



المجلس التنفيذي

الدورة السادسة والخمسون بعد المائة

EB156/17

البند ١٤ من جدول الأعمال المؤقت

٢٠ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٢٤

الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق

تقرير من المدير العام

مقدمة

١- بناءً على التوصية الصادرة عن أعضاء مكتب المجلس والمدير العام في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٢٤ بإدراج بند بشأن الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق (٢٠١٦-٢٠٣٠) في جدول الأعمال المؤقت لدورة المجلس التنفيذي السادسة والخمسون بعد المائة، يقدم هذا التقرير ملخصاً للاتجاهات والبيانات الحديثة^١ بما في ذلك الجهود الرامية إلى تسريع وتيرة التقدم في مجال صحة المرأة والطفل والمراهق.

٢- وبينما تفصلنا خمس سنوات فقط عن عام ٢٠٣٠، باتت العديد من البلدان خارجة عن المسار الصحيح لبلوغ غايات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بوفيات الأمهات والموليد والأطفال. ومن المتوقع أن تتجاوز نسبة وفيات الأمهات في ستة وأربعين بلداً ١٤٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي بحلول عام ٢٠٣٠، وهو ما يمثل الغاية القصوى الموصى بها على الصعيد الوطني في الاستراتيجيات الرامية إلى وضع حد لوفيات الأمهات التي يمكن تفاديها، والتي حُدِّدت بأكثر من ضعف الغاية العالمية لعام ٢٠٣٠. وقد خرج ٦٤ بلداً عن المسار الصحيح لتحقيق الغاية المتصلة بوفيات الموليد، فيما خرج ٥٩ بلداً عن المسار الصحيح لتحقيق الغاية المتعلقة بوفيات الأطفال دون سن الخامسة.

٣- وعلى الرغم من إحراز تقدم في العديد من البلدان، إلا أنه إذا ما أُريد تحقيق الغايات ذات الصلة من أهداف التنمية المستدامة، فلا بد من تسريع وتيرة التقدم على الصعيد دون الوطني حيث تُسجَّل أعلى معدلات الوفيات. ولا بد من معالجة أوجه عدم المساواة، حيث إنه لا يمكن أن يُترك أي بلد أو مجتمع محلي خلف الركب.

الاتجاهات العالمية

اتجاهات الوفيات

٤- في عام ٢٠٢٠، بلغت النسبة العالمية المقدَّرة لوفيات الأمهات ٢٢٣ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي. وتمثل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وحدها ٧٠٪ من إجمالي وفيات الأمهات في العالم. وعلى الرغم من أن ١٣٪ فقط

١ انظر بوابة بيانات صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة (بالإنكليزية) (تم الاطلاع في ٧ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٢٤).

من سكان العالم يعيشون في أقل البلدان نمواً، إلا أن هذه الفئة كانت تمثل حوالي ٤٢٪ من جميع وفيات الأمهات في عام ٢٠٢٠.

٥- وخلال الفترة من عام ٢٠٠٩ إلى عام ٢٠٢٠، كان السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في العالم يتمثل في النزيف (٢٧٪)، تليه أسباب التوليد غير المباشرة^٢ (٢٣٪) واضطرابات ارتفاع ضغط الدم (١٦٪).

٦- وفي عام ٢٠٢١، بلغ معدل المواليد الموتي العالمي ١٣,٩ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة إجمالية. وبلغ معدل المواليد الموتي ٢١,٦ حالة لكل ١٠٠٠ ولادة إجمالية في أقل البلدان نمواً مقابل ٢,٨ حالة لكل ١٠٠٠ ولادة في البلدان المرتفعة الدخل.

٧- وفي عام ٢٠٢٢، توفي ٤,٩ مليون طفل قبل بلوغهم سن الخامسة، علماً أن ٥٧٪ من هذه الوفيات حدثت في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وكان متوسط معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بين الأطفال الذين يعيشون في الأسر المعيشية المنتمية إلى الخمس الأفقر في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أعلى بمقدار ٢,١ مرة من نظيره لدى الأطفال الذين يعيشون في الأسر المعيشية المنتمية إلى الخمس الأغنى في المنطقة ذاتها.

٨- وفي عام ٢٠٢٢، توفي نحو ٢,٣ مليون طفل خلال الشهر الأول من عمرهم، وهو ما يمثل حوالي ٤٧٪ من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في ذلك العام. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، بلغ معدل وفيات المواليد ٢٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي، وهو ما يزيد بمقدار ١١ ضعفاً على نظيره في المنطقة ذات المعدل الأدنى.

٩- وفي عام ٢٠٢١، كان الخداج ورضح الولادة والاختناق وحالات العدوى التنفسية الحادة والملاريا والإسهال وحالات الشذوذ الخلقي تمثل الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة.

١٠- وفي عام ٢٠٢٢، توفي ٢,١ مليون طفل ومراهق وشاب ممن تتراوح أعمارهم من ٥ إلى ٢٤ سنة، وحدثت ٦٥٪ من هذه الوفيات بين أشخاص تتراوح أعمارهم من ١٥ إلى ٢٤ سنة. وتسجل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا أعلى معدلات وفيات الأطفال والشباب الذين تتراوح أعمارهم من ٥ إلى ٢٤ سنة.

الاتجاهات المتصلة بالمرضاة والرفاه وإتاحة الخدمات الصحية والاجتماعية

١١- في عام ٢٠٢٢، كان ٤٨٪ من الرضع يُرضعون رضاعةً طبيعية خالصة طوال الأشهر الخمسة الأولى من عمرهم، وهي نسبة قريبة من غاية المنظمة المتمثلة في بلوغ هذه النسبة ٥٠٪ بحلول عام ٢٠٢٥. وتسجل جنوب آسيا أعلى معدل انتشار للرضاعة الطبيعية الخالصة (٦٠٪)، فيما تسجل أمريكا الشمالية أدنى معدل (٢٦٪) في هذا المجال.

١٢- وعلى الصعيد العالمي، يعاني مراهق واحد من كل سبعة مراهقين تتراوح أعمارهم من ١٠ إلى ١٩ سنة من اضطراب نفسي. وفي عام ٢٠٢١، كان الانتحار من بين الأسباب الخمسة الرئيسية للوفاة بين المراهقين والمراهقات الأكبر سناً (١٥-١٩ سنة).

١٣- وفي عام ٢٠١٩، بلغ معدل انتشار فقر الدم بين المراهقات ٣٠٪، وهي نسبة لم تتغير أساساً منذ عام ٢٠١٠.

١٤- وتشير التقديرات إلى أن معدل الولادات لدى المراهقات التي تتراوح أعمارهن من ١٠ سنوات إلى ١٤ سنة قد بلغ ١,٥ ولادة لكل ١٠٠٠ فتاة من هذه الفئة العمرية في عام ٢٠٢٣، علماً أنه سُجلت معدلات أعلى في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (٤,٤) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (٢,٣).

٢ الوفيات الناجمة عن مرض موجود من قبل أو مرض ظهر أثناء الحمل والذي تقاوم نتيجة الآثار الفسيولوجية للحمل.

١٥- وازدادت نسبة جميع النساء في سن الإنجاب اللاتي لُيِّت احتياجاتهن إلى تنظيم الأسرة بوسائل حديثة من ٧٤٪ في عام ٢٠٠٠ إلى ٧٧٪ في عام ٢٠٢٣. وضمن المجموعة الفرعية للنساء غير المتزوجات، ارتفعت النسبة العالمية من ٧١٪ إلى ٧٨٪ ومن ٣٨٪ إلى ٥٨٪ بالنسبة للنساء اللاتي ينتمين إلى الإقليم الأفريقي.

١٦- ويتفاوت مؤشر التغطية المركب للصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل^٣ تفاوتاً كبيراً بين البلدان وداخلها. ففي البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، تبلغ الفجوة في متوسط التغطية ١٠ نقاط مئوية بين أغنى الأسر المعيشية وأفقرها و ١١ نقطة مئوية بين الأسر المعيشية الأكثر تعليماً والأقل تعليماً^٤. وعلى الرغم من تقلص هذه الفجوات إلى النصف خلال العقد الماضي، إلا أنها لا تزال كبيرة في البلدان المنخفضة الدخل.

١٧- وهناك أوجه تفاوت كبيرة في تلبية الاحتياجات المحتملة للبلدان من العاملين في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق. ففي حين أن البلدان المرتفعة الدخل تلبي ٩٩٪ من احتياجاتها المحتملة، فإن البلدان المنخفضة الدخل لا تلبي سوى ٤١٪ منها.

١٨- ويمكن أن تحد النفقات الصحية التي تُدفع من المال الخاص من فرص الاستفادة من الخدمات الصحية. وأظهر تقرير حديث أن الأسر المعيشية التي لديها أطفال تعاني باستمرار من أعلى مستويات الإنفاق الصحي من المال الخاص المسبب للفقر. ففي الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠٢١، سجّلت الأسر المعيشية المتعددة الأجيال أعلى معدلات الإنفاق من هذا القبيل في ٨٦,٦٪ من البلدان التي شملتها المسوح والبالغ عددها ٦٨ بلداً، بينما سجّلت الأسر المعيشية الأصغر سناً ثاني أعلى المعدلات في ٧٩,٤٪ من البلدان.

١٩- وفي عام ٢٠٢٣، تم تسجيل أقل من نصف الأطفال دون سن الخامسة في أقل البلدان نمواً عند ولادتهم. ومن مجموع ١١٢ دولة عضواً شملها المسح في عام ٢٠٢٣، أفادت ٣٠٪ منها بأنها تفرض رسوماً على تسجيل المواليد، و ٢٥٪ أخرى بأن شهادة الميلاد ضرورية لحصول الطفل على الخدمات الصحية، و ٦٣٪ بأن شهادة الميلاد ضرورية للحصول على التعليم.

٢٠- وخلصت دراسة حديثة للاتجاهات في مجال صحة المراهقين إلى أنه بفضل الجهود المنسقة والمستمرة المبذولة، انخفض عدد حالات العدوى بفيروس العوز المناعي البشري لدى المراهقين وحالات حمل المراهقات والممارسات الضارة من قبيل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية والزواج المبكر. ومع ذلك، فإن حالات العدوى المنقولة جنسياً آخذة في الارتفاع بين الشباب بشكل عام.

٢١- ووفقاً لدراسات حديثة نُشرت في مجلة لانسيت، فقد وُلد ما يقدر بنحو ١٩,٨ مليون طفل في العالم في عام ٢٠٢٠ بوزن منخفض عند الولادة، فيما وُلد ما يقدر بنحو ١٣,٤ مليون طفل قبل الأوان. ويتعرض هؤلاء الرضع لخطر متزايد للوفاة وتأخر النمو وسوء التغذية والتقرم وتدني التحصيل العلمي، فضلاً عن تعرضهم لخطر تدهور صحتهم في مرحلة البلوغ. ويمكن أن تساعد التدخلات في كل مرحلة من مراحل الحياة، بما فيها تلك المتصلة بالرعاية السابقة للولادة من قبيل الإقلاع عن التدخين ومكملات حمض الفوليك، على الحد من حالات انخفاض الوزن عند الولادة وحالات الخداج. كما أن دعم الرضاعة الطبيعية الخالصة وبرامج النمو في مرحلة الطفولة المبكرة يمكن أن يؤدي إلى تحسن الحصائل الصحية الطويلة الأمد لهؤلاء الرضع.

٣- تم حسابه باعتباره المتوسط المرجح لثمانية مؤشرات مستمدة من مسح الأسر المعيشية: تلبية الطلب على تنظيم الأسرة، وإجراء ما لا يقل عن أربع زيارات للحصول على الرعاية السابقة للولادة، والولادات التي يشرف عليها عاملون في القطاع الصحي ذوو كفاءة، والتغطية بالتمنيع ضد عصابات كالميت غيران، والتغطية بالتمنيع ضد الحصبة، والتغطية بالتمنيع بالجرعة الثالثة من اللقاح المضاد للخنق والكزاز والسعال الديكي، وعلاج الإسهال بالإمهاء الفموي، والتماس الرعاية في حال الاشتباه في ظهور أعراض الالتهاب الرئوي لدى الأطفال.

٤- استناداً إلى بيانات مسح الأسر المعيشية للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٢، المصنفة حسب الوضع الاقتصادي في ٨٧ بلداً وحسب مستوى التعليم في ٧٧ بلداً.

الإجراءات الرامية إلى تسريع وتيرة التقدم ومعالجة أوجه عدم المساواة في صحة المرأة والطفل والمراهق

أدوات وإرشادات جديدة

٢٢- في عام ٢٠٢٣، نشرت الأمانة دليلاً موجهاً إلى رسمي السياسات ومديري البرامج بشأن دعم دمج عمليات المساءلة الاجتماعية في توفير خدمات تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل.

٢٣- وفي عام ٢٠٢٤، نُشرت ورقة الموقف العالمي بشأن الانتقال إلى نماذج رعاية القبالة^٥، وهي استراتيجية عالية المردودية لتحسين الحاصلات، تشمل الاستخدام المناسب للتدخلات الطبية من جملة أمور أخرى.

٢٤- ويعد توافر السلع الأساسية المضمونة الجودة أمراً حاسماً للأهمية لتقديم رعاية صحية عالية الجودة وقائمة على الاحترام إلى الأمهات والمولود والأطفال. وبناءً على مشاورات تقنية عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٢٤، أعدت الأمانة قائمة بالسلع الأساسية التي توصي بها المنظمة (الأدوية والأجهزة ووسائل التشخيص) لأغراض رعاية الأمهات والمولود. ووضعت شبكة المسرع العالمي لتراكيبات أدوية الأطفال التي تستضيفها المنظمة استراتيجية خمسية من المزمع أن يبدأ العمل بها في أيار/مايو ٢٠٢٥، والتي من شأنها أن تحفز تسريع وتيرة تقصي أدوية أفضل لعلاج الأطفال واستحداثها وطرحها.

٢٥- كما نشرت الأمانة، في عام ٢٠٢٤، إرشادات تنفيذية بشأن شبكات رعاية صحة الأمهات والمولود، والتي توفر نهجاً لتحسين كفاءة النظم الصحية عن طريق تعزيز العمل الجماعي المتعدد التخصصات والقيادة والتواصل. وتتعلق إرشادات أخرى نُشرت في عام ٢٠٢٤ بزيارات الرعاية الصحية المقرر تنظيمها لفائدة الأطفال والمراهقين وبالوقاية من الحمى الروماتيزمية وداء القلب الروماتزمي وتشخيصهما. كما بدأ العمل بدليل وأدوات لإجراء استعراضات للبرامج الوطنية لصحة الأم والوليد والطفل والمراهق.

الدعم القطري

٢٦- تعمل مبادرة "كل امرأة وكل مولود في كل مكان"، التي تتولى المنظمة إدارة أمانتها، مع مختلف وكالات الأمم المتحدة على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري ومع الجهات المانحة الثنائية والمؤسسات والشركاء المنفذين بهدف مواءمة الاستثمارات مع الأولويات الحاسمة الأهمية المحددة في الخطط الرامية إلى تسريع وتيرة العمل في مجال صحة الأمهات والمولود. وفي الوقت الراهن، يعكف ٥٥ بلداً من البلدان ذات أعلى معدلات وفيات الأمهات والمولود ومعدلات المواليد الموتي على إعداد خطط التسريع المذكورة وتنفيذها ورصدها باستخدام الأدوات التي وضعتها المبادرة من أجل تحديد أولويات الاستثمارات. وفي عام ٢٠٢٤، ييسر المبادرة عقد اجتماعين إقليميين في الإقليم الأفريقي، فضلاً عن اجتماع في إقليم جنوب شرق آسيا واجتماع آخر في إقليم غرب المحيط الهادئ بهدف دعم وضع هذه الخطط ورصدها.

٢٧- وتقدم المنظمة، من خلال الشبكة المعنية بتنفيذ أفضل الممارسات، الدعم التقني إلى البلدان وتضطلع بأنشطة متعلقة ببناء قدراتها بغرض تيسير التوسع في استخدام وسائل منع الحمل، وتعزيز المشاركة المجتمعية الهادفة، وتحسين فرص حصول المراهقين على وسائل منع الحمل وإقبالهم عليها، وتقييم وتعزيز تقديم خدمات تنظيم الأسرة في سياقات العمل الإنساني.

٢٨- مبادرة "العمل من أجل بقاء الأطفال على قيد الحياة" هي نداء متجدد إلى جميع الشركاء والحكومات والقادة المدنيين والتقليديين والمجتمعات المحلية وأصحاب المصلحة الإقليميين والعالميين من أجل وضع حد للوفيات التي يمكن

^٥ تتمثل في الرعاية التي يتولى تقديمها وتنسيقها كادر القبالة الذي يعمل ضمن فرق تعاونية متعددة التخصصات، من الفترة السابقة للحمل لغاية الفترة التالية للولادة.

تقاديها بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من شهر واحد إلى ٥٩ شهراً. ومنذ إطلاق المبادرة في عام ٢٠٢١، قادت الأمانة الجهود الرامية إلى إشراك البلدان في مراجعة خططها الوطنية بشأن صحة الطفل. وقد شملت تلك الجهود وضع خطط تشغيلية وتعزيز القدرة على التخطيط والتنفيذ والرصد وتيسير الحوارات الوطنية من أجل دعم تعبئة الموارد في البلدان. ويسّرت المبادرة إقامة حدثين في عام ٢٠٢٤ يرميان إلى بناء قدرات البلدان ذات الأولوية في الإقليم الأفريقي على وضع خطط عمل وطنية وتنفيذها.

٢٩- وفي أعقاب إصدار الطبعة الثانية من الإرشادات المتعلقة بتسريع العمل العالمي من أجل صحة المراهقين في عام ٢٠٢٤، دعمت الأمانة الدول الأعضاء في الإقليم الأفريقي وإقليم الأمريكتين وإقليم جنوب شرق آسيا في تطبيق هذه الإرشادات على أنشطتها المتعلقة بالتخطيط، استناداً إلى أولويات كل إقليم وكل بلد في مجال صحة المراهقين ورفاههم.

٣٠- وتهدف الشراكة من أجل صحة الأم والوليد والطفل، من خلال مبادرة "خطة العمل التعاونية في مجال الدعوة"، إلى تحسين المساواة فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق. وفي عام ٢٠٢٤، بادرت الشراكة إلى تنفيذ خطط عمل في ثمانية بلدان.

رصد التقدم المحرز

٣١- سعيًا من الأمانة إلى بناء القدرة على تحليل أوجه عدم المساواة، فقد أصدرت في عام ٢٠٢٣ دليلًا مفصلاً، فضلاً عن سجل عمل ودورة تدريبية إلكترونية، بغرض رصد أوجه عدم المساواة في الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق.

٣٢- وفي أيار/ مايو ٢٠٢٤، نشرت الأمانة قائمة تضم ٤٧ مؤشراً من المؤشرات التي يوصي بها الفريق الاستشاري المعني بالعمل العالمي لقياس صحة المراهقين من أجل مساعدة البلدان على قياس التقدم الذي تحرزه فيما يتعلق بالسياسات والقوانين، وأداء النظام الصحي، والمحددات الصحية، والسلوكيات والمخاطر، والرفاه الذاتي، والحصائل والاعتلالات الصحية.

٣٣- ولمقارنة التقدم الذي تحرزه مختلف البلدان، أنشأت المنظمة أداة متابعة صحة الطفل ورفاهه وأداة متابعة مبادرة "كل امرأة وكل مولود في كل مكان". وتتيح أداتا المتابعة المذكورتان عرض التقدم الذي يحرزه كل بلد فيما يتعلق بالحصائل الصحية الرئيسية للأم والوليد والطفل والمراهق عرضاً مصوراً بسيطاً.

٣٤- وسعيًا من الأمانة إلى رصد التقدم الذي تحرزه البلدان في اعتماد وتكييف توصيات المنظمة بشأن القوانين والسياسات والمبادئ التوجيهية والخطط الاستراتيجية الوطنية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق، فقد أجرت مسحاً للسياسات شمل ١١٥ دولة عضواً في عام ٢٠٢٣. وفي عام ٢٠٢٤، نُشر التقرير العالمي الناتج عن ذلك المسح، فضلاً عن أداة تفاعلية لعرض البيانات عرضاً مصوراً على شبكة الإنترنت، ومستودع إلكتروني للوثائق الوطنية.

٣٥- ويعد إنشاء نظام وطني لترصد وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لها خطوة مهمة صوب وضع حد لوفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة التي يمكن تقاديها. وفي عام ٢٠٢٤، طرحت الأمانة أداة شاملة لتوجيه عملية وضع أطر قانونية أو تنظيمية لهذه النظم.

الخطوات المقبلة

٣٦- على الرغم من أن الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق كانت مفيدة في توجيه الجهود العالمية، إلا أنه يجب على البلدان أن تتوسع في تنفيذ التدخلات العالية الأثر. كما أنه من المهم بدء عملية تحديث الاستراتيجية العالمية لدعم خطة الأمم المتحدة للتنمية لما بعد عام ٢٠٣٠.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٣٧- المجلس مدعو إلى أن يحيط علماً بهذا التقرير وأن يبحث، في مناقشاته، السؤالين التاليين:

- ما هي الإجراءات التي ينبغي أن تحظى بالأولوية لمعالجة أوجه عدم المساواة في الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق؟
- ما هو الدعم المطلوب من الأمانة على المستويات الثلاثة كافة لتسريع وتيرة التقدم في تحقيق الغايات ذات الصلة من أهداف التنمية المستدامة؟

= = =