

## المرأة والصحة: ٢٠ عاماً على إعلان ومنهاج عمل بيجين

### تقرير من الأمانة

- ١- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة.<sup>١</sup> بإصدار سابق من هذا التقرير، واستجابة للتعليقات التي أدلى بها، تم التوسع في الفقرات ٤-٩ لتتضمن بيانات إضافية.
- ٢- وقد حدد إعلان ومنهاج عمل بيجين، وهو حصيلة المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة (بيجين، ٤-١٥ أيلول/ سبتمبر ١٩٩٥)، ١٢ مجالاً للعمل من أجل تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، ويتمثل أحد هذه المجالات في المرأة والصحة.
- ٣- ويوضح هذا التقرير التحديات المطروحة والأولويات المستجدة في مجال تحسين صحة المرأة، في سياق استعراض إعلان ومنهاج عمل بيجين (بيجين ٢٠+)، وبلورة غايات التنمية المستدامة والاستراتيجية العالمية المحدثة بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق لما بعد عام ٢٠١٥، حيث يُعد اتباع نهج شامل للمرأة والصحة بالغ الأهمية.
- ٤- وخلال السنوات العشرين الماضية، اتخذت الحكومات خطوات صوب تنفيذ الالتزامات التي قطعت في بيجين. وقد أمكن إحراز تقدم عام في الحد من معدل وفيات الأمهات، والحد بدرجة أكبر من معدلي وفيات ومراضة الرضع، اللذين كانا ضمن غايات الأهداف الإنمائية للألفية. وعلى الصعيد العالمي، تراجع معدل وفيات الأمهات بمقدار النصف تقريباً في الفترة الواقعة بين عام ١٩٩٠ و ٢٠١٣، وتسارعت خطى التقدم منذ عام ٢٠٠٥، ويجسد هذا الانخفاض زيادة الاهتمام الذي أولاه المجتمع العالمي لتحسين صحة المرأة والطفل على وجه التحديد في سياق الاستراتيجية العالمية للأمن العام للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل التي استُهلكت في عام ٢٠١٠. وتراجع عدد النساء اللواتي يتوفين لأسباب تتعلق بالأمومة من ما يقدر بنحو ٣٨٠ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٠ إلى ٢١٠ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠١٣.
- ٥- وعلى الصعيد العالمي، زاد العمر المتوقع للرجال والنساء معاً في الفترة الواقعة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٣، بمقدار سبعة أعوام، من ٦٤ عاماً إلى ٧١ عاماً. وتبلغ احتمالات وفاة النساء الناجمة عن تعاطي الكحول على نحو ضار، نصف هذه الاحتمالات بالنسبة إلى الرجال، كما تقل احتمالات أن تكون النساء قد

١ انظر الوثيقة م١٨/١٣٦، والمحضر الموجز للمجلس التنفيذي في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة، الجلسة الحادية عشرة. الفرع ١.

تعاطين التبغ والمنتجات ذات الصلة به من قبل مقارنة بالرجال. كما تقل احتمالات وفاة النساء الناجمة عن الإصابة في حوادث المرور أو الانتحار أو العنف بين الأفراد.

٦- وزاد استخدام النساء للخدمات الصحية في بعض البلدان، ولاسيما تلك التي تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية، وكان ذلك على وجه التحديد في مجالات تنظيم الأسرة، والفحص لتحري سرطان عنق الرحم، والرعاية السابقة للولادة، والولادة في المرافق الصحية. وحضر العاملون الصحيون المهرة ٦٩٪ من الولادات في عام ٢٠١٢، وهي نسبة أعلى بكثير من نسبة ٥٧٪ ونسبة ٥٨٪ التي شهدتها عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠ بالترتيب، وتحسّن معدل إتاحة الرعاية السابقة للولادة حيث زاد من ٣٧٪ في عام ١٩٩٠ إلى ٥٢٪ في عام ٢٠١٢ في صفوف نساء الأقاليم المصنفة كأقاليم نامية لأغراض الأهداف الإنمائية للألفية<sup>١</sup>. وفي الفترة الواقعة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٥، زاد معدل استخدام وسائل منع الحمل الحديثة من ٤٨٪ إلى ٥٨٪ وتراجع عدد المراهقات المتزوجات. وارتفعت معدلات التحاق الفتيات بالمدارس حول العالم، ومعدلات مشاركة المرأة في السياسة - وهما مؤشران على صحة المرأة - في كثير من أنحاء العالم.

### البرنامج غير المكتمل

٧- على الرغم من التقدم المُحرز، مازالت المجتمعات تخذل المرأة فيما يتعلق بالصحة، وأسوأ ما يكون ذلك في البلدان الفقيرة وفي صفوف أشد النساء فقراً في جميع البلدان. ويؤدي التمييز على أساس نوع الجنس إلى حرمان المرأة من الناحية الصحية. ومازلت الاختلافات بين الجنسين فيما يتعلق بالصحة تمثل مسألة رئيسية يتعين تتبعها.

٨- وفي عام ٢٠١٣، كان العمر المتوقع للنساء في الإقليم الأفريقي (٦٠ عاماً) وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم شرق المتوسط (٧٠ عاماً) مازال متأخراً عن الركب، مقارنة بالعمر المتوقع في أقاليم المنظمة الأخرى حيث بلغ ٧٨-٨٠ عاماً<sup>٢</sup>. وفي عام ٢٠١٢، حدث ٤٨٪ من الوفيات البالغ عددها ٦,٢ مليون وفاة الناجمة عن الأمراض السارية والحالات الصحية المتعلقة بالولادة والفترة المحيطة بالولادة والتغذية، والنسبة نفسها من الوفيات البالغ عددها ١,٨ مليون وفاة الناجمة عن الأمراض غير السارية، في صفوف النساء. ومع ذلك فمقارنة بالرجال تزداد وفيات النساء الناجمة عن بعض الحالات الصحية على نحو غير متناسب، حيث تمثل وفيات النساء ما يزيد على نصف الوفيات الناجمة عن حالات نقص التغذية وداء السكري وسائر اضطرابات الغدد الصماء. وتمثل وفيات النساء نصف جميع الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية وأكثر من نصف هذه الوفيات في الإقليم الأفريقي والإقليم الأوروبي وإقليم غرب المحيط الهادئ. وفي الإقليم الأفريقي، يحدث أكثر من نصف الوفيات الناجمة عن الأورام الخبيثة في صفوف النساء.

٩- وتدل البيانات على البطء والتفاوت في التقدم المُحرز في المجالات الرئيسية لمنهاج عمل بيجين المتعلقة بالمرأة والصحة، مثل التغذية، والصحة الجنسية والإنجابية، والأيدز والعدوى بفيروسه وغيره من حالات العدوى المنقولة جنسياً، والعنف ضد المرأة. ولم تتحقق الالتزامات المقطوعة التي ينص عليها عدد من الاتفاقات الدولية بما في ذلك المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤) والأهداف الإنمائية للألفية، فيما يتعلق بالتغطية بالخدمات الصحية. وعلى الرغم من التقدم المُحرز، تشير التقديرات الأخيرة إلى أن نسبة الولادات التي تُجرى في حضور المشرفين المهرة تقل عن ٧٥٪، وأن نسبة الحاجات غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة تزيد على ١٠٪،

١ <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>.

٢ الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠١٥. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥.

وأن معدل انتشار استخدام وسائل الحمل يقل عن ٦٥٪. وهناك تفاوتات بين البلدان، ففي البلدان المرتفعة الدخل تجري جميع الولادات تقريباً في حضور المشرفين المهرة مقارنة بنصف الولادات في البيئات المنخفضة الدخل؛ والحاجات غير الملباة من وسائل منع الحمل تزيد بمقدار الضعف في البلدان المنخفضة الدخل مقارنة بالبلدان المرتفعة الدخل؛ ويبلغ معدل انتشار استخدام وسائل الحمل ٤١٪ في البلدان المنخفضة الدخل في حين يبلغ ٦٩٪ في البلدان المرتفعة الدخل. ويظل توافر البيانات العالية الجودة اللازمة لفهم أسباب تفاوت التقدم المحرز يطرح تحدياً. ونسبة وفيات الأمهات التي توثق فيها أسباب الوفاة توثيقاً جيداً بغرض إرشاد السياسات والبرامج، تظل صغيرة؛ وتبين البيانات المتاحة المساهمة المتزايدة للأسباب غير المباشرة في وفيات الأمهات، وتتمثل هذه الأسباب في مضاعفات الحمل والولادة بما في ذلك تأثير الأمراض غير السارية. ويستتبع ذلك ضرورة التوسع في التغطية بالخدمات الصحية التي تلبي احتياجات النساء في سن الإنجاب، بما يتجاوز المجالات الأساسية لمنهاج عمل بيجين. وينبغي تنفيذ المزيد من العمل على النحو الذي توضحه البيانات الواردة في الفقرات التالية.

١٠- تمثل الحصائل الرديئة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية ثلث العبء العالمي الإجمالي للمرض بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و ٤٩ عاماً، وتُعد العلاقات الجنسية غير الآمنة عاملاً رئيسياً من عوامل خطر الوفاة والعجز بين النساء والفتيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وفضلاً عن ذلك، فهناك ٢٢٢ مليون امرأة في العالم في عام ٢٠١٢ لديها احتياجات غير ملباة من وسائل منع الحمل الحديثة.

١١- وعلى الرغم من أن معدل وفيات الأمهات العالمي انخفض إلى النصف تقريباً في الفترة الواقعة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٣، فإن نسبة هذا التقدم لا تكفي لبلوغ الغاية المدرجة في الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية والتي تتمثل في خفض هذا المعدل بنسبة ٧٥٪ بحلول عام ٢٠١٥. وما زال عبء وفيات الأمهات مرتفعاً على نحو غير مقبول: ففي عام ٢٠١٣ توفي ما يُقدر بنحو ٢٨٩ ٠٠٠ امرأة نتيجة للمضاعفات خلال الحمل والولادة، وفي عام ٢٠٠٨ وقع ما يُقدر بنحو ٢٢ مليون حالة إجهاض غير مأمونة (نصف حالات الإجهاض المتعمد التي شهدتها ذلك العام)، وحدثت كلها تقريباً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وعلاوة على ذلك، فإن ٣٠٪ من النساء مصابات بفقر الدم.

١٢- وفي عام ٢٠١٣، حدث نحو ٦٠٪ من حالات العدوى الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري التي أصابت الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ و ٢٤ عاماً، في صفوف الفتيات والنساء الشابات. ويرتبط السل في كثير من الأحيان بالعدوى بفيروس العوز المناعي البشري ويُعد ضمن الأسباب الرئيسية للوفاة في البلدان المنخفضة الدخل لكل من النساء في سن الإنجاب والنساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٢٠ و ٥٩ عاماً.

١٣- أما حالات العدوى المنقولة جنسياً الأكثر شيوعاً بفيروس الورم الحليمي البشري فتصيب النساء والمراهقات على نحو غير متناسب. ويتسبب النوعان الأكثر شيوعاً من فيروسات الورم الحليمي البشري المُمرضة في نحو ٧٠٪ من حالات سرطان عنق الرحم في العالم. ويُعد الزهري غير المعالج مسؤولاً عن نحو ٢١٢ ٠٠٠ حالة إِملاص ووفاة مبكرة للأجنة ونحو ٩٢ ٠٠٠ حالة وفاة بين حديثي الولادة.

١٤- وتتعرض امرأة واحدة من كل ثلاث نساء تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و ٤٩ عاماً للعنف البدني و/ أو الجنسي من جانب العشير أو العنف الجنسي من جانب غير العشير<sup>١</sup>، ويترتب على ذلك العديد من العواقب القصيرة الأجل والطويلة الأجل على صحتها.

١ انظر الوثيقة المصاحبة مت ١٣٦/١٢ بشأن تقرير الحالة العالمي عن العنف والصحة، التي أحاط بها المجلس التنفيذي علماً في دورته السادسة والثلاثين بعد المائة (انظر المحضر الموجز للجلسة الحادية عشرة، الفرع ١).

١٥- وتعرضت أكثر من ١٢٥ مليون امرأة وفتاة لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وتزوجت فتاة واحدة من كل ثلاث فتيات في البلدان النامية (باستثناء الصين) قبل سن الثامنة عشرة. وتسفر هاتان الممارستان الضارتان عن عواقب صحية سلبية بالنسبة إلى الفتيات والنساء ومواليدهن.

## الأولويات المستجدة في مجال المرأة والصحة

١٦- يمثل المراهقون نسبة كبيرة من السكان في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وعادة ما تكون معدلات حمل المراهقات مرتفعة في هذه البلدان التي تعيش فيها نسبة ٩٥٪ من الفتيات البالغ عددهن ١٣ مليون فتاة واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و ١٩ عاماً من اللواتي يلدن سنوياً. والتي تُعد فيها مضاعفات الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية للوفاة بين هؤلاء الفتيات. وفي عام ٢٠٠٨، كان هناك ما يُقدر بنحو ثلاثة ملايين حالة إجهاض غير مأمونة بين الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و ١٩ عاماً. وتمتد الآثار الضارة لإنجاب المراهقات إلى صحة الرضع، حيث تزيد معدلات الوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة بنسبة ٥٠٪ بين الأطفال المولودين لأمهات تقل أعمارهن عن ٢٠ عاماً مقارنة بالأطفال المولودين لأمهات تتراوح أعمارهن ما بين ٢٠ و ٢٩ عاماً. كما أن الرضع المولودين لأمهات مراهقات أكثر تعرضاً لانخفاض الوزن عند الميلاد، ما قد ينجم عن ارتفاع معدلات المخاطر الصحية الطويلة الأجل التي يتعرض لها هؤلاء الرضع.<sup>١</sup>

١٧- وفي عام ٢٠١٢، حدثت معظم وفيات الإناث المبكرة الناجمة عن الأمراض غير السارية (٨٢٪) أو ٤,٧ ملايين وفاة) في الفئة العمرية ٣٠-٧٠ عاماً، في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وكانت المعدلات في النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و ٥٩ عاماً أكثر ارتفاعاً في هذه البلدان من المعدلات في البلدان المرتفعة الدخل.

١٨- وتتأثر المرأة على نحو مختلف بعدد من عوامل خطر الأمراض غير السارية. فالفتيات والنساء يمارسن في غالبية البلدان قدراً أقل من النشاط البدني مقارنة بالرجال، ويتعلق العديد من العوامل التي تسهم في ذلك بالدخل والقدرة المحدودة على الحركة وإتاحة الرعاية الصحية والتسلسل الهرمي والأدوار داخل الأسرة المعيشية. وفي بعض الأقاليم التابعة للمنظمة، مثل الإقليم الأوروبي وإقليم الأمريكتين، تزيد نسبة النساء المصابات بفرط الوزن على ٥٠٪.

١٩- ويُعد التبغ مسؤولاً عن ٩٪ من جميع وفيات الإناث الناجمة عن الأمراض غير السارية على صعيد العالم. وتزيد مخاطر الآثار الضارة لتدخين النساء على صحتهم مع زيادة فقرهن. ويرتبط تدخين الأمهات بمخاطر الحمل، بما في ذلك الحمل المُتنبذ والابتنسار ومشكلات المشيمة والإجهاض والإملاص.

٢٠- أما تعاطي الفتيات والنساء للكحول والأدوية والمواد الأخرى النفسانية التأثير على نحو ضار، بما في ذلك أثناء الحمل، فيزداد في أنحاء عديدة من العالم ما يترتب عليه أثر كبير على الصحة العمومية وصحة الأفراد. وتشير التقديرات إلى أن نسبة وفيات النساء التي تُعزى فقط إلى تعاطي الكحول بلغت ٤٪ في عام ٢٠١٢.

١ انظر الوثيقة ج ٦٨/١٥ لمزيد من المعلومات بشأن صحة المراهقين ووصف الإطار الذي يقترح وضعه بهدف تسريع العمل من أجل صحة المراهقين عموماً.

٢ انظر الوثيقة ج ٦٨/١٠ بشأن أحدث المعلومات عن لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال.

٢١- ويُعد مرض الانسداد الرئوي المزمن سبباً رئيسياً للإصابة بالأمراض ووقوع الوفيات بين النساء المسنّات، ويحدث في كثير من الأحيان نتيجة لتعاطي التبغ. ويتسبب تلوث الهواء المحيط على الصعيد العالمي في وفاة ١٧٣ ٠٠٠ امرأة نتيجة داء الانسداد الرئوي المزمن، كما يتسبب تلوث هواء المساكن في وفاة ٤٥٣ ٠٠٠ امرأة. وفي البلدان المنخفضة الدخل، يتمثل عامل الخطر الأول بالنسبة إلى النساء في التعرض لتلوث الهواء في الأماكن المغلقة نتيجة لحرق الوقود الصلب داخل هذه الأماكن لأغراض التدفئة والطهي.

٢٢- وتُعد الإصابات الناجمة عن حوادث الطرق من بين الأسباب الخمسة الرئيسية لوفاة المراهقات والنساء في سن الإنجاب في معظم أقاليم المنظمة.

٢٣- وتُسفر السرطانات التي تصيب النساء عن ارتفاع معدلات الوفاة والمرض ولاسيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويؤدي عدم المساواة الصارخة السائدة في مجال إتاحة الكشف المبكر والفحص لتحري المرض، إلى تفاوتات كبيرة في الحصائل السريرية ومعدلات البقاء على قيد الحياة بعد العلاج. وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل عادة ما يُشخص سرطان الثدي الذي يُعد السبب الأول للوفاة الناجمة عن السرطان بين النساء (١,٧ مليون حالة جديدة و٠,٥ مليون وفاة في عام ٢٠١٢)، في مراحله المتقدمة عندما تصبح الرعاية المطلقة هي الخيار الأوحده. أما سرطان عنق الرحم فهو رابع أنواع السرطان التي تصيب النساء شيوعاً في العالم، حيث شهد عام ٢٠١٢ ما يُقدر بنحو ٥٢٨ ٠٠٠ حالة جديدة لهذا المرض و٢٧٠ ٠٠٠ حالة وفاة. وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، يُعد سرطان عنق الرحم السبب الثالث للوفاة الناجمة عن السرطان بين النساء، وفي معظم الحالات افتقرت النساء إلى إمكانية الخضوع للفحص لتحري الآفات السابقة للسرطان وعلاجها، ما أسفر عن اكتشاف المرض في مراحل متأخرة.

٢٤- وتُسبب الاضطرابات النفسية نحو ٧٪ من عبء المرض العالمي لكلا الجنسين و٢٥٪ من حالات العجز تقريباً. ويمثل الانتحار السبب الرئيسي الثاني لوفاة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٢٠ و٥٩ عاماً على الصعيد العالمي. وتُعد النساء أشد تعرضاً للاكتئاب والقلق من الرجال. وتختلف أنماط مشكلات الصحة النفسية لدى الرجال والنساء نتيجة لاختلاف الأدوار والمسؤوليات التي تُسند إلى الجنسين، والاختلافات البيولوجية بينهما، وتنوع السياقات الاجتماعية. وفي البلدان المنخفضة الدخل تقل استفادة النساء من خدمات الصحة النفسية عن استفادة الرجال بقدر كبير.

٢٥- وتمثل النساء نسبة أكبر من المسنّين على صعيد العالم. وعادة ما تقدم المرأة معظم الرعاية غير المدفوعة الأجر داخل الأسرة، حيث ترعى الأطفال وكبار السن، وغالباً ما يكون ذلك على حساب مشاركتها في القوى العاملة المدفوعة الأجر. وتشمل العواقب التي تترتب على ذلك عند بلوغ الكبر، زيادة مخاطر الوقوع في براثن الفقر، وضعف إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الجيدة النوعية، وزيادة مخاطر التعرض لسوء المعاملة، وتزدي الحالة الصحية، وضعف إمكانية الحصول على معاش التقاعد. وفضلاً عن ذلك، فإن عدد من الحالات الطبية الوخيمة التي تصيب كبار السن، بما في ذلك الخرف، تكون أكثر شيوعاً بين النساء، ومع ذلك تواجه النساء صعوبات أكبر في الحصول على العلاج اللازم.

١ بيانات بشأن تلوث هواء المساكن:

[http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/HAP\\_BoD\\_results\\_March2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/HAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1);

وتلوث الهواء المحيط: [http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/AAP\\_BoD\\_results\\_March2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1)

## استجابة النظم الصحية

٢٦- تشمل العقبات المستمرة في النظم الصحية والتي تحول دون تحقيق أهداف إعلان ومنهاج عمل بيجين، عدم أخذ الاعتبارات المتعلقة بنوع الجنس في الحسبان، مثل غياب البيانات المصنفة وفقاً لنوع الجنس وتحليل المسائل المتعلقة بنوع الجنس، وغالباً ما ينجم عن ذلك عدم مراعاة الخدمات الصحية للاحتياجات والمحددات الخاصة بصحة المرأة. ومن أجل التخلص من هذه العقبات يلزم معالجة المسائل الشاملة التالية.

٢٧- **المحددات الهيكلية لصحة المرأة.** تتفاعل العوامل البيولوجية القائمة على نوع الجنس مع عدم المساواة على أساس نوع الجنس والسن والعنصر والعرق والطبقة، في تشكيل تعرض المرأة للمخاطر الصحية، ومعاناتها من اعتلال الصحة، وقدرتها على الحصول على الخدمات الصحية، والحصائل الصحية الخاصة بها. ويرتبط عدم المساواة بين الجنسين في تخصيص الموارد مثل الدخل والتعليم والمشاركة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والرعاية الصحية والتغذية، ارتباطاً قوياً بتدني حالة الصحة والعافية.

٢٨- **عدم المساواة في إتاحة الرعاية الصحية.** مازالت خدمات الرعاية الصحية الجيدة النوعية غير متاحة على نحو منصف أمام المرأة في العديد من البلدان. وهناك فجوات تتخلل مستويات التغطية المتدنية بالنظم الصحية، والخدمات في المناطق الريفية والأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية عادة ما تكون ذات جودة منخفضة. ونساء الشعوب الأصلية والنساء المصابات بالعجز واللاتي يعانين من جوانب الضعف الأخرى، يفتقرن أيضاً إلى الخدمات الجيدة. وتتفاقم مشكلة تدني مستويات التغطية بالخدمات الصحية بسبب الحواجز المتعلقة بنوع الجنس التي تحول دون الحصول على خدمات الوقاية والعلاج والرعاية الصحية. فالأمراض القلبية الوعائية، على سبيل المثال، ترتبط بعوامل الخطر نفسها بالنسبة إلى الرجال والنساء ومع ذلك فهي سبب الوفاة الأكثر شيوعاً بين النساء المسنات. وعادة ما يعني الانحياز لأحد الجنسين (من جانب مقدمي الخدمات وفي البحوث المتعلقة بالرعاية الصحية)، أن تشخيص المرض لدى النساء يتأخر، وأن النساء يخضعن لعدد أقل من الاختبارات التشخيصية للكشف عن الأمراض القلبية الوعائية، وأنهن لا يحصلن على العلاج الكافي.<sup>١</sup>

٢٩- وعدم قدرة النساء على الحصول على الخدمات الصحية الضرورية (بما في ذلك خدمات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض) تجسد أيضاً مواطن ضعف في النظم الصحية لا يمكن معالجتها عن طريق استهداف النساء بالتدخلات فقط. وتؤدي ندرة العاملين الصحيين المحفّزين والذين يتمتعون بالمهارات الملائمة ويعملون في الأماكن المناسبة، إلى الحد من توافر الخدمات وجودتها في العديد من البلدان. كما أن عدم إتاحة الأدوية والمنتجات الطبية الجيدة النوعية، ونظم تمويل الصحة التي تتطلب الدفع المسبق نقداً، ونظم المعلومات التي تعجز عن توفير معلومات ملائمة التوقيت أو دقيقة، تسفر جميعها عن تقويض عملية تقديم الخدمات. ومن شأن معالجة هذه المشكلات على نحو متكامل على صعيد الأمراض والبرامج كافة، أن تؤدي إلى تحسين صحة المرأة وعافيتها.

٣٠- **جودة الرعاية الصحية.** على الرغم من جوانب التقدم الطبي والابتكارات في مجال الرعاية الصحية غير المسبوقة والتي استمرت على مدى عقود، عادة ما تتدنى جودة الرعاية بصفة عامة والرعاية الخاصة بصحة المرأة بصفة خاصة. وأشارت دراسة أجرتها مؤخراً منظمة الصحة العالمية عن صحة الأمهات وحديثي الولادة،

١ منظمة الصحة العالمية. مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٣.

أن خفض معدل وفيات الأمهات بقدر كبير سيستدعي اتباع نهج شامل في رعاية الطوارئ، وإدخال تحسينات عامة على نوعية الرعاية الصحية للأمهات.<sup>١</sup>

٣١- **الرصد والمساءلة.** إن ضمان النهوض بهاتين الوظيفتين يمثل الأساس اللازم لتعزيز وحماية صحة المرأة وحقوق الإنسان. وقد أوصت اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل، التي أسست لضمان إخضاع نتائج تنفيذ الاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل للقياس، بأنه يلزم أن تستند المساءلة إلى بعض المبادئ الأساسية، ألا وهي: توضيح مسؤولية أصحاب المصلحة عن الأعمال؛ وإجراء القياس الدقيق؛ وإجراء التحقق من جانب جهة مستقلة؛ وإجراء الاستعراض على نحو من الحياد والشفافية والمشاركة؛ وإصدار توصيات واضحة بشأن العمل المستقبلي. وستشكل المساءلة كذلك جزءاً من إطار الرصد الخاص بالاستراتيجية العالمية المحدثة بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق.

٣٢- ومع اقتراب التاريخ المحدد لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، تكونت رؤية جديدة لدى أصحاب المصلحة لإحراز التقدم في مجال صحة ونماء المرأة والطفل والمراهق من خلال استراتيجية عالمية جديدة.<sup>٢</sup> وهذه الاستراتيجية التي تستند إلى برنامج الأهداف الإنمائية غير المكتمل وتتوسع في نطاقه، ستبلور الإجراءات اللازمة لوضع حد لوفيات الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين التي يمكن تلافيها، وتعزيز صحة وعافية النساء والأطفال والمراهقين. كما ستؤكد هذه الاستراتيجية أهمية الاستثمار في الإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة وإعمال حقوق الإنسان، وتحدد أهداف مشتركة مع القطاعات المعنية بتحسين الصحة، بما في ذلك قطاع التعليم والتغذية والمياه والإصحاح (على سبيل المثال لا الحصر). وستهدف الاستراتيجية إلى تحقيق التلاقي بين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل في غضون جيل واحد، حتى لا تتعرض النساء والأطفال والمراهقون في البلدان المنخفضة الدخل لمخاطر الوفاة الناجمة عن أسباب يمكن تلافيها بمستويات أعلى مما يتعرض له النساء والأطفال والمراهقون في تلك المرتفعة الدخل، وضمان اعتبار صحة النساء جزءاً من خطة أوسع نطاقاً تشمل صحة الأطفال والمراهقين. كما ستولي الاستراتيجية اهتماماً خاصاً لمعالجة عدم المساواة داخل البلدان والأوضاع في الدول الهشة.

## الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٣٣- جمعية الصحة مدعوة إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير وتقديم المزيد من الإرشادات بشأن تولي منظمة الصحة العالمية القيادة في التصدي للتحديات المطروحة والأولويات المستجدة في مجال صحة المرأة في إطار استراتيجية أوسع نطاقاً بشأن صحة المرأة والطفل.

= = =

<sup>١</sup> World Health Organization multi-country survey on maternal and newborn health 2010–2012. See [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/nearmiss/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/nearmiss/en/) and links therein (accessed 2 December 2014).

<sup>٢</sup> على النحو المُعرب عنه مؤخراً في مشاورة أصحاب المصلحة في مبادرة "كل امرأة، كل طفل" بشأن المساءلة عن صحة المرأة والطفل: وضع الأساس لمرحلة ما بعد عام ٢٠١٥ (جنيف، ٦ و٧ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٤).