

المسارعة نحو تحقيق غايات وأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بصحة الأمهات ووفيات الأطفال

تقرير من المدير العام

مقدمة

١- لم يعد أمام البلدان سوى ست سنوات حتى عام ٢٠٣٠، ومع ذلك لا يزال العديد منها خارج المسار الصحيح لتحقيق غايات أهداف التنمية المستدامة المتمثلة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال بحلول ذلك العام. وتتمثل الغاية ٣-١ في خفض المعدل العالمي لوفيات الأمهات إلى أقل من ٧٠ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي بحلول عام ٢٠٣٠؛ ومع ذلك، من المتوقع أن يسجل ٤٦ بلداً نسبة وفيات أكبر من ١٤٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي بحلول عام ٢٠٣٠، أي أكثر من ضعف المستوى الذي حدده الهدف ٣-١. وتتمثل الغاية ٣-٢ في خفض وفيات المواليد إلى ١٢ لكل ١٠٠٠ مولود حي على الأقل، ووفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى ٢٥ لكل ١٠٠٠ مولود حي على الأقل. بيد أن ٦٣ بلداً خرجت عن المسار الصحيح لتحقيق الغاية المتصلة بوفيات الأطفال حديثي الولادة بحلول عام ٢٠٣٠، وخرج ٥٤ بلداً عن المسار الصحيح لتحقيق هدف وفيات الأطفال دون سن الخامسة بحلول عام ٢٠٣٠. ومن الأهمية بمكان الاستثمار في نهج الرعاية الصحية الأولية وإعادة توجيهه بشكل جذري ومعالجة النقص في القوى العاملة في مجالي الصحة والرعاية. ولا يزال الإسراع بتحقيق غايات عام ٢٠٣٠ ممكناً، كما هو ثابت من تأثير التنفيذ الموسع للاستراتيجيات والحلول الرامية إلى منع وفيات الأمهات والأطفال في عدد من البلدان.

الاتجاهات الحالية

٢- في عام ٢٠٢٠، قدرت النسبة العالمية لوفيات الأمهات بنحو ٢٢٣ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ ولادة حية، مما يعني أن ٢٨٧ ٠٠٠ امرأة توفيت لأسباب نفاسية. وفي الفترة من عام ٢٠١٦ إلى عام ٢٠٢٠، سجل إقليم واحد فقط من أقاليم منظمة الصحة العالمية (إقليم جنوب شرق آسيا) انخفاضاً كبيراً في وفيات الأمهات. وفي إقليمين من أقاليم المنظمة (الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط)، لم يُسجل أي ارتفاع أو انخفاض في وفيات الأمهات. وفي ثلاثة أقاليم تابعة للمنظمة (الإقليم الأوروبي وإقليم الأمريكتين وإقليم غرب المحيط الهادئ)، حدثت ارتفاعات ذات دلالة إحصائية في معدل وفيات الأمهات بين عامي ٢٠١٦ و٢٠٢٠. وحتى عام ٢٠٢٠، كان أكثر من أربعة من كل خمسة بلدان في جميع أنحاء العالم خارج المسار الصحيح لتحقيق هدف وضع حد لوفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها بما يتماشى مع الغاية ٣-١ من أهداف التنمية المستدامة.

٣- ويشكّل معدل الإملاص علامة مهمة على جودة الرعاية أثناء الحمل والولادة. والهدف المحدد في خطة عمل "كل مولود" لعام ٢٠٣٠ هو ١٢ أو أقل من حالات الإملاص لكل ١٠٠٠ مولود حي. وفي عام ٢٠٢١، ولد ما يقرب من ١,٩ مليون طفل ميتاً بعد ٢٨ أسبوعاً أو أكثر من الحمل، مع معدل إملاص عالمي يبلغ

١٣,٩ حالة إملاص لكل ١٠٠٠ من إجمالي المواليد. ويبلغ عبء الإملاص أعلى مستوياته في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (٢١ حالة لكل ١٠٠٠ من إجمالي المواليد) ووسط وجنوب آسيا (١٦ لكل ١٠٠٠ من إجمالي المواليد)، حيث تستأثر المنطقتان بثلاثة أرباع جميع حالات الإملاص.

٤- وفي عام ٢٠٢١، توفي نحو ٢,٣ مليون طفل خلال الشهر الأول من عمرهم، أي ما يقرب من ٤٧٪ من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في ذلك العام. والأسباب الرئيسية لوفاة المواليد هي الولادة المبكرة والمضاعفات المرتبطة بالولادة (الاختناق الولادي/ رضح الولادة)، والتهابات الجهاز التنفسي السفلي، والتشوهات الخلقية، والإنتان الوليدي والتهاب السحايا. والتشوهات الخلقية مسؤولة عما يقرب من ٥٪ من جميع وفيات المواليد، وتستحوذ على نسبة مئوية أعلى من وفيات المواليد في البلدان ذات المستويات المنخفضة من وفيات المواليد التي تصل إلى ٢٠٪. وفي البلدان التي ترتفع فيها مستويات وفيات المواليد، تشكل عدوى الولدان نسبة مئوية أعلى من وفيات المواليد.

٥- وبلغت تقديرات معدل الولادات المبكرة ٩,٩ لكل ١٠٠ مولود حي في عام ٢٠٢٠، مع ما يقدر مجموعه بنحو ١٣,٤ مليون ولادة مبكرة في عام ٢٠٢٠. وهذا الرقم مشابه للتقديرات البالغة ١٣,٨ مليون ولادة مبكرة في عام ٢٠١٠، مما يدل على عدم وجود تغيير كبير في عدد الولادات المبكرة على مدى العقد الماضي. ولا تزال الولادة المبكرة السبب الرئيسي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة على مستوى العالم.

٦- وفي عام ٢٠٢١، لقي ٥ ملايين طفل حتفهم قبل بلوغهم سن الخامسة، منهم ٢,٧ مليون طفل تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و ٥٩ شهراً. وعلى الصعيد العالمي، يبلغ معدل وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و ٥٩ شهراً ٢١ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ طفل تبلغ أعمارهم ٢٨ يوماً. ويواجه الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و ٥٩ شهراً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى الخطر الأكبر، حيث يبلغ معدل الوفيات ٤٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ طفل، أي أكثر من ضعف المعدل العالمي. وفيما يتعلق بالغاية المقترحة لتحقيق معدل وفيات عالمي بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و ٥٩ شهراً بحلول عام ٢٠٣٠ يبلغ ١٣ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ طفل تبلغ أعمارهم ٢٨ يوماً، فإن ٤٢ بلداً لا تسير حالياً على المسار الصحيح وتحتاج إلى مساعدة عاجلة لتحقيق هذه الغاية. ولا يزال السبب الرئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم بين الأطفال بعد الولادة (الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و ٥٩ شهراً) هو التهابات الجهاز التنفسي الحادة (بما في ذلك الالتهاب الرئوي) والإسهال والملاريا.

٧- وفي عام ٢٠٢٢، أصيب في جميع أنحاء العالم ١٤٨,١ مليون طفل دون سن الخامسة بالتقزم، و ٤٥ مليون طفل بالهزال، و ٣٧ مليون بزيادة الوزن. وكان التقزم يتراجع بانتظام في جميع أنحاء العالم على مدى العقد الماضي، حيث أصيب به ٢٢,٣٪ من الأطفال دون سن الخامسة في عام ٢٠٢٢ و ٧٢٪ من أولئك الذين يعيشون في إقليم جنوب شرق آسيا (٣٤٪ من الحصة العالمية) وإقليم أفريقيا (٣٨٪ من الحصة العالمية). وفي عام ٢٠٢٢، أصيب ما يقدر بنحو ٦,٨٪ من الأطفال دون سن الخامسة بالهزال، ويعاني ١٣,٧ مليون منهم (٢,١٪) من الهزال الوخيم. ويعيش أكثر من نصف جميع الأطفال الذين يعانون من الهزال الوخيم في إقليم جنوب شرق آسيا (٥٩٪) ويعيش ١٧٪ آخرون في إقليم أفريقيا. وتكاد تكون المستويات الحالية للسمنة ثابتة على مدى العقدين الماضيين في كل إقليم. وعلى الصعيد العالمي، يعاني نحو ٣٧ مليون طفل دون سن الخامسة حالياً من زيادة الوزن، بزيادة تقارب ٤ ملايين طفل مقارنة بعام ٢٠٠٠.

٨- وتنتشر أوجه عدم المساواة في النمو في مرحلة الطفولة المبكرة في جميع أنحاء العالم. فعلى سبيل المثال، يبين تحليل حديث للبيانات المستمدة من مسح الأسر المعيشية والواردة من ٩٥ بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أن النسبة المئوية للأطفال الذين خرجوا عن المسار الصحيح من حيث النمو في مجالات

الصحة والتعلم والرفاه النفسي والاجتماعي (مؤشر هدف التنمية المستدامة ٤-٢-١) في تلك البلدان الـ ٩٥ أعلى بأكثر من ٢٠٪ في البلدان المنخفضة الدخل منها في بلدان الشريحة العليا من فئة الدخل المتوسط (٣٨,٧٪ مقابل ١٨,٠٪).

٩- وتبلغ المعدلات العالمية لوفيات الأطفال والمراهقين ذروتها بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات، وتهوي إلى معدل منخفض بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٤ عاماً، ثم ترتفع مرة أخرى. وفي عام ٢٠٢١، بلغت معدلات الوفيات العالمية ٣٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات، و ٣ وفيات لكل ١٠٠٠ طفل تتراوح أعمارهم بين ٥ و ٩ سنوات، وسُجل نفس المعدل لصغار المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٤ عاماً. وبالنسبة للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩ عاماً، كان المعدل أعلى قليلاً، حيث بلغ ٥ وفيات لكل ١٠٠٠، مما يعكس زيادة الوفيات الناجمة عن الإصابات، المقصودة منها وغير المقصودة. وفيما بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٢١، انخفضت معدلات الوفيات بين جميع الفئات العمرية للأطفال والمراهقين، حيث شهدت الفئة العمرية للمراهقين الأكبر سناً (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩ عاماً) أقل معدل انخفاض.

١٠- وبلغ المعدل العالمي للولادات بين المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ عاماً ٤١,٣ ولادة لكل ١٠٠٠ فتاة في عام ٢٠٢٣، منخفضاً عن المعدل البالغ ٤٧,٢ في عام ٢٠١٥، بينما انخفض أيضاً بالنسبة للفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ عاماً، من ١,٨ ولادة لكل ١٠٠٠ فتاة في عام ٢٠١٥ إلى ١,٥ لكل ١٠٠٠ فتاة في عام ٢٠٢٣.

١١- ويعاني نحو ٨٪ من الأطفال الصغار في العالم (الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و ٩ سنوات) و ١٤٪ من المراهقين في العالم (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٩ عاماً) من اضطراب نفسي. والقلق هو أكثر اضطراب نفسي انتشاراً بين المراهقين الأكبر سناً (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩ عاماً)، حيث يعاني ٤,٦٪ منهم من اضطراب القلق مع ارتفاع المعدلات بين الفتيات.

١٢- وأشار تقرير الحالة العالمية عن النشاط البدني لعام ٢٠٢٢ الصادر عن منظمة الصحة العالمية إلى أن أكثر من ثلاثة أرباع جميع البلدان أبلغت عن إجراء ترصد وطني للنشاط البدني بين الأطفال والمراهقين. وفي البلدان المعنية، يقدر أن أكثر من ٨٠٪ من المراهقين لا يستوفون المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة.

التقدم المحرز نحو تغطية التدخلات الرئيسية

١٣- في عام ٢٠٢٠، كانت ٩٦٦ مليون امرأة في سن الإنجاب على مستوى العالم يستخدمن وسيلة أو أخرى من وسائل منع الحمل، مع استخدام ٨٧٤ مليون امرأة وسيلة حديثة لمنع الحمل و ٩٢ مليون امرأة وسيلة تقليدية لمنع الحمل. وتبلغ نسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (المتروحة أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة) ممن تُلَبَّى حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بطرق حديثة (مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٣-٧-١) ٧٧٪ في العالم، محققة زيادة نسبتها ١٠٪ عما كانت عليه في عام ١٩٩٠. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، لا تزال هذه النسبة من بين أدنى النسب في العالم حيث تبلغ ٥٦٪، على الرغم من أنها ارتفعت بوتيرة أسرع من أي منطقة أخرى في العالم، حيث زادت بأكثر من الضعف منذ عام ١٩٩٠. وعلى الرغم من أن هذه النسبة ارتفعت بين المراهقات (اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ عاماً) في جميع أنحاء العالم من ٤٥٪ في عام ٢٠٠٠ إلى ٦١٪ في عام ٢٠٢٠، فإنها لا تزال منخفضة مقارنة بالنسب المبلغ عنها للفئات العمرية الأكبر سناً.

١٤- ولقياس بُعد التغطية بالخدمات التي توفرها التغطية الصحية الشاملة (مؤشر أهداف التنمية المستدامة ٣-٨-١)، يجري النظر في وضع مؤشر مركب للخدمات الصحية الأساسية التمثيلية. ويتضمن المؤشر مؤشرات تتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والأمراض المعدية والأمراض غير السارية والقدرة على توفير الخدمات وإتاحتها. ولوحظت أهم التحسينات منذ عام ٢٠٠٠ في مكون الأمراض المعدية في التغطية بالخدمات، إذ تحسّن هذا المكون بنسبة ٧٪ سنوياً. وعلى النقيض من ذلك، لم يشهد مؤشر التغطية بالخدمات للمكونات الأخرى - الأمراض غير السارية؛ والصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل؛ وإتاحة الخدمات الصحية والقدرة على توفيرها - إلا زيادات تدريجية (بنسبة ١٪ أو أقل سنوياً) قبل عام ٢٠١٥ تلاها استمرار التحسينات الطفيفة أو المنعدمة في السنوات الأخيرة.

١٥- ويشير فحص تناول ١٦ تدخلاً رئيسياً في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل^١ باستخدام بيانات من ١٣٦ بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسط الدخل في الفترة ٢٠١٧-٢٠٢٢ إلى أن العالم بعيد عن تحقيق التغطية الشاملة بهذه التدخلات، مع وجود أكبر الفجوات في خدمات تنظيم الأسرة والرضاعة الطبيعية وعلاج أمراض الطفولة.

١٦- ويختلف مؤشر التغطية المركب للصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل المستمد من بيانات المسوح الأسرية التي جرت في ٨٩ بلداً معظمها من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي يرجع تاريخها إلى الفترة من عام ٢٠١١ إلى عام ٢٠٢٠، عن مكون الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل في مؤشر التغطية بالخدمات في مؤشر التغطية الصحية الشاملة، وهو مفيد جداً لتقييم أوجه عدم الإنصاف. وهو المتوسط المرجح لثمانية مؤشرات في أربع مراحل على امتداد سلسلة الرعاية.^٢ وقد تبين أن معدلات التغطية بتدخلات الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل أعلى بين أولئك الذين يعيشون في أسر معيشية أكثر ثراءً (متوسط تغطية بنسبة ٧٣٪ بين الخمس الأغنى مقابل ٥٨٪ بين الخمس الأفقر في ٨٨ بلداً)؛ وأولئك الذين حصلوا على قدر أكبر من التعليم (متوسط تغطية بنسبة ٧١٪ بين أولئك الذين حصلوا على تعليم ثانوي أو عالٍ مقابل ٥٦٪ بين أولئك الذين لم يحصلوا على تعليم في ٧٨ بلداً)؛ وأولئك الذين يعيشون في المناطق الحضرية (متوسط تغطية بنسبة ٧٠٪ في المناطق الحضرية مقابل ٦٣٪ في المناطق الريفية في ٨٩ بلداً).

١٧- وتظهر أحدث التقديرات المتاحة لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة أيضاً أن التغطية بالتمنيع ضد الخناق والكزاز والسعال الديكي تكاد تكون قد تعافت منذ جائحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-١٩)، وعادت إلى مستويات عام ٢٠١٩، لكن التغطية باللقاحات التي تحتوي على الحصبة تظهر تعافياً أقل. وزادت

١ تشمل التدخلات الستة عشر ما يلي: علاج النساء الحوامل اللاتي يعشن مصابات بفيروس العوز المناعي البشري؛ وزيارة ما بعد الولادة للرّضع؛ والتمنيع بلقاح الفيروس العجلي؛ والعاملون الصحيون المهرة عند الولادة؛ والحماية من التيتانوس (الكزاز) الوليدي؛ ورعاية ما قبل الولادة (أربع زيارات على الأقل)؛ وزيارة ما بعد الولادة للأمهات؛ والسكان الذين يستخدمون على الأقل خدمات مياه الشرب الأساسية؛ والتماس الرعاية للأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من أعراض الالتهاب الرئوي؛ البدء المبكر للرضاعة الطبيعية؛ والرضاعة الطبيعية الحصرية (مدة تصل إلى ستة أشهر)؛ والطلب على تنظيم الأسرة المُلبى بوسائل منع الحمل الحديثة؛ وعلاج الإسهال لدى الأطفال دون سن الخامسة بمحلول الإمهاء الفموي؛ واستمرار الرضاعة الطبيعية (للسنة الأولى)؛ والتمنيع بالجرعة الأولى من لقاح يحتوي على الحصبة؛ والتمنيع بالجرعة الثالثة من اللقاح المضاد للخناق والكزاز والسعال الديكي لدى الأطفال البالغين سنة واحدة من العمر.

٢ الصحة الإنجابية (تلبية الطلب على تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة)؛ وصحة الأم (التغطية بالرعاية السابقة للولادة بزيارة واحدة على الأقل وخدمات القبالة الماهرة عند الولادة)؛ تمنيع الأطفال (التغطية بالتحصين ضد عصيات كالميت غيران، والحصبة والخناق والكزاز والدفتيريا، والسعال الديكي)؛ وتوفير التدبير العلاجي لأمراض الطفولة (علاج الإسهال بالإمهاء الفموي والتماس الرعاية للمشتبه في إصابتهم بالالتهاب الرئوي).

التغطية العالمية بجرعة ثالثة من اللقاح الذي يحتوي على الخناق والكزاز والسعال الديكي من ٨١٪ في عام ٢٠٢١ إلى ٨٤٪ في عام ٢٠٢٢. وارتفعت نسبة الأطفال الذين يتلقون جرعة أولى من لقاح الحصبة من ٨١٪ في عام ٢٠٢١ إلى ٨٣٪ في عام ٢٠٢٢، ولكنها ظلت أقل بكثير من مستوى عام ٢٠١٩ البالغ ٨٦٪. وانخفض عدد الأطفال الذين لا يستفيدون من أي تطعيم - والذين يُسمون "الأطفال غير الحاصلين على أي جرعة لقاح" - من ١٨,١ مليون طفل في عام ٢٠٢١ إلى ١٤,٣ مليون طفل في عام ٢٠٢٢، وكاد يعود إلى مستوى ما قبل الجائحة المنخفض في عام ٢٠١٩ الذي بلغ ١٢,٩ مليون.

العقبات التي تحول دون تحقيق غايات عام ٢٠٣٠ المتصلة بوفيات الأمهات ووفيات الأطفال

١٨- ثمة اعتراف متزايد بأن العاملين الصحيين المجتمعيين يمتازون بالفعالية في تقديم مجموعة الخدمات الصحية الوقائية والتعزيزية والعلاجية المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل. ففي عام ٢٠١٩، اعتمدت جميعة الصحة القرار ج ص ٧٢-٣ الذي فيه "أبرزت دور العاملين الصحيين المجتمعيين في تعزيز الإتاحة المنصفة للخدمات الصحية المأمونة والشاملة في المناطق الحضرية والريفية وفي الحد من أوجه الإجحاف، بما فيها تلك المتعلقة بالإقامة ونوع الجنس والتعليم والوضع الاجتماعي والاقتصادي، فضلاً عن دور هؤلاء العاملين في كسب ثقة المجتمعات المحلية التي يقومون على خدمتها وإشراكها في العمل". بيد أن مستويات الدعم المقدم للعاملين الصحيين المجتمعيين وإدماجهم في النظم الصحية تتفاوت من بلد لآخر وداخل كل بلد.

١٩- والعقبات التي تحول دون إتاحة الرعاية الصحية وتحقيق غايات أهداف التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ بشأن وفيات الأمهات والأطفال متعددة العوامل. فبالإضافة إلى المشاكل المتعلقة بتنظيم النظام الصحي ومواطن ضعفه عموماً، تشمل العوامل الأخرى محدودية الوعي بالاحتياجات والرعاية المتاحة؛ والحاجة إلى المدفوعات من المال الخاص؛ وكون المرء مقيماً على مسافة أكبر من المرافق الصحية؛ وعدم كفاية البنية التحتية الصحية؛ وعدم إتاحة ما يكفي من الأدوية والمعدات والسلع الجيدة؛ ونقص القوى العاملة المتسمة بالكفاءة في مجالي الصحة والرعاية. وعلى الرغم من أن القابلات، إذا كنَّ بأعداد كافية وكنَّ متعلّقات ومنظمات ومُدَمجات في فريق متعدد التخصصات، يمكنهن توفير نحو ٩٠٪ مما يلزم من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين، فإنهن يمثلن أقل من ١٠٪ من القوى العاملة الصحية العالمية؛ وبحلول عام ٢٠٣٠، سيكون هناك نقص يقدر بنحو ٧٥٠.٠٠٠ قابلة. ويتطلب التوسع الناجح والمنصف في التدخلات المنقذة للحياة الاستثمار في تعليم القوى العاملة الصحية وتوظيفها واستبقائها؛ ويمكن تسخير إمكانات القابلات والعاملين الصحيين المجتمعيين بشكل كامل عندما يتحقق دمجهم بالكامل في أفرقة متعددة التخصصات ومتعددة المهن ويتحقق حصولهم على دعمها الكامل.

٢٠- ويولد ما يقدر بنحو ٨ ملايين مولود بعيب خلقي كل عام، يتوفى منهم ما يقدر بنحو ٢٤٠.٠٠٠ طفل نتيجة لذلك في الشهر الأول من حياتهم. بيد أن الوقاية الفعالة من العيوب الخلقية وتوفير التدبير العلاجي لها يشكلان جزءاً من الخدمات الصحية الروتينية، ويمكن عمل المزيد لتعزيز الكشف عن العيوب الخلقية وعلاجها وتوفير التدبير العلاجي لها، ومن ثم تحسين بقاء الأطفال على قيد الحياة ونوعية حياتهم.

٢١- ويوجد أيضاً اعتراف ضعيف بأن اعتلال صحة الأم وعجزها ليسا مشكلتين طبييتين فحسب، بل هما أيضاً مسألتان اجتماعيتان تتأثران بتفاعل معقد بين عدد من العوامل. فعلى الرغم من أن الوفيات التي يمكن وقاية ملايين النساء منها كل عقد قد تكون ناجمة عن مضاعفات الحمل الطبية الحيوية والولادة وفترة ما بعد الولادة (على سبيل المثال، النزف التالي للوضع، أو اضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، أو العدوى، أو

الإجهاض)، توجد بيانات متزايدة على أن استمرار أوجه عدم الإنصاف في الصحة العالمية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية يسهم إسهاماً كبيراً في تدهور صحة الأم. وقد ظل ما مجموعه ١٢١ بلداً من أصل ١٨٥ بلداً شملها التحليل في نفس المرحلة الانتقالية لوفيات الأمهات التي كانت عليها في عام ٢٠٠٠، على الرغم من الجهود العالمية المستمرة لمعالجة الأسباب الطبية الحيوية لوفيات الأمهات.

٢٢- ومن المسلم به أن سوء نوعية الرعاية يشكل عبء كبيراً جداً أمام خفض وفيات الأمهات ووفيات المواليد والأطفال والمراهقين. والبيانات الواردة من مختلف البلدان تكشف باستمرار عن وجود أوجه قصور مستمرة ومنهجية في نوعية الرعاية الصحية المقدمة إلى مختلف الفئات السكانية. فعلى سبيل المثال، يلقي أكثر من ٨ ملايين نسمة حتفهم سنوياً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بسبب اعتلالات ينبغي أن توفر نُظُمها الصحية التدبير العلاجي لها. ويهولنا أن ٦٠٪ من هذه الوفيات تنجم عن عدم كفاية نوعية الرعاية، في حين أن الوفيات المتبقية تنتج عن نقص استخدام الخدمات الصحية. ومن شأن وجود نظام صحي قوي وعالي الجودة أن يمكن من تجنب مليون حالة وفاة لحديثي الولادة ونصف جميع وفيات الأمهات كل عام.

٢٣- والأمهات والأطفال معرضون على نحو خاص لمخاطر تغير المناخ. فمن المتوقع أن تتسبب أزمة المناخ فيما بين عامي ٢٠٣٠ و ٢٠٥٠، في حوالي ٢٥٠.٠٠٠ حالة وفاة إضافية سنوياً، مع ما يترتب على ذلك من تأثيرات كبيرة وطويلة الأجل على صحة السكان. وترتبط مجموعة متزايدة من المعارف ما بين تغير المناخ والحصائل الصحية الضارة بين الأمهات والمواليد والأطفال التي تهدد بتقادم مستويات الوفيات. ويزيد الحمل من التعرض لأخطار الحرارة والأمراض المعدية وتلوث الهواء. وبالإضافة إلى ذلك، يتعرض الرضع والأطفال لمسارات فريدة من التعرض لمخاطر المناخ وإمكانية التأثير بها، بالنظر إلى عدم نضوجهم فسيولوجياً وإلى احتياجاتهم الغذائية.

يمكن تسريع تحقيق غايات عام ٢٠٣٠ المتصلة بوفيات الأمهات والأطفال

٢٤- توجد بيانات وفيرة على التدخلات الفعالة لرصد وتحسين صحة ورفاه النساء والأطفال. وقد وضعت استراتيجيات تتضمن هذه البيانات من أجل دعم البلدان في تحديد التدخلات الشديدة التأثير التي يتعين إدراجها في خططها الوطنية للقطاع الصحي. وتتضمن هذه الاستراتيجيات الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠)؛ واستراتيجية إنهاء وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها؛ وخطة عمل "كل مولود"؛ وخريطة الطريق لمكافحة النزف التالي للوضع بين عامي ٢٠٢٣ و ٢٠٣٠؛ ونداء العمل من أجل بقاء الأطفال على قيد الحياة؛ ومبادرة تسريع العمل العالمي من أجل صحة المراهقين. ويمكن للبلدان التي خرجت عن المسار الصحيح لتحقيق غايات عام ٢٠٣٠ بشأن وفيات الأمهات والأطفال تسريع التقدم نحو تحقيق الغايات الصحية الوطنية والعالمية من خلال اعتماد هذه الاستراتيجيات وتنفيذها على نطاق واسع.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٥- المجلس مدعو إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير، وتقديم المزيد من التوجيهات بشأن الإجراء الذي يمكن اتخاذه بصفة خاصة فيما يتعلق بالأسئلة الواردة أدناه.

- ما هي الإجراءات التي توصي بها الدول الأعضاء لتسريع التقدم نحو تحقيق ما يلي:

- الغاية ٣-١ من أهداف التنمية المستدامة (بشأن خفض وفيات الأمهات)؟

- الغاية ٢-٣ من أهداف التنمية المستدامة (بشأن وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال التي يمكن الوقاية منها والحد من وفيات المواليد)؟

- ما الذي تقترحه الدول الأعضاء بشأن دور أمانة المنظمة في دعم هذه الإجراءات؟

= = =