نبـــذة عـــامـــة

التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٥

لا تبخسوا أمّاً أو طفلاً مكانتها في المجتمع

الأطفال هم مستقبل المجتمع، وأمهاتهم حماة هذا المستقبل، ولكن بالرغم من ذلك، يُتوقّع أن تبلغ وفيات الأطفال دون سن الخامسة نحو ١١ مليون طفل هذا العام لأسباب يمكن توقيّها إلى حد كبير. ومن بين هؤلاء الأطفال، هناك ٤ ملايين طفل رضيع يُتوقّع أن يموتوا في الشهر الأول من العمر، بالإضافة إلى ٣,٣ مليون وليد ميت ناهيك عن نصف مليون امرأة يُتوقّع أن تتوفى أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها مباشرة.

إن التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٥ – لا تبخسوا أماً ولا طفلاً مكانتهما في المجتمع، الذي تصدره منظمة الصحة العالمية، يوضّح أسباب استمرار هذه الوفيات بهذا النطاق، وسُبُل تقليص العبء السنوي للوفيات. ويتضمن التقرير تحليل الخبراء للعقبات التي تحول دون إحراز تقدم في صحة الأمهات والأطفال والولدان، بالإضافة إلى سلسلة شاملة من التوصيات التي تهدف إلى تذليل تلك العقبات. ويشير التقرير إلى أن التدخلات اللازمة لتغيير مجرى حياة ملايين الأمهات والأطفال ولتوقي الوفيات المبكرة المفجعة، أصبحت موجودة بالفعل في يومنا هذا.

إن وضع نهاية للاستبعاد الواسع الانتشار يستلزم من البلدان ضمان وصول الرعاية لكل أم وطفل من خلال سلسلة متصلة من الخدمات تمتد من الحمل مروراً بالولادة والفترة التالية للولادة ووصولاً إلى فترة الطفولة. ويقدم التقرير عرضاً تفصيلياً للجهود المبذولة والتكاليف المواكبة لها بغية بلوغ الإتاحة الشاملة للرعاية الصحية في العقد القادم.

فالإتاحة الشاملة للرعاية الصحية للأمهات والأطفال تستلزم أن تكون النظم الصحية قادرة على تلبية احتياجات وطلبات السكان، وحمايتهم من الصعوبات المالية الناجمة عن اعتلال الصحة. ولتحقيق ذلك، لابد من مضاعفة الاستثمار في النُظُم الصحية وفي الموارد البشرية الصحية. ويشير التقرير إلى أن صحة الأمهات والولدان والأطفال يجب أن تمثل جوهر الحقوق الصحية التي يتم تمويلها وحمايتها من قِبَل التمويل العام ونُظُم التأمين الصحي الاجتماعي.

إن التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٥ يشكل مرجعاً هاماً لجميع المهتمين بتحسين صحة الأمهات والولدان والأطفال والاهتمام بكل فرد منهم.

منظمة الصحة العالمية

OFFICES OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

Headquarters
World Health Organization
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27, Switzerland
Telephone: (41) 22 791 21 11
Facsimile: (41) 22 791 31 11
E-mail: info@who.int
Web site: http://www.who.int

WHO Regional Office for Africa
Cite du Djoue
P.O. Box 06
Brazzaville, Congo
Telephone: (47) 241 39100
Facsimile: (47) 241 39503
E-mail: regafro@whoafr.org
Web site: http://www.afro.who.int

WHO Regional Office for the Americas/ Pan American Sanitary Bureau
525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, USA
Telephone: (1) 202 974 3000
Facsimile: (1) 202 974 3663
E-mail: postmaster@paho.org
Web site: http://www.paho.org

WHO Regional Office for South-East Asia
World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002, India
Telephone: (91) 112 337 0804/09/10/11
Facsimile: (91) 112 337 0197/337 9395
E-mail: postmaster@whosea.org
Web site: http://www.whosea.org

WHO Regional Office for Europe
8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen Ø, Denmark
Telephone: (45) 39 17 17 17
Facsimile: (45) 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: http://www.who.dk

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean
WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhouri Street
Nasr City
Cairo 11371, Egypt
Telephone: (202) 670 25 35
Facsimile: (202) 670 24 92 or 670 24 94
E-mail: postmaster@emro.who.int
Web site: http://www.emro.who.int

WHO Regional Office for the Western Pacific
P.O. Box 2932
Manila 1099, Philippines
Telephone: (632) 528 8001
Facsimile: (632) 521 1036 or 526 0279
E-mail: postmaster@wpro.who.int
Web site: http://www.wpro.who.int

International Agency for Research on Cancer
150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cédex 08, France
Telephone: (33) 472 73 84 85
Facsimile: (33) 472 73 85 75
E-mail: webmaster@iarc.fr
Web site: http://www.iarc.fr

نبـــذة عـــامـــة

التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٥

لا تبخسوا أمّاً أو طفلاً مكانتها في المجتمع

منظمة الصحة العالمية

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٤

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة الشؤون الصحافية، منظمة الصحة العالمية 20AvenueAppia1211Geneva27Switzerland (هاتف رقم: ٢٤٧٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة الشؤون الصحافية على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤١ ٢٢ ٧٩١ ٤٨٠٦+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها و لم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

ويمكن أيضاً، حسب الاقتضاء، استكمال بياني إخلاء المسؤولية التاليين:

[فيما يخص المطبوعات التي يتحمل مؤلفون ومحررون محددة أسماؤهم المسؤولية عما ورد فيها]

يتحمل المؤلفون المحددة أسماؤهم [أو المحررون المحددة أسماؤهم حسب الاقتضاء] وحدهم مسؤولية الآراء المعرب عنها في هذا المطبوع.[1]

[فيما يخص تقارير لجان الخبراء وما شابهها من مجموعات]

يحتوي هذا المطبوع على آراء جماعية لفريق خبراء دولي [أو يوضع اسم الفريق] ولا يمثل بالضرورة قرارات جمعية الصحة العالمية ولا سياساتها المحددة.

طبع في

طبع من قبل قسم خدمات إعداد وثائق منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا

[1] في حالة عدم ورود أي بيان لإخلاء المسؤولية من هذه القبيل أن تتحمل منظمة الصحة العالمية المسؤولية عما يرد في المطبوع.

رسالة المدير العام

إن الأبوة تحمل معها رغبة عارمة في رؤية أبنائنا ينشأون في كنف السعادة والعافية. وهذه الرغبة هي من الثوابت القليلة في حياة الناس في جميع ربوع العالم. إلا إننا لانزال، ونحن في القرن الحادي والعشرين، نتغاضى عن موت ما ينوف عن عشرة ملايين طفل ونصف مليون امرأة كل عام بالرغم من أن معظم هذه الوفيات أمر يمكن اجتنابه. ذلك أن هناك سبعين مليون من الأمهات وأطفالهن الرضّع وأطفالاً آخرين لا يحصى عددهم ممن استبعدوا من التمتع بخدمات الرعاية الصحية فهم بذلك محرومون من حقهم الفطري في ذلك، بل إن عدد أولئك الذين لا يجدون حماية من الفقر الذي قد يكون نتيجة من نتائج المرض أكثر مما يمكن إحصاؤه.

ويتفق قادة البلدان وزعماؤها على أنه ليس بوسعنا أن نسمح لهذا الوضع بالاستمرار. إلا أن الأوضاع إما أنها قد بدأت تتحسن ببطء شديد أو أنها لا تتحسن البتة أو تزداد سوءاً في بعض البلدان. والأمهات والولدان والأطفال إنما يمثلون عافية المجتمع وذخره في غده. ومن ثم فإن إهمال احتياجاتهم الصحية يؤدي إلى إلحاق الأذى بالمجتمع برمته.

وبإمكان الأسر والمجتمعات ذاتها الاضطلاع بدور كبير في تغيير تلك الأوضاع. فبوسعها، على سبيل المثال، تحسين مركز المرأة في المجتمع وتحسين دور الآباء والأمهات في الإشراف على تربية أولادهم، والوقاية من المرض والانتفاع بالخدمات. غير أن هذا المجال هو أيضاً من مسؤوليات القطاع العام.

إن برامج الصحة العمومية ينبغي أن تتآزر حتى يتيسر لجميع الأسر الحصول على سلسلة متصلة الحلقات من خدمات الرعاية بدءا بفترة الحمل (بل حتى قبل ذلك) مرورا بعملية الولادة وانتهاءً بفترة الطفولة، بدلاً من الحصول على خدمات كثيرا ما تكون مبعثرة كما هو الحال الآن. ومن الخطل توفير الرعاية للطفل مع تجاهل صحة الأم أو مساعدة الأم، وهي تضع حملها، وحرمان الطفل الوليد من تلك المساعدة.

ولضمان حصول كل الأسر على خدمات الرعاية بيسر وسلاسة على الحكومات أن تعجل بإقامة نظم صحية متماسكة ومتكاملة وفعالة. وهذا يعني التصدي لأزمة القوى العاملة الصحية مما يقتضي بدوره زيادة حجم التمويل وتنظيما أفضل لهذا التمويل لمعالجة هذه الجوانب من جوانب الصحة. والمرجو هو إقامة نظم صحية يمكنها تلبية الاحتياجات وإزالة العقبات المالية الماثلة في طريق الرعاية وحماية الناس من الفقر وهو من أسباب المرض ومن نتائجه.

إن على العالم أن يدعم البلدان التي تسعى إلى انتفاع كل الأمهات والأطفال من خدمات الرعاية الشاملة وحمايتهم من الناحية المالية، وبغير ذلك لا يمكننا الاطمئنان إلى حصول كل أم وكل وليد وطفل على ما يحتاجونه من رعاية والاطمئنان إلى عدم وقوع أي كان في براثن الفقر بسبب ارتفاع تكلفة تلك الرعاية. وبهذا يمكننا لا أن نمضي إلى تحقيق أهداف الألفية الإنمائية فحسب بل أن نمضي إلى أبعد من ذلك أيضاً.

جونغ – ووك لي
المدير العام
منظمة الصحة العالمية
جنيف، أيار/ مايو ٢٠٠٥

نبـــذة عامـــة

L. Taylor/WHO

يصدر *التقرير الخاص بالصحة في العالم* لهذا العام في وقت لم يتبق فيه من عمر المدة المكرسة لبلوغ أهداف الألفية الإنمائية التي حددت عام ٢٠١٥ موعداً لتحقيق بعض تطلعات سكان العالم في مجال التنمية والتي أقرتها الأسرة الدولية سوى عقد من الزمن. وتلك الأهداف تشدّد على أهمية تحسين الصحة وخاصة صحة الأم والطفل حيث إن ذلك يعد جزءاً لا يتجزأ من إجراءات الحد من الفقر.

ولقد برزت مسألة صحة الأم والطفل بوصفها من أولويات العمل الصحي قبل التسعينات من القرن الماضي بوقت طويل حيث إنها جاءت لتؤسس على قرن مفعم بالبرامج والأنشطة والتجارب. غير أن الجديد الذي اتسم به العقد الماضي من الزمن هو البُعد العالمي لأهداف الألفية الإنمائية وتوكيدها على تقصّي آثار التقدم المحرز في جميع أصقاع العالم. زد على ذلك أن الأولويات في مجال صحة الأم والطفل قد تغيّرت على مرّ الزمن. ففي حين كانت البرامج التي وضعت بنوايا خالصة، تركز أنشطتها على الأم والطفل فإن الأصوات بدأت تتعالى الآن أكثر من أي وقت مضى بالمطالبة بالحق في تيسير الحصول على خدمات الرعاية كحق تكفله الدولة. وبذا تحولت صحة الأم والطفل من مشكلة تقنية إلى ضرورة أخلاقية وسياسية.

ويعتبر التقرير الحالي التّهميش عاملاً أساسياً من عوامل الظلم والإجحاف وعقبة رئيسية تقف أمام إحراز التقدم. ذلك أن تيسير حصول كل الناس على خدمات الرعاية، وهي من حقوق كل امرأة وكل طفل، يظل حلماً بعيد المنال. ويعدّد التقرير التقدم غير المنتظم المحرز حتى اليوم ويبين الاستراتيجيات اللازمة من أجل إدخال التحسينات التي يعتقد البعض أنها ممكنة على وجه السرعة. ومن الضروري إعادة توجيه الاستراتيجيات التقنية التي وضعت في إطار برامج صحة الأم والطفل وكذلك إيلاء المزيد من الاهتمام بمشكلات صحة الولدان وهي مشكلات كثيراً ما لاقت الإهمال. وفي هذا الصدد يدعو التقرير إلى التحوّل من مفهوم صحة الأم والطفل إلى مفهوم صحة الأم والوليد والطفل.

والاستراتيجيات التقنية الملائمة لتحسين صحة الأم والوليد والطفل لا يمكنها أن تعمل بفعالية إلا إذا تم تنفيذها في مجمل البرامج وأخذ بها مقدمو الخدمات الصحية بدءاً بظهور علامات الحمل والولادة وحتى مرحلة الطفولة. ومن الخطل توفير الرعاية للطفل مع تجاهل الأم أو مساعدة الأم وهي تضع حملها وعدم الاعتناء بصحة المولود. ولضمان حصول العائلات على خدمات الرعاية بيسر وبشكل متواصل لابد من قيام تعاون بين البرامج، غير أن بلوغ هذا الهدف يتوقف في نهاية المطاف على توسيع نطاق النظم الصحية وتعزيزها. وبوضع صحة الأم والوليد والطفل في صميم الجهود المبذولة سعياً لضمان حصول الجميع على الرعاية فإنه سيتوفر لدينا، في الوقت ذاته، قاعدة يمكن التأسيس عليها من أجل إقامة نظم صحية مستدامة حيثما تكون الهياكل القائمة ضعيفة أو هشة. وحتى في الأوضاع التي قد يتعذر فيها بلوغ أهداف الألفية الإنمائية على النحو الكامل بحلول عام ٢٠١٥ فإن المضي صوب حصول الجميع على الرعاية ينطوي على إمكانية تغيير حياة الملايين من الناس لعقود قادمة.

تباين التقدم المحرز وتباعد الشقة – فما الذي حدث؟

كل عام يولد ٣,٣ ملايين طفل أمواتاً وربما كان عددهم أكثر من ذلك، وهناك ما ينوف على ٤ ملايين من الأطفال الذين يقضون نحبهم في غضون ٢٨ يوماً من رؤيتهم النور فضلاً عن ٦,٦ ملايين من صغار الأطفال الذين يموتون قبل بلوغهم الخامسة من العمر. ولم تسجل وفيات الأمهات أي انحسار ذلك أن هناك، في المجموع، ٥٢٩ ٠٠٠ امرأة من اللائي يمتن فجأة وعلى نحو غير متوقع سواء أثناء فترة الحمل ذاتها (وتموت حوالى ٦٨ ٠٠٠ منهن نتيجة لعمليات إجهاض دون رعاية طبية)، أو خلال عملية الوضع أو بعد أن يرى أطفالهن النور، ويترك هؤلاء النسوة وراءهن أسراً مدمرة كثيراً ما تضطر إلى السقوط في وهدة الفقر نظراً لارتفاع تكاليف الرعاية الصحية التي تأتي في وقت متأخر جداً أو تكون غير ناجعة.

فهل لنا أن نسأل لماذا يستمر هذا الوضع على ما هو عليه عندما نعلم أن أسباب هذه الوفيات يمكن تجنب معظمها؟ ولماذا لايزال يتعين علينا أن نعيد في هذا التقرير التوكيد مرة أخرى على أهمية الاعتناء بصحة الأمهات والولدان والأطفال في حين أن هذا الأمر يعد جانباً ذا أولوية في العمل الصحي منذ عقود من الزمن وبعد انقضاء ما يزيد على عشر سنوات على قيام مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية بإدراج مسألة تيسير الحصول على خدمات رعاية الصحة الإنجابية بشكل حازم في جدول الأعمال؟

وإذا كان عدد البلدان التي نجحت في بحر السنوات القليلة الماضية، في تحسين صحة وعافية الأمهات والرضّع والأطفال في ازدياد فإن البلدان التي بدأت جهودها في هذا الصدد وهي تنوء تحت أعباء باهظة من المراضة والوفيات قد حققت تقدماً أقل خلال عقد التسعينات من القرن الماضي. بل إن الوضع، في بعض البلدان، قد صار من سيئ إلى أسوأ، في حقيقة الأمر، كما سجلت معدلات وفيات المواليد والأطفال والأمهات اتجاهات تصاعدية تبعث على القلق. وقد تباطأ التقدم المحرز كما أنه متباين بشكل مطرّد مما يؤدي إلى تباينات هائلة فيما بين البلدان وكذلك بين الفئات الفقيرة والفئات الموسرة داخل البلدان. وما لم تتخذ تدابير جذرية بهدف التعجيل بتغيير هذه الأوضاع فإن الأمل قليل في التخلص من وفيات الأمهات والأطفال التي يمكن اجتنابها في جميع البلدان.

والبلدان التي سجلت فيها مؤشرات صحة الأمهات والولدان والأطفال ركوداً أو انحساراً لم تتمكن، في أغلب الأحيان، من الاستثمار بشكل كاف في نظمها الصحية. فالنظم الصحية على مستوى المناطق تعاني من مصاعب في تنظيم أنفسها للسماح للنساء والأطفال بالحصول بيسر على الرعاية الناجعة. كما أن اندلاع الأزمات الإنسانية والفقر المنتشر ووباء الأيدز والعدوى بفيروسه من العوامل التي تضافرت للإسهام في تفاقم الانكماش الاقتصادي وأزمة القوى العاملة في المجال الصحي. ومع تزايد حرمان أعداد كبيرة من الناس من الحصول على خدمات الرعاية وتفاقم أوجه عدم تكافؤ الفرص في هذا الصدد فإن التوجّه نحو تعزيز النظم الصحية بشكل كبير أصبح من الأمور التي لا مفر منها.

غير أن الخيارات التقنية لاتزال هامة لأن البرامج لم تنتهج دائماً، حتى يومنا هذا، أفضل الأساليب لتوفير خدمات الرعاية الجيدة للجميع. فقد سمح لتلك البرامج، في أحيان كثيرة، بتجزئة أنشطتها مما أدى إلى حدوث بعض الارتباك في استمرار عملية توفير خدمات الرعاية أو أن إضفاء طابع مهني على الخدمات لم يحظ بما يستحق من اهتمام. وفي ضوء الخبرة المكتسبة في المجال التقني والدروس المستفادة من النجاحات وحالات الفشل المسجلة في الآونة الأخيرة فإننا نعرف الآن أفضل الطرق التي يمكن لنا أن نسلكها للمضي قدماً.

الخيار الأفضل على الصعيدين التقني والاستراتيجي

لا مرية في أننا نمتلك المعارف التقنية اللازمة للتصدّي لكثير من المشكلات والمخاطر الصحية المؤثرة في صحة وبقاء الأمهات والولدان والأطفال إن لم نقل معظمها. بل إننا نرى، بشكل يتزايد وضوحاً، الاستراتيجيات التي بوسع الأسر والنظم الصحية اتباعها بحيث يتسنى وضع هذه الحلول التقنية موضع التنفيذ لفائدة الجميع في المكان المناسب والوقت المناسب.

أما فيما يتعلق بخدمات الرعاية في فترة ما قبل الولادة فإنها تلاقي نجاحاً باهراً: فقد تزايد الطلب عليها ولايزال في معظم أرجاء العالم. غير أنه بالإمكان استغلال الإمكانات الهائلة التي تنطوي عليها تلك الخدمات بشكل أفضل وذلك بالتوكيد على التدخلات الناجعة

وبجعل الخدمات قاعدة تقوم عليها برامج صحية أخرى مثل برنامج مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه وتوقي وعلاج حالات العدوى المنقولة جنسياً والمبادرات الخاصة بمكافحة السل والملاريا وتنظيم الأسرة. وبإمكان العاملين الصحيين، أيضاً، الاستفادة استفادة أعظم من خدمات الرعاية في فترة ما قبل الولادة بمساعدة الأمهات على التأهب للوضع وتربية أطفالهن أو تعليمهن كيفية التعامل مع بيئة ليس فيها دائماً ما هو ملائم للصحة أو يساعد على انقضاء فترة الحمل بسلام ودون مشكلات. وقد تتعرض النساء الحوامل، ولاسيما المراهقات منهن، للعنف والتمييز ضدّهن في مكان العمل أو في المدرسة أو قد يصبحن كمّاً مُهملاً. ولابد من معالجة هذه المشكلات أيضاً بتحسين الأوضاع الاجتماعية والسياسية والقانونية ولكن الأمر لا يقتصر على ذلك. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك الطريقة التي تنتهجها المجتمعات في التصدي للمشكلة الناجمة عن ملايين حالات الحمل غير المقصود أو غير المرغوب أو الحالات التي لا تأتي في أوانها. وتظل الاحتياجات فيما يتعلق بوسائل منع الحمل غير ملباة في جانب كبير منها، كما ينبغي تحسين المعلومات والتثقيف كماً ونوعاً. وتحتاج النساء اللائي يخضعن للإجهاض، حقيقة، إلى أن تفتح أمامهن أبواب خدمات الرعاية الملائمة وأن تكون تلك الخدمات جيدة النوعية وأن يتمكن من الإجهاض في ظروف حسنة من الأمان بقدر ما يسمح لهن القانون بذلك.

ويُعد الإشراف على حالات الولادة التي تحدث في العالم، ويبلغ عددها ١٣٦ مليون حالة، أحد أكبر التحديات التي تواجه النظم الصحية في العالم في الوقت الحاضر. وسيتعاظم هذا التحدي في المستقبل القريب ببلوغ أعداد كبيرة من الشباب سن الإنجاب وخاصة في المناطق التي تنطوي فيها عملية الولادة على أعظم المخاطر. وتعدّ الولادة، بالنسبة إلى المرأة، وهي فرصة لإيجاد الحياة، مجازفة قد تقضي بسببها نحبها، غير أنه بتوفير رعاية جيدة وبذل العناية عند الوضع وفي المرحلة التالية يمكن تجنب كل النتائج المميتة الناجمة عن عملية الوضع والعقابيل التي تصيب المرأة بعاهات، تقريباً، ومن بينها، على سبيل المثال، المأساة المتمثلة في ظهور النواسير التوليدية، كما يمكن القضاء على كثير من المعاناة. والولادة هي من أهم الأحداث في حياة أي أسرة من الأسر وفي بناء المجتمعات وينبغي أن تظل كذلك غير أنه لابد أن تحدث في ظل ظروف مأمونة. ولضمان أقصى قدر من المأمونية تحتاج كل امرأة بدون استثناء، وهي تضع حملها، إلى رعاية يقدمها عاملون صحيون مهرة، وذلك في ظروف ملائمة وبالقرب من مكان سكناها وبشكل يحترم الممارسات المتبعة في عملية الولادة في إطار الثقافة التي تنتمي إليها المرأة. ومن الأفضل أن توفر خدمات الرعاية التي تقدم لها على يد قابلة قانونية أو عامل صحي يمتلك مهارات القبالة في مرفق صحي لامركزي من المستوى الأول. ويمكن أن تساعد تلك الخدمات على تلافي أو احتواء أو حل عدد كبير من مشكلات الولادة التي تهدد حياة الأم وعلى الحد من وفيات الأمومة وخفضها إلى مستويات تبعث على الدهشة. ويحتاج العاملون المؤهلون في مجال التوليد، وهم يواجهون مشكلة توليدية تتجاوز مستوى خبرتهم، أو تتطلب معدات لا تتوافر في مرفق الرعاية الأولية الذي يعملون فيه، إلى مساعدة لا يمكن أن يقدمها مرفق غير المستشفى. وإذا كانت النساء لا يحتجن، في مجملهن، إلا إلى رعاية من المستوى الأول، فإن خدمات الرعاية الإسنادية لا تُلزم إلا نسبة قليلة منهن غير أن الفعالية تتطلب تعاوناً وثيقاً بين كلا المستويين ولابد من توافر كلا نوعي الخدمات في الوقت ذاته.

وعندما تضع المرأة حملها فإن ذلك لا يعني انتفاء حاجتها إلى توفير خدمات الرعاية لها. ذلك أنها تظل معرضة، على مدى الساعات والأيام والأسابيع التي تلي الولادة، للخطر وكذلك الشأن بالنسبة لمولودها. ولا ينبغي أن ينسينا التوكيد الذي انصب بشكل لاقى ترحاباً في السنوات القليلة الماضية، على ضرورة تحسين مهارات العاملين المشرفين على التوليد، أن المرحلة التي تلي الولادة مرحلة حرجة وهي تشهد حدوث نصف عدد حالات وفيات الأمومة فضلاً عن حدوث عدد كبير من حالات المراضة. وهناك حاجة ملحة إلى استحداث وسائل فعالة لضمان استمرار تقديم خدمات الرعاية أثناء الأسابيع الأولى التي تلي الولادة وهي مرحلة كثيراً ما تكون فيها مسؤوليات المرافق الصحية غير محددة جيداً أو يلفّها الغموض واللبس.

وإذا كان هناك نقص في خدمات الرعاية المقدمة للأمهات في المرحلة التي تلي وضعهن لأحمالهن فإن هناك أيضاً نقصاً في الخدمات المقدمة للوليد في المرحلة التي تلي رؤيته للنور. والصورة التي نمتلكها عن احتياجات الأطفال الحديثي الولادة لخدمات الرعاية غير الملباة،

صورة غير كاملة، غير أنه بإمكاننا القول بإن مشكلات الوليد الصحية كثيراً ما لاقت، وبشكل لا يمكن قبوله، الكثير من الإهمال أو أنها لم تقدر حق قدرها. ويبدو أن الأطفال الحديثي الولادة قد ضاعوا في غمار برامج الأمومة المأمونة من جهة ومبادرات بُقيا الأطفال من جهة أخرى. وتعد وفيات الولدان نسبة معتبرة من وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر. وقد أصبح من الواضح أن الهدف الخاص بوفيات الأطفال ضمن أهداف الألفية الإنمائية لن يتم بلوغه بدون تسجيل تقدم كبير فيما يتعلق بمعدلات بُقيا الأطفال الحديثي الولادة. وعلى الرغم من حدوث انخفاض متواضع في معدلات وفيات الأطفال الحديثي الولادة في جميع أرجاء العالم (من ذلك، مثلاً، أن التخلص من الكزاز كأحد أسباب وفيات الأطفال الحديثي الولادة قد أصبح قاب قوسين أو أدنى بفضل التطعيم) فإن بعض البلدان الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى قد شهد انتكاسات غير معهودة وتدعو إلى القلق في آن واحد.

ولا يتطلب إحراز التقدم في مجال صحة الأطفال الحديثي الولادة توفير تكنولوجيا باهظة الكلفة. إلا أنه يقتضي قيام نظم صحية توفر رعاية مستمرة منذ بداية الحمل (بل قبل ذلك) وتتواصل تلك الرعاية بفضل مهنيين مدربين عند حدوث الولادة وكذلك في الفترة التي تليها. والأهم أيضاً، هناك حاجة إلى ضمان "تسليم المشعل" بين عاملي الرعاية المدربين في إطار خدمات رعاية صحة الأم وبين أولئك العاملين في خدمات رعاية صحة الأم والطفل ولا يخفى أن هذا الأمر يمثل مشكلة ليست بالهينة وكثيراً ما يتم تجاهلها. والطفل الذي يرضع أمه ويلقى منها ما يستحقه من حب وعطف في ظروف يغمرها الدفء سيترعرع سليماً معافى، في أغلب الأحيان، ولكن ذلك لا ينفي احتمال وقوع مشاكل بل إن المشكلات تحدث فعلاً في هذا الصدد. ومن الأساسي تمكين الأسر، وخاصة الأمهات والآباء، من رعاية أطفالهن على الوجه الأكمل والتعرف، في مرحلة مبكرة، على الأخطار المحدقة بهم واللجوء إلى المهنيين المتخصصين ذوي الدربة فور وقوع أية مشكلة.

وتكون المخاطر التي تحدث بحياة الطفل على أشدها في أوّل لحظاتها إلا أن تلك المخاطر لا تزول عندما يصبح رضيعاً أو يافعاً. والبرامج الخاصة بمكافحة الأمراض التي يمكن توقيها بالتطعيم ومكافحة سوء التغذية والإسهال والأمراض التنفسية لاتزال أبعد ما تكون عن إنجاز مهمتها. وإذا كانت برامج التطعيم، على سبيل المثال، قد حققت تقدماً يبعث على الرضا في بعض المناطق فإنها، في بعضها الآخر، تراوح مكانها عند مستويات تتراوح بين ٥٠٪ و٧٠٪ ولابد من دفعها قدماً مجدداً. غير أن تلك البرامج أسهمت في انحسار عبء المراضة في بلدان كثيرة مما أدى إلى تغيّر مرتسم المراضة فيها. وهناك الآن حاجة إلى زيادة تكامل الأساليب المتبعة وذلك، أولاً، عن طريق مواجهة تطور المشكلات التي يتعين التصدّي لها، مواجهة فعالة؛ وثانياً، عن طريق عدم الإكتفاء، فيما يتعلق بالرعاية، بالتركيز على ضمان بقاء الطفل على قيد الحياة بل التركيز أيضاً على نموه وتطوّره. وهذا هو ما تمس إليه الحاجة من زاوية الصحة العمومية وكذلك ما تتوقع الأسر حدوثه.

والتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة عبارة عن مجموعة من التدخلات الناجعة ليس القصد منها ضمان بقاء الطفل على قيد الحياة فحسب بل أيضاً السماح له بأن يكبر وينمو وهو موفور الصحة والعافية. ولا يتم الاكتفاء، في إطار التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة، باتخاذ المزيد من التدابير الإضافية من خلال شبكة وحيدة لإيتاء الخدمات بل كان من نتائجه أيضاً تغيير الطريقة التي ينظر بها النظام الصحي إلى رعاية الطفل التي لا تقتصر على مجرد علاج المرض. ويشتمل التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة على ثلاثة عناصر هي: تحسين مهارات العاملين الصحيين الذين تتمثل مهمتهم في علاج الأمراض وإسداء المشورة للعائلات، وتعزيز الدعم المقدم إلى النظام الصحي ومساعدة الأسر والمجتمعات على ضمان نشأة أطفالها موفوري الصحة وعلاجهم عندما يمرضون. وبذا فإن التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة يتجاوز التصور التقليدي للمرفق الصحي الذي يتولى العاملون فيه توفير عدداً معيناً من التدخلات التقنية يستفيد منها السكان الذين يخدمونهم. ويسمح هذا التصور بتقريب خدمات الرعاية الصحية من بيت الأسرة مع تحسين إمكانات الإحالة والرعاية في المؤسسات الاستشفائية، ويتمثل التحدي المطروح الآن، في توسيع نطاق التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة ليشمل كل الأسر التي تعول أطفالاً وإتاحة الفرص أمام تلك الأسر للاستفادة من تلك الخدمات عندما تمس الحاجة إليها.

نحو التغطية الشاملة بالخدمات: تيسير استفادة الجميع من الخدمات وتوفير الحماية المالية

هناك إجماع قوي على اعتبار أن برامج صحة الأم والوليد والطفل لا يمكنها، حتى لو تم اتباع أفضل الخيارات في جميع المجالات على المستوى التقني، أن تكون فعالة إلا إذا عمدت، بالتعاون مع بعضها البعض وبتضافر جهودها مع الجهود التي تبذلها الأسر والمجتمعات، إلى إقامة نُظم للرعاية المستمرة بدءاً بمرحلة الحمل ومروراً بالولادة وانتهاء بمرحلة الطفولة. ويتطلب ضمان استمرار هذه الحلقات تعزيز النظم الصحية بشكل كبير وبذلك بوضع صحة الأم والوليد والطفل في موضع الصدارة في استراتيجياتها الإنمائية. وبهذه الطريقة يضطر كل من البرامج والشركاء الذين تتباين خلفياتهم ومصالحهم وكما تختلف الجهات المستفيدة منهم إلى رصّ الصفوف والتعاون. ويعدّ تيسير خدمات الرعاية للجميع المشروع المشترك الذي يمكن أن تلتقي حوله مختلف البرامج. ولا يتعلق الأمر فقط بإدخال تعديلات مفصلة على المصطلحات المستخدمة في مجال الدعوة بل أيضاً بوضع صحة الأم والوليد والطفل في إطار مشروع سياسي بسيط ولكنه أعم ويتمثل في الاستجابة لمطلب من مطالب المجتمع يرى عدد من الناس يتزايد باطراد أنه من المطالب المشروعة، غير أنه لا ينبغي التقليل من مدى ضخامة التحدي المتمثل في تطوير الخدمات بحيث تضمن إتاحة استفادة الجميع منها.

ومن الممكن، من الناحية التقنية، إتاحة الفرصة أمام كل طفل، للاستفادة، في بحر العقد القادم، من مجموعة من التدخلات الصحية الأساسية التي تساعد على بلوغ أهداف الألفية الإنمائية في الفترة المحددة لها بل وفي الفترة التي تليها أيضاً. وذلك يقتضي أن يتم في البلدان التي تحدث فيها معظم وفيات الطفولة، وعددها ٧٥ بلداً، توفير ٥٢,٤ مليار دولار أمريكي بالإضافة إلى النفقات الجارية، منها ٢٥ مليار دولار أمريكي لتغطية تكاليف زيادة عدد الموارد البشرية اللازمة. وهذا المبلغ، وقدره ٥٢,٤ مليار دولار أمريكي يمثل، في الظروف الحالية، ٦٪ من متوسط الإنفاق العمومي على الصحة في تلك البلدان، وهي نسبة سترتفع إلى ١٨٪ في عام ٢٠١٥. وفي البلدان الإحدى والعشرين التي تواجه أعظم المصاعب والتي يحتمل فيها أن تطول فترة تنفيذ البرامج لابد للإنفاق العمومي الحالي على الصحة أن يزداد بنسبة ٢٧٪ اعتباراً من عام ٢٠٠٦ وبحوالى ٧٦٪ في عام ٢٠١٥.

أما فيما يتعلق برعاية الأم والوليد فإن بلوغ الهدف المتمثل في تيسير حصول الجميع على خدماتها أمر لايزال بعيداً. ومن الممكن التفكير في سيناريوهات عديدة فيما يخصّ الارتقاء بمستوى الخدمات مع مراعاة الظروف الخاصة السائدة في كل بلد من تلك البلدان الخمسة والسبعين. فهناك، في الوقت الحاضر، حوالى ٤٣٪ من الأمهات والمواليد الذي يتلقون قدراً من الرعاية وإن لم يكن، بأي حال من الأحوال، كامل ما هم في حاجة إليه من رعاية لتجنب وفيات الأمومة. ويسمح مجموع السيناريوهات المتفائلة والواقعية في الوقت ذاته لكل بلد من هذه البلدان الخمسة والسبعين بإتاحة الفرصة لحوالى ١٠١ مليون امرأة (أي حوالى ٧٣٪ من الولادات المتوقعة) ولأطفالهن في عام ٢٠١٥ من الاستفادة من مجموعة كاملة من خدمات الرعاية من المستوى الأول ومستوى الإحالة. وإذا تحققت هذه السيناريوهات فإن هدف الألفية الإنمائي الخاص بصحة الأم لن يتم بلوغه في كل بلد، إلا أن انخفاض معدل وفيات الأمومة والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة في جميع أنحاء العالم سيكون قد بدأ فعلاً. وستبلغ تكلفة تنفيذ هذه السيناريوهات في البلدان الخمسة والسبعين حوالى ٣٩ مليار دولار أمريكي بالإضافة إلى النفقات الجارية. وهذه الأرقام تتطابق مع زيادة بنسبة ٣٪ في متوسط الإنفاق العمومي على الصحة في هذه البلدان في عام ٢٠٠٦ وسترتفع تلك النسبة إلى ١٤٪ على مدى السنوات التالية. أما في البلدان العشرين التي تسجل فيها التغطية أدنى مستوياتها في الوقت الحاضر والتي تعاني أكبر المصاعب فإن الإنفاق العمومي على الصحة في الوقت الحاضر سيزيد بنسبة ٧٪ في عام ٢٠٠٦ حيث سيرتفع إلى ٤٣٪ في عام ٢٠١٥.

أما أكثر المهام إلحاحاً فتتمثل في إيجاد القوى العاملة الصحية اللازمة من أجل تطوير خدمات رعاية صحة الأمهات والولدان والأطفال على النحو الكافي لضمان حصول الجميع على تلك الخدمات. ويعاني العديد من البلدان من نقص كبير في عدد العاملين الصحيين وعدم توازن في توزعهم وسيظل تصحيح الوضع في هذا الصدّد أمراً عسيراً في السنوات القادمة. ويتطلب الجهد الإضافي من أجل الارتقاء بمستوى أنشطة رعاية صحة الأطفال توفير ما يعادل

١٠٠ ٠٠٠ من المهنيين المتفرغين المتعددي المهارات بالإضافة إلى ٤,٦ ملايين عامل صحي مجتمعي بحسب السيناريو الذي تم تقدير تكلفته. وتشير الإسقاطات الخاصة بأعداد العاملين اللازمين من أجل توسيع نطاق التغطية بخدمات صحة الأم والطفل، لابد، في بحر السنوات العشر القادمة، تدريب ٣٣٤ ٠٠٠ قابلة إضافية، على الأقل، أو من يقوم مقامهن، وكذلك الارتقاء بمستوى ١٤٠ ٠٠٠ من العاملين الصحيين الذين يقدمون، في الوقت الحاضر، خدمات رعاية صحة الأم على المستوى الأول وكذلك ٢٧ ٠٠٠ طبيب من الذين لا يمتلكون، في الوقت الحالي، المهارات اللازمة لتوفير خدمات الرعاية على مستوى الإحالة.

وبدون تخطيط وبناء للقدرات سواء على الصعيد الوطني أو على صعيد المناطق سيتعذر سد النقص وتحسين المهارات المتاحة وبيئة العمل. غير أن التخطيط لن يكفي وحده لتعديل الأوضاع بعد ما عهد من قلة تنظيم أدت إلى تقويض الجهود المبذولة في سبيل تنمية القوى العاملة. فقد اتضح أن هناك، بعد سنوات من الإهمال، مشكلات لابد من التصدي لها على الفور وأول تلك المشكلات المسألة الملحة المتمثلة في مكافأة القوى العاملة المالية.

فمستويات الأجور، في العديد من البلدان، تعدّ، وبحق، غير عادلة ولا تكفي لمواجهة تكاليف العيش اليومية، ناهيك عن تلبية مطامح المهنيين العاملين في الحقل الصحي. وهذا الوضع هو من بين الأسباب الأساسية الكامنة وراء ضعف الحوافز وانخفاض الإنتاجية ومختلف أشكال استنزاف العقول والهجرة سواء النزوح من الأرياف إلى المدن أو ترك القطاع العام للعمل في القطاع الخاص أو الهجرة من البلدان الفقيرة إلى البلدان الغنية، كما أن هذا الوضع يقف عائقاً خطيراً أمام سير الخدمات على ما يرام حيث إن العاملين الصحيين يضطرون إلى شغل وظيفتين اثنتين لتحسين ظروف عيشهم أو لمواجهة تكاليف العيش التي تطحنهم مما يؤدي إلى نشوء تنافس بين مقتضيات كل وظيفة من الوظيفتين من حيث الوقت المكرس لكل منهما، ومما يشكل ضياع للموارد بالنسبة للقطاع العام وتضارباً في المصالح عندما يتعاملون مع زبائنهم. بل هناك عواقب أكثر خطورة تنجم عن ذلك عندما يلجأ العاملون الصحيون إلى انتهاج سلوكيات انتهازية ذلك أن الاستغلال المالي قد يكون له آثار كارثية على المرضى الذين يترددون على المرافق الصحية للحصول على خدماتها ويؤدي إلى نشوء عقبات تحول دون استفادة الآخرين منها، وهذا الأمر يسهم في حدوث أزمة ثقة في الخدمات التي يحق للأم والطفل الحصول عليها.

وهناك حاجة ملحة لاتخاذ وتنفيذ مجموعة من التدابير لكسر هذه الحلقة المفرغة والعودة بالإنتاجية والتفاني إلى المستويات التي يتوقعها الناس والتي يطمح معظم العاملين الصحيين إليها، ومن أصعب تلك التدابير تعديل مرتبات هؤلاء العاملين. والحقيقة أن بذل محاولة، حتى ولو كانت بسيطة، للقيام بذلك، تتمثل في مضاعفة مجموع أجور العاملين وامتيازاتهم الاجتماعية بل زيادته إلى ثلاثة أمثاله في البلدان الخمسة والسبعين التي وضعت سيناريوهات خاصة بها قد تكون غير كافية لاستقطاب عاملين من النوعية الجيدة واستبقائهم وإعادة توزيعهم. وتلك المحاولة ستؤدي إلى زيادة النفقات العمومية الجارية على الصحة من ٢٪ إلى ١٧٪ في عشر سنوات وذلك لمجرد دفع أجور القوى العاملة في مجال توفير خدمات رعاية صحة الأمهات والولدان والأطفال. ولهذا الإجراء آثار على صعيدي السياسة العامة والاقتصاد الكلي ولا يمكن التفكير فيه دون أن تبذل الحكومات جهوداً كبرى وبدون تضامن من قبل الأسرة الدولية. وفي عشيّة بدء عقد سيكرّس للموارد البشرية الصحية فإن هذا الأمر سيقتضي نقاشاً متعمقاً سواء على صعيد البلدان أو على الصعيد الدولي بشأن حجم الأموال التي يمكن تخصيصها وحول قنوات إنفاق تلك الأموال، وهذا الأمر من الأهمية بمكان لاسيما وأن تعديل أجور القوى العاملة ليس سوى عنصر واحد من عناصر حل هذه المشكلة فمن الضروري أيضاً إيجاد مناخ من الاستقرار والأمل حتى يستعيد العاملون الثقة التي يحتاجونها من أجل العمل بفعالية وتفان.

غير أنه لا يكفي، لضمان تيسير حصول الجميع على الرعاية، زيادة حجم ما يعرض من الخدمات ومكافأة مقدمي تلك الخدمات بشكل ملائم. فلاستعمال الخدمات بفعالية لابد من إزالة العقبات المالية التي تحول دون الحصول على الخدمات بيسر وتوفير حماية مالية يمكن التعويل عليها من قبل المنتفعين بتلك الخدمات لسداد ثمنها وخاصة الحماية من النفقات الباهظة التي تؤدي بالأسر إلى الإملاق والفقر. ويجد المنتفع بالخدمات نفسه مضطراً إلى سداد

نفقات باهظة عندما تكون الرسوم التي عليه دفعها مرتفعة وعندما تكون الأسرة معسرة وعندما لا يكون أسلوب تجميع الموارد أو الدفع المسبق هو ما يؤخذ به عموماً. ولضمان الحماية المالية التي تواكب حصول الجميع على الخدمات على البلدان في جميع أنحاء العالم أن تتحول من الأسلوب المتمثل في أن يدفع المنتفع من الخدمة للتكاليف مباشرة سواء كان ذلك بشكل رسمي أو مقنع، وأن تعمد إلى تعميم أسلوب الدّفع المسبق وتجميع الموارد. وسواء اختارت تلك البلدان أسلوب تنظيم الحماية المالية بتمويلها بفرض الضرائب أو عن طريق التأمينات الاجتماعية أو عن طريق الجمع بين هذين الأسلوبين فإن هناك نقطتين مهمتين يتعين أخذهما بعين الاعتبار أولاهما الحرص على عدم استبعاد أي فئة سكانية، في نهاية المطاف وثانيهما أن يشكل تيسير الحصول على خدمات رعاية الأم والطفل جانباً أساسياً من جوانب حق السكان في التمتع بالصحة وأن يتم تمويل تلك الخدمات بشكل متساوق من قبل النظام الذي يجري اختياره. ولا شك أن زوال الوضع الحالي، الذي يتسم بمحدودية الخدمات وتولي المنتفع بالخدمات دفع جزء هام من الرسوم المترتبة على الخدمات المقدمة من جيبه واستبعاد أفقر الفقراء، ليحل محله نظام يجمع بين حصول الجميع على الخدمات بكل يسر وبين الحماية المالية سيستغرق سنوات طويلة، فإن توسيع نطاق شبكات توفير خدمات الرعاية الصحية يجب أن يتم بالتوازي مع إقامة آليات التأمين تلك.

ويعدّ التمويل عنصراً حيوياً للغاية في تخطيط خدمات رعاية صحة الأمهات والولدان والأطفال. ذلك أنه لابد في المقام الأول من توفير أموال إضافية لتغطية زيادة الطلب على الرعاية من أجل ضمان انتفاع الجميع بها. ويجب، ثانياً، إقامة نُظم الحماية المالية بالتوازي مع عملية تحسين تيسير حصول الجميع على الخدمات. وأخيراً فإن عملية توزيع الأموال، الإضافية، سواء جاءت من البلدان ذاتها أو عن طريق المعونة الدولية، يجب أن تكون على جانب من المرونة وأن يسهل التنبؤ بها لمواجهة العقبات الكبرى التي تصادفها النظم الصحية ولاسيما المشكلات التي تواجهها القوى العاملة.

ويسمح توجيه هذه الأموال المتدفقة المتزايدة من خلال النُظم الوطنية للتأمين الصحي، سواء تعلق الأمر بالنظم الممولة عن طريق فرض الضرائب أو نظم التأمين الصحي أو النظم التي تجمع بين الأولى والثانية، بمواجهة هذه التحديات الثلاثة في الوقت ذاته. وذلك يتطلب بذل جهود كبرى في مجال بناء القدرات، غير أن ذلك يتيح فرصة حماية تمويل القوى العاملة في إطار السياسات المتعلقة بالقطاع العام، بوجه عام وإصلاح قطاع الصحة، بوجه خاص، وكذلك في المحافل التي تتقرر فيها السياسات العامة في مجال الاقتصاد الكلي أو تلك المتعلقة بمكافحة الفقر. ويصبح من الممكن أيضاً التصدي لمشكلة المكافأة المالية المقدمة وظروف عمل العاملين الصحيين لتوفير آفاق مهنية مستدامة وجديرة بالثقة الأمر الذي لا توفره لهم نُظم الميزنة التقليدية ولا الحلول المرتجلة المتمثلة في تمويل المشاريع.

وإذا كان يبدو أن هذه الجهود المالية هي، تقريباً، في متناول بعض البلدان فإنها بالنسبة لعدد كبير منها يفوق ما يمكن للحكومات تحمله بمفردها. وعليه لابد للبلدان وللأسرة الدولية، على حد سواء، أن تبرهن على التزام سياسي مستدام بحشد وإعادة توجيه الموارد الضخمة اللازمة من أجل بناء القدرات المؤسسية التي تسمح بإدارة تلك الموارد والعمل على أن تظل صحة الأمهات والولدان والأطفال حجر الزاوية في تلك الجهود. والعقد الذي نشهده يمكن أن يكون فترة يتم فيها غذ السير حثيثاً من أجل تحقيق التغطية الشاملة بالخدمات أي توفير الحماية المالية للجميع وانتفاعهم بخدمات الرعاية الصحية. وبذا نضمن عدم بقاء أي أم وأي وليد وأي طفل ممّن هم من المعوزين بدون رعاية وما ذلك إلا لكي لا نبخس أمّاً ولا طفلاً مكانتهما في المجتمع.

تلخيص لفصول التقرير

الفصل ١ : لكل أم أهميتها ولكل طفل أهميته وصحتهما تهمنا

في هذا الفصل تذكير بالكيفية التي أصبحت بها صحة الأم والطفل من أولويات الصحة العمومية خلال القرن العشرين. فقد كانت رعاية الأمهات وصغار الأطفال تعتبر، على مدى قرون، من مشمولات الأسرة حيث تتولاها ربات الأسر والقابلات. وفي القرن العشرين أصبح

ما كان من المشاغل الأسرية البحتة من أولويات الصحة العمومية. وفي مطلع القرن الحادي والعشرين جعلت أهداف الألفية الإنمائية من تلك الرعاية لُبّ مكافحة الفقر واللامساواة ومسألة من المسائل المتعلقة باحترام حقوق الإنسان. ولهذا التحول في التوجهات آثار بعيدة المدى على الطريقة التي يستجيب بها العالم لمدى التقدم المتباين المحرز في مختلف البلدان.

ويلخص الفصل الوضع الحالي فيما يتعلق بصحة الأمهات والمواليد والأطفال. فالبلدان التي كانت في موقع متقدم، نسبياً، في بداية التسعينات من القرن الماضي هي التي أحرزت أكبر قدر من التقدم في حين لم تحقق البلدان التي سجلت فيها، ابتداءً، أعلى معدلات للوفيات إلا نتائج مخيبة جداً للآمال.

وعلى الصعيد العالمي سجل معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر انخفاضاً على مدى السنوات الأخيرة من القرن العشرين حيث تدنى من ١٤٦ لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٧٠ إلى ٧٩ لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠٠٣. غير أن هذا الاتجاه الهبوطي العام بدأ يتباطأ في منعطف الألفية في بعض مناطق من العالم. وقد استمر التحسن أو تسارعت خطاه في الأقاليم التابعة سواء إقليم الأمريكتين أو إقليم جنوب شرق آسيا أو الإقليم الأوروبي في حين سجل تباطؤاً في الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط وإقليم غرب المحيط الهادئ. فقد أخذ معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر، في ٩٣ بلداً تضم ٤٠٪ من عدد السكان في العالم، في الانخفاض السريع في حين يشهد التقدم المحرز في ٥١ بلداً آخر، تضم ٤٨٪ من عدد السكان في العالم، بطئاً شديداً ولن يتسنى لها بلوغ أهداف الألفية الإنمائية إلا إذا عجلت بخطى التقدم الذي تحرزه وتمادت فيه حثيثاً. ومن الأسباب الداعية إلى المزيد من القلق أن البلدان الثلاثة والأربعين التي يعيش فيها البقية الباقية من سكان العالم ونسبتها ١٢٪ لا تنحسر فيها معدل وفيات الأطفال دون الخامسة، وهو معدل مرتفع أو مرتفع جداً أصلاً، بل إن ذلك المعدل يشهد، مجدداً، اتجاهات صعودية.

و لم تبدأ البيانات الموثوقة حول المواليد والتي يمكن الركون إليها، تتوافر إلا منذ مدة غير بعيدة كما أن تفسيرها أمر في غاية الصعوبة. وتشير آخر التقديرات إلى أن معدل وفيات الأطفال الحديثي الولادة أعلى مما كان يتصور، إجمالاً، وأنه يمثل ٤٠٪ من وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر، حيث يحدث أقل من ٢٪ من وفيات الأطفال الحديثي الولادة، في الوقت الحاضر، في البلدان المرتفعة الدخل. ويبدو أن الفوارق بين البلدان الغنية والبلدان الفقيرة آخذة في الاتساع في هذا الصدّد.

وهناك ما يزيد على ٣٠٠ مليون امرأة في العالم ممن يعانين من أمراض حادة أو مزمنة نتيجة للحمل أو الولادة. كما أن وفيات الأمومة التي يبلغ عددها ٥٢٩ ٠٠٠ حالة وفاة كل عام منها ٦٨ ٠٠٠ حالة تعزى إلى الإجهاض الذي لا يشرف عليه عامل صحي تتوزع بشكل لا يتساوى إطلاقاً مع توزع معدلات وفيات المواليد أو الأطفال حيث لا تحدث منها سوى نسبة ضئيلة (١٪) في البلدان الغنية. وعلى الرغم من الشعور بإحراز بعض التقدم يستند إلى تقصي المؤشرات الدالة على حدوث زيادة، أثناء التسعينات من القرن الماضي، في اللجوء إلى خدمات الرعاية في مرحلتي الحمل والولادة في جميع المناطق باستثناء أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فإن الصورة العامة لا توحي بحدوث أي تحسن خارق كما أن انعدام أي معلومات موثوقة عن مصير الأمهات في الكثير من البلدان، وكذلك عن مصير مواليدهن، أمر يدعو حقاً إلى الرثاء.

الفصل ٢ : ما الذي يعوق التقدم هل هو السياق العام أم السياسة العامة؟

يحاول هذا الفصل معرفة الأسباب الكامنة وراء ما يبدو وكأنه تعثر للتقدم المحرز في مجال صحة الأم والطفل بشكل خطير في الكثير من البلدان. فبطء التقدم المحرز ومراوحته لمكانه بل انحساره أمور ترتبط بوضوح بالفقر والأزمات الإنسانية، وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وكذلك بما للأيدز والعدوى بفيروسه من آثار غير مباشرة في هذا الصدد. ونتيجة لهذه العوامل، لايزال الكثير من الأمهات والأطفال، إلى حد ما، محرومين من خدمات الرعاية. بل إن الكثير منهم يجدون أنفسهم في العديد من البلدان محرومين حتى من أبسط الخدمات الصحية التي تمكنهم من البقاء على قيد الحياة ليس إلا.

وتختلف الأسباب المحددة الكامنة وراء هذا الاستبعاد ومظاهره وأنماطه باختلاف البلدان. فهو يبدو غير ذي بالٍ، في بعض البلدان، إذ إن معظم السكان يستفيدون بشكل ميسر

من خدمات شبكات الرعاية وإن ظلت مجموعات هامة منهم محرومة منها. في حين يبدو أن الحرمان كثير الانتشار في بلدان أخرى وهي أفقرها، في معظم الأحيان، حيث لا يحصل على الخدمات بيسر وبشكل معقول إلا القلة القليلة وهي كثيراً ما تنتمي إلى أغنياء الحضر في حين يحرم منها الأغلبية العظمى من السكان، وهذه البلدان تمتلك نظماً للرعاية قليلة الكثافة وتعاني نظمها الصحية من الضعف والهشاشة.

وعلى صعيد السياسة العامة تختلف التحديات المطروحة باختلاف أنماط الاستبعاد. ذلك أن كثيراً من البلدان أقامت نظمها الخاصة بالرعاية الصحية عل قاعدة المنطقة الصحية حيث تشكل المراكز الصحية كما يشكل مستشفى واحد من مستشفيات الإحالة عمودها الفقري. غير أن نقص الموارد كثيراً ما كان من الحدّة مما أدى إلى إخفاق تلك الاستراتيجيات في أن تكون على مستوى التطلعات والأماني. غير أن الفصل يسوق الحجج الدالة على أن النموذج الخاص بالمنطقة الصحية يظل الطريقة العقلانية التي تمكن الحكومات من توفير خدمات الرعاية الصحية في إطار لامركزي إلا أنه لابد، للحصول على نتائج مستدامة، من الالتزام في المدى البعيد وكذلك توظيف ما يلزم من استثمارات لتحقيق ذلك.

الفصل ٣: الآمال الكبيرة: تعزيز مأمونية الحمل

يتناول هذا الفصل أهم ثلاث طرق يمكن بها تحسين نتائج الحمل وهي توفير خدمات الرعاية في فترة الحمل وإيجاد الوسائل المناسبة للحيلولة دون حدوث الحمل غير المرغوب والتصدي لعواقبه وتحسين الأساليب التي يعتني بها المجتمع بالمرأة الحامل.

وتشكل خدمات الرعاية في مرحلة الحمل إحدى قصص النجاح ذلك أن نسبة التغطية بها قد ارتفعت بنسبة ٢٠٪ في جميع أرجاء العالم خلال التسعينات من القرن الماضي ولاتزال في ارتفاع في معظم المناطق. وتعدّ النساء اللائي يردن أن تشهد فترة حملهن نهاية موفقة أكثر الفئات التي تسعى إلى الحصول على خدمات الرعاية اللازمة. إذ إن من الممكن، في إطار خدمات الرعاية المقدمة في مرحلة الحمل، تزويدهن بخدمات رعاية تفوق بكثير ما ينحصر في الخدمات المتصلة بالحمل. ذلك أن الإمكانيات المتعلقة بتعزيز أنماط الحياة الصحية مازالت أبعد من أن تستغل الاستغلال الكامل ومن ذلك، مثلاً، إمكانية الاستناد إلى هذا النوع من خدمات الرعاية فيما يتصل ببرامج مكافحة سوء التغذية والأيدز والعدوى بفيروسه والأمراض المنقولة جنسياً والملاريا والسل فضلاً عن الترويج لأساليب منع الحمل. وتشكل استشارة الطبيب في فترة الحمل الفرصة المثالية لتنظيم الولادات والعمل على أن تتم هذه الولادات في ظروف مأمونة مع مساعدة الأمهات على الاستعداد لتربية أطفالهن. ويبين هذا الفصل أيضاً أهم التوجهات في المستقبل وخاصة ضرورة تحسين نوعية الرعاية المقدمة وتوسيع نطاق التغطية بها.

إن أوضاع المرأة الحامل ليست بالأمر الذي تحسد عليه حتى في المجتمعات التي تعلق أعظم الأهمية على إنجاب الأطفال. وهناك، في العديد من الأماكن، حاجة كبيرة لتحسين الأوضاع الاجتماعية والسياسية والقانونية بشكل يتم به تحسين المركز الاجتماعي المتدني الذي تحظى به المرأة، والتصدّي للعنف الممارس ضدها وكذلك التمييز ضدها في مكان العمل أو المدرسة والتصدي أيضاً للتهميش الموجه ضدها. ذلك أن القضاء على مصادر الاستبعاد الاجتماعي هو أمر على الدرجة ذاتها من الأهمية التي تكتسيها عملية توفير الرعاية في مرحلة الحمل.

وتشير التقديرات إلى أن عدد حالات الحمل غير المقصود أو غير المرغوب أو الذي لا يأتي في وقته المناسب يبلغ ٨٧ مليون حالة كل عام. وتظل الموارد المكرسة لوسائل منع الحمل والتزويد بالمعلومات والتثقيف بغرض تجنب الحمل غير المرغوب دون القدر الكافي على الرغم من أنه لا يمكن لأي سياسة تتصل بتنظيم الأسرة أن تحل المشكلة بجميع جوانبها. وهناك ما يزيد على نصف النساء اللائي يعنيهن الأمر، أي ٤٦ مليون منهن، في كل عام، يلجأن إلى الإجهاض المستحث وهناك ١٨ مليوناً منهن يقدمن على ذلك في ظروف غير مأمونة مما يمثل مشكلة كبرى من مشكلات الصحة العمومية. غير أنه من الممكن تجنب وقوع مجموع حالات الوفيات البالغ عددها ٦٨ ٠٠٠ حالة، وكذلك تجنب حالات العجز والمعاناة الناجمة عن حالات الإجهاض غير المأمون. ولا يتعلق الأمر فقط بالطريقة التي يتبعها بلد ما لتعريف ما

هو قانوني أو غير قانوني بل يتعلق أيضاً بضمان تيسير حصول النساء، بالقدر الذي يسمح به القانون، على الرعاية المناسبة ذات النوعية الجيدة أثناء عملية الإجهاض وبعدها.

الفصل ٤: مواكبة ١٣٦ مليون حالة ولادة كل عام

يرد في هذا الفصل تحليل للمضاعفات الهامة المترتبة على الولادة والأسباب الرئيسية الكامنة وراء وفيات الأمومة. ومن بين الأسباب المباشرة لذلك النزيف والعدوى والارتعاج والولادة المتعسرة والإجهاض بدون مساعدة طبية. والمخاطر التي تواكب الولادة كبيرة ولكن ما يزيد على نصف وفيات الأمومة يحدث، في حالات كثيرة، في فترة ما بعد الولادة. ويمكن التدخل بفعالية، لتلافي معظم الوفيات وحالات العجز الطويلة الأجل التي تعزى إلى الولادة. وتبين النجاحات التي صودفت فيما يتعلق بالحدّ من وفيات الأمومة ووفيات الولدان أن بقاء الأمهات وأطفالهن على قيد الحياة إنما هو مرهون بتوافر خدمات الرعاية على أيدي مهنيين مهرة سواء عند الولادة أو في الفترة التي تليها. والعكس صحيح أيضاً فإذا تعذر توفير خدمات الرعاية من قبل مهنيين مؤهلين فإن ذلك قد يؤدي، وبسرعة، إلى زيادة عدد الولادات التي لا تحمد عقباها.

ولابد لكل أم ولكل طفل، حتى ولو لم يكونا معرضين لمخاطر محددة فيما يتعلق بالإصابة بالمضاعفات، أن يحظيا بخدمات رعاية بالقرب من المكان الذي يعيش فيه المرضى مع مراعاة أنماط حياتهما والطقوس التي تواكب عملية الولادة في ثقافتيهما على أن تقدم تلك الخدمات في ظروف مأمونة على أيدي عاملين مدربين ومحنكين يمكنهم التدخل في حالة حدوث مضاعفات. ومن الأفضل أن تتولى قابلة قانونية تقديم الرعاية التوليدية أو أن يتم ذلك على يد عامل صحي يمتلك مهارات تعادل ما تمتلكه القابلة وذلك في مرفق تديره إحدى القابلات. حيث بإمكان هؤلاء المهنيين تلافي أو احتواء أو حل الكثير من المشكلات التي تهدد الحياة ومعظمها لا يمكن التنبؤ به، والتي قد تحدث خلال عملية الولادة وبذا يمكن الهبوط بمعدلات وفيات الأمومة إلى مستويات متدنية مما يبعث على الدهشة. غير أن هؤلاء المهنيين يحتاجون، عندما يواجهون مشكلات تتجاوز قدراتهم أو لا يمكن التصدي لها بالمعدات التي يمتلكونها، إلى خدمات دعم على مستوى الإحالة وتلك الخدمات لا يمكن أن تتوافر في غير المستشفيات. وتحتاج كل امرأة لتلقي خدمات من المستوى الأول من مستويات خدمات رعاية الأمومة ولا تكون خدمات الإحالة ضرورية إلا للقلة منهن، ولكن لتكون هاتان الفئتان من فئات خدمات الرعاية على قدر من الفعالية لابد من توفيرهما بشكل متواز ولابد من توسيع نطاقهما في الوقت ذاته. بل أن الطلب على خدمات الرعاية في الفترة التي تلي الولادة، في العديد من البلدان يكون أقل من الطلب على خدمات الرعاية المقدمة في مرحلة الولادة. وهذا المجال على قدر كبير من الأهمية وينطوي على إمكانات تطوير ضخمة.

الفصل ٥: أخيراً لم يعد الولدان كمّاً مهملاً

لم تبذل، حتى الآونة الأخيرة، أية جهود حقيقية للتصدي للمشكلات الصحية التي ينفرد بها الولدان. ذلك أن الافتقار إلى التواصل بين برامج صحة الأم وبرامج صحة الوليد أدى، إلى حد ما، إلى إهمال رعاية الوليد.

ويسجل، كل عام، حوالى ٣,٣ ملايين حالة إملاص كما يموت ما يزيد على ٤ ملايين طفل في بحر الأيام الثمانية والعشرين التي تلي رؤيتهم للنور. بل أن عدد وفيات الولدان خلال الفترة التي تلي الولادة مباشرة يعادل عدد وفياتهم في الأحد عشر شهراً التالية أو عدد الوفيات في صفوف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين عام وأربعة أعوام. والحصول على رعاية متخصصة خلال فترة الحمل وعند الولادة وخلال الفترة التي تلي الولادة مباشرة أمر حاسم الأهمية بالنسبة للوليد وبالنسبة إلى الأم أيضاً ويتمثل التحدّي المطروح في إيجاد وسيلة أفضل من أجل ضمان استمرارية خدمات الرعاية وضمان تسلسل حلقاتها بين فترة الحمل والولادة والفترة التي تجد فيها الأم نفسها مع وليدها في البيت. وإذا كان حضور عامل صحي متخصص لدى عملية الولادة هو أضعف الحلقات في سلسلة الرعاية فإن مشكلة توفير خدمات الرعاية تطرح أيضاً خلال الأسابيع الأولى من حياة الوليد لأن المسؤوليات التي يتحملها كل من المهنيين ومختلف البرامج كثيراً ما تكون غير محددة بوضوح.

ويورد الفصل عدداً من النقاط المرجعية المتعلقة بالمتطلبات من الموارد البشرية وشبكات تقديم الخدمات والتي مهمتها تقديم خدمات رعاية صحة الأم والوليد لجميع من يحتاجها على المستوى الأول ومستوى الإحالة. وهناك، في العديد من البلدان، نقص كبير في المرافق وكذلك في الموارد البشرية وهذه تعد عاملاً حاسماً في هذا الصدد. ويبدو، انطلاقاً من مجموعة السيناريوهات المتعلقة بطرائق تطوير خدمات الرعاية الصحية مما يمكن من تيسير توفير خدمات رعاية صحة الأم والطفل من المستوى الأول ومستوى الإحالة لجميع من يحتاجونها في ٧٥ بلداً، أن من الواقعي أن نتوقع زيادة في معدل التغطية من ٤٣٪، كما هو الحال في الوقت الحاضر، (بتوفير حزمة محدودة من الخدمات) إلى حوالى ٧٣٪ (بتوفير حزمة من الخدمات الكاملة) في عام ٢٠١٥. وسيكلف وضع هذه السيناريوهات موضع التنفيذ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠٠٦، وسترتفع تلك التكلفة، بتوسع نطاق التغطية، إلى ٦ مليارات دولار أمريكي في عام ٢٠١٥، مما يمثل ما مجموعه ٣٩ مليار دولار أمريكي على مدى عشر سنوات، وذلك بالإضافة إلى النفقات الحالية المخصصة لصحة الأم والطفل. وهذا المبلغ يعادل، مبدئياً، إنفاقاً سنوياً إضافياً قدره حوالى ٠,٢٢ دولار أمريكي لكل واحد من السكان ليرتفع إلى ١,١٨ دولار أمريكي في عام ٢٠١٥. ويشير تقدير أولي للأثر الذي قد ينجم عن هذا التعزيز إلى حدوث انخفاض في معدل وفيات الأمومة في هذه البلدان الخمسة والسبعين مما كان مجموعه، في عام ٢٠٠٠، ٤٨٥ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي إلى ٢٤٢ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي ومن معدل وفيات للأطفال الحديثي الولادة قدره ٣٥ لكل ألف مولود حي إلى ٢٩ لكل ألف مولود حي بحلول عام ٢٠١٥.

الفصل ٦: إعادة التفكير في رعاية الطفل: بقاؤه ونموه وتطوره

لقد أصبح من الممكن الآن، بفضل تقدم المعارف، الاستفادة من التدخلات الناجعة والملائمة من الناحية التقنية للحدّ من وفيات الأطفال وتحسين صحتهم. ومن الضروري الآن وضع تلك التدخلات موضع التنفيذ على نطاق أوسع بكثير مما يحدث الآن.

ويوضح هذا الفصل كيف أتاحت البرامج الرأسية، دون شك، خلال سبعينات وثمانينات القرن الماضي، الحصول على نتائج سريعة وهامة. فقد أمكن، بفضل اعتماد وتعزيز البرنامج الموسّع للتمنيع والمبادرات الرامية إلى تنفيذ العلاج بالإمهاء الفموي، على سبيل المثال، مع الأخذ، في الوقت ذاته، بأكثر الطرق الإدارية تطوراً بالإضافة إلى التكنولوجيات البسيطة القائمة على البحوث الجيدة، الحصول على نتائج مهمة.

ومع ذلك وعلى الرغم من النتائج الباهرة التي حققتها تلك البرامج الرأسية فإن محدوديتها المتأصلة فيها قد أصبحت بارزة لكل ذي عينين. وأصبح من الواضح، من ناحية أخرى، أن اتباع أسلوب أكثر شمولية إزاء احتياجات الطفل، بات أمراً مستصوباً وذلك لتحسين النتائج الصحية، من جهة، وللاستجابة للمطالب المشروعة للأسر والعائلات من ناحية أخرى. وجاءت هذه الاستجابة في شكل مجموعة من التدخلات البسيطة الناجعة والميسورة التكلفة من أجل التدبير العلاجي لأمراض الطفولة الهامة فضلاً عن سوء التغذية وذلك تحت مسمى التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة الذي يشتمل على عدد من التدخلات الرامية إلى الحيلولة دون وقوع وفيات مع مراعاة تطور أسباب الوفيات فضلاً عن اشتماله على تدخلات وأساليب القصد منها إيجاد الظروف المواتية اللازمة لنمو الطفل وتطوره في ظروف صحية. وعوضاً عن إنشاء المزيد من البرامج عن طريق قناة وحيدة لتنفيذ البرامج فإن التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة قد ذهب إلى أبعد من ذلك حيث سعى إلى تغيير النظرة التي ينظر بها النظام الصحي لمسألة رعاية الطفل وذلك بإنشاء سلسلة متصلة الحلقات من خدمات الرعاية تبدأ من محيط الأسرة والمجتمع مروراً بالمرفق الصحي على المستوى الأول وانتهاء بمرافق الإحالة وذلك بإيلاء المزيد من العناية لمسألتي إسداء المشورة وحل المشكلات.

وهناك العديد من الأطفال الذين لا يستفيدون، بعد، من الرعاية الشاملة المتكاملة. وباستمرار مضي برامج صحة الطفل نحو التكامل من الضروري المضي نحو توفير الخدمات لجميع من يحتاجونها. ومن شأن تعزيز مجموعة من التدخلات الأساسية لضمان تغطية كاملة أن يؤدي إلى تخفيض معدلات حدوث الأمراض التي تسبب وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر وتخفيض معدل إماتتها، إلى مستوى من شأنه أن يسمح للبلدان بالمضي نحو تحقيق

أهداف الألفية الإنمائية بل تجاوزها أيضاً. ولن يتيسر ذلك بدون زيادة كبيرة في المبالغ المنفقة على صحة الطفل. وسيكلف تنفيذ السيناريوهات الرامية إلى تحقيق التغطية الكاملة في ٧٥ بلداً ملياري دولار أمريكي في عام ٢٠٠٦، وسترتفع تلك التكلفة، مع توسع نطاق التغطية، إلى ٨ مليارات دولار أمريكي في عام ٢٠١٥، لتصل إلى ما مجموعه ٥٢ مليار دولار أمريكي على مدى عشر سنوات، فضلاً عن المبالغ المنفقة، في الوقت الحاضر، على صحة الطفل. وذلك يعني إنفاق مبلغ إضافي قدره حوالى ٠,٤٧ دولار أمريكي لكل واحد من السكان، ابتداءً، ليرتفع ذلك المبلغ إلى ١,٤٨ دولار أمريكي لكل واحد من السكان في عام ٢٠١٥.

الفصل ٧: التوفيق بين صحة الأم والوليد والطفل وبين تطوير النظام الصحي

ينظر هذا الفصل الأخير إلى صحة الأم والوليد والطفل في السياق الأوسع لتطوير النُظم الصحية. فالأهداف الخاصة بصحة الأم والوليد والطفل لم تعد تناقش اليوم من حيث محتواها التقني الصرف ولكنها تناقش في سياق هدف أشمل وأعم ألا وهو توفير خدمات الرعاية للجميع. وعليه فإن المشكلة تُطرح في إطار مشروع سياسي بسيط ألا وهو تلبية طلب يتقدم به المجتمع ويتمثل في حماية صحة المواطنين وضمان حصولهم على خدمات الرعاية وهذا الطلب يعتبر أمراً مشروعاً على نحو مطرّد.

ويقتضي توفير الخدمات للجميع وجود شبكة لتقديم الرعاية على قدر من الكثافة يمكّنها من ضمان توفيرها. ويتمثل التحدي المطروح في إيجاد القوى العاملة الصحية اللازمة لعملية التطوير. ويعدّ النقص الفادح في أعداد العاملين الصحيين واختلال التوازن الهائل في توزّعهم العلامات الأبرز على الأزمة التي تمر بها الموارد البشرية الصحية في عدد من البلدان. وسيكون سدّ النقص في هذا المجال من التحديات الكبرى المطروحة في السنوات القادمة. وتعزى المشكلة، في جزء منها، إلى ضرورة إيجاد السبل الكفيلة بضمان صرف رواتب على درجة كافية من التنافسية مع المزايا الاجتماعية الأخرى التي تستقطب وتستبقي العاملين الصحيين الأكفاء القادرين على الإنتاج. وفي كثير من البلدان التي جاء فيها التقدم المحرز صوب بلوغ أهداف الألفية الإنمائية مخيباً للآمال هناك حاجة ماسة إلى إدخال تحسينات كبرى على نظام صرف رواتب العاملين وذلك يعدّ مهمة ضخمة لا قِبَل للعديد من البلدان الفقيرة تحملها بمفردها.

غير أن حصول الجميع على الخدمات لا يتلخص فقط في وزع قوى عاملة فعالة لضمان تقديم الخدمات. فلكي يتم الانتفاع بالخدمات الصحية، لابد من التقليل من العقبات المالية التي تحول دون الانتفاع بها وأن نضمن للناس الذين يسعون إلى الحصول على الخدمات حماية يمكنهم الركون إليها من ارتفاع تكاليفها. ويبين الفصل أن قيام الفرد بسداد تكاليف الخدمات، لا يمثل، إجمالاً، حلا نافعاً لنقص الأموال الذي يعاني منه قطاع الصحة بل إنه يجعل من تهميش السكان المعوزين أمراً عادياً وشبه مؤسسي. وهو لا يعجل بإحراز التقدم صوب انتفاع الجميع بالخدمات والحماية المالية وهي أمور لا يمكن ضمانها إلا عن طريق تعميم الأخذ بنظام الدفع المسبق وتجميع الموارد. ومهما كان النظام المعتمد لتنظيم هذين المشروعين فإن هناك أمرين مهمين: أولهما وجوب عدم استبعاد أي شريحة سكانية وثانيهما أن خدمات صحة الأم والوليد والطفل ينبغي أن تكون العنصر المركزي في الخدمات التي يحق للمواطنين الانتفاع بها والتي يجب تمويلها بطريقة متسقة من قبل النظام المختار.

ومع مرور الزمن فإن معظم البلدان تمضي نحو تغطية الجميع بخدمات الرعاية وإلى تعميم نُظم الدفع المسبق ومخططات تجميع الموارد وذلك بالتوازي مع توسيع نطاق شبكات الرعاية الصحية، ولهذا الأمر أيضاً آثار على تدفق الأموال الموجهة نحو صحة الأم والوليد والطفل وأفضل السبل فيما يتعلق بضمان الاستدامة المالية، في الأمدين القصير والمتوسط، لأنشطة رعاية الأم والوليد والطفل، في معظم البلدان، يتمثل في النظر إلى جميع مصادر التمويل سواء أكانت خارجية أم داخلية أو عامة أو خاصة، ويشكل توجيه الأموال نحو نُظم التأمين المعمّم التي تكفل، في الوقت ذاته، توسيع نطاق شبكات توفير الرعاية والحماية المالية، وتمثل أكبر الضمانات فيما يتعلق بالتمويل المستدام لأنشطة صحة الأم والوليد والطفل وكذلك للنظام الصحي الذي تعتمد عليه.