التعاون والشراكة مع الدول المانحة والمنظمات الدولية وتنسيق الجهود معها بما يحقق أكبر فعالية لهذا المساعدات، مع التركيز على تعزيز الشراكة القائمة في هذه المجال مع صندوق الأمم المتحدة للسكان باعتباره نموذجاً جيداً للشراكة وتعزيز التقدم في التنمية السكانية

المصادر:

- (1) الإستراتيجية الوطنية للسكان (1999-2000م)، الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- (2) خطة العمل السكاني المحدثة (1996-2000م)، الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- (3) وثائق السياسة الوطنية للسكان – المشاكل والتحديات- المنطلقات، المبادي والأهداف (2001-2025) – برنامج العمل السكاني (2001-2005) الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- (4) البرنامج الوطني للصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة وصحة الطفل (2001-2006)، الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، صنعاء الجمهورية اليمنية.
- (5) وثائق للمؤتمر الثالث للسياسة الوطنية للسكان، صنعاء 28-31 أكتوبر 2002 . الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان 2003 صنعاء، الجمهورية اليمنية.

- (6) د. على أحمد السقاف وآخرون، السكان و الفقر في اليمن – تحليل قياسي، ورقة خلفية للمؤتمر الثالث للسياسة الوطنية للسكان قدمت في ندوة عدن، ابريل 2002.
- (7) اليمن/ تقرير التنمية البشرية 2001/2000م ، وزارة التخطيط والتنمية، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- (8) كتاب الإحصاء السنوي لعام 1998 وعام 2001م، الجهاز المركزي لإحصاء، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- (9) التقرير العام لمسح ميزانية الأسرة 1998م، الجهاز المركزي للإحصاء، صنعاء الجمهورية اليمنية.
- (10) المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل 1997م، التقرير الرئيسي، الجهاز المركزي للإحصاء، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- (11) التقرير الرئيسي لنتائج المسح الوطني لظاهرة الفقر 1999، الجهاز المركزي للإحصاء، صنعاء ، الجمهورية اليمنية.
- (12) الخطة الخمسية الثانية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية (2001-2005) الجزء الأول والثاني، وزارة التخطيط والتنمية، صنعاء الجمهورية اليمنية.
- (13) برنامج إصلاح القطاع الصحي، وزارة الصحة العامة والسكان، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- (14) استراتيجية التخفيف من الفقر (2003-2005) وزارة التخطيط والتنمية، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- (15) التقرير الإستراتيجي السنوي، اليمن 2001، رقم 2 - المركز العام للدراسات والبحوث والإصدار، صنعاء الجمهورية اليمنية.
- (16) ختان الإناث، نتائج دراسة لمناطق مختارة من اليمن، إدارة الصحة الإنجابية في وزارة الصحة العام، Pacific Institute for Women's Health, June 2001.
- (17) إحصائيات إدارة الصحة الإنجابية - وزارة الصحة العامة لعام 2001م،
- (18) التقرير السنوي لجمعية رعاية الأسرة اليمنية 2001-2002 م، صنعاء الجمهورية اليمنية.
- (19) تحليل حالة الأطفال و النساء في الجمهورية اليمنية 1998م . الحكومة اليمنية بالاشتراك مع اليونيسيف ، البنك الدولي و منظمة رادا بارنن .
- (20) التقرير الوطني عن وضع المرأة في اليمن . اللجنة الوطنية للمرأة . صنعاء مارس 2003

21) Summery of the millennium development goals report, Ministry of

Planning and Development, Sana'a Sept.2002. Republic of Yemen

22) UNFPA ICPD & MDG FOLLOW UP Summary of the
ICPD PoA.htm, www.UNFPA.org

23) Achieving the ICPD, ICPD+5 and Millennium
Development Goals(MDGs)
WWW.UNFPA.org.