

إنقاذ حياة الأمهات والأطفال

ملخص تنفيذي

1. لاتزال وفيات الأمهات والأطفال إحدى الشواغل الرئيسية في الصحة العمومية في إقليم شرق المتوسط؛ ورغم أن الإقليم قد بذل جهوداً ضخمة لتقليص وفيات الأمهات والأطفال على مدى السنوات الاثنتين والعشرين الماضية، فإن ما يقرب من 923 000 طفل دون سن الخامسة من العمر يموت نتيجة للأمراض الشائعة في فترة الطفولة، وما يقرب من 39 000 امرأة في سن الإنجاب تموت كل عام نتيجة للمضاعفات ذات الصلة بالحمل، ومن غير المحتمل، على ما يبدو، أن يحقق الإقليم المرميين 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية بحلول 2015 ما لم يتم بالفعل إحراز تقدّم متسارع، ولاسيّما في البلدان التي تساهم بالقسط الأكبر من الوفيات لدى الأطفال دون سن الخامسة ولدى الأمهات.

2. وتساهم عوامل عامة متعددة في ارتفاع مستويات الوفيات بين الأطفال وبين الأمهات في بعض بلدان الإقليم، ومنها غياب الالتزام المستديم بصحة الأطفال وصحة الأمهات، وانخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة، ولاسيّما على برامج صحة الأمهات وصحة الأطفال، وضعف الاتساق بين اهتمامات السلطات الوطنية واهتمامات الوكالات المانحة، والكوارث والاضطرابات السياسية، وضعف الإدارة لبرامج صحة الأطفال وصحة الأمهات، وعدم الاستخدام الفعّال للموارد البشرية والمالية الشحيحة أصلاً. وتعاني معظم البلدان التي تتحمل عبئاً كبيراً من وفيات الأمهات والأطفال من ثغرات كبيرة في نُظُمها الصحية، ولاسيّما ما يتعلق بالسكان المحرومين من الخدمات ومن المزايا الاجتماعية الأخرى، ومن التحديات الرئيسية التي لاتزال تواجهها البلدان التي تعاني من معدلات مرتفعة لوفيات الأطفال والأمهات الأعداد غير الكافية من القوى الصحية العاملة، والتي تتوزّع توزيعاً غير متوازن ولا يُتاح لها التدريب الكافي، وتعاني من تنقل العاملين فيها بمعدّلات مرتفعة في جميع المستويات. ومن التحديات الرئيسية الأخرى التي تقف في طريق تقديم الرعاية الصحية للأطفال وللأمهات نُظُم الإحالة التي تفشل في أداء وظائفها، وغياب رعاية الطوارئ للأطفال والأمهات أو تدني جودتها في مستشفيات الإحالة. ومن الأمور التي ترتبط بجودة الخدمات نذكر قلة توافر الأدوية الأساسية اللازمة للرعاية الصحية للأمهات وللأطفال، وتعاني نُظُم المعلومات الصحية من الضعف بشكل عام في معظم البلدان، كما أن حدوث التغييرات بمرور الوقت في معدّلات بقاء الأطفال والأمهات على قيد الحياة يعكس الحوائل التي تسفر عنها الاستثمارات التي تستهدف طائفة من المحددات الاجتماعية البالغة الأهمية، مثل تعليم الإناث، وتمكين المرأة، وتقليص الفقر، والاستثمار في النُظُم الصحية، والحوكّمة الجيدة؛ فلذلك أهمية واضحة في سياق مجموعة من سياسات القطاع الاجتماعي وجدول أعمال التنمية البشرية في الدول الأعضاء.

3. وتقديراً لمدى الحاجة للارتقاء بالجهود التي تبذلها الحكومات والشركاء والمانحون لتلبية الاحتياجات الصحية للأمهات وللأطفال في الإقليم، فقد عملت منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة

للسكان، بالتعاون مع البلدان ومع الشركاء الآخرين للبدء بإطلاق مبادرة إقليمية لتسريع وتيرة التقدم صوب المرميين 4 و 5 من المرامي الإنمائية للألفية، وهي المبادرة الإقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال في الإقليم. وتركز هذه المبادرة على عشرة من البلدان التي تعاني من عبء ثقيل لوفيات الأمهات والأطفال، وهي أفغانستان، وجيبوتي، ومصر، والعراق، والمغرب، وباكستان، والصومال، وجنوب السودان، والسودان، واليمن. وقد تم إطلاق هذه المبادرة بالفعل خلال اجتماع رفيع المستوى عُقد في دبي، في الإمارات العربية المتحدة، في كانون الثاني/يناير 2013، تحت رعاية صاحب السمو الشيخ محمد بن راشد آل مكتوم، نائب رئيس الإمارات العربية المتحدة ورئيس الوزراء وحاكم دبي؛ وقد استضافت ذلك الاجتماع صاحبة السمو الملكي الأميرة هيا بنت الحسين، رسولة الأمم المتحدة للسلام، ورئيسة سلطة مدينة دبي للرعاية الصحية؛ وقد حضر الاجتماع شخصيات قيادية من 22 بلداً من بلدان الإقليم، إلى جانب الشركاء الرئيسيين والأطراف المعنية الرئيسية، وقد اختتم الاجتماع أعماله بإصدار إعلان دبي الذي يقدم الدليل لتوجيه السير قُدماً في جميع دول الإقليم. ومن الإجراءات ذات الأولوية التي أشار إليها الإعلان: تنفيذ الخطط التي تؤدي إلى تسريع وتيرة التقدم في البلدان العشرة التي تعاني من ارتفاع عبء الوفيات لدى الأطفال ولدى الأمهات؛ وتأسيس آليات تمويل مستدامة؛ وتقوية التكافل الإقليمي والتعاون بين جميع الأطراف المعنية والتنسيق مع الشركاء ومع الوكالات المانحة حول خطط تسريع وتيرة التقدم؛ واتخاذ خطوات يمكن قياسها من أجل تقوية النظم الصحية والإحصاءات الحيوية من خلال النظم المحسنة للمعلومات الصحية وتسجيل الأحوال المدنية؛ وبناء قوى عاملة ماهرة؛ وتحسين توافر وسلامة وفعالية السلع المنقذة للحياة.

مقدمة

4. لقد تحقّق تقدّم ملحوظ في تقليص معدلات وفيات الأمهات والأطفال على الصعيد العالمي خلال العقد المنصرم، فانخفضت معدلات وفيات الأمهات بمقدار 34% ومعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار 30% خلال الفترة بين عام 2000 والثنائية 2010 - 2011؛ كما تقدّم الكثير من البلدان تقدّمًا مثيراً للإعجاب صوب بلوغ المرامي ذات الصلة بالصحة من المرامي الإنمائية للألفية (1، 2). إلا أنه رغم هذا التقدم المحرّز لم يستكمل العمل في جداول الأعمال التي تستهدف تحسين صحة الأمهات والأطفال والتي وضحتها الاستراتيجية العالمية للأمم المتحدة لصحة النساء والأطفال، وحركة كل امرأة وكل طفل. كما أوضح التقرير الذي أصدرته مجموعة مراجعة مستقلة من الخبراء في لجنة المعلومات والمساءلة حول صحة الأطفال والمرأة أهمية تقوية المساءلة لدى البلدان ولدى الأطراف المعنية الأخرى (3).
5. وفي إقليم شرق المتوسط، لاتزال وفيات الأمهات والأطفال من بين الشواغل الرئيسية في الصحة العمومية، وذلك رغم ما بذله الإقليم من جهود ضخمة لتقليص معدلات وفيات الأمهات والأطفال منذ عام 1990، فلا يزال 923 000 طفل دون سن الخامسة من العمر يموتون كل عام نتيجة الأمراض الشائعة في الطفولة (1) ولا تزال 39 000 امرأة في سن الإنجاب تموت بسبب المضاعفات ذات الصلة بالحمل (2).
6. ويغلب ألا يحقّق إقليم شرق المتوسط الأهداف الموضّحة في المرميين 4 و 5 من المرامي الإنمائية للألفية ما لم يتم إحراز تقدّم مكثف وبوتيرة متسارعة، ولاسيّما في البلدان التي تساهم في نصيب كبير من وفيات الأمهات ووفيات الأطفال دون سن الخامسة.

7. والغرض من هذه الورقة هو وصف وضع صحة الأطفال والأمهات في الإقليم، واستعراض التقدم المحرز وما يمكن أن تُسهم به الدول الأعضاء والشركاء الدوليون والإقليميون من أجل تعجيل وتيرة تقليص معدلات وفيات الأمهات والأطفال.

صحة الأمهات والأطفال في إقليم شرق المتوسط

8. لقد نقص معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الإقليم في الفترة بين 1990 و2011 بمقدار 41% وهو نقص لا يحقق الهدف الموضح في المرامي الإنمائية للألفية، والذي ينص على نقص مقداره 66% في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بحلول عام 2015، وهو أجل سيحل خلال فترة تزيد قليلاً عن العامين. وقد كان النقص في وفيات المواليد أقل من النقص في وفيات الفئات الأخرى من الأطفال، فقد كان مقداره 31% في نفس الفترة الزمنية. كما أن هناك تفاوتاً واسعاً بين بلدان الإقليم في مستويات وفيات الأطفال دون سن الخامسة. فوفقاً للفريق المشترك بين الوكالات والتابع للأمم المتحدة والمعني بتقدير معدلات وفيات الأطفال (في تقريره لعام 2012)، فإن في إقليم شرق المتوسط ستة بلدان بلغت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة فيها أدنى المستويات في العالم، وهذه البلدان هي البحرين، ولبنان، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة؛ وهي معدلات تتراوح بين 7 و10 وفيات لكل ألف مولود حي (1). كما لوحظ انخفاض مماثل لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الكويت، ومع ذلك فإن وتيرة إحراز التقدم بطيئة في الإقليم، ولاسيما في البلدان الستة التي تساهم في 82% من مجمل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الإقليم، وذلك بسبب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة مع ضخامة أعداد السكان، وهذه البلدان هي أفغانستان، وباكستان، والصومال، وجنوب السودان، والسودان، واليمن (1).

9. أما معدل وفيات الأمهات في الإقليم فقد نقص بمقدار 42% بين عامي 1990 و2010. وهناك تفاوت واسع بين بلدان الإقليم في مستويات وفيات الأمهات، إذ تتراوح بين 7 لكل مئة ألف مولود حي إلى 2054 لكل مئة ألف مولود حي. وهناك سبعة بلدان في الإقليم تقل فيها معدلات وفيات الأمهات عن 25 لكل مئة ألف مولود حي، وهذه البلدان هي البحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، والكويت، ولبنان، وقطر، والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة، إلا أن وتيرة إحراز التقدم بطيئة في بقية بلدان الإقليم، ولاسيما في ستة من بلدان الإقليم تساهم في أكثر من 70% من مجمل وفيات الأمهات في الإقليم (4)، وهذه البلدان هي جيبوتي، والعراق، وباكستان، والصومال، وجنوب السودان، والسودان.

10. وكان في الإقليم عدد من قصص النجاح، نذكر منها على سبيل المثال أن مصر قد وصلت إلى تغطية شاملة باستراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل، وإلى مستوى مرتفع للتغطية بالتدخلات المتكاملة لصحة الأمهات، ونتيجة لذلك فهي قد تجاوزت بالفعل المرمى 4 من المرامي الإنمائية للألفية (تقليص 75% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة)، وهي تمضي في طريقها الصحيح صوب بلوغ المرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية. وقد ارتقت جمهورية إيران الإسلامية بالرعاية الأولية التي تقدمها للأمهات وللمواليد وللأطفال، بالاستناد إلى التدريب الناجح الذي توفره للعاملين الصحيين المجتمعيين، فحققت بذلك المرمى الخامس من المرامي الإنمائية للألفية. وقد أنقص المغرب معدل وفيات الأمهات عن طريق الإعفاء من دفع تكاليف الولادة، بما فيها العمليات القيصرية، وتقوية نظام الإحالة. كما ساهم كل من ازدياد الإنفاق على الصحة في البلدان الأعضاء

في مجلس التعاون الخليجي مع تقديم الخدمات مجاناً إسهاماً ملحوظاً في إنقاص معدلات وفيات الأمهات والأطفال.

11. ومن بين العوامل والتحديات الكثيرة التي ساهمت في الوضع الصحي الحالي للأمهات وللأطفال في الإقليم، ولاسيما عدم إحراز التقدم في البلدان التي تعاني من عبء ثقيل لوفيات الأمهات والأطفال:

- يغلب أن لا يكون الالتزام بصحة الأمهات والأطفال مستديماً، بل إنه يميل بشكل واضح إلى التأثير بكل تغيير في القيادة الصحية وبالأولويات المستجدة الأخرى.

- انخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة، ولاسيما في البلدان التي تعاني من عبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال، مع ارتفاع حصة الفرد من المدفوعات من ماله الخاص لقاء تلقي الخدمات الصحية، وهو من التحديات الرئيسية التي تعيق وصول الأمهات وللأطفال إلى الخدمات الصحية. وبشكل عام، ليس هناك دعم مالي كافٍ للبرامج الصحية للأمهات وللأطفال من أجل تحقيق المستوى المطلوب من التنفيذ.

- وقد يكون لدى الأطراف المانحة أولويات مختلفة عن أولويات البلدان، وقد يكون لديها توجهات في تعزيز ودعم تدخلات لا تتوافق مع التدخلات التي تحددها البلدان، ويؤدي ذلك الاختلاف إلى تأخير تنفيذ التدخلات التي تحددها البلدان، كما يؤدي إلى المزيد من التششت والقصور في الدعم.

- إن البلدان التي تعاني من عبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال جميعها من بين 12 بلداً في الإقليم تواجه أوضاع الأزمات، وهي أوضاع تؤثر سلباً على تنفيذ البرامج الصحية للأمهات والأطفال وعلى تحقيق الإنجازات فيها، ومما يزيد من وخامة الأمر أن الأطفال والأمهات هم الذين يتعرضون للإهمال في خطط الاستجابة لمقتضيات الطوارئ، رغم أنهم من المجموعات السكانية الأكثر تعرضاً للمخاطر والأكثر تأثراً بها أثناء الصراعات وأثناء الكوارث.

- يغلب أن تغيب الإدارة المتكاملة والبنى التنسيقية والرؤية الشمولية لصحة الأمهات والأطفال، مما يؤدي إلى تششت الأساليب التي يُراد منها تلبية احتياجاتهم، ويساهم هذا الوضع إسهاماً حاسماً في الاستعمال القاصر للموارد البشرية والمالية المحدودة في الأصل، وفي تكرار الجهود، وفي تنظيمات غير متسقة في بعض الأحيان.

- ورغم أن النظم الصحية القوية بالغة الأهمية لتحقيق نتائج صحية محسنة، ومنها النتائج الخاصة بالأمهات والأطفال، فإن معظم البلدان التي تعاني من عبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال تواجه ثغرات كبيرة في نظمها الصحية، ولاسيما في ما يتعلق بتقديم الخدمات للمحرومين من الخدمات والمستضعفين من السكان؛ وتتضمن تلك الثغرات فقدان القدرات اللازمة لإنتاج القوى العاملة الصحية التي تكفي لتقديم الخدمات المطلوبة.

- وقد أدّى انخفاض قدرة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية الضرورية العالية الجودة إلى توسيع نطاق الدور الذي يقوم به القطاع الخاص، والذي يعاني في غالب الأحيان من سوء التنظيم والقصور في المراقبة على الجودة وعلى الخدمات التي يقدمها.

- ومن التحدّيات الأخرى التي تواجه تقديم الخدمات للأمهات وللأطفال غياب نظم الإحالة ذات الأداء الجيد لوظائفها، وغياب أو تدني جودة رعاية الطوارئ التي تقدّم للأمهات وللأطفال في مستشفيات الإحالة؛ مما يساهم في زيادة وفيات الأمهات والأطفال.

- كما تتأثر جودة الخدمات أيضاً بتوافر الأدوية الأساسية في المرافق الصحية (5)، وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في بلدان منتقاة تعاني من عبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال أن وسطي توافر الأدوية الأساسية في مرافق الرعاية الصحية الأولية يتراوح بين 0% و15% في القطاع العام، وبين 31% و90% في القطاع الخاص (6). وقد كان الكثير من هذه المرافق معنياً بتقديم الخدمات الصحية للأمهات والأطفال.

- يغلب أن تتسم نظم المعلومات الصحية بالضعف في البلدان التي تعاني من عبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال، وأن تواجه تحديات كبيرة ذات صلة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الصحية؛ إذ إن ثلث الولادات فقط يسجّل، بل إن نسبة الوفيات التي تسجّل قد تكون أقل من ذلك، مما يؤثّر على قدرة الحكومة على التخطيط لتلبية الخدمات المطلوبة.

• إن التغطية بجزمة التدخلات الصحية العالية المردود للأمهات وللأطفال منخفضة في معظم البلدان ذات الأولوية، وحتى في البلدان التي بلغت مستوى عالياً من التغطية فإن هناك تفاوتاً في المساواة بين المناطق الريفية والحضرية، وبين الأغنياء والفقراء.

12. وتعكس التغيرات التي تطرأ على معدلات بقاء الأمهات والأطفال على قيد الحياة حصيلة الاستثمارات التي نفذت في كامل طيف المحددات الاجتماعية للصحة، مثل تعليم الفتيات وتمكين المرأة، وتقليص الفقر، والاستثمارات في النظم الصحية، والحوكمة الجيدة. ولهذا الاستثمارات أهمية واضحة ضمن سياق سياسات القطاع الاجتماعي واستراتيجيات التنمية البشرية التي يتم تنفيذها في شتى أرجاء الإقليم.

الاستجابة للوضع الإقليمي

صحة الأطفال والأمهات: أولوية إقليمية

13. لقد أخذت اللجنة الإقليمية عام 2012 باعتبارها العبء الثقيل لوفيات الأمهات والأطفال في الإقليم، فأقرت أن صحة الأمهات والأطفال أولوية استراتيجية في الصحة العمومية للسنوات الخمس القادمة. ووضعت الاتجاهات الاستراتيجية الثلاثة التالية: (1) إيلاء التركيز وتقديم الدعم الخاص للبلدان التي تعاني من عبء ثقيل لوفيات الأمهات والأطفال. (2) الاستثمار في التآزر والتعاون مع الشركاء المعنيين، (3) تقوية خطط العمل الوطنية من خلال ضمان إدراج تدخلات أساسية عالية المردود فيها، ولاسيما في المناطق التي تتدنى فيها الخدمات.

المبادرة الإقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال

14. إقراراً بالحاجة إلى الارتقاء بالجهود التي تبذلها الحكومات والشركاء والأطراف المانحة للاستجابة لاحتياجات الأمهات والأطفال في الإقليم، فقد شرعت منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة

للسكان، بالتعاون مع بلدان الإقليم ومع شركاء آخرين، والعمل المشترك لإطلاق المبادرة الإقليمية لتسريع وتيرة التقدم صوب المرميين 4 و 5 من المرامي الإنمائية للألفية، وذلك ضمن مبادرة إقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال. وتركز هذه المبادرة على عشرة بلدان تعاني من عبء ثقيل لاعتلال صحة الأمهات والأطفال في الإقليم، وهذه البلدان هي أفغانستان، وجيبوتي، ومصر، والعراق، والمغرب، وباكستان، والصومال، وجنوب السودان، والسودان، واليمن، وقد تم تحديد هذه البلدان على أنها بلدان ذات أولوية في المرميين 4 و 5 من المرامي الإنمائية للألفية لأنها المسؤولة عن 95% من وفيات الأمهات والأطفال في الإقليم. وقد عانى معظم هذه البلدان أو يعاني الآن من أزمات ومن نزوح السكان بأعداد ضخمة مما أثر سلباً على التقدم الذي أحرزته في صحة الأمهات والأطفال وفي بلوغ المرميين 4 و 5 من المرامي الإنمائية للألفية.

15. وقد عملت وكالات الأمم المتحدة الثلاث المذكورة عملاً مكثفاً مع البلدان المعنية لمراجعة الوضع الراهن فيها من حيث تقليص معدلات وفيات الأمهات والأطفال وإعداد خطط منسقة تستهدف تكثيف الجهود المشتركة وتسريع وتيرة التقدم. وقد تم إطلاق المبادرة الإقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال بالفعل في الاجتماع الرفيع المستوى الذي عُقد في دبي، الإمارات العربية المتحدة، في كانون الثاني/يناير 2013، تحت رعاية صاحب السمو الشيخ محمد بن راشد آل مكتوم، نائب رئيس الإمارات العربية المتحدة ورئيس الوزراء وحاكم دبي؛ وساهم في تنظيم المؤتمر كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف، وحضره 150 مشاركاً، منهم 10 وزراء للصحة، وكبار الموظفين، وشخصيات قيادية من 22 بلداً من بلدان الإقليم، إلى جانب الشركاء الرئيسيين والجهات المعنية الرئيسية. وقد استضافت المؤتمر صاحبة السمو الملكي الأميرة هيا بنت الحسين، رسولة الأمم المتحدة للسلام، ورئيسة سلطة مدينة الرعاية الصحية في دبي، وألفت، سموها، كلمة أمام المشاركين في اليوم الأول للاجتماع.

16. وقد كان الاجتماع الرفيع المستوى بمثابة منطلق لحوار القيادات من أجل:

- رفع مستوى الاهتمام والالتزام بصحة الأمهات والمراهقين والأطفال (بما فيهم الولدان)، مع التركيز على العدالة؛
- تسهيل الحوار حول السياسات من أجل تسريع وتيرة التقدم في العمل وبلوغ الإتاحة الشاملة لخدمات صحة الأمهات والمراهقين والولدان والأطفال في الإقليم.
- مناقشة حزم الرعاية المسندة بالبيّنات والاتفاق عليها وتنفيذ الاستراتيجيات في كامل السلسلة المتواصلة للرعاية.

17. وتضمّنت الوثائق الأساسية للمؤتمر المرتسمات القطرية لكل بلد من البلدان العشرة التي تعاني من عبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال، ووثيقة للمرتسم الإقليمي، ووثيقة حول "ماذا يتطلب الأمر وكم من الأرواح يمكن إنقاذها" وتوضّح هذه الوثيقة تقديرات حول الآثار الصحية ومدى التقدم المحرز صوب المرميين 4 و 5 من المرامي الإنمائية للألفية وأهداف الارتقاء بالتغطية بالتدخلات الرئيسية بالإضافة إلى الموارد المالية المطلوب توافرها.

18. واحتتم الاجتماع أعماله بإصدار إعلان دبي الذي رسم الطريق نحو زيادة التزام القيادات في الإقليم. وقد عبّرت البلدان من خلال إعلان دبي عن التزامها بما يلي: إعداد وتنفيذ خطط خاصة بصحة الأمهات

والأطفال؛ واتخاذ خطوات قابلة للقياس لتقوية النُظُم الصحية فيها؛ وحشد الموارد المحلية والدولية من أجل إنشاء آلية للتمويل المستدام. وقد اتفقت جميع المنظمات المشاركة في المؤتمر على تحسين التنسيق والمساءلة في ما بين جميع الشركاء، وعلى تعزيز التعاون بين البلدان ضمن الإقليم (7).

خطط تسريع وتيرة التقدم بصحة الأمهات والأطفال

19. بعد انفضاض مجتمع دبي، أعدَّ وزراء الصحة في البلدان العشرة ذات الأولوية، وبدعم تقني من منظمة الصحة العالمية ومن منظمة اليونيسيف ومن صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومن شركاء آخرين معينين، خططاً لتسريع وتيرة التقدم بصحة الأمهات والأطفال للفترة 2013 – 2015. وتركز تلك الخطط على زيادة التغطية بالتدخلات الرئيسية العالية المردود تشمل السلسلة الكاملة للرعاية، مع التصدي لجوانب انعدام المساواة في صحة الأمهات والأطفال، والدعوة إلى المزيد من التعاون بين القطاعات، وقد شكَّلت تلك الخطط أساساً للعمل في المرامي الإنمائية بعد 2015.

20. أظهر تحليل متطلبات الموارد اللازمة للارتقاء بتنفيذ التدخلات الأساسية العالية المردود الكفيلة بتحقيق التغطية الشاملة بالرعاية الصحية للأمهات والمواليد والأطفال في البلدان العشرة التي تعاني من عبء ثقيل من وفيات الأمهات والأطفال وإمكانية إنقاذ حياة ما يزيد على مليون من الأمهات والأطفال بحلول عام 2015، أنها ستتطلب ما يقرب من 4 مليارات دولار أمريكي بين الوقت الحاضر وبين عام 2015 (8) ويغطي هذا المبلغ التدخلات في تنظيم الأسرة، ورعاية الحوامل، وإشراف العاملين الصحيين الماهرين على الولادات، والرعاية التالية للولادة مباشرة، واللقاحات، ومعالجة الأمراض الرئيسية في مرحلة الطفولة، وتحسين التغذية الذي يتضمن الإرضاع الطبيعي من الثدي، والوصول إلى المياه النظيفة وإلى الإصحاح.

21. وتقدم الخطط الفردية التي أعدتها البلدان العشرة تفاصيل حول المتطلبات الفورية والمحددة من التمويل، والثغرات بين ما هو متوافر من التمويل وما هو مطلوب، وسيكون من الضروري بذل جهود ضخمة لحشد الموارد اللازمة لتنفيذ هذه الخطط بأكملها.

المضي قُدماً

22. يقدم إعلان دبي من خلال توصياته دليلاً يقود جميع الدول الأعضاء للمضي قُدماً في الطريق. والإجراءات ذات الأولوية لدى البلدان ولدى الشركاء الآخرين هي:

- تنفيذ الخطط الرامية لتسريع وتيرة التقدم في البلدان العشرة التي تعاني من عبء ثقيل لوفيات الأمهات والأطفال، والتي ترتبط بخطط وطنية محددة التكاليف (وعند الاقتضاء بخطط على الصعيد دون الوطني) حول صحة الأطفال والمراهقين والأمهات، مع أهداف واضحة للتغطية بحزمة متفق عليها من التدخلات التي تشمل السلسلة الكاملة للرعاية؛ وسيطلب التنفيذ تخصيص الموارد البشرية والمالية اللازمة لذلك.
- إنشاء آلية تمويل مستدامة؛ وحشد الموارد المحلية والدولية من أجل زيادة الميزانية، وذلك عبر اتباع الأساليب التقليدية والأساليب المبتكرة، وهو أمر بالغ الأهمية للحصول على حصائل صحية أفضل للأمهات وللمراهقين وللأطفال جميعاً.

• تقوية الالتزام والتضامن والتعاون على الصعيد الإقليمي بين جميع الأطراف المعنية مع الاتساق في العمل بين الشركاء والوكالات المانحة حول خطط تسريع وتيرة التقدم.

• اتخاذ خطوات قابلة للقياس لتقوية النظم الصحية والإحصاءات الحيوية وتحسين نُظم المعلومات الصحية للوصول إلى ضمان جودة المعطيات، ولاسيما من خلال تسجيل أفضل للأحوال المدنية، وبناء القدرات في القوى العاملة، وتحسين توافر السلع المأمونة والفعّالة والمنقذة للحياة، ضماناً لإزالة العقبات والعوائق وإتاحة الوصول العادل للخدمات الصحية للأمهات والمراهقين والولدان والأطفال.

• رَصد التقدم المحرَز في تنفيذ المبادرة الإقليمية لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال، بما يتماشى مع التوصيات المذكورة في إطار المساءلة الذي أعدته لجنة المعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل.

23. ستقدّم منظمة الصحة العالمية كل عام تقريراً إلى اللجنة الإقليمية حول التقدم المحرَز في تنفيذ هذه المبادرة، كما سيتم تقييم حصيلة خطط تسريع التقدم في نهاية المدة المحددة لها، وذلك بدعم تقني من منظمة الصحة العالمية، ومنظمة اليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والشركاء الآخرين، وسيتم توزيع النتائج والاستفادة منها أيضاً باعتبارها إسهامات تشارك في صياغة جدول أعمال التنمية من أجل الصحة بعد 2015.

24. اللجنة الإقليمية مدعوة للنظر في هذه الورقة ولناقشة الخطوات اللازمة لتنفيذ إعلان دبي وللارتقاء بالجهود من أجل بلوغ المرميين 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية.

المراجع

1. *Levels and trends in child mortality: report 2012. Estimates developed by the UN Inter-agency Group on Child Mortality Estimation.* New York, United Nations Children's Fund, 2012.
2. *Trends in maternal mortality 1990–2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates.* Geneva, World Health Organization, 2012.
3. *Keeping promises, measuring results: Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health.* Geneva, World Health Organization, 2011.
4. *Regional health observatory 2012.* Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (<http://rho.emro.who.int/rhodata/>).
5. *Health facility survey on quality of outpatient child health services.* IMCI health facility surveys for Egypt (2003), Sudan (2003), Morocco (2007). Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
6. *Medicine prices, availability, affordability and price components.* Summary reports for Morocco (2008), Pakistan (2009) and Yemen (2008). Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
7. *Summary report on the high-level meeting on saving the lives of mothers and children: rising to the challenge in the Eastern Mediterranean Region, Dubai, United Arab Emirates, 29–30 January 2013.* Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2013.
8. *Scaling up interventions in the Eastern Mediterranean Region. What does it take and how many lives can be saved?* Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2013.