منظمـــة الصحـــة العالميـــة

المجلس التنفيذي م ت١١٣/١٥ إضافة ١
الدورة الثالثة عشرة بعـد المائة ١٨ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٣
البند ٣-١١ من جدول الأعمال المؤقت EB113/15 Add.1

الصحة الإنجابية

مسودة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية

يقدم المدير العام طيه مسودة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الدوليـــة المتعلقـــة بالصحة الإنجابية لكي ينظر فيها المجلس التنفيذي.

الملحق

الصحة الإنجابية: مسودة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية

مقدمة

١- إن التمتع بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية[١] من الضرورات الأساسية للأفراد والأزواج والأسر والتنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات والأمم. وبالنظر لمشاعر القلق التي أُبديت إزاء بطء التقدم في تحسين الصحة الإنجابية والجنسية على مدى العقد الماضي، وإدراكاً لأن الأهداف الإنمائية الدولية لا يتسنى تنفيذها إلا من خلال الالتزام المتجدد من قِبَل المجتمع الدولي، فقد اعتمدت جمعية الصحة العالمية الخامسة والخمسون القرار ج ص ع٥٥-١٩ الذي يطلب إلى منظمة الصحة العالمية وضع استراتيجية لتسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية ذات الصلة بالصحة الإنجابية. ويؤكد القرار مجدداً على البرامج وخطط العمل التي اتفقت عليها الحكومات في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، ١٩٩٤) وفي مؤتمر الأمم المتحدة العالمي الرابع المعني بالمرأة (بيجينغ، ١٩٩٥) وفي المؤتمرين الراميين إلى متابعتهما، واللذين يُعقدان كل خمس سنوات.

٢- واستجابةً لهذا القرار، وبعد إجراء مشاورات مع الدول الأعضاء وسائر الشركاء، وضعت منظمة الصحة العالمية مسودة استراتيجية تستند إلى الإجراءات التي تتخذها الدول الأعضاء عملاً بالقرار ج ص ع٤٨-١٠ (الصحة الإنجابية: دور منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجية العالمية) الذي حثّ الدول الأعضاء على زيادة تطوير وتعزيز برامجها في مجال الصحة الإنجابية.

٣- وقد أعدت مسودة الاستراتيجية المقدمة في هذه الوثيقة لتوجيهها إلى دائرة واسعة من واضعي السياسات في الوكالات الدولية والحكومات والرابطات المهنية والمنظمات غير الحكومية وغيرها من المؤسسات. ويوثّق الجزء الأول التباينات الرئيسية بين الأهداف العالمية والحقائق الموجودة في العالم، ويصف العقبات الأساسية التي تعوق التقدم، مع الإشارة على وجه الخصوص إلى الإجحاف لأسباب تتعلق بنوع الجنس الاجتماعي والفقر وتعرض المراهقين للمخاطر المحتملة. أما الجزء الثاني فيعرض مسودة الاستراتيجية التي استُرشد في إعدادها بمبادئ قائمة على حقوق الإنسان الدولية. وهو يسلط الضوء على الجوانب الأساسية لخدمات الصحة الإنجابية والصحة الجنسية، ويقترح على البلدان وعلى المنظمة طُرقاً لاتباع نهوج ابتكارية في هذا الصدد. ويُختتم ذلك الجزء بالتأكيد مجدداً على الالتزام المؤسسي من منظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع شركائها، على تشجيع ودعم الدول الأعضاء في جهودها الرامية إلى بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية الصادرة عن الأمم المتحدة والمرامي والأهداف الأخرى المتفق عليها دولياً فيما يتصل بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية.

---

١ تعريف الصحة الإنجابية الذي تقترحه منظمة الصحة العالمية، والذي جرت الموافقة عليه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، يشمل الصحة الجنسية (انظر الإطار صفحة ٤).

أولا: الأهداف العالمية والحقائق في العالم

٤- تعد الأهداف الإنمائية للألفية (التي يشار إليها من الآن فصاعدا بكلمة "الأهداف")، التي نشأت عن إعلان الألفية الذي وافق عليها ١٨٩ بلدا في عام ٢٠٠٠، بمثابة إطار دولي جديد لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق استدامة التنمية والقضاء على الفقر. ومن بين الأهداف الثمانية هناك ثلاثة أهداف ذات صلة مباشرة بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية – وهي تخفيض معدل وفيات الأطفال، وتحسين صحة الأمهات، ومكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه – بينما هناك أربعة أهداف أخرى – هي القضاء على الفقر المدقع والجوع، وتحقيق تعميم التعليم الابتدائي، وتعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وكفالة الاستدامة البيئية – توجد علاقة وثيقة بينها وبين الصحة، بما في ذلك الصحة الإنجابية. ومن بين الغايات المحددة هناك الغايات التالية:

- تخفيض معدل وفيات الأمومة بنسبة ثلاثة أرباع في الحقبة ما بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥؛
- تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الثلثين في الحقبة ما بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥؛
- وقف استشراء الأيدز والعدوى بفيروسه بحلول عام ٢٠١٥ وبدء انحساره اعتبارا من ذلك التاريخ.

٥- وفي عام ١٩٩٩ تم الاتفاق على نقاط مرجعية رئيسية أخرى في دورة الجمعية العامة الاستثنائية الحادية والعشرين المعقودة لاستعراض تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. فعلى سبيل المثال ينبغي بحلول عام ٢٠١٥ أن تبلغ نسبة الولادات التي تتم بمساعدة أخصائيي توليد مهرة ٩٠٪ من جميع الولادات في جميع أنحاء العالم، على ألا تقل هذه النسبة عن ٦٠٪ في البلدان التي تسجل فيها معدلات مرتفعة لوفيات الأمومة.[١]

٦- ويتضمن تعريف الصحة الإنجابية المعتمد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ (انظر الإطار) السمات الضرورية التي تجعل الصحة الإنجابية والصحة الجنسية مجالا فريدا مقارنة بسائر مجالات الصحة. فالصحة الإنجابية يتسع نطاقها ليشمل فترة ما قبل سن الإنجاب وفترة ما بعد الإنجاب وترتبط ارتباطا وثيقا بعوامل اجتماعية ثقافية وبأدوار الجنسين في الحياة وباحترام وحماية حقوق الإنسان، وخصوصا، وليس فقط، احترام وحماية حقوق الإنسان فيما يتعلق بالحياة الجنسية والعلاقات الشخصية.

١ وثيقة الأمم المتحدة A/S21/5A/.dd1-، الفقرة ٦٤.

الصحة الإنجابية والصحة الجنسية والحقوق المتصلة بهما كما عرّفها برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية[1]

"الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمناً، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارانها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكّن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة. وتمشياً مع تعريف الصحة الإنجابية سالف الذكر، تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية. وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي." (الفقرة ٧-٢)

"وبمراعاة التعريف السابق، تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلاً في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقاً دولياً في الآراء. وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان... ." (الفقرة ٧-٣)

---

١ وثيقة الأمم المتحدة A.CONF171/13/: تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

٧- وكان اعتماد هذه التعريفات الشاملة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إيذاناً ببداية عصر جديد، كما أن الإنجازات التي تحققت في العقد الماضي كثيرة وعميقة الأثر. فقد حظي مفهوم الصحة الإنجابية والصحة الجنسية مع استثناءات قليلة، على سبيل المثال، بقبول واسع وبُدأ استعماله من قبل الهيئات الصحية والإنمائية الدولية والحكومات والمنظمات غير الحكومية وغيرها من الجهات الفاعلة. وتم تحديد سياسات وبرامج صحية جديدة في جُلّ البلدان. وأدى اعتمادها إلى حدوث تغيّرات كبيرة في بعض البلدان في الطرق التقليدية لتقديم خدمات صحة الأم والطفل أو خدمات تنظيم الأسرة.

٨- وبالإضافة إلى هذه الرؤية العالمية وهذا الالتزام العالمي بتوفير الصحة الإنجابية والصحة الجنسية أقيمت شراكات جديدة على كل من المستوى الوطني والإقليمي والعالمي. وتم أيضاً جمع قرائن جديدة في مجالات كانت مهملة، مثل عبء المرض الناجم عن اعتلال الصحة الإنجابية والصحة الجنسية وعلاقته بالفقر، ومثل العنف لأسباب تتعلق بنوع الجنس الاجتماعي. وحدثت زيادة كبيرة في عدد أفضل الممارسات القائمة على قرائن في مجال الرعاية الخاصة بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية، مثلما يتبين من نطاق البحوث السريرية والسلوكية وتصنيف المعايير والقواعد والمبادئ التوجيهية المعترف بها دولياً.

٩- وتبيّن من التجارب أن بإمكان النهوج الابتكارية المعدة لبلدان محددة أن تقلل بصورة كبيرة، حتى في الظروف التي ينخفض فيها الدّخل، من معدلات وفيات ومراضة الأمومة على سبيل المثال. ويتمثل التحدي المطروح الآن في وضع استراتيجيات ابتكارية جديدة تستهدف تيسير الحصول على الخدمات الصحية لأشد الناس احتياجاً إليها، مثل المراهقين والفقراء، بغية بلوغ الأهداف الدولية. وفي الوقت الحاضر تعاني بلدان كثيرة من معدلات عالية باستمرار لوفيات ومراضة الأمومة وللوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، ولعدوى الجهاز التناسلي والعدوى المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري وحالات الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض غير المأمون والسلوكيات الجنسية غير المأمونة، مثلما توضحه البيانات الواردة أدناه.

الوضع في العالم

الحمل والولادة وصحة المواليد

١٠- في كل عام يعاني نحو ثمانية ملايين امرأة حامل، من إجمالي عدد الحوامل البالغ نحو ٢١٠ ملايين امرأة، من مضاعفات تتعلق بالحمل وتهدد الحياة، ويعاني كثير منهن من حالات مراضة وعجز طويلة الأمد. ففي عام ٢٠٠٠ لقيت حوالي ٥٢٩ ٠٠٠ امرأة حتفهن أثناء الحمل والولادة لأسباب يمكن الوقاية منها إلى حد بعيد. وخلال العقد الماضي لم يطرأ أي تغير يُذكر على معدل وفيات الأمومة في العالم.

١١- وهناك تباينات إقليمية شديدة حيث يحدث ٩٩٪ من وفيات الأمومة هذه في البلدان النامية ويبلغ معدل احتمالات الوفاة على مدى العمر نتيجة أسباب تتعلق بالأمومة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى امرأة لكل ١٦ امرأة، أما في جنوب شرق آسيا فهو يبلغ امرأة لكل ٥٨ امرأة، مقابل امرأة لكل ٤٠٠٠ امرأة في البلدان الصناعية.

١٢- وينجم معظم وفيات الأمهات عن مضاعفات تحدث أثناء الولادة (مثل المخاض المتعسر للغاية، ولاسيما في بواكير الحمل الأول، والنزف ومضاعفات فرط ضغط الدم)، أو في فترة ما بعد الوضع مباشرة (التقيح والنزف)، أو بعد عملية إجهاض تمت على نحو غير مأمون. والعوامل التي يشيع ارتباطها بهذه الوفيات هي عدم وجود عاملين صحيين متخصصين[١] أثناء الولادة، وانعدام الخدمات القادرة على توفير الرعاية في حالات الطوارئ الخاصة بالتوليد والتعامل مع مضاعفات الإجهاض الذي يتم على نحو غير مأمون، وبالإضافة إلى نظم الإحالة غير الفعالة.

١٣- ويضع ما يربو على ٥٠٪ من النساء اللائي يعشن في أفقر مناطق العالم مواليدهم دون مساعدة من أخصائيي توليد مهرة، وتتجاوز هذه النسبة ٨٠٪ في بعض البلدان. وفي منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى لم يطرأ أي تغيير على هذه النسبة على مدى العقد الماضي. وتتوافر في البلدان الصناعية خدمات الرعاية في مرحلة الحمل وهي تقدم على نطاق واسع. وعلى النقيض من ذلك لم يحصل في أواخر التسعينيات نحو نصف الحوامل في جنوبي آسيا ولا ثلث الحوامل في غربي آسيا ولا في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء

١ يشير مصطلح "أخصائي التوليد الماهر" أو "العامل الصحي الماهر" إلى عاملين صحيين، مثل القابلات أو الأطباء أو الممرضات، من ذوي التدريب والتأهيل فيما يخص المهارات اللازمة لإدارة الولادات الطبيعية وفترة ما بعد الولادة مباشرة، ويستطيعون تبين المضاعفات، ويضطلعون عند اللزوم بإدارة حالات الطوارئ و/ أو يحيلون الحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية الصحية.

الكبرى على أية رعاية قبل الولادة على الإطلاق، مقارنة بأقل من خُمس الحوامل في شرقي آسيا وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

١٤- ومن بين وفيات الأطفال دون الخامسة، والبالغ عددها ١٠,٨ مليون حالة وفاة تحدث ثلاثة ملايين حالة وفاة خلال الأيام السبعة الأولى من عمر الوليد. وعلاوة على ذلك يقدر عدد من يولدون ميتين بما يبلغ ٢,٧ مليون طفل. ويتعلق كثير من هذه الوفيات بضعف صحة المرأة وبنقص الرعاية أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الوضع. ولم يطرأ أي تغيير على معدل وفيات المواليد (أي معدل الوفيات في الأيام الثمانية والعشرين الأولى) في البلدان النامية منذ أوائل الثمانينات حيث ظل هذا المعدل يبلغ نحو ٣٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي. وعلاوة على ذلك فإن موت الأم يمكن أن يعرّض بقاء أبنائها على قيد الحياة لخطر جسيم.

تنظيم الأسرة

١٥- لقد زاد مستوى استعمال موانع الحمل زيادة كبيرة في كثير من البلدان النامية، ويكاد مستوى استعمالها، في بعض البلدان النامية يبلغ نظيره في البلدان المتقدمة. ومع ذلك تشير المسوحات المضطلع بها إلى أن هناك، في البلدان النامية والبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية، ما يزيد على ١٢٠ مليون من الأزواج الذين لا يحصلون على احتياجاتهم من موانع الحمل على الرغم من إبدائهم رغبتهم في تجنب حدوث الحمل في المستقبل أو رغبتهم في المباعدة بين حالات الحمل في المستقبل.

١٦- وتتراوح نسبة النساء المتزوجات اللائي لا تُلبى احتياجاتهن هذه إلى تنظيم الأسرة (بمن فيهن النساء اللائي لهن علاقات جنسية) بين ٩٪ و٣٩٪. وتشير البيانات أيضاً إلى وجود احتياجات غير ملبّاة أيضاً لدى المراهقين والبالغين غير المتزوجين والذين لهم نشاط جنسي. وهناك، كل عام ٨٠ مليون امرأة يحملن دون قصد أو رغبة، وبعض حالات الحمل هذه يحدث نتيجة فشل موانع الحمل، حيث لا توجد موانع حمل فعالة بنسبة ١٠٠٪.

الإجهاض الذي يتم على نحو غير مأمون

١٧- توضع نهاية لنحو ٤٥ مليون حالة حمل غير مقصود سنوياً، ويبلغ عدد حالات إجهاضها الذي يتم على نحو غير مأمون ١٩ مليون حالة؛[١] ويحدث ٤٠٪ من كل حالات الإجهاض التي تتم على نحو غير مأمون لشابات بين سن الخامسة عشرة والرابعة والعشرين. وحالات الإجهاض هذه التي تتم على نحو غير مأمون تودي بحياة ٦٨ ٠٠٠ امرأة سنوياً، وهو ما يشكل نسبة ١٣٪ من كل الوفيات ذات الصلة بالحمل. وبالإضافة إلى ذلك يرتبط الإجهاض الذي يتم على نحو غير مأمون بحالات مراضة شديدة. وتشير الدراسات، على سبيل المثال، إلى أن ما لا يقل عن امرأة من بين كل خمس نساء ممن يتعرضن لإجهاض غير مأمون تعاني من عدوى الجهاز التناسلي نتيجة لهذا الإجهاض. وبعض حالات العدوى هذه يكون خطيراً ويؤدي إلى العقم.

---

١ حالات الإجهاض غير المأمون عبارة عن إجراء يرمي إلى إنهاء حمل غير مرغوب من قِبَل أناس تعوزهم المهارات اللازمة أو في ظروف تفتقر إلى الحد الأدنى من المعايير الطبية أو في حالات يجتمع فيها هذان العنصران. (انظر World Health Organization, The prevention and management of unsafe abortion, Report of a technical working group Geneva, April1992/document WHO/MSM ،92.5 ،1992.).

حالات العدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس الأيدز وعدوى الجهاز التناسلي

١٨- تشير التقديرات إلى أن عدد الحالات الجديدة من العدوى بجراثيم منقولة جنسياً يبلغ ٣٤٠ مليون حالة سنوياً يمكن علاجها غالباً. ويترك كثير منها دون علاج نظراً لصعوبة تشخيصها ولعدم توافر خدمات وافية بالغرض وميسورة التكلفة. وبالإضافة إلى ذلك تحدث سنوياً ملايين الحالات التي تكون غالباً حالات عدوى فيروسية غير قابلة للشفاء، بما في ذلك خمسة ملايين حالة جديدة من عدوى الأيدز، تحدث ٦٠٠ ٠٠٠ حالة منها للرضّع نتيجة انتقال الفيروس من أمهاتهم إليهم.

١٩- وثمة صلة وثيقة بين العدوى المنقولة جنسيا بفيروس الورم الحليمي البشري وبين سرطان عنق الرحم، والذي يتم تشخيصه لدى ما يربو على ٤٩٠ ٠٠٠ امرأة ويتسبب في وفاة ٢٤٠ ٠٠٠ امرأة سنويا. ويحدث ثلاثة أرباع حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم في البلدان النامية حيث هناك قصور أو نقص خطير في برامج الفحص والعلاج.

٢٠- ويحدث سنويا ما يربو على ١٠٠ مليون حالة عدوى منقولة جنسيا، يمكن غالبا الشفاء منها، لدى الشباب بين سن الخامسة عشرة والرابعة والعشرين. وتسهل حالات العدوى هذه الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وانتشاره. وعلى الرغم من الاتجاهات الإيجابية التي ظهرت مؤخرا لدى الشباب (ولاسيما الإناث) في بعض البلدان الأفريقية فإن نسبة الشابات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تناهز ضعف نسبة الرجال المصابين عموما. وفي عام ٢٠٠١ قدرت نسبة الشابات المتعايشات مع الأيدز والعدوى بفيروسه في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بما يتراوح بين ٦٪ و١١٪ مقابل نسبة تتراوح بين ٣٪ و٦٪ لدى أترابهن من الذكور. وفي مناطق نامية أخرى تزيد أيضا نسبة النساء المصابات بالأيدز والعدوى بفيروسه على نسبة الرجال المصابين. وبالإضافة إلى ذلك من المعروف أن حالات عدوى الجهاز التناسلي، مثل الالتهابات المهبلية الجرثومية وداء المبيضات التناسلي، وهما من حالات العدوى غير المنقولة جنسيا، تنتشر على نطاق واسع على الرغم من عدم توثيق معدلات انتشار حالات العدوى هذه هي وآثارها توثيقا جيدا.

٢١- وحالات العدوى المنقولة جنسيا هي أيضا سبب رئيسي من أسباب العقم حيث يعاني ما يتراوح تقريبا بين ٦٠ مليون و٨٠ مليون من الأزواج والزوجات في العالم من العقم وما ينتج عن ذلك من عدم الإنجاب رغما عنهم، وكثيرا ما يعزى ذلك إلى انسداد قناة فالوب بسبب عدم العلاج من العدوى المنقولة جنسيا أو بسبب علاجها علاجا غير ملائم.

٢٢- وهذه الجوانب الخاصة باعتلال الصحة الإنجابية والصحة الجنسية مجتمعة – أي معدلات الوفاة والمراضة لدى الأمهات وفي الفترة المحيطة بالولادة، وأمراض السرطان، والعدوى المنقولة جنسيا، والأيدز والعدوى بفيروسه – تشكل قرابة ٢٠٪ من العبء العالمي لاعتلال صحة النساء، وقرابة ١٤٪ من العبء العالمي لاعتلال صحة الرجال. بيد أن هذه الإحصاءات لا تشمل العبء الكامل لاعتلال الصحة. وهناك بخس شديد الآن لتقدير خطورة العنف القائم على أسباب تتعلق بنوع الجنس الاجتماعي، والحالات المرضية المتعلقة بأمراض النساء مثل المشاكل الوخيمة الخاصة بالطمث، وسلس البول والبراز الناجم عن النواسير الولادية، وتدلي الرحم، وفشل الحمل، واختلال الوظائف الجنسية، وتلك أمور لها جميعا عقابيل كبرى اجتماعية وانفعالية وبدنية. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن ممارسة الجنس غير المأمون تشكل ثاني أهم عامل اختطار يهدد الصحة في العالم.

العقبات التي تعوق التقدم

حالات الغبن المتعلقة بنوع الجنس الاجتماعي

٢٣- كثيرا ما تكون التباينات المتعلقة بنوع الجنس الاجتماعي تباينات صارخة. فربما يكون إنفاق الأسر على تغذية الفتيات ورعايتهن صحيا وتعليمهن وتدريبهن مهنيا أقل من إنفاقها على الصبيان للأغراض ذاتها. وكثيرا ما يؤدي التمييز القائم على الجنس، بالإضافة إلى تدني مكانة الفتيات والنساء، إلى ضعف صحتهن البدنية والنفسية وإلى إساءة معاملتهن جسديا أو معنويا، وإلى تدني مستويات تحكمهن في شؤون حياتهن، وخصوصا حياتهن الجنسية والإنجابية.

٢٤- وللعنف بأشكاله العديدة أثره على الصحة الإنجابية والصحة الجنسية للمرأة. ويشمل العنف الذي يمارسه من يعاشر المرأة على وجه الخصوص، وهو عنف يمارس في جميع أنحاء العالم، إساءة المعاملة جسديا وجنسيا ومعنويا. وتظهر الدراسات أن ما تتراوح نسبته بين ٤٪ و٢٠٪ من النساء يعانين من العنف في فترة الحمل، وهو أمر يترك عليهن وعلى أطفالهن آثارا مثل الإجهاض والولادة المبتسرة ونقص الوزن عند الميلاد. وتشير البيانات المتاحة إلى أنه في بعض البلدان تتعرض امرأة من بين كل أربع نساء تقريبا للعنف الجنسي الذي يمارسه ضدها الرجل الذي يعاشرها. كما تشيع حوادث الاغتصاب الجنسي التي يرتكبها المعارف والغرباء على السواء. ومن المشاكل الخطيرة أيضا، وخصوصا في بعض المناطق، الاتجار بالنساء والأطفال والإكراه على ممارسة البغاء. ولهذه المشاكل عواقب شاملة على الصحة الإنجابية والصحة الجنسية تشمل الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض الذي يتم على نحو غير مأمون ومتلازمات الألم المزمن والعدوى المنقولة جنسيا، بما فيها العدوى بفيروس الأيدز، واضطرابات أمراض النساء.

تعرض المراهقين للمخاطر المحتملة

٢٥- في معظم البلدان تشكل المحرمات والقواعد الخاصة بالحياة الجنسية (بما في ذلك ممارسات مثل زواج الأطفال وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وبدء ممارسة الجنس قبل الأوان) عقبات قوية تعوق توفير المعلومات وتقديم خدمات الصحة الإنجابية وغير ذلك من أشكال الدعم الذي يحتاج إليه الشباب لكي يتمتعوا بموفور الصحة. ومع ذلك فإن السلوكيات الجنسية والسلوكيات الخاصة بالإنجاب أثناء مرحلة المراهقة (بين سن العاشرة والتاسعة عشرة) لها عواقب فورية وعواقب طويلة الأمد. وفي بعض الأماكن من العالم يبدأ النشاط الجنسي في مرحلة المراهقة وهو غالبا ما ينطوي على مخاطر محتملة، سواء في إطار الزواج أو خارج إطاره. ونادرا ما تكون لدى المراهقين القدرة على مقاومة الرغبة في إقامة علاقات جنسية أو على التفاوض مع شركائهم في هذه العلاقات على ممارسة الجنس المأمون أو على حماية أنفسهم من حدوث الحمل غير المرغوب فيه ومن الإصابة بالعدوى المنقولة جنسيا. وبالنسبة إلى الفتيات الصغيرات ينطوي الحمل على مخاطر شديدة فيما يتعلق بوفيات ومراضة الأمومة. ومن الضروري، لتأمين صحة هذا الجيل والجيل القادم، تلبية الاحتياجات اللازمة وحماية حقوق المراهقين البالغ عددهم ١٢٠٠ مليون مراهق في العالم.

حالات الإجحاف المتعلق بالفقر والحصول على الخدمات الصحية

٢٦- يرتبط الفقر في جل أنحاء العالم بعدم تكافؤ فرص الحصول على الخدمات الصحية، ولاسيما خدمات صحة الأم. ويبلغ عبء اعتلال الصحة الإنجابية والصحة الجنسية ذروته في أفقر البلدان، حيث تتباعد المرافق الصحية عن بعضها البعض أو يكون الوصول إليها أمرا متعذرا أو يكون عدد العاملين فيها قليلا أو تكون مواردها وتجهيزاتها ضئيلة أو تكون بعيدة عن كثير من الفقراء الذين لا يستطيعون الوصول إليها

وغالبا ما يستفيد الموسرون من تحسينات خدمات الصحة العمومية على نحو متفاوت، وذلك على الرغم من أن من الممكن، نظريا، تحقيق بعض الأهداف الصحية الدولية دون إدراج الخميس الخاص بفئة أقل الشرائح دخلا وفئة السكان السريعي التأثر.

٢٧- ومنذ حقبة الثمانينات أدخلت إصلاحات شتى على قطاع الصحة في كثير من البلدان، مما يؤثر في توافر الخدمات الصحية وسبل الحصول عليها، بما في ذلك الخدمات الخاصة بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية. وكثيرا ما تخفق مخططات التمويل ومخططات التأمين المدفوع مسبقا، وكذلك الإعانات التي جربت وسائل تقديمها، في توفير الفرص العادلة المرجوة لحصول الفقراء على الخدمات. ولهذا لابد من إيلاء اهتمام خاص لضمان إمكانية حصول الفئات المحرومة على خدمات الوقاية والعلاج والخدمات المنقذة للأرواح، مثل الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ.

التحديات الأخرى المطروحة

٢٨- وقد شهدت السنوات القليلة الماضية انخفاضا في مستوى المعونة الإنمائية الإجمالية المقدمة في حين برزت إلى الوجود آليات جديدة للتمويل الخارجي للصحة مثل الورقات الاستراتيجية الخاصة بالحد من الفقر والنهوج القطاعية والدعم الميزني المباشر. كما أن مصادر رئيسية جديدة من مصادر تمويل القطاع الصحي مثل الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا تركز مواردها على أمراض وتدخلات معينة. ومن الأهمية بمكان ضمان مساهمة هذه التطورات الجديدة في بناء قدرات مستدامة في إطار النظم الصحية بما في ذلك القدرة على توفير خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.

٢٩- ومن الحواجز الهامة أمام التوسع في الخدمات الشاملة للإنجاب والصحة الجنسية وأمام تحسين نوعية الرعاية في بلدان كثيرة نقص الموارد البشرية. ومن أوجه الضعف ذلك النقص الحاد في الموظفين وعدم كفاية مهارات المتاحين منهم وسرعة تبدل العاملين المهرة وفقدهم، وعدم الكفاءة في استخدام وتوزيع الموجودين منهم في النظام. ومن الأسباب الجذرية لسوء الأداء وزيادة معدل تبدل المهنيين في مجال الرعاية الصحية انخفاض المرتبات أو عدم دفعها وسوء التدريب والإشراف وتردي ظروف العمل. وقد أصبح من الأمور الملحة للتقدم في مجال الإنجاب والرعاية الصحية الجنسية توافر التخطيط الاستراتيجي لبناء قوة عمل صحية مدربة على نحو ملائم والحفاظ على تلك القوة، ومن ذلك، على سبيل المثال، توفير القابلات المدربات.

٣٠- وبالإضافة إلى الحواجز التي تواجه الفقراء والمعوزين في حصولهم على خدمات صحية بصفة عامة، ومنها مثلا، بعد المسافة عن الخدمات ونقص وسائل النقل وتكلفة الخدمات والمعاملة التمييزية للمستفيدين منها، تواجه الصحة الإنجابية صعوبات خاصة. وهذه مستمدة من عوامل اجتماعية وثقافية كالمحرمات في مسائل الإنجاب والمسائل الجنسية وقلة حيلة المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالجنس والإنجاب، وتدني القيم المعطاة لصحة المرأة والمواقف السلبية أو المسبقة في الحكم على عدد أفراد الأسرة وعلى مقدمي الرعاية الصحية. ويتيح اتباع نهج شمولي فاحص للمعتقدات والمواقف والقيم من قبل المجتمعات ومقدمي خدمات الرعاية الصحية المحليين بداية هامة لتذليل هذه العقبات الأساسية.

٣١- وقد أحرز،على مدى العقدين المنصرمين، تقدم كبير في مجال تكنولوجيات إنقاذ الأرواح والصحة الإنجابية والممارسات السريرية والبرنامجية الفعالة. بل إنه حتى مع وجود قواعد البيانات الإلكترونية والأدوات التفاعلية فإن كثيرا من النظم الصحية ومقدمي الخدمات الصحية لا تسنح لهم سوى فرص قليلة، إن سنحت، للحصول على هذه المعلومات الجديدة. وكثيرا ما يحدث العجز في تنفيذ مشاريع الإثبات العملي الفعالة على نطاق واسع في بلدان كثيرة، ومنها مشاريع تطبيق التكنولوجيا وأفضل الممارسات، فالفشل في استخدام

التخطيط الاستراتيجي المناسب على أساس بيانات ملائمة كما ونوعا، يحد من فهم أسباب سوء نوعية الخدمات وافتقار الناس إلى الحصول عليها واستخدامها.

٣٢- وقد تعوق القوانين والسياسات واللوائح في بعض البلدان الحصول على هذه الخدمات (ومن ذلك مثلا، استبعاد غير المتزوجين من الحصول على خدمات منع الحمل)، وهي تحد من أدوار الموظفين الصحيين (كمنع القابلات من ممارسة إجراءات إنقاذ الأرواح مثل إزالة المشيمة)، وتحظر تقديم بعض الخدمات (كتقديم موانع الحمل في حالات الطوارئ دون الرجوع إلى الطبيب) أو تقيد استيراد بعض العقاقير والتكنولوجيات الضرورية. ومن المرجح أن تسهم إزالة تلك القيود إسهاما كبيرا في تحسين حصول الناس على الخدمات.

ثانيا: استراتيجية تسريع التقدم

٣٣- إن الهدف الرئيسي من الاستراتيجية هو تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف المتفق عليها دوليا في مجال الصحة الإنجابية، والوصول في نهاية المطاف إلى أعلى معدل يمكن تحقيقه في مجال توفير الصحة الإنجابية والجنسية للجميع.

حقوق الإنسان، المبدأ الذي يسترشد به

٣٤- مما يؤكد استراتيجية المنظمة لتسريع التقدم، صكوك حقوق الإنسان المتفق عليها دوليا والإعلانات العالمية الصادرة بتوافق الآراء، وهي تشمل حق كل إنسان في الحصول على أعلى مستوى ممكن من الصحة؛ والحق الأساسي لكل زوجين وكل الأفراد في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أبنائهم والمباعدة بين الولادات وأن يحصلوا على المعلومات والسبل الموصلة إلى ذلك؛ وحق المرأة في أن تنظم وتقرر بحرية ومسؤولية المسائل المتصلة بعلاقاتها الجنسية بما في ذلك صحتها الإنجابية والجنسية متحررة من كل قسر أو تمييز أو عنف؛ وحق الرجل والمرأة في اختيار الشريك وعدم الدخول في الزواج إلا بموافقتهما وحريتهما الكاملة؛ والحق في الحصول على المعلومات وحق كل شخص في التمتع بمزايا التقدم العلمي وتطبيقاته. ولضمان احترام هذه الحقوق لابد من أن تعزز السياسات والبرامج والتدخلات المساواة بين الجنسين وتعطي أولوية الاهتمام للفقراء والمحرومين من الخدمات ولفئات السكان وخاصة المراهقين، وتقدم دعما خاصا للبلدان التي يقع عليها العبء الأكبر في مجال اعتلال الصحة الإنجابية والجنسية.

الجوانب الأساسية في خدمات الصحة الإنجابية والجنسية

٣٥- تتمثل الجوانب الخمسة الأساسية في الصحة الإنجابية والجنسية فيما يلي: (١) تحسين الرعاية السابقة للولادة والمحيطة بها والتالية لها ورعاية الولدان؛ (٢) تقديم خدمات عالية الجودة لتنظيم الأسرة بما في ذلك خدمات مكافحة العقم؛ (٣) القضاء على ظاهرة الإجهاض غير المأمون؛ (٤) مكافحة الأمراض المنقولة جنسيا، ومنها فيروس العوز المناعي البشري وعدوى الجهاز التناسلي وسرطان عنق الرحم وسائر الأمراض النسائية؛ (٥) تعزيز الصحة الجنسية. وبسبب هذه الصلات الوثيقة بين مختلف جوانب الصحة الإنجابية والجنسية يرجح أن يكون للتدخلات في أحد الجوانب تأثير على جوانب أخرى. فمن الضروري للغاية أن تعزز البلدان الخدمات القائمة لديها وأن تستخدمها مدخلا إلى استنباط تدخلات جديدة ترمي إلى أقصى قدر من التآزر.

٣٦- والمدخل الرئيسي في معظم البلدان هو خدمات ما قبل الولادة وأثناءها وبعدها، فهي عصب الرعاية الصحية الأولية. والأساس في تقليل مراضة ووفيات الأمومة والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة هو حضور عاملين صحيين مختصين في كل ولادة وتوفير رعاية توليد شاملة في حالات الطوارئ للتعامل مع أي مضاعفات. ويتطلب تقديم هذه الخدمات وجود نظم إحالة فعالة للمواصلات والنقل بين مراكز الخدمات. وتتيح خدمات صحة الأمومة فرصة أساسية لوصول تنظيم الأسرة إلى كل امرأة. كما أنها وسيلة ممتازة لتزويد المرأة بالوقاية والمشورة والفحوص والعلاج من فيروس العوز المناعي البشري ومنع انتقال الفيروس أثناء الحمل والوضع وعن طريق الرضاعة الطبيعية. والواقع أنه لا سبيل آخر غير هذه الخدمات يمكن من تيسير التدخلات بصورة ملائمة. ويرد تفصيل أكثر لهذه النقاط في استراتيجية منظمة الصحة العالمية لزيادة مأمونية الحمل.

٣٧- ولمعالجة أسباب وفيات ومراضة الأمومة التي يمكن توقيها لابد من التصدي لمسألة الإجهاض غير المأمون، في إطار الهدف الإنمائي للألفية، الخاص بتحسين صحة الأمومة، والأهداف والغايات الإنمائية الدولية الأخرى. وهذا يتطلب اتخاذ عدة إجراءات عاجلة تشمل تعزيز خدمات تنظيم الأسرة منعا لحالات الحمل غير المقصود، وبالقدر المسموح به قانونا، كفالة توفير الخدمات وتيسير الحصول عليها، الأمر الذي يتطلب تدريب مقدمي الخدمات الصحية على أحدث التقنيات وتزويدهم بالأدوية والإمدادات المناسبة، وتوفيرها جميعها لرعاية النساء والتوليد؛ وتقديم الدعم الاجتماعي وغيره للنساء اللائي يحملن بدون رغبة منهن، وتوفير خدمات الإجهاض، بقدر ما تسمح به القوانين، على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وبالنسبة للنساء اللائي يعانين من مضاعفات الإجهاض غير المأمون يجب أن تتاح المعالجة السريعة والإنسانية في فترة ما بعد الإجهاض.

٣٨- ومما يدل على نجاح خدمات تنظيم الأسرة في معظم بلدان العالم تلك الزيادة الكبيرة في استعمال موانع الحمل في البلدان النامية على مدى العقدين أو الثلاثة الماضية. فقد أصبحت هذه البرامج جزءا أساسيا من الخدمات الهادفة إلى تقليل معدلات مراضة ووفيات الأمومة ومعدلها أثناء الولادة، حيث إنها تمكن المرأة من تأجيل الولادات أو المباعدة بينها أو الحد منها. ولما كانت هذه الخدمات ترتبط مباشرة بنتائج العلاقات الجنسية فإن ثمة احتمالات كبيرة لأن تؤدي إلى تعزيز الصحة الجنسية وتعزيز الجهود الرامية إلى الحيلولة دون حدوث العدوى بالأمراض المنقولة جنسيا وانتقال فيروس العوز المناعي البشري.

٣٩- ويتم تشخيص وعلاج العدوى بالأمراض المنقولة جنسيا من قبل الصيادلة وبائعي الأدوية والمطببون التقليديون، وإن كان ذلك يتم بدون نجاعة في أغلب الأحيان. وقد بذلت محاولات مختلفة للوصول إلى المرأة بالتدبير العلاجي للعدوى بالأمراض المنقولة جنسيا في المرافق القائمة لخدمات صحة الأم والطفل و/ أو تنظيم الأسرة، ولكن ذلك النجاح كان محدودا. غير أن التجربة تدل على أن إدماج الوقاية من عدوى الأمراض المنقولة جنسيا ضمن خدمات تنظيم الأسرة، وخاصة عن طريق إسداء المشورة ومناقشة العلاقات الجنسية واختيار الشريك، أديا إلى زيادة استخدام المرافق وتحسين جودة الرعاية. ومن الممكن البناء على هذه النهج وتحسينها ليتسنى توسيع التغطية لتشمل الرجال والشباب والفئات التي لم تكن خدمات تنظيم الأسرة تركز عليها. وفضلا عن هذا، فإن برامج العلاج الافتراضي للفئات الأكثر تعرضا للإصابة بعدوى الأمراض المنقولة جنسيا يمكن أن تسهم كثيرا في الحد من معدلات انتقال فيروس العوز المناعي البشري.

٤٠- أما المكاسب الأخرى المحققة من تعزيز خدمات الصحة الإنجابية فعديدة. فهي تشمل الاهتمام بالعنف الممارس ضد المرأة، الذي تتصدى له الآن أطر قطرية شتى بما يشمل تقديم موانع الحمل في الحالات الطارئة والإجهاض القانوني إذا طلب، ومعالجة العدوى بالأمراض المنقولة جنسيا والوقاية من عدوى الفيروس بعد التعرض لها في حالات الاغتصاب، وتحري سرطان عنق الرحم وعلاجه، والوقاية من العقم

الأولي والثانوي، ومعالجة الأمراض النسائية. كما يمكن لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية إذا أحسن تصميمها وقدمت بفعالية، وخاصة ما يتعلق منها بالمشاركة المجتمعية، أن تسهم في تحسين العلاقات بين المستفيدين منها ومقدميها وتمكين المرأة من تحديد خياراتها الإنجابية.

٤١- ولجميع خدمات الصحة الإنجابية والجنسية دور هام في توفير المعلومات وإسداء المشورة في مجال تعزيز الصحة الجنسية. كما يمكن للمعلومات الملائمة أن تسهم في تحسين التواصل بين الشركاء وفي اتخاذ القرارات المتعلقة بتحسين الصحة الجنسية بما في ذلك الامتناع عن ممارسة الجنس واستعمال الأغمدة الواقية.

الإجراءات

٤٢- تقترح المنظمة مجالات العمل الأساسية التالية على الصعيد القطري وهي ملتزمة بدعم الدول الأعضاء في بناء قدراتها وتعزيزها بغية تحسين الصحة الإنجابية والجنسية. فلابد لكل بلد من أن يحدد المشاكل والأولويات والاستراتيجيات لتسريع الإجراءات، عن طريق عمليات تشاورية تشمل جميع أصحاب المصلحة. والمجالات الخمسة الشاملة من مجالات العمل هي: تعزيز قدرات النظم الصحية، وتحسين المعلومات عن وضع الأولويات، وتعبئة الإرادة السياسية، ووضع أطر تشريعية وتنظيمية داعمة، وتعزيز الرصد والتقييم والمساءلة.

تعزيز قدرات النظم الصحية

٤٣- من الشروط الأساسية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتعلق ببقيا الأمهات والرضع، وبالأيدز والعدوى بفيروسه، وبالأهداف الأوسع للصحة الإنجابية والجنسية، وجود نظام فاعل للرعاية الصحية الأساسية على المستويات الأولية والثانوية والثالثة. وفي بعض البلدان تحتاج قدرات الخدمات الصحية الأساسية إلى تعزيز كبير حتى يتسنى تقديم تشكيلة شاملة من خدمات الصحة الإنجابية والجنسية الأساسية. ويحتاج التخطيط على الصعيد الوطني للصحة الإنجابية والجنسية إلى معالجة مسائل آليات التمويل المستدامة، والموارد البشرية، والجودة في تقديم الخدمات والاستفادة منها.

٤٤- **آليات التمويل المستدامة.** يتعين أن تدرج الأهمية المحورية للصحة الإنجابية والجنسية في التخطيط والتنمية الاستراتيجية للقطاع الصحي على المستوى الوطني. وقد جرى تعزيز إصلاحات القطاع الصحي وما يتصل بها من مبادرات، من قبيل النهج القطاعية إزاء التمويل الذي تقدمه الجهات المانحة وصولا إلى تعزيز النظم الصحية. ويتمثل التحدي المطروح في كفالة أن تعزز هذه المبادرات وغيرها من آليات التمويل تحسين النوعية والشمول في خدمات الصحة الإنجابية والجنسية والتقدم صوب تيسيرها للجميع.

٤٥- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) جعل الصحة الإنجابية والجنسية محور التخطيط وعمليات تطوير الاستراتيجيات على الصعيد الوطني، بما في ذلك ورقات استراتيجية الحد من الفقر، واستراتيجيات المنظمة للتعاون القطري؛

(٢) ضمان إدارج الصحة الإنجابية والجنسية على نحو ملائم في خطط القطاع الصحي القطرية، بما في ذلك الخطط التي تشمل مبادرة "علاج ٣ ملايين نسمة قبل نهاية عام ٢٠٠٥"، والمقترحات المقدمة إلى الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز، والسل والملاريا، والمبادرات الأخرى ذات الصلة؛

(٣) تحديد أولويات الصحة الإنجابية والجنسية في برامج الخدمات الأساسية في إطار الإصلاحات المدخلة على القطاع الصحي والنهج المتبعة على مستوى القطاع؛

(٤) حيثما توجد آليات تمويل جديدة، كتقاسم التكلفة مثلا، تصمم سبل لتمكين المراهقين والفقراء وغيرهم من الفئات المحرومة من الحصول على الخدمات، ورصد آثار تلك السياسات وتكييفها وفقا للظروف المحلية.

٤٦- **الموارد البشرية.** إن تدريب وتعيين وتوزيع العاملين الصحيين المتخصصين والحفاظ عليهم أمر حيوي لتحسين الصحة والرعاية الصحية عموما. ويمكن لكثير من التدخلات الأساسية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية أن ينفذها مهنيون ومعاونون طبيون من المستوى المتوسط. ويتمثل التحدي المطروح في تحديد ملاكات العاملين الصحيين والمهارات وأشكال التدريب الأكثر ضرورة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية ذات الأولوية. ولابد من إيجاد ظروف تمكين للعاملين الصحيين لبذل قصارى إمكاناتهم وتحفيزهم على العمل مع جميع فئات السكان بمن فيها الأكثر فقرا.

٤٧- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) تحديد المتطلبات الأساسية لأعداد العاملين الصحيين وتوزيعهم على كل المستويات، مع توفير المهارات اللازمة لأداء التدخلات ذات الأولوية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية؛

(٢) تقييم وتحسين بيئات العمل وشروط العمل والإشراف؛

(٣) وضع استراتيجية لحفز العاملين المتخصصين واستبقائهم؛

(٤) وضع سياسات تمكن العاملين الصحيين من استغلال مهاراتهم إلى أقصى حد.

٤٨- **الجودة في تقديم الخدمات.** لم تعتمد في النظام بأكمله في أغلب الأحيان ممارسات عصرية في التدريس بالمستشفيات والمشاريع الخاصة، وكانت نتيجة ذلك أن ظل الأداء، عموما، سيئا والتفاوتات من حيث الجودة والحصول على الخدمات قائمة. فالتخطيط اللامركزي والمسؤولية المرتبطان بإصلاحات القطاع الصحي بحاجة إلى إيلاء اهتمام خاص لتيسير وزيادة الممارسات الجيدة على مستوى النظام. ولابد من إنشاء نظم لوجيستية لاستدامة تقديم السلع الأساسية الضرورية.

٤٩- وتتمثل **الإجراءات** اللازمة في هذا المجال فيما يلي:

(١) إجراء تخطيط استراتيجي يشمل المهنيين والمديرين الصحيين لوصولهم إلى المستوى الراهن من الرعاية ولتحديد أفضل السبل لتحسين الجودة في إطار القيود المفروضة على الموارد؛

(٢) تصميم واختبار استراتيجيات للتوسع في التدخلات ذات الفعالية المؤكدة؛

(٣) صياغة واعتماد ورصد معايير الممارسة السريرية في القطاعين الخاص والعام؛

(٤) تعبيين شركاء من بين المنظمات غير الحكومية والقطاعين الخاص والتجاري لزيادة توافر واستعمال خدمات الصحة الإنجابية إلى الحد الأقصى؛

(٥) تعزيز تبادل الخبرات المستفادة داخل البلدان وفيما بينها.

٥٠- **الاستفادة من الخدمات.** حيثما توجد خدمات صحية تكون هناك أسباب كثيرة – اجتماعية واقتصادية وثقافية – لعدم استفادة الناس منها، وخاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية. ويتطلب تحديد العقبات وتذليلها العمل مع المرأة والشباب وسائر فئات المجتمع لتحسين تفهم احتياجاتهم وتحليل مشاكلهم وإيجاد حلول لها تحظى بقبولهم.

٥١- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) إجراء بحوث اجتماعية وميدانية لتحديد العقبات التي تحول دون الاستفادة من الخدمات، واستنباط تدابير للتغلب عليها واختبار تلك التدابير؛

(٢) اتباع نهج تشاركية في العمل مع المجتمعات ومؤسسات القطاعين العام والخاص والمنظمات غير الحكومية، لتذليل تلك العقبات والتشجيع على استخدام الخدمات المتوافرة بشكل ملائم.

تحسين المعلومات من أجل تحديد الأولويات

٥٢- لابد من تحليل البيانات الوبائية وبيانات العلوم الاجتماعية حتى يتسنى فهم نوع التعرض للمخاطر الإنجابية والجنسية وحدتها وتوزيعها، واعتلال الصحة بين السكان ولفهم الديناميات التي تدفع سوء الصحة الإنجابية والجنسية، ولتوضيح صلاتها بالفقر والنوع الاجتماعي والضعف الاجتماعي. وتحسين جمع البيانات وتحليلها بما فيها المعلومات عن التكاليف والمردودية مسألة ضرورية للانتقاء بين أولويات العمل المتنازعة، ولتوجيه تدخلات النظم الصحية نحو الأهداف التي يرجح أن تحدث تغييرا في إطار الموارد المتاحة.

٥٣- غير أن عملية تحديد الأوليات على أساس بيانات سليمة يجب أن تشمل أصحاب المصلحة المتعددين من الحكومة والوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف والرابطات المهنية والجماعات النسائية وقطاعات المجتمع المدني الأخرى. والجمع بين أصحاب المصلحة المختلفين هؤلاء، ولكل منهم منظوره، يساعد في بناء توافق آراء عريض ويعزز التعاون ويزيد احتمالات نجاح التدخلات. وعلى أصحاب المصلحة أن يحرصوا على إيجاد توازن دقيق بين المردودية والعدالة والحاجة إلى زيادة الاستثمار وصولا إلى الفقراء والفئات الأخرى المحرومة من الخدمات.

٥٤- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) تنمية القدرة على جمع وتحليل البيانات عن الحالة الصحية ومحدداتها وأداء الخدمات الصحية على الصعيد المحلي وصعيد المناطق والصعيد الوطني؛

(٢) تحديد الأولويات بالاستناد إلى البيانات وذلك باللجوء إلى العملية الاستشارية مع أصحاب المصالح المتعددين، مع إيلاء الاهتمام لمسألة عدالة الوصول إلى الخدمات وخاصة بالنسبة للفقراء والفئات المحرومة الأخرى.

حشد الإرادة السياسية

٥٥- إن إيجاد بيئة دينامية بدعم دولي ووطني ومحلي قوي لمبادرات الصحة الإنجابية والجنسية القائمة على الحقوق، لمما يساعد على التغلب على الخمول ويعزز الاستثمار ويضع معايير وآليات رفيعة المستوى للمساءلة عن الأداء. وهذا لا يتطلب إشراك وزارات الصحة فحسب بل ووزارات المالية والتعليم، وربما قطاعات أخرى، ونظرائها على مستوى المناطق والمستوى المحلي. ولابد من توافر قدر من الالتزام السياسي والقدرة على الدعوة بما يكفي لاستدامة السياسات والبرامج الجيدة، ولاسيما بالنسبة للفئات المحرومة من الخدمات.

٥٦- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) بناء دعم قوي للاستثمار في مجال الصحة الإنجابية والجنسية باستخدام القرائن الدالة على مزايا الصحة العمومية وحقوق الإنسان؛

(٢) استنهاض الفئات المستهدفة الأساسية دعما للبرامج الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية (ومن هؤلاء، على سبيل المثال، المهنيون الصحيون والخبراء القانونيون وجماعات حقوق الإنسان والرابطات النسائية والوزارات الحكومية والقادة السياسيون والأحزاب السياسية والزعماء الدينيون وقادة المجتمعات المحلية)، والتضافر في الاستفادة من وسائل الإعلام؛

(٣) بناء قاعدة قوية قائمة على القرائن العلمية للاستثمار الاستراتيجي في مجالات صحة المراهقين الإنجابية والجنسية وحقوقهم ووضع هذه المسائل على رأس جدول الأعمال الوطني؛ وبث المعلومات عن طبيعة وأسباب وتداعيات مشاكل صحة المراهقين الإنجابية والجنسية، واحتياجاتهم، مثل ضعفهم أمام العدوى بالأمراض المنقولة جنسيا، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري، وحالات الحمل غير المرغوبة، والإجهاض غير المأمون، والزواج أو الحمل المبكر، والممارسة الجنسية القسرية والعنف في إطار الزواج وخارجه.

إيجاد أطر تشريعية وتنظيمية داعمة

٥٧- إن إزالة القيود غير الضرورية المفروضة على السياسات واللوائح، من أجل وضع إطار داعم للصحة الإنجابية والجنسية، قد تسهم بقدر كبير في تحسين فرص الحصول على الخدمات.

٥٨- فلابد من وجود لوائح تكفل إتاحة السلع الأساسية كالأدوية والمعدات والإمدادات على أساس ثابت وعادل، واستيفائها لمعايير الجودة. وبالإضافة إلى هذا، لابد من وجود بيئة تنظيمية فعالة لضمان المساءلة في القطاعين العام والخاص من أجل توفير الرعاية العالية الجودة لجميع السكان.

٥٩- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) استعراض القوانين والسياسات، وتعديلها إذا اقتضت الضرورة ذلك، لكفالة تيسير حصول الجميع بالعدل على التثقيف والمعلومات والخدمات في مجال الصحة الإنجابية والجنسية؛

(٢) كفالة وجود لوائح ومعايير لتوفير السلع الأساسية (من أدوية ومعدات وإمدادات) على أساس ثابت وعادل ولأن تستوفي المعايير الدولية للجودة؛

(٣) وضع معايير أداء واستنباط آليات للرصد والمساءلة في مجال تقديم الخدمات والتعاون والتكامل في العمل بين القطاعات الخاصة والعامة وغير الحكومية.

تعزيز الرصد والتقييم والمساءلة

٦٠- إن الرصد والتقييم أمران ضروريان لمعرفة ما يجدي وما لا يجدي، ومعرفة السبب الكامن وراء ذلك. كما أنهما قد يكشفان عن الاحتياجات المتغيرة والآثار غير المتوقعة، الإيجابية منها والسلبية.

٦١- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) إنشاء وتعزيز آليات وتقييمها على أساس خطة واضحة لما يتعين تحقيقه وكيف ومتى، ووضع مجموعة واضحة من المؤشرات بها بيانات خط أساس قوي؛

(٢) رصد الإصلاحات المدخلة على القطاع الصحي والنهج القطاعية، وتنفيذ آليات تمويل أخرى، كورقات استراتيجية الحد من الفقر، وتقاسم التكاليف والدعم المباشر للميزانية من أجل ضمان استفادة الفقراء والفئات الأخرى المهمشة اجتماعيا أو اقتصاديا منها، وإسهامها في تعزيز خدمات الصحة الإنجابية والجنسية على كل الصعد؛

(٣) استنباط آليات (مثل اللجان المحلية أو الاجتماعات التي تعقد على المستوى المجتمعي) لزيادة المساءلة سواء على مستوى المرفق أو مستوى المنطقة.

التزام المنظمة ببلوغ الأهداف العالمية في مجال الصحة الإنجابية

٦٢- بالنسبة لكل مجالات العمل المحددة أعلاه، سوف تواصل المنظمة وتكثف المساعدة التقنية التي تقدمها إلى البلدان على النحو التالي:

- دعم البحوث ذات المنحى العلمي والبحوث التي تعزز القدرات البحثية؛
- تساوق ودقة التركيز على القواعد والمعايير القائمة على القرائن؛
- كفالة اضطلاع جميع مستويات المنظمة بالدعوة العامة من أجل الصحة الإنجابية والجنسية.

٦٣- ولسوف تتصدى هذه الأنشطة جميعها للعدالة وتعززها بصورة منهجية، ويشمل ذلك المساواة بين الجنسين وأبعاد حقوق الإنسان في الصحة الإنجابية والجنسية.

٦٤- وستقوم المنظمة على الصعيد العالمي بما يلي:

(١) مضاعفة جهودها لتنفيذ مبادرة زيادة مأمونية الحمل، باعتبارها أحد العناصر التي تحظى بالأولوية في استراتيجية الصحة الإنجابية والجنسية، ولاسيما للبلدان التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأمومة؛

(٢) مواصلة تعزيز شراكاتها مع باقي المؤسسات في منظومة الأمم المتحدة، (ولاسيما صندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسيف، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز)، والبنك الدولي، ورابطات المهنيين الصحيين، والمنظمات غير الحكومية، وسائر الشركاء بغية ضمان التعاون وإجراءات التنسيق التي تقوم بها مجموعة كبيرة من الشركاء. وستؤدي الشراكة الجديدة من أجل الأمومة المأمونة وصحة الولدان، التي تستضيفها المنظمة دورا حاسما في هذا الصدد؛

(٣) تعزيز وتقوية خدمات الصحة الإنجابية والجنسية باعتبارها أساس الوقاية والقاء وعلاج الأيدز والعدوى بفيروسه، وخاصة عن طريق تنظيم الأسرة؛ وتوفير الرعاية قبل الولادة وبعدها؛ ومكافحة عدوى الأمراض المنقولة جنسيا؛ والترويج للجنس المأمون؛ ومكافحة انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل. كما أن المنظمة ستكفل الاهتمام بالصحة الإنجابية والجنسية بتعزيزها للتعاون مع البرامج الرئيسية للصحة العامة، بما في ذلك التمنيع والتغذية والوقاية والعلاج من الملاريا والسل، لاسيما بين الحوامل؛

(٤) ضمان المساءلة عن طريق الإبلاغ عن التقدم المحرز في مجال الصحة الإنجابية والجنسية باعتبار ذلك جزءا من بلوغ أهداف الألفية الإنمائية.

= = =