منظمة الصحة العالمية

المجلس التنفيذي م ت١٢٦/٧
الدورة السادسة والعشرون بعد المائة ١٧ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٩
البند ٤-٤ من جدول الأعمال المؤقت EB126/7

رصد بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة

تقرير من الأمانة

١- لم يتبق سوى خمس سنوات قبل نهاية عام ٢٠١٥ وهناك علامات تشير إلى تحقق بعض التقدم صوب بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة في الكثير من البلدان. أما في البلدان الأخرى فإن التقدم المحرز كان محدوداً بسبب الصراعات المحتدمة فيها وسوء ضوابط الحوكمة والأزمات الاقتصادية أو الإنسانية وقلة الموارد. ولاتزال آثار الأزمات المالية والاقتصادية العالمية على الصحة تظهر وتبرز للعيان إلاّ أن على الحكومات والجهات المانحة أن تتخذ، سواء بسواء، إجراءات فورية لحماية الإنفاق على الصحة.

الوضع الراهن والاتجاهات السائدة

٢- تعد **قلة التغذية** من الأسباب المستبطنة الكامنة وراء أكثر من ثلث وفيات الأطفال. وقد أدى ارتفاع أسعار الأغذية، على مدى السنة الماضية إلى جانب تدني المداخيل إلى تعاظم مخاطر الإصابة بسوء التغذية ولاسيما بين الأطفال. وعلى الرغم من أن نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون سوء التغذية (وفقاً لمعايير نمو الطفل التي وضعتها منظمة الصحة العالمية) انخفضت من ٢٧٪ في عام ١٩٩٠ إلى ٢٠٪ في عام ٢٠٠٥ فإن التقدم المحرز بعد ذلك لم يكن متجانساً. وقد ازداد معدل انتشار قلة التغذية في بعض البلدان كما أن مشكلة توقف النمو لاتزال تؤثر في ١٧٨ مليون طفل دون الخامسة في جميع أنحاء العالم.

٣- ومازالت معدلات **وفيات الأطفال** تتناقص على الصعيد العالمي. وفي عام ٢٠٠٨، تدنى عدد وفيات الأطفال السنوي، في جميع أنحاء العالم، ليبلغ ٨,٨ ملايين حالة وفاة أي بنسبة ٣٠٪ بالمقارنة مع عدد الحالات التي قُدرت بـ ١٢,٥ مليون وفاة في عام ١٩٩٠. وقُدر معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر في عام ٢٠٠٨ بـ ٦٥ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي. وعلى الرغم من هذه الاتجاهات المشجعة لابد من بذل المزيد من الجهود لبلوغ الهدف المحدد المتمثل في تخفيض المستويات التي كانت سائدة في عام ١٩٩٠ بنسبة ٦٦٪ ولاسيما في البلدان التي تواجه أزمات مالية أو التي تمزقها صراعات. ويتوقف تخفيض وفيات الأطفال على التصدي لوفيات الأطفال الحديثي الولادة. وتشير التقديرات، على الصعيد العالمي، إلى أن حوالى ٤٠٪ من وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر تحدث في الشهر الأول من العمر ومعظمها يحدث في الأسبوع الأول. وتخفي المعدلات الإقليمية والوطنية بعض الفوارق وأوجه الإجحاف، إذ إن أعظم الانخفاض الذي طرأ على معدل وفيات الأطفال سُجل لدى أغنى الأسر وفي المناطق الحضرية.

٤- وإجمالاً فإن التغطية ببعض التدخلات الرامية إلى تقليص وفيات الأطفال سجّل بعض الزيادة وهذه التدخلات تشمل تطعيم الأطفال وتوفير الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات والاستفادة من المعالجات التوليفية التي تحتوي على الآرتيميسينين وعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم، وتوفير المغذيات الدقيقة، والجهود المبذولة للتخلص من المرض الناجم عن العدوى *بالمستدمية النزلية* من النمط "ب". ويعود الفضل فيما يتعلق بالتقدم المحرز إلى تحسين طرق التوصل إلى المياه النقية والاستفادة من وسائل الإصحاح. وعلى الرغم من هذه المكاسب فإن التغطية بالتدخلات الحاسمة الأهمية مثل المعالجة بالإمهاء الفموي لعلاج الإسهال والتدبير العلاجي بالمضادات الحيوية لحالات العدوى التنفسية الحادة تظل غير ملائمة ولايزال الالتهاب الرئوي يودي بحياة أكثر من ثلاثة ملايين طفل ممن تقل أعمارهم عن الخامسة كل عام.

٥- وهناك نصف مليون امرأة، معظمهن في البلدان النامية، ممن يقضين نحبهن كل عام نتيجة المضاعفات التي تحدث أثناء فترة الحمل أو الولادة. وفي الفترة ما بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٥ لم يحقق أي إقليم من الأقاليم المعدل المطلوب السنوي فيما يتعلق بتقليص **وفيات الأمومة** وقدره ٥,٥٪ وهو أمر ضروري إذا ما أريد بلوغ المرمى الخامس "أ" (تحسين صحة الأم) من ضمن المرامي الإنمائية للألفية. ويعد إقليم الأمم المتحدة جنوب آسيا أقرب الأقاليم إلى تحقيق ذلك ببلوغه نسبة ٤,٢٪ ولكن معدل الانخفاض المسجل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى لا يتجاوز ٠,١٪. وتشمل التدخلات الرامية إلى تقليص وفيات الأمومة ضمان استفادة كل النساء الحوامل من خدمات تنظيم الأسرة ومن خدمات الرعاية المتخصصة أثناء فترة الحمل والولادة والنفاس بما في ذلك الرعاية التوليدية الطارئة لتدبير المضاعفات. وعلى الصعيد العالمي ارتفعت نسبة الولادات التي يشرف عليها عاملون صحيون مهرة إلا أن نسبة النساء اللائي تلقين تلك الرعاية كانت أقل من ٥٠٪ في الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا. وتقل نسبة النساء الحوامل اللائي يترددن على المرافق الصحية في الفترة السابقة للحمل بمعدل أربع مرات على الأقل كما توصي بذلك منظمة الصحة العالمية عن النصف. علماً بأن خدمات الرعاية التي تقدم في تلك الفترة تتيح مناسبات متعددة لتحسين صحة المرأة، ومن تلك المناسبات توقي وتدبير حالات الإصابة بفيروس الأيدز والملاريا، وكشف وتدبير الارتعاج، وتكملة النظام الغذائي بالحديد والفولات، ولهذه المسألة الأخيرة أهمية خاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي تشيع فيها حالات عوز المغذيات الدقيقة.

٦- وقد ارتفعت **معدلات انتشار استخدام موانع الحمل** في البلدان النامية من ٥٠٪ في عام ١٩٩٠ إلى ٦٢٪ في عام ٢٠٠٥. أما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فإن ٢٥٪ من النساء اللائي يرغبن في تأخير الإنجاب أو عدمه لا يلجأن إلى استخدام إحدى وسائل تنظيم الأسرة. وتظل مستويات خصوبة المراهقات عالية حيث تبلغ ٤٨ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة من النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة في عام ٢٠٠٧ مما يمثل انخفاضاً طفيفاً بالمقارنة مع النسبة التي بلغت ٥١ امرأة لكل ١٠٠٠ في عام ٢٠٠٠. ويعد عدم امتلاك المرأة لسلطة صنع القرار وعدم تلبية الخدمات الصحية لاحتياجاتها وخاصة احتياجات المراهقات من الأمثلة على العوامل التي تسهم في استمرار عدم تلبية الاحتياجات في مجال تنظيم الأسرة.

٧- وفي عام ٢٠٠٨ بلغت حالات **الملاريا** التي تم تقديرها ٢٤٧ مليون حالة تسببت في حدوث حوالى ٨٦٣ ٠٠٠ حالة وفاة معظمها بين أطفال تقل أعمارهم عن الخامسة. وعلى الرغم من الزيادات المسجلة في عدد الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات التي تم التزويد بها فإن توافرها في ذلك العام كان يقل كثيراً عن المستوى اللازم في كل مكان. وازداد حجم شراء الأدوية المضادة للملاريا عن طريق خدمات الصحة العمومية إلاّ أن التوصل إلى العلاج، وخاصة المعالجة التوليفية التي تحتوي على الآرتيميسينين لم يكن كافياً في جميع البلدان التي شملتها الدراسة الاستقصائية في عامي ٢٠٠٧ و٢٠٠٨. وعلى الرغم من أن الأدلة

النهائية على الأثر الواقع لا تتوافر بعد فإن هناك ما يشير إلى أن تسعة بلدان أفريقية و٢٩ بلداً خارج أفريقيا هي بسبيلها إلى بلوغ المرامي الرامية إلى تقليص عبء الملاريا بحلول عام ٢٠١٠.[١]

٨- وقد استمر عدد حالات **السل** المسجلة بين السكان في الانخفاض منذ عام ٢٠٠٤ حيث تدنى ببطء بنسبة تقل عن ١٪ كل عام. وقد بدأت معدلات الانتشار والوفيات تتدنى في جميع أقاليم المنظمة الستة. وعلى الصعيد العالمي ارتفع معدل اكتشاف حالات السل بين الحالات الإيجابية اللطاخة في إطار نهج الدوتس من نسبة تقدر بـ ١١٪ في عام ١٩٩٥ إلى ٦١٪ في عام ٢٠٠٨. وتشير المعطيات المتعلقة بمعدلات نجاح علاج الحالات الإيجابية اللطاخة في إطار نهج الدوتس إلى حدوث تحسن متسق، إذ ارتفعت المعدلات من ٧٧٪ في عام ١٩٩٤ إلى ٨٧٪ في عام ٢٠٠٧. غير أن السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل المترافق مع فيروس الأيدز يطرحان بعض التحديات. وقد بلغ عدد حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة ٠٠٠ ٥١١ حالة في عام ٢٠٠٧ وبلغ عدد البلدان التي تستأثر بنسبة ٨٥٪ من المجموع ٢٧ بلداً.[٢]

٩- وقد انخفضت حالات العدوى الجديدة بفيروس الأيدز بنسبة ١٧٪ في الفترة ما بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٨ وذلك، جزئياً على الأقل، بفضل نجاح الجهود المبذولة في الوقاية من ذلك الفيروس. وفي عام ٢٠٠٨، أُصيب ٢,٧ مليون شخص آخر بفيروس الأيدز وحدثت مليونا حالة وفاة ترتبط **بالأيدز**. وتواصل توفير التدخلات ذات الأولوية التي تمت في قطاع الصحة كما تواصلت التغطية بتلك التدخلات بهدف الوقاية من فيروس الأيدز وعلاج ورعاية مرضاه. وفي عام ٢٠٠٨ تلقى أكثر من ١,٤ مليون من النساء الحوامل المصابات بفيروس الأيدز واللائي يحتجن إلى العلاج، معالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية من أجل الحيلولة دون سراية فيروس الأيدز إلى أطفالهن وارتفع معدل التغطية بنسبة ١٠٪ مقارنة بعام ٢٠٠٧ ليصل إلى ٤٥٪. وفي أواخر عام ٢٠٠٨ أشارت التقديرات إلى أن عدد الناس الذين تلقوا المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية فاق أربعة ملايين شخص في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أي بزيادة تجاوزت المليون شخص بالمقارنة مع الوضع الذي كان سائداً في أواخر عام ٢٠٠٧ وزيادة تضاعفت عشر مرات في بحر خمس سنوات، مع حدوث أكبر زيادة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ومع ذلك فإن أكثر من خمسة ملايين شخص من بين من يحتاجون إلى المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل والذين يقدر عددهم بنحو ٩,٥ ملايين شخص لا تتاح لهم فرصة التوصل إلى العلاج.

١٠- وهناك أكثر من ١٠٠٠ مليون شخص من المصابين **بأمراض المناطق المدارية المنسيّة**. وفي عام ٢٠٠٨، عولج ٤٩٦ مليون شخص من داء الخيطيات اللمفاوية من أصل ٦٩٥ مليوناً تم استهدافهم. وفي عام ٢٠٠٨، لم يبلغ إلا عن حدوث ٤٦١٩ حالة من حالات داء التنينات، وفي أواسط الثمانينات من القرن الماضي أشارت التقديرات إلى أن عدد الحالات قد بلغ ٣,٥ مليون حالة. وفي مطلع عام ٢٠٠٩، تم تسجيل ٠٣٦ ٢١٣ حالة من حالات الجذام بعد أن كان عددها ٥,٢ مليون حالة في عام ١٩٨٥.

١١- وارتفعت نسبة سكان العالم الذين يمتلكون إمكانية التوصل إلى مصادر **محسّنة للماء الصالح للشرب** من ٧٧٪ إلى ٨٧٪ في الفترة الممتدة بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٦، وتلك النسبة كافية لبلوغ المرمى السابع[٣]

---

١ الهدف ٦(ج): وضع حد لمعدل حدوث الملاريا والأمراض الهامة الأخرى وعكس اتجاهه بحلول عام ٢٠١٥.

٢ للاطلاع على المزيد من التفاصيل والمعلومات انظر الوثيقة م ت١٢٦/١٤.

٣ تخفيض نسبة الناس الذين لا يمتلكون إمكانية التوصل إلى مياه الشرب النقية أو وسائل الإصحاح الأساسي بمقدار النصف بحلول عام ٢٠١٥.

ضمن المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة باستثناء أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي يظل فيها معدل التغطية أقل بكثير من نسبة ٦٥٪ اللازمة لبلوغ هدف المرامي الإنمائية وإن ارتفعت فيها التغطية من ٤٩٪ في عام ١٩٩٠ إلى ٥٨٪ في عام ٢٠٠٦. أما فيما يتعلق **بالإصحاح** فإن معدلات التقدم المحرز الراهنة ليست كافية. وفي عام ٢٠٠٦، لم يكن أمام ١٢٠٠ مليون شخص أي خيار إلاّ التبرز في العراء مما أدى إلى ارتفاع مستويات تلوث البيئة والتعرض لمخاطر الإصابة بالعداوى الجرثومية وأمراض الإسهال، والكوليرا والاحتشار بالدود والإصابة بالتراخوما وداء البلهارسيات والتهاب الكبد.

١٢- ورغم أن كل البلدان تقريباً تعمد إلى نشر قوائمها الخاصة **بالأدوية الأساسية** فإن توافر الأدوية في مرافق الصحة العمومية قليل في معظم الأحيان. وتشير الدراسات الاستقصائية التي أُجريت في حوالى ٣٠ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل إلى أن نسبة توافر مجموعة مختارة من الأدوية الجنيسة في المرافق الصحية لم تتجاوز ٣٨٪ في القطاع العام و٦٣٪ في القطاع الخاص. ويضطر انعدام الأدوية في القطاع العام المرضى إلى شراء الأدوية من جيوبهم. وفي القطاع الخاص تبلغ تكلفة الأدوية الجنيسة ما يزيد على نسبة ٦١٠٪ بالمقارنة مع سعرها المرجعي الدولي، أما سعر الأدوية التي تحمل علامات الشركات المنتجة الأصلية فهي أكثر ارتفاعاً بشكل عام. ويمكن أن تكلف أنظمة العلاج الشائعة ما يكسبه موظف حكومي يتقاضى راتباً منخفضاً في بلد نام طوال عدة أيام. وتعمل منظمة الصحة العالمية، مع شركائها، على رصد التغيرات الطارئة على تكلفة واستهلاك الأدوية كطريقة لتتبع آثار الأزمة الاقتصادية في هذا الصدد.

تطور الأوضاع الصحية الجديدة

١٣- لقد أدت **الأمراض غير السارية والإصابات** إلى حدوث ٣٣ مليون حالة وفاة تقريباً في البلدان النامية في عام ٢٠٠٤ كما أنها ستتأثر بنسبة متعاظمة من إجمالي الوفيات في المستقبل. كما ستؤدي الاعتلالات المزمنة الطويلة الأمد والاضطرابات الحسية والاضطرابات النفسية والعنف إلى عدم التنعم بالصحة. ولا يعتمد التصدي لعوامل الاختطار مثل تعاطي التبغ والأنظمة الغذائية غير الصحية وقلة النشاط البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار، والتعاطي مع الآثار الاجتماعية الاقتصادية المترتبة على الأمراض القلبية الوعائية، والسرطانات والأمراض التنفسية المزمنة والسكري على توفير خدمات فعالة في مجال الرعاية الصحية فحسب بل يعتمد كذلك على التدابير المتخذة في شتى مجالات السياسة العامة. وتحتاج البلدان إلى مضاعفة جهود الوقاية وتحسين سبل التوصل إلى خدمات مثل الكشف المبكر ورعاية الرضوح. ومن الأمور الحاسمة الأهمية في هذا المضمار تقوية نُظم الترصد. وهناك جهود تبذل بهدف تقوية نظم ترصد الأمراض غير السارية بما في ذلك التعرف على المؤشرات الأساسية واستخدام الطرق المقيسة لجمع المعطيات حول عوامل الاختطار والمحددات، ومعدلات حدوث الأمراض ومعدلات الوفيات حسب الحالة، والمؤشرات الخاصة بالنُظم الصحية والتغطية بالتدخلات الأساسية.

النجاح المحقق والدروس المستفادة

١٤- إن البرامج الناجحة في ميدان مكافحة الأمراض تُسهم في التقدم المحرز فيما يتعلق ببلوغ مختلف المرامي الإنمائية للألفية. ومن الأمثلة، في هذا الصدد، تزايد عدد حالات النجاح المحرز في مجال التبليغ عن مكافحة الملاريا في البلدان الأفريقية. وتعد مكافحة الملاريا من عناصر الحد من الفقر (المرمي الأول من المرامي الإنمائية للألفية) وهي تُسهم في تحسين صحة الطفل (المرمى الرابع) وصحة الأم (المرمي الخامس)، فضلاً عن نجاحها في التقليل من حالات الملاريا وحالات الوفيات جراءها (المرمى السادس). وبالمثل، فإن توسيع نطاق توصل الأشخاص الذين يعانون من الأيدز والعدوى بفيروسه إلى المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية يؤدي إلى تحقيق طائفة كبيرة من المنافع.

١٥- والكثير من البلدان التي أحرزت تقدماً سريعاً فيما يتعلق بالحصائل الصحية التي تخص الطفل هي ذاتها التي كانت فيها معدلات وفيات الأطفال منخفضة نسبياً بالفعل في عام ٢٠٠٠ (أقل من ١٠٠ حالة لكل ١٠٠٠ مولود حي). غير أنه سُجلت، في الآونة الأخيرة، علامات عن حدوث تقدم أسرع في بعض البلدان التي سُجلت فيها أعلى مستويات وفيات الأطفال مثل إثيوبيا وملاوي والنيجر وجمهورية تنزانيا المتحدة والتي انخفضت معدلات وفيات الأطفال، في كل منها، بنسبة ٢٠٪ أو أكثر في الفترة ما بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٧.

١٦- ويمكن استخلاص دروس مهمة من هذه البلدان. واسترعاء الانتباه إلى أهمية تقوية النظام الصحي حتى يتمكن من تقديم مجموعة متكاملة من الخدمات.

١٧- وبدون القيادة السياسية على أرفع المستويات وبدون الدعم الدائم الذي يقدمه الشركاء فإن هذا النهج المتكامل من المستبعد أن تقوم له قائمة. وفي الحالات التي لا تتوافر فيها هذه الظروف أو تكون فيها مقيدة نتيجة للضوائق الاقتصادية والفقر والنزاعات وسوء الحوكمة وحالات الغبن الاجتماعية الاقتصادية بما في ذلك اللامساواة بين الجنسين، فإن التقدم المحرز لن يكون كبيراً على أرجح الاحتمالات.

١٨- كما أن التحسينات الطارئة على المؤشرات الصحية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسائر جوانب التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وهناك أدلة قوية على ارتباط زيادة حظ الفتيات والنساء من التعليم بتحسن الصحة وبانخفاض معدلات وفيات الأطفال.

الإنجازات والتحديات: برنامج العمل حتى عام ٢٠١٥

الحفاظ على الزخم السياسي

١٩- إن المخاطر الماثلة خلال مرحلة التعافي من الأزمة الاقتصادية الحالية تتمثل في صرف أنظار العالم عن بلوغ مرمى الحد من الفقر وبلوغ المرامي الإنمائية للألفية. وهناك من البلدان الغنية من يتساءل إذا ما كان بإمكانها الاستمرار في تقديم المعونة الإنمائية الرسمية في ظل تنامي مديونيتها، وستسعى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل جاهدة للتأقلم مع الوضع السائد وهي تحاول مواجهة الطلب المتعاظم على خدمات الرعاية الصحية الممولة بالمال العام مع تضاؤل المداخيل المحلية.

٢٠- والقضية المطروحة تتمثل في مواجهة التحديات الصحية الجديدة وليس أقلها التحديات الناجمة عن الأنفلونزا الجائحة (H1N1) ٢٠٠٩، والاعتراف بتعاظم المخاوف الصحية المرتبطة بتغير المناخ، مع الحفاظ على الزخم السياسي والمالي في هذا المضمار. وقد كان التركيز على الصحة في إطار الاستعراض الوزاري السنوي الذي قام به المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة خطوة أولى حيوية. ويُعد الإعلان الصادر عن مجموعة الدول العشرين في بيتسبرغ، بنسلفانيا في الولايات المتحدة الأمريكية في أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٩، والذي أكد على دعم المرامي الإنمائية للألفية والتقيد بالالتزامات المتفق عليها لعام ٢٠١٠ والتي قطعتها على نفسها الدول الصناعية الثمانية الكبرى في مؤتمر القمة المعقود في غلين إيغلز عام ٢٠٠٥، من الأمور المشجعة في الفترة الفاصلة حتى انعقاد مؤتمر القمة الذي سيتم فيه استعراض المرامي الإنمائية للألفية في عام ٢٠١٠.

تخصيص المزيد من المال للصحة ...

٢١- إن التقيد بالالتزامات المقطوعة فيما يتعلق بالإنفاق يتطلب اتخاذ إجراءات على الصعيدين الوطني والدولي. وإذا كان من المهم للغاية تجنب تخفيض مستويات المساعدة الإنمائية الرسمية في وقت تمس فيه الحاجة إليها كثيراً فإن من الأهمية بمكان أن تلتزم البلدان بالمرامي المتعلقة بالإنفاق.

٢٢- ومنذ تقديم آخر تقرير إلى المجلس التنفيذي[١] أنجزت فرقة العمل المعنية بتمويل النظم الصحية الابتكاري أعمالها. وفي دورة الجمعية العامة للأمم المتحدة الرابعة والستين لعام ٢٠٠٩ أعلنت فرقة العمل المشتركة عن سلسلة من التدابير التمويلية الجديدة بقيمة ٥٣٠٠ مليون دولار أمريكي من أجل إنقاذ ملايين النساء والأطفال في البلدان النامية ممن تتهدد أرواحهم أخطار متزايدة بسبب الأزمة الاقتصادية العالمية.

٢٣- وهذه الموارد تمس إليها الحاجة نظراً لوجود حالات عجز في التمويل ولاسيما تمويل البرامج اللازمة لبلوغ المرمى الخامس من المرامي الإنمائية للألفية (تحسين صحة الأم). وتشير المعطيات التي تم الحصول عليها في الآونة الأخيرة بشأن الاتجاهات السائدة فيما يتعلق بنصيب الفرد من المساعدة الإنمائية الرسمية المكرسة للصحة في بلدان الإقليم الأفريقي البالغ عددها ٤٦ بلداً إلى زيادة الأموال المكرسة لبلوغ المرمى السادس من المرامي الإنمائية للألفية (مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه والملاريا والأمراض الأخرى)، إلا أن مستوى الأموال المكرسة لبقية المرامي ظل على ما هو عليه. وعلاوة على ذلك فإن ثلث الناس الذين يعيشون في فقر مدقع يقطنون ما يسمى بالدول الهشة التي تتلقى نسبة أقل من المعونة للفرد بنسبة تصل إلى ٤٠٪ مما تتلقاه سائر البلدان المنخفضة الدخل.

... التنعّم بالمزيد من الصحة مقابل المال المنفق

٢٤- ستواصل منظمة الصحة العالمية دعم تنفيذ إعلان باريس بشأن فعالية المعونة (٢٠٠٥) فيما يتعلق بالملكية والتنسيق والمواءمة، والنتائج والمساءلة المتبادلة، وكذلك برنامج عمل أكرا (٢٠٠٨). ومن شأن الدعم الذي تقدمه منظمة الصحة العالمية للالتزامات الدولية المقطوعة فيما يتعلق بتقوية النظم الصحية - الشراكة الصحية الدولية ومبادرة تهيئة سبل الصحة (Providing for Health) - أن يعزز وضع وتنفيذ الاستراتيجيات وخطط العمل الصحية الوطنية كوسيلة لزيادة التساوق مع الأولويات الوطنية وتقديم مشورة أكثر اتساقاً حول سياسات التمويل المحلية.

٢٥- كما عملت منظمة الصحة العالمية مع التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع والصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا والبنك الدولي على إنشاء قاعدة مشتركة يقوم عليها تمويل النظم الصحية وذلك تمشياً مع توصيات فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بالتمويل الدولي الابتكاري للنظم الصحية. وهناك آلية جديدة، سيتم اختبارها في عام ٢٠١٠، وستسعى إلى تقليص تكاليف المعاملات وترشيد تمويل الاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية.

---

١ الوثيقة م ت١٢٤/١٠.

نظم صحية أقوى

٢٦- إن الحاجة إلى نظم صحية أقوى كانت من السمات التي ميزت التقارير السابقة التي قُدمت بشأن المرامي الإنمائية للألفية. وعلاوة على استمرار وجود بعض المخاوف فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية تظهر أولويتان اثنتان تتمثلان في: (١) الحد من الاعتماد على المدفوعات المباشرة في المكان الذي تقدم فيه الخدمات؛ (٢) الاستعاضة عن هذا الأمر بأشكال من الدفع المسبق وتجميع الإنفاق. ومن شأن هذه الأمور أن تساعد على التعجيل بالانتقال نحو التغطية الشاملة. وقد سلطت الأزمة المالية والاقتصادية الأضواء على الحاجة إلى توسيع نطاق التغطية الصحية الاجتماعية. ويتعذر على المحتاجين الاستفادة من الخدمات اللازمة أو مواصلة العلاج إذا ظلت الحواجز والعراقيل المالية على ارتفاعها. وتشمل الآليات الكفيلة بتقوية النُظم الصحية تحسين الخدمات المقدمة في مجال التشخيص من خلال شبكات المختبرات الوطنية وتحسين مكافحة العدوى في المرافق السريرية ووضع الدلائل الإرشادية من أجل استعمال الأدوية على نحو رشيد.

٢٧- ومن المتوقع أن تؤثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تأثيراً عميقاً على النظم الصحية وعلى الترصد الصحي. وتنطوي نظم المعلومات الإلكترونية وتطبيقات الصحة الإلكترونية على إمكانات من شأنها إتاحة المزيد من الفرص لاستفادة المزيد من الناس من الرعاية الأفضل وذلك عن طريق الاستخدام الملائم للسجلات الصحية الإلكترونية وللأجهزة النقالة. كما أن هذه التكنولوجيات تعمل أيضاً على تغيير نموذج المعلومات الصحية وتعزز الملكية المحلية وسبل التوصل إلى سجلات المعطيات على جميع مستويات النظم الصحية. وستضطلع منظمة الصحة العالمية بدور محوري فيما يتعلق بضمان تطبيق المعايير الملائمة والسياسات الوطنية التدريجية بهدف الاستفادة على أفضل الوجوه من هذه الفرص السانحة.

معلومات وتحريات أفضل

٢٨- إن رصد ما للانكماش الاقتصادي من آثار على الصحة تحول دونه عقبات تنجم عن قلة المعطيات المنتظمة المناسبة التوقيت عن الفئات السكانية المعرضة للخطر، ولا مناص، في الوقت الحاضر، من استخلاص النتائج عن طريق تجميع المعلومات المجزأة من شتى المصادر، وإجراء تقييمات نوعية ودراسات استقصائية منزلية سريعة. إلا أن هذه المعلومات أساسية نظراً للأدلة المتراكمة على تباين الآثار الواقعة على الرجال بالمقارنة مع الآثار الواقعة على النساء وتباينها باختلاف الشرائح الاجتماعية الاقتصادية.

٢٩- وستواصل منظمة الصحة العالمية الإبلاغ عن أحدث التقديرات المتعلقة بالإحصاءات المرتبطة بالصحة وذلك في المطبوع الذي تنشره كل عام حول *الإحصاءات الصحية العالمية*. غير أن نوعية الإبلاغ تتوقف، بشكل حاسم، على نوعية نظم المعلومات الصحية القطرية وهي نظم ضعيفة في الكثير من الأوضاع. وتعمل المنظمة مع شركائها وشبكة القياسات الصحية على دعم الجهود القطرية الرامية إلى تعزيز توافر وجودة المعطيات بشأن المرامي الإنمائية للألفية وما إلى ذلك من المؤشرات.

٣٠- وفي تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٩ نشرت المنظمة، تقرير عن المرأة والصحة وهو يعطي نبذة عامة على ما هو معروف عن صحة المرأة خلال دورة حياتها في شتى أنحاء العالم.[١] ويعكس التقرير، وهو من الوثائق التحليلية الجامعة التي يصدرها المرصد الصحي العالمي التابع للمنظمة، الأولوية التي توليها المنظمة لصحة المرأة. ويخلص التقرير إلى أن المجتمعات لاتزال، تخذل المرأة في مراحل أساسية من حياتها، على

١ *المرأة والصحة: بيّنات اليوم وبرنامج عمل الغد*، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩.

الرغم من إحراز بعض التقدم الهام على مدى العقدين المنصرمين، كما أن حالات الخذلان هذه شديدة الحدة في البلدان الفقيرة وبين أفقر النساء في جميع البلدان. ويسترعي التقرير الانتباه إلى دور اللامساواة بين الجنسين في زيادة التعرض ودرجة الاستضعاف حيال المخاطر المحتملة والممارسات الضارة، وفيما يتعلق بالحد من فرص التوصل إلى خدمات الرعاية الصحية وإلى المعلومات الصحية والتأثير سلباً في الحصائل الصحية. ويمثل التقرير مساهمة في بلوغ المرمى الثالث من المرامي الإنمائية للألفية (تعزيز المساواة بين الجنسين وتحسين الصحة) ومساهمة كذلك في تحسين صحة المرأة بوجه عام وبلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات العلاقة بالصحة بوجه خاص.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٣١- المجلس مدّعو إلى أن يحيط علماً بالتقرير.

= = =