منظمة
الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية الستون
البند ١٢-١٠ من جدول الأعمال المؤقت

ج٦٠/١٧
١٩ نيسان/ أبريل ٢٠٠٧
A60/17

العمل على تحقيق التغطية الشاملة بتدخلات صحة الأم والوليد والطفل: التقرير الثنائي السنوات

١- عمدت جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون، في القرار ج ص ع٥٨-٣١، بشأن العمل من أجل ضمان التغطية الشاملة بالتدخلات في مجال صحة الأم والوليد والطفل إلى حث الدول الأعضاء، بين أمور أخرى، على رصد الموارد اللازمة والإسراع بالإجراءات الوطنية من أجل ضمان تلك التغطية. وطلبت إلى المدير العام تعزيز عمل المنظمة ودعمها في هذا المجال، وتقديم تقرير كل سنتين إلى جمعية الصحة بهذا الخصوص. ويستند هذا التقرير إلى المعطيات التي توفرت منذ عام ٢٠٠٣[١] لأن فترة السنتين أقصر من أن تسمح بتمييز الاتجاهات القابلة للقياس، ووضع خطط تهدف إلى زيادة التغطية في المستقبل.

اتجاهات التغطية الراهنة

٢- مازالت المعلومات المتوفرة مجزأة ومتباينة لكن المشهد الإجمالي يشير إلى إحراز تقدم بسيط يختلف حجمه باختلاف البلدان وداخل البلدان. وفيما يلي المعطيات الخاصة بالتقدم الذي أحرزته برامج محددة.

٣- يشير تحليل خدمات تنظيم الأسرة في المناطق أو البلدان المنخفضة الدخل إلى عدم إحراز تقدم فيما يتعلق بالاستفادة من هذه الخدمات. ومازالت معدلات الخصوبة وتزايد السكان والاحتياجات غير الملباة في ميدان تنظيم الأسرة، وخصوصاً في أفريقيا، مرتفعة. ومن الأمثلة على ذلك، أن أقل من ١٠٪ من العازبات في ٢٠ بلداً أفريقياً يستعملن طرقاً حديثة لمنع الحمل. ويزيد استمرار ارتفاع معدلات الخصوبة والآثار الديمغرافية الناجمة عن تزايد عدد الولادات من تعقيد الجهود الرامية إلى تحسين الأوضاع الصحية فيها. أما على الصعيد العالمي فإن أكثر من ١٢٠ مليوناً من الرجال والنساء المتزوجين لا تلبى حاجتهم في مجال تنظيم الأسرة ويتم إنهاء ٤٥ مليون حالة حمل غير مرغوبة سنوياً، يتم إنهاء قرابة ١٩ مليون منها في ظل ظروف غير مأمونة مما يسفر عن وفاة ما يقدر بـ ٦٨٠٠٠ امرأة سنوياً نتيجة المضاعفات المترتبة عليها.

٤- وبالمقارنة مع جميع: الإناث في سن الإنجاب ارتفعت نسبة الخصوبة في أوساط اللائي تتراوح أعمارهن بين ١٥و١٩ عاماً من أقل من ١٠٪ إلى ما يتراوح بين ١٢٪ و١٥٪ في أمريكا اللاتينية وبلدان أفريقيا الجنوبية في غضون العقدين الماضيين، مع انعدام أية إشارة تدل على حدوث أي انخفاض في هذا الاتجاه. وتشير التقديرات على المستوى العالمي إلى أن الاحتياجات غير الملباة فيما يتعلق بموانع الحمل تزيد على أقل تعديل بنسبة ١٠٪ بالنسبة للمراهقات بالمقارنة مع سائر النساء في سن الإنجاب. فأكثر من ١٠٪ من جميع الأمهات مراهقات تفوق احتمالات موتهن لأسباب ذات صلة بالحمل بمرتين بالمقارنة مع سواهن.

---

١ تبين الأرقام هنا المعدلات الوسطية الوطنية ولا تعكس دوماً أوجه الجور في التغطية داخل البلدان أو بين السكان.

٥- ويستمر الاتجاه نحو توفير المساعدة المهنية في أثناء الولادة في جميع المناطق ماعدا أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ففي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تحظى نسبة ٨٠٪ من الولادات الآن بالمساعدة من جانب ممرضات حاذقات. وتتزايد التغطية بخدمات الرعاية قبل الولادة بصورة أبطأ لاسيما في أفريقيا حيث تجعل أوبئة فيروس العوز المناعي البشري الاستفادة من هذه الخدمات أمراً حاسماً وملحاً. ومازال هناك فجوات كبرى في الرعاية في مرحلة ما بعد الولادة؛ فنسبة ٨٠٪ من النساء اللائي يلدن في المنازل لا يتلقين هذه الرعاية. وهناك أوجه نقص خطيرة في إيتاء الخدمات في العديد من البلدان، وخصوصاً أشد المناطق حرماناً. أما في المناطق الأقل حرماناً فتتمثل المشكلة الرئيسية في سوء نوعية الخدمات وتعدد العقبات التي تحول دون الحصول عليها. ولاتزال المعلومات الصحيحة بشأن كثافة اليد العاملة وتوفرها في هذا الميدان غير متاحة.

٦- وأُحرز تقدم بسيط في رعاية الأطفال المرضى. حيث لا توجد سوى سبعة بلدان من أصل ٦٠ بلداً تشهد أعلى عدد من وفيات الأطفال يمكن القول بأنها تتجه نحو بلوغ الهدف ٥ من المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية القاضي بخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر بنسبة الثلثين بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥، في حين ارتفعت معدلات هذه الوفيات في ١٤ بلداً بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٤، وكان ذلك في أغلب الأحيان في صفوف المتأثرين بالقلاقل الأهلية أو بسبب أوبئة فيروس الأيدز المعممة. وعلى الرغم مما تشهده معدلات التغطية ببعض التدخلات من تحسن، فإن متوسط التغطية بالنسبة للعديد من الآخرين مازالت متدنية. وقد أبلغت ٦ بلدان، في عام ٢٠٠٦، عن معدلات مناسبة من الذين يلتمسون الرعاية بسبب الالتهاب الرئوي ارتفعت إلى ٧٠٪، في حين يظل هذا الرقم في ١٢ بلداً آخر أقل من ٣٠٪، وأبلغت ستة بلدان عن التدبير العلاجي للإسهال على الوجه الصحيح بالنسبة لـ ٥٠٪ من الأطفال، في حين أبلغت ١٥ بلداً عن نسبة تقل عن ٣٠٪؛ وأبلغ ٢٢ بلداً عن تحقيق تغطية بنسبة ٣٠٪ بالمعالجة المضادة للملاريا، بيد أن ٦ بلدان فقط منها حققت الهدف المحدد لعام ٢٠٠٥ والبالغ ٦٠٪، كما حدد إعلان أبوجا بشأن دحر الملاريا في أفريقيا (٢٠٠٠)؛ وأبلغت ١٠ بلدان أن ٥٠٪ أو ما يزيد من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٦ أشهر كانوا يرضعون من الثدي حصراً ، في حين أبلغ ٢٣ بلداً عن معدلات تصل إلى ٢٠٪ أو أقل. لكن التغطية بالتدخلات الأخرى التي تنقذ الأرواح مثل الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات والوقاية من سراية فيروس الأيدز من الأم إلى الطفل بين سكان ٦٠ بلداً فلم تصل إلا ٣٪ لا غير. فعدد الولدان الذين تصلهم الرعاية الفعالة في فترة ما بعد الولادة أقل مما يجب بكثير، ولم يتم بعد جمع المعطيات وإيصالها على نحو منتظم فيما يتعلق بعدد الزيارات بعد الولادة (وتجدر الإشارة إلى أن المعطيات الواردة أعلاه لا تشمل تقييم جودة التدخلات).

٧- وفيما يتعلق بمعدلات التغطية الشاملة بالتمنيع التي ظلت على حالها في التسعينات فقد بدأت تزداد ببطء في السنوات الأخيرة. ويعود ذلك إلى حد كبير إلى التقدم الملحوظ في المناطق الأفريقية وشرق المتوسط حيث ازدادت التغطية باللقاحات (باستخدام المقياس غير المباشر المتمثل في نسبة الأطفال الذين يتلقون ثلاث جرعات من اللقاح المضاد للخناق والكزاز والشاهوق بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٥ من ٥٤٪ إلى ٦٧٪ ومن ٧٣٪ إلى ٨٢٪ على التوالي. ومن ناحية أخرى، ظلت التغطية باللقاح في إقليم جنوب شرق آسيا عند نسبة ٦٦٪ بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٥. وقد لا تكشف المعدلات البلدانية بالتغطية باللقاحات أوجه عدم المساواة القائمة في بلدان كثيرة. ومن الأمثلة على ذلك أن أكبر عدد من الأطفال الذين لم يتم تمنيعهم في بلد واحد هو في الهند، حيث رغم التغطية المرتفعة في بعض الولايات فإن التغطية المتدنية في عدد قليل منها تؤدي إلى تدني المعدل الوطني المقدر البالغ ٥٩٪.

٨- وأسفرت الزيادة التي شهدتها التغطية بلقاح الحصبة وإتاحة فرص ثانية للتلقيح عن تحقيق أهداف خفض عدد الوفيات الناجمة عن الحصبة[١] وتحقق تقدم مماثل في مجال الكزاز الوليدي: حيث انخفض عدد البلدان التي لم تتخلص من هذا المرض من ٥٧ بلداً في عام ٢٠٠٠ إلى ٤٩ بلداً في عام ٢٠٠٥، ومن المحتمل أن توثق صدقية تخلّص ١٠ بلدان أخرى من هذا المرض بوصفه مشكلة في ميدان الصحة العمومية في عام ٢٠٠٧. وتم من خلال إقامة الروابط مع برامج أخرى إعطاء الفيتامين "ألف" التكميلي خلال عملية التمنيع أو الحملات الجموعية في ٨٠ من أصل الـ١٣٦ بلداً التي يرتفع فيها معدل انتشار عوز الفيتامين "ألف".

٩- وتعوق أزمة الموارد البشرية بصورة خطيرة توسيع نطاق خدمات صحة الأم والوليد والطفل في العديد من البلدان. حيث إن عتبة الـ٢,٥ من مهنيي الرعاية الصحية (الأطباء، والممرضات والقابلات) لكل ١٠٠٠ من السكان تعتبر أساسية لبلوغ معدل تغطية كاف (٨٠٪) للولادات التي تحضرها ممرضة مرافقة حاذقة أو للتمنيع ضد الحصبة؛ وثمة ٥٧ بلداً لم تبلغ هذا المستوى وتواجه نقصاً شديداً في عدد العاملين.[٢] وتدل المعطيات حول توزع المهنيين المهرة في داخل البلدان على أن معدلات التغطية الخاصة بالولادة التي تحضرها ممرضة حاذقة في المناطق الريفية تتزايد باطراد، وإن كان ذلك بوتيرة أبطأ من المناطق الحضرية.

الإجراءات الرامية إلى تحسين التغطية

١٠- تستأثر الحاجة الماسة للإجراءات الرامية إلى تحسين صحة الأم والوليد والطفل باهتمام متزايد في أوساط سائر مؤسسات منظومة الأمم المتحدة والشركاء، وفي المحافل العالمية بوجه عام. فمنذ عام ٢٠٠٣ نشرت المجلات الصحية عدداً من المقالات عن بقيا الأطفال، وصحة الولدان، والصحة الجنسية والإنجابية والتقدم المحرز في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة. ويستضيف المقر الرئيسي للمنظمة أمانة "الشراكة الخاصة بصحة الأم والوليد والطفل" التي أُطلقت عام ٢٠٠٥ والتي أفلحت في الحصول على أموال كبيرة من أجل توسيع نطاق التدخلات في ستة بلدان في أفريقيا. وبالإضافة إلى ذلك ساهمت المفوضية الأوروبية بأموال لا يستهان بها في صحة الأم والوليد في ثمانية بلدان أفريقية. وينبغي أن تحفز توصية الأمين العام للأمم المتحدة المقدمة إلى الجمعية العامة في دورتها الحادية والستين في أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٦ "لتحقيق إتاحة الصحة الإنجابية للجميع بحلول عام ٢٠١٥" بوصفها مرمى جديداً في إطار المرامي الإنمائية للألفية تحسين معدلات التغطية أيضاً.

١١- وفي أعقاب إقرار جمعية الصحة العالمية، بموجب القرار ج ص ع٥٧-١٢ لاستراتيجية التعجيل بالتقدم المحرز نحو بلوغ المرامي الإنمائية الدولية ذات الصلة بالصحة الإنجابية أخذت العديد من أقاليم المنظمة تضع استراتيجيات لزيادة التدخلات كسلسلة متصلة من الرعاية طوال العمر وفي كل مستويات الرعاية عنصراً أساسياً فيها. وتم وضع إطار للتنفيذ وإعداد جلسات إعلامية حول هذه السياسة. وتستخدم عدة بلدان هذه الاستراتيجية حالياً أو تكيفها مع احتياجاتها الوطنية. وأقر مؤتمر وزراء الصحة في الاتحاد الأفريقي في دورة استثنائية (مابوتو، ١٨-٢٢ أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٦) خطة عمل محسوبة التكاليف بغية تحقيق الاستفادة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة. كما وضعت معظم البلدان الأفريقية خارطة طريق للتعجيل بالحد من وفيات ومراضة الأمهات والولدان، وعمدت البلدان في مناطق أخرى إلى تحديث استراتيجية الأمومة المأمونة بإدراج الرعاية الحاذقة للولادة والوقاية من سراية فيروس الأيدز من الأم إلى الطفل.

---

١ انظر الوثيقة ج٦٠/٢٨، الفرع "ياء".

٢ *التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٦، العمل معاً من أجل الصحة*، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦.

١٢- وتعكف العديد من أقاليم المنظمة على وضع استراتيجيات للتوسع في التدخلات التي تشكل فيها سلسلة الرعاية المتصلة على مدى الحياة وعلى جميع مستويات الرعاية عنصراً حاسم الأهمية. ففي عام ٢٠٠٦ اعتمدت اللجنة الإقليمية لأفريقيا، في دورتها السادسة والخمسين، استراتيجية "بقيا الأطفال" التي وضعت بصورة مشتركة من جانب منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والبنك الدولي. ويطبق المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ استراتيجية منظمة الصحة العالمية/ اليونيسيف الإقليمية لبقيا الأطفال التي أقرتها اللجنة الإقليمية في عام ٢٠٠٥، ويقدم المكتب الإقليمي لأوروبا الدعم للدول الأعضاء بغرض ترجمة الاستراتيجية الأوروبية بشأن صحة الأطفال والمراهقين ونمائهم، التي اعتمدتها اللجنة الإقليمية في عام ٢٠٠٥، إلى استراتيجيات وطنية. وقدم المكتب الإقليمي لشرق المتوسط المساعدة لتسعة بلدان بهدف إطلاق مبادرة السياسات الخاصة بصحة الأطفال. واعتمد أحد البلدان سياسة وخطة عمل شاملتين في عام ٢٠٠٦ لهذا الغرض. (والجدير بالذكر أنه قد يتم إدراج صحة الولدان كجزء من استراتيجية صحة الأمهات، واستراتيجية صحة الأطفال أو كليهما في بلد من البلدان).

١٣- ونشرت المنظمة في عام ٢٠٠٦ تقديرات قطرية وإقليمية وعالمية لوفيات الفترة المحيطة بالولادة ونشرت للمرة الأولى تقديرات لتوزع وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر على المستويات العالمية والإقليمية والقطرية التي يمكن عزوها للالتهاب الرئوي، والإسهال، والملاريا، والحصبة والحالات الأخرى في أول ٢٨ يوما من العمر.[١] وستتسم هذه المعلومات بأهمية حاسمة في تحديد مضمومات التدخلات الفعالة وسبل إيتائها على المستويين الوطني ودون الوطني.

١٤- وبناء على بياني منظمة الصحة العالمية/ اليونيسيف المشتركين بخصوص التدبير السريري للإسهال الحاد وتدبير الالتهاب الرئوي في المجتمعات المحلية، تعمد العديد من البلدان إلى تطبيق سياسات التكملة بالزنك وإنتاج أقراص الزنك أو المحاليل الفموية محلياً. واعتمد ١٧ بلداً سياسات ترمي إلى توفير معالجة الالتهاب الرئوي، بما في ذلك صرف المضادات الحيوية للمجتمع المحلي.

١٥- وأسفر الإدراك المتزايد بأن وفيات الولدان تلعب دورها في وفيات الأطفال بصورة إجمالية (قرابة ٤٠٪) والعدد الكبير من إملاص الولدان عن وضع أدلة إرشادية واستراتيجيات لتحسين صحة الولدان. ويتم تدعيم قدرات الموارد البشرية حالياً ويتوقع أن تكون الدول الأعضاء قد نفّذت تدخلات على مستويات السياسة العامة والمجتمع المحلي بحلول موعد تقرير المدير العام القادم الذي سيطرح على جمعية الصحة.

١٦- وتسارعت في البلدان النامية عميلة الاستفادة من اللقاحات الجديدة، وأهمها لقاحات التهاب الكبد B والمستدمية النزلية من النمط b (Hib) تسارعاً ملحوظاً في البرامج الروتينية. وقد ارتفع عدد البرامج الوطنية التي توفر لقاح التهاب الكبد B من ٩٦ برنامجاً في عام ٢٠٠٠ إلى ١٥٨ برنامجاً في عام ٢٠٠٥. وتم توفير لقاح المستدمية النزلية من النمط b للأطفال في ١٠١ بلداً، في عام ٢٠٠٥، في مقابل ٢٦ بلداً فقط في عام ١٩٩٧، مع تحقيق إنجازات في هذا المجال في أمريكا اللاتينية وبضعة بلدان في أفريقيا بصورة خاصة. وتشير التقديرات إلى أن معدلات الإصابة بالمرض الناجم عن المستدمية النزلية من النمط b التي تؤدي إلى وفاة ٥٠٠ ٠٠٠ طفل تقريباً كل سنة قد تراجعت بصورة دراماتيكية في البلدان التي تستخدم هذا اللقاح. ومن المزمع البدء، في عام ٢٠٠٨، في استخدام لقاحي المكورات الرئوية والفيروسات القهقرية في أشد بلدان العالم فقراً بدعم من "التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع".

١ *World health statistics, 2006.* Geneva, World Health Organization, 2006.

١٧- وقد نفذ ثلاثة وخمسون بلداً معظمها من أقل البلدان نمواً جوانب أسلوب "الوصول إلى كل حي ومنطقة" فحققت نتائج جيدة. وقد تحسنت التغطية الإجمالية بالتمنيع على الصعيد الوطني، بل إن معدلات الأحياء التي كان أداؤها سيئاً إلى حد ما قد ازدادت أيضاً مما قلل من أوجه عدم المساواة بين شتى الأحياء والمناطق.

١٨- ومن شأن المساعدات الإنمائية الرسمية أن تستهدف البلدان التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأطفال، غير أنه لا يوجد أي ارتباط منتظم وواضح ومباشر بين مدى خطورة المشكلات الصحية التي تواجه الأمهات والولدان والأطفال وبين مقدار المساعدات التي تتلقاها هذه البلدان. وفيما عدا بضع مبادرات تتلقى الدعم من الجهات المانحة، من قبيل استئصال شلل الأطفال مثلاً، فإنه لم تسجل حالياً أية زيادة ذات شأن في الاستثمارات العامة في صحة الأم والوليد والطفل، بل على العكس من ذلك فقد خفضت ثلاث جهات مانحة رئيسية مساهماتها في هذا الميدان. وإذا ما استمر هذا الاتجاه فلن يكون من الواقعية في شيء انتظار إحراز أي تقدم في اتجاه بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. وقد تم تأمين بعض الموارد الإضافية عن طريق آليات خاصة مثل "التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع" و"الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا" غير أنه من السابق لأوانه تقييم أثرها الآن.

١٩- وبعد أن قضت صحة الأم والوليد والطفل فترة طويلة بعيدة عن الأضواء والاهتمام أخذت الآن تحتل مرة أخرى مجال تركيز الاهتمام العام. غير أن تزايد التسليم بذلك على النطاق العالمي لم يقابل بما يوازيه من زيادة في التمويل. وينبغي أن تركز الإجراءات في المستقبل على استنهاض الإرادة السياسية على المستوى القطري ورسم استراتيجيات وطنية وإقليمية لتوسيع نطاق البرامج وتوفير الموارد لذلك. ويتعين أن تمنح هذه الاستراتيجيات أولوية سياسية عالية لقضايا القوى العاملة الصحية وأن توفر الوسائل التنظيمية والسياسية لإحلال إتاحة خدمات صحة الأم والوليد والطفل في صلب مضمومة المنافع الصحية التي تضمنها الحكومات لمواطنيها.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢٠- جمعية الصحة مدعوة للإحاطة علماً بالتقرير.

= = =