



EM/RC58/INF.DOC.3  
ش م/ل إ 58/وثيقة إعلامية/3

تموز/يوليو 2011

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية  
لشرق المتوسط

الدورة الثامنة والخمسون

البند 2 (د) من جدول الأعمال

تقرير مرحلي

حول

بلوغ المرامي الإنمائية للألفية

## المحتوى

الصفحة

1. المقدمة ..... 1
2. التقدّم المُحرز في بلدان الإقليم ..... 1
3. التحديات والاستنتاجات ..... 4
4. الخطوات القادمة ..... 5

## 1. المقدمة

في أيلول/سبتمبر 2010، اجتمع رؤساء حكومات وممثلون من 192 دولة من الدول الأعضاء لدى حضورهم اجتماعات الدورة الخامسة والستين للجمعية العامة للأمم المتحدة. وقد أكد المجتمعون مجدداً على التزامهم بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. كما أكدوا أيضاً على أهمية سيادة الحرية، والأمن، والسلام، واحترام جميع حقوق الإنسان، بما فيها الحق في التنمية، وسيادة القانون، والمساواة بين الجنسين، والتزام عام بإقامة مجتمعات ديمقراطية من أجل التنمية. ومن أسف أن يعيش في الوقت الحاضر عدد من الناس، في شتى أنحاء العالم، في فقر مدقع، كما يعاني ما يزيد على مليار شخص من الجوع. وما برح الجوع (انعدام المساواة) بين البلدان وفي داخل كل بلد على حدة، يمثل تحدياً كبيراً. ويعتبر الفقر هو العامل الأساسي وراء عدم بلوغ المرامي الإنمائية للألفية في عديد من بلدان العالم، بما فيها تلك البلدان الواقعة في إقليم شرق المتوسط.

وتعمل المنظمة مع الدول الأعضاء عن كثب، في ظل التزام تام ببذل كل جهد من أجل بلوغ المرامي الإنمائية للألفية بحلول عام 2015. غير أن الأزمات المتعددة والمتراصة، مثل الأزمة المالية العالمية، والتغير المناخي، والكوارث الطبيعية وتلك التي هي من صنع الإنسان، التي وقعت خلال عام 2010، قد زادت من أوجه الضعف، والجور (عدم المساواة)، كما أثرت تأثيراً ضاراً على المكاسب التنموية، ولاسيما في البلدان المنخفضة الدخل في الإقليم.

ويركز هذا التقرير على الأهداف ذات الصلة بالصحة للمرامي الإنمائية للألفية، وهي المرمى الرابع (تقليص معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في المدة ما بين 1990 و2015) والرمى الخامس (تخفيض معدل وفيات الأمومة بمقدار ثلاثة أرباع في المدة ما بين 1990 و2015) والرمى السادس (وقف انتشار مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والملاريا، والسل بحلول عام 2015). وتواصل غالبية البلدان في الإقليم سيرها على الدرب بصورة جيدة لبلوغ هذه الأهداف بحلول عام 2015. غير أن عشرة من هذه البلدان، وهي أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وفلسطين، ومصر، والمغرب، واليمن، لا تعد ماضية - بمعنى الكلمة - على درب الوصول إلى بعض المرامي ذات الصلة بالصحة، أو كلها. ويوضح الجدول 1 التقدم المُحرز صوب بلوغ المرامي الإنمائية للصحة في تسعة من هذه البلدان ذات الأولوية.

ومن المنتظر أن يكون بلوغ المرامي الإنمائية للألفية في البلدان المنخفضة الدخل، وفي عدد من البلدان المتوسطة الدخل في الإقليم أمراً صعباً بسبب بعض التحديات العامة مثل: الالتزام السياسي غير الكافي، ونقص الشعور بالملكية المجتمعية، والجور في توزيع الموارد البشرية المذهلة على جميع أنحاء القطر، والفقر المدقع، وأوضاع الطوارئ المعقدة، ونقص فاعلية أعمال التنسيق وإقامة الشراكات، وعدم الإتاحة الشاملة لخدمات الرعاية الصحية العالية الجودة، وضعف نُظم التسجيل، والرصد، والتبليغ.

## 2. التقدم المُحرز في بلدان الإقليم

انخفض بنهاية عام 2009 معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار 30% وذلك منذ عام 1990 (الشكل 1). وقد تجاوزت عُمان، ولبنان، ومصر بالفعل متطلبات المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية، كما تسير الإمارات العربية المتحدة، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والمغرب، على

## الجدول 1. التقدّم المُحرَز نحو بلوغ المرامي الإنمائية المتعلقة بالصحة ضمن المرامي الإنمائية للألفية في البلدان ذات الأولوية (2011)

القضية الصحية (رقم المرمى ذي العلاقة)	أفغانستان	جيبوتي	مصر	العراق	المغرب	باكستان	الصومال	السودان	اليمن
سوء التغذية (1)	خ	خ	م/خ	خ	ل ت	م/خ	خ	خ	ل ت
صحة الطفولة (4)	ل ت	م/خ	ز	م/خ	ع د	م/خ	ل ت	ل ت	م/خ
صحة الأمومة (5)	ل ت	م/خ	ع د	ع د	م/خ	م/خ	م/خ	خ	ع د
السل (6)	م/خ	م/خ	ز	خ	ز	ع د	م/خ	م/خ	ز
الملاريا (6)	م/خ	م/خ	ز	ز	ز	م/خ	م/خ	م/خ	م/خ
الإيدز (6)	م/خ	م/خ	م/خ	م/خ	م/خ	م/خ	م/خ	م/خ	م/خ
الماء/الإصحاح (7)	خ	خ	ع د	خ	م/خ	م/خ	خ	م/خ	خ

خ: متخلف عن الركب؛ م/خ: متقدم ولو أنه متخلف عن الركب؛ ل ت: لا تغيير؛ ع د: ماضٍ على الدرب؛ ز: محرز

درب تحقيق هذا المرمى (الشكل 2)، في حين أن جهود تحقيق هذا المرمى في بلدان أخرى تعرقلها عوامل كثيرة، من بينها تلك العوامل المذكورة آنفاً. وإذا استمر انخفاض معدل الوفيات على مدى السنوات الخمس القادمة على ما هو عليه، فمن المتوقع أن يظل الإقليم بعيداً جداً عن إحراز الهدف الكائن في المرامي الرابع. وتبدو الفجوات في معدلات الوفيات واضحة جلية بين أكثر الحَمَائِس (الشرائح الخَمْسِيَّة) فقراً وبين أكثرها ثراء، وذلك في حد ذاته علامة على الجور الواقع في توفير الرعاية الصحية.

ويُعد الارتقاء بتطعيم الأطفال أمراً أساسياً من أجل بلوغ المرمى الرابع، وذلك في ضوء مسؤولية الأمراض المتوقاة باللقاحات عن ما يزيد على 20% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ويمكن الوقاية من معظم هذه الأمراض باللقاحات المضادة للمستدمية النزلية من النمط بي (Hib)، والمكورات الرئوية، والفيروس العَجَلِيَّة. وقد حقق الإقليم انخفاضاً نسبته 93% في الوفيات الناجمة عن الحصبة في عام 2008 مقارنة بعام 2000، كما حقق 16 بلداً في الإقليم نسبة تغطية بلغت 90% من التطعيم بالجرعة الأولى من لقاح الحصبة وذلك بين الأطفال دون السنة الأولى من العمر. وصارت ثلاثة بلدان قريبة من بلوغ هذه النسبة (الشكل 3). وفي السياق نفسه، زاد عدد البلدان التي تُدخل اللقاحات الجديدة زيادة كبيرة في عامي 2009 و2010، ولاسيما بعد تلقيها دعم التحالف الدولي من أجل اللقاحات والتمنيع. وعلى الرغم من ذلك، فإن الوفيات الناجمة عن الحصبة ماتزال تواجه مخاطر بسبب عدم كفاية الموارد المالية اللازمة لتنفيذ حملات متابعة التطعيم ضد الحصبة. أضف إلى ذلك أن الاستفادة من اللقاحات الجديدة ماتزال متدنية ولاسيما في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. فاللقاح المضاد للمستدمية النزلية، من النمط بي، لا يستخدم في أربعة من البلدان التي تمثل 34% من أترابية المواليد السنوية في الإقليم. وعلاوة على ذلك، فإن لقاحات المكورات الرئوية والفيروس العَجَلِيَّة لا يتم تقديمها إلى 93% و96% من الأطفال الرضع الذين يولدون في الإقليم، على الترتيب.

ويُقدَّر أن نحو 52 000 امرأة و510 000 من الولدان يموتون كل عام في هذا الإقليم بسبب مضاعفات الحمل والولادة، كما أن 50% من الولدان في الإقليم مايزالون يولدون بعيداً عن مرافق الرعاية الصحية، وأن 40% من

الولادات تجري في غياب عاملين صحيين مهرة. ثم إن ما مُعدَّلُهُ 31.1% من المتزوجين فحسب، يستخدمون وسائل حديثة لمنع الحمل، وبترافق ذلك بارتفاع معدل الخصوبة ليصل إلى 4.0 طفل لكل امرأة. ومايزال الإقليم يحتل المرتبة الثانية من حيث وفيات الأمومة بين جميع أقاليم المنظمة، إذ تبلغ وفيات الأمهات 360 وفاة لكل 100 000 ولادة حية. وفي أفغانستان واحدٌ من أعلى معدلات وفيات الأمومة في العالم، إذ يصل إلى ما يقدر بـ 1600 وفاة لكل 100 000 ولادة حية. ويبين الشكل 4 اتجاه معدل وفيات الأمومة في الإقليم منذ عام 1990.

ويُعدُّ بلوغ المرمى السادس أمراً أساسياً، إذ إن أمراض السل والملاريا والإيدز تؤدي بحياة حوالي 264 000 شخص سنوياً في الإقليم. ففي عام 2009 أضحى نحو 75 000 شخص مصاباً بفيروس العوز المناعي البشري، كما كان هناك نحو 24 000 وفاة ذات صلة بمرض الإيدز، من بينها 4 400 لأطفال دون سن الخامسة عشرة. وقُدِّر إجمالي عدد المتعاشين مع فيروس الإيدز في هذا الإقليم بنحو 460 000 شخص. ولذلك فإن عدداً من البلدان، التي أقلقتها الدراسات التي تُظهر ارتفاع معدل انتشار فيروس الإيدز بين الفئات العالية الاخطار، من ذوي السلوكيات الجنسية المختطرة، ومتعاطي المخدرات حقناً، في بعض البلدان، تركّز الآن على الاستثمار في الدراسات المتصلة بانتشار فيروس الإيدز والدراسات السلوكية بين هذه الفئات. وتؤكد المُعطيات تركّز الوباء بين الفئات السكانية الأكثر اخطاراً. مما يدل على أنه لن يكون بالإمكان دحر هذا الوباء بدون التوجُّه إلى هذه الفئات وتوفير خدمات وقائية تتناسب مع احتياجاتهم.

وقد بذلت جميع البلدان جهوداً من أجل إتاحة العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية المنقذة للحياة. ففي الفترة من 2007 إلى 2009، زاد عدد المتعاشين مع فيروس الإيدز الذين يعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية، بنسبة 70%، من 7867 مريضاً إلى 15 511 مريضاً. ومن بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس الإيدز ممن يحتاجون لمضادات الفيروسات القهقرية المحددين والمعروفين للنظام الصحي، يتلقى نحو 80% منهم بالفعل مضادات الفيروسات القهقرية. ومع ذلك، فإن الفجوة لاتزال واسعة ما بين الأعداد التقديرية والأعداد المعروفة للأشخاص المتعاشين مع فيروس الإيدز الذين يحتاجون لمضادات الفيروسات القهقرية. وماتزال نسبة التغطية الإقليمية بمضادات الفيروسات القهقرية المركزة على الاحتياجات التقديرية، في حدود 10%، وهي النسبة الأدنى على المستوى العالمي.

وعلى الرغم من أن جميع البلدان في الإقليم تقدّم بعض الخدمات من أجل توقّي انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى الجنين، إلا أن هذه الخدمات ماتزال متناثرة ومحدودة في كثير من المواقع. ففي عام 2009، ومن بين ما يقدر بـ 20 500 امرأة حامل مصابة بفيروس الإيدز، ومحتاجة إلى مضادات الفيروسات القهقرية، لم يتلق أكثر من 500 منهن (2% فقط) هذه المعالجة على الأكثر. وقد قامت بعض البلدان طوعاً، مثل جيبوتي وعمان، بإدراج اختبار فيروس الإيدز ضمن مضمومة الخدمات التي تقدم لرعاية الحمل.

ولاتزال الملاريا تتوطّن تسعة من البلدان في الإقليم. وتظهر البيانات المستمدة من نظم المعلومات الصحية الروتينية انخفاضاً نسبته 44% في عبء الملاريا مقارنة بالوضع في عام 2000. ووفقاً للتقديرات الواردة في التقرير العالمي عن الملاريا لعام 2009، فإن العبء الأكبر من الملاريا يحمله كل من السودان (62%) وباكستان (18%) يليهما الصومال (9%)، وأفغانستان (8%)، واليمن (3%). وقد أظهرت البيانات الخاصة بالانتشار، والمستمدة من مسح أجري عام 2009 في عشر من الولايات الشمالية في السودان، انخفاضاً قدره 38% في انتشار الطفيلي في عام 2009 مقارنة

بنتائج نفس المسح الذي أجري في عام 2005 (من 3.7% إلى 2.3%). كما تناقص انتشار الملاريا تناقصاً تدريجياً في منطقة تهامة باليمن، من 21.9% في عام 2000 (مسح مدرسي) إلى 4.5% في عام 2009 (مسح أسري). وفي عام 2009، أبلغ العراق أن نسبة السراية المحلية بلغت صفراً، كما لم يتجاوز ما أبلغت عنه المملكة العربية السعودية 58 حالة محلية. وأبلغت جمهورية إيران الإسلامية عن انخفاض نسبته 70% في عدد الحالات المحلية بالمقارنة بما كان عليه الحال عام 2000.

وفي عام 2009، أظهرت نتائج المسح الشامل للملاريا الذي أجري على مستوى القطر في السودان زيادة قدرها 40.3% في نسبة امتلاك الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات المديدة المفعول، وزيادة قدرها 43% في حالات الحمى المعالجة بالتواليف الدوائية التي قاعدتها الأرتيميسينين، بينما لم يتوافر فحص مجهري فعال سوى في 43% فقط من المرافق، ولم تزد المرافق التي كان يمكنها إجراء اختبارات التشخيص السريع على 10.5%. وفي اليمن، لم تتجاوز نسبة الأسر التي لديها ناموسية واحدة على الأقل معالجة بمبيدات الحشرات 15%. وتظهر هذه الأرقام أن الفجوة ماتزال هائلة أمام الوصول إلى التغطية الشاملة في البلدان ذات الأولوية.

وفي عام 2009 أيضاً ظهر ما يقدر بـ 660 000 حالة سل في الإقليم، من بينها 418 149 حالة أمكن اكتشافها من بين 5.8 مليون حالة، اكتشفت على مستوى العالم في نفس العام. مما يعني أن هذا الإقليم يحمل على عاتقه 7% من العبء العالمي للسل. وتسهم أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال بـ 86% من عبء السل في الإقليم. وتحمل باكستان وحدها 64% من العبء الإقليمي لهذا المرض. وتشير التقديرات إلى أن نحو 24 000 حالة من حالات السل قد تطورت في عام 2009 إلى حالات سل مقاوم للأدوية المتعددة.

وقد انحسر معدل وقوعات السل، في عام 2009، إلى 111 حالة لكل 100 000 من السكان، مقارنة بـ 121 حالة لكل 100 000 من السكان في عام 1990 (انخفاض بنسبة 8%). كما حدث انخفاض جدير بالملاحظة في معدل انتشار السل الذي انخفض من 268 حالة لكل 100 000 من السكان في 1990 إلى 179 حالة لكل 100 000 من السكان في 2009 (33%). وعلى الجانب الآخر، انخفض عدد الوفيات الناجمة عن السل من 34 وفاة لكل 100 000 من السكان في 1990، إلى 18 وفاة لكل 100 000 من السكان في 2009 (47%) (الشكل 5). أضف إلى ذلك، أن البلدان تمكنت من المحافظة على معدل نجاح معالجة السل الإيجابي اللطاحة البالغ 88%، بما يتجاوز المعدل العالمي المستهدف، وذلك لثلاث سنوات متتالية.

### 3. التحديات والاستنتاجات

واجهت البلدان في الإقليم تحديات تتعلق بنقص القدرات الإنتاجية من أجل تحقيق نمو اقتصادي مستدام، وشامل، وعادل، وتنمية مضمونة الاستمرار. والفرص ماثلة لكي توضع الصحة في صميم جداول أعمال السياسات الصحية والتنمية الوطنية، وقد حان الوقت لأن تعمل الحكومات، على جميع مستوياتها، على إيجاد حلول مبتكرة وفعالة يمكنها أن تقلل من المخاطر الصحية وتزيد من المنافع الصحية. وتتحرك المنظمة قُدماً، من خلال دعوتها إلى تجديد الرعاية الصحية الأولية، معتمدة برنامج عمل يركز على الالتزامات الدولية مثل جدول أعمال القرن الحادي والعشرين، وإعلان ألما-آتا، وتقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، لمعالجة مظاهر الجور الصحي ذات الدوافع السياسية والاجتماعية والاقتصادية غير المقبولة. وفي 2010 أطلقت منظمة الصحة العالمية حملة على مدى عام

كامل للارتقاء بمستوى الوعي حول قضايا الصحة في المناطق الحضرية، ولإشراك رؤساء البلديات في جهود مناهضة الجور الصحي في الأماكن الحضرية، مع التركيز بشكل خاص على الفقراء في هذه الأماكن. وبعد، فإن تمكين المجتمع في عملية اتخاذ القرارات المحلية، والمشاركة الفعالة للمجتمع المدني في معالجة مظاهر الجور الصحي، ولاسيما تلك المتصلة بالمرمى الرابع والخامس والسادس، من المرامي الإنمائية للألفية، يُعدُّ من التحدّيات الرئيسية التي ينبغي التعاطي معها في جميع الدول الأعضاء.

وينبغي مراعاة الحاجة إلى تصنيف البيانات بحسب الجنس، والعمر، والموقع الجغرافي، لضمان الاستهداف الفعّال للسياسات والبرامج لمواجهة التمييز وتلبية احتياجات الفئات المحرومة والمهمّشة، ووضعها في الاعتبار في عمليات التخطيط المشترك التي تجرى في المستقبل. ولا ريب أن المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، وتمتّعها بجميع حقوق الإنسان هي من الأمور الحاسمة والحيوية بالنسبة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية.

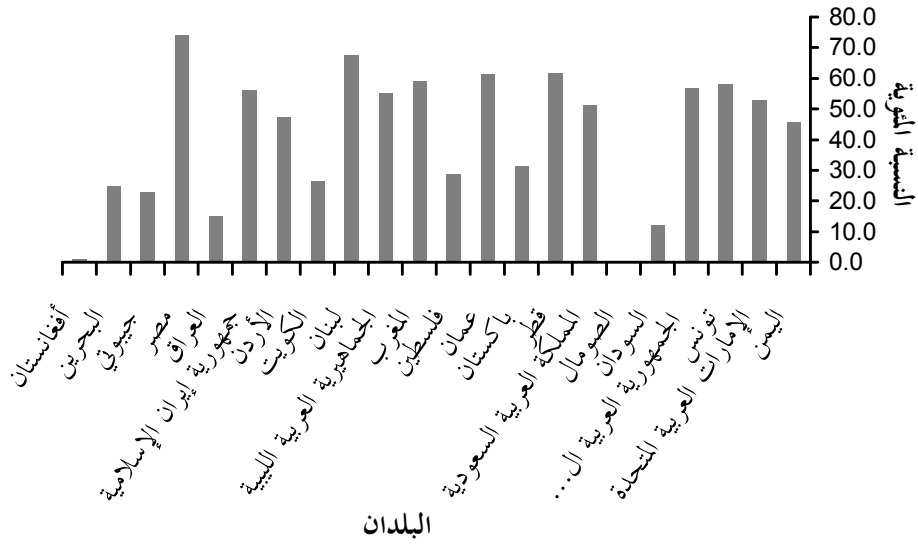
ثم إن الإتاحة الشاملة للخدمات الاجتماعية والصحية، بما في ذلك توفير الحماية الاجتماعية للفقراء، هي من الأدوات التي يمكن من خلالها الحفاظ على الصحة لدى معظم الفئات الأكثر استضعافاً في المجتمع، وينبغي تعزيزها من خلال دعم البلدان الأبطأ سيراً على الدرب.

وعلى ذلك، فإن الحاجة تمس إلى حشد الموارد المحلية وتسريع وتيرة التحرك العالمي تجاه تقليص وطأة الفقر، حيث إن الدعم الحالي المقدم للبلدان الأكثر فقراً، هو دعم غير كافٍ لتغيير الأوضاع على الأرض. وإن تقوية النظم الصحية، والانخراط في شراكات فاعلة، وتوحيد آليات الرصد والتبليغ، هي من الأمور الأساسية التي لا غنى عنها من أجل التحرك لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية في جميع أرجاء العالم.

#### 4. الخطوات القادمة

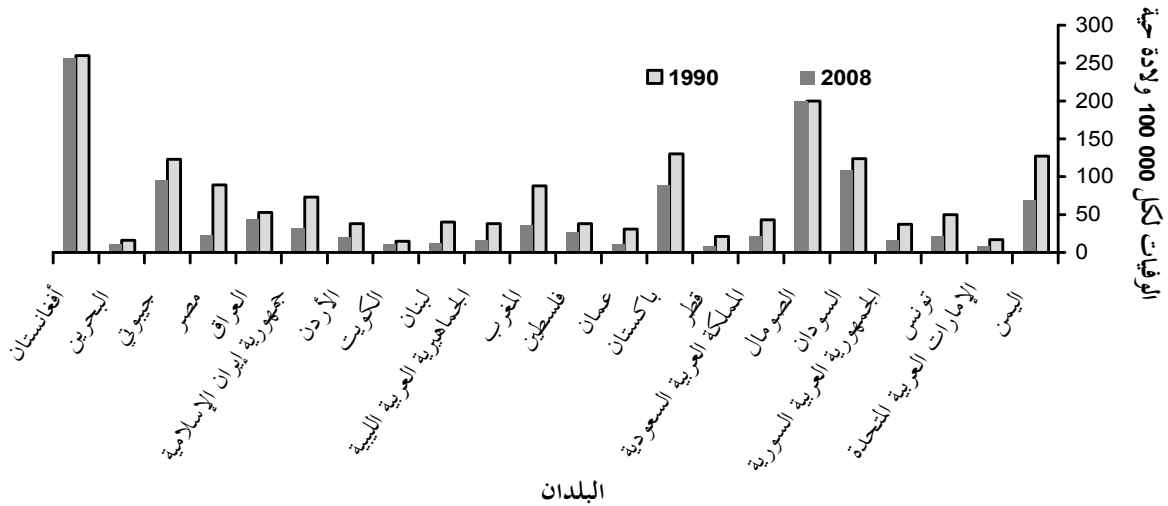
سيواصل المكتب الإقليمي من 2011 إلى 2015، دعمه للدول الأعضاء، مع التركيز على البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، لتعزيز التعاون بين القطاعات وإشراك المجتمع المدني في تقليص معدلات وفيات الطفولة والأمومة، وتوحيد عملية جمع وتحليل واستخدام البيانات التفصيلية. وينشئ المكتب الإقليمي آلية إقليمية للشراء المجمع للقاحات، وذلك دعماً لإدخال اللقاحات الجديدة المنقذة للحياة في البلدان المتوسطة الدخل. وسوف يتم تشجيع البلدان على تنفيذ السياسات الرامية إلى تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وتمتّع المرأة بكامل حقوق الإنسان واستتصال شأفة الفقر. وسيتم دعم الدول الأعضاء من أجل توفير حزمة الممارسات المتعلقة بالأسرة، من حيث الخدمات الصحية والتغذوية، بما في ذلك التغطية الشاملة بتدخلات معروفة جيداً وعالية المردود للأطفال والأمهات، مثل استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل ومضمومات الأمومة المأمونة.

وسوف يواصل المكتب الإقليمي مساعدة الدول الأعضاء على تحسين والنهوض بأنشطة توقي، ومعالجة، ورعاية مرضى الإيدز والسل والملاريا، ودعم التدخلات الفاعلة في هذا المجال، من أجل تحقيق مبدأ الإتاحة الشاملة، ولاسيما للسكان المتضررين تضرراً بليغاً، والفئات المستضعفة. كما سيدعم المكتب الإقليمي الدول الأعضاء كذلك، في دفع عملية البحوث ذات الصلة بهذا المجال، وإزالة العقبات التي تعترض سبيل الحصول على التدخلات المطلوبة، وتعميق الاستفادة منها، والارتقاء بجودتها، والإسهام في تقوية النظم الصحية بشكل أكبر.



المصدر: الإحصائيات الصحية في العالم 2010 والمجموعة المتعددة الوكالات في الأمم المتحدة المعنية بتقديرات الوفيات بين الأطفال

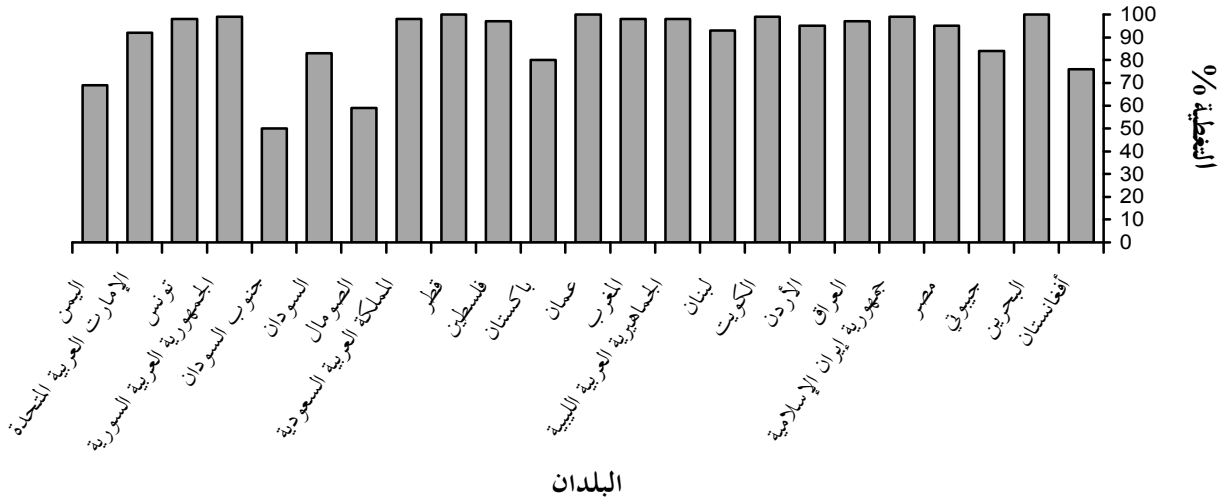
الشكل 1: النسبة المئوية لتقليل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، 1990 - 2008



المصدر: الإحصائيات الصحية في العالم 2010، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2010

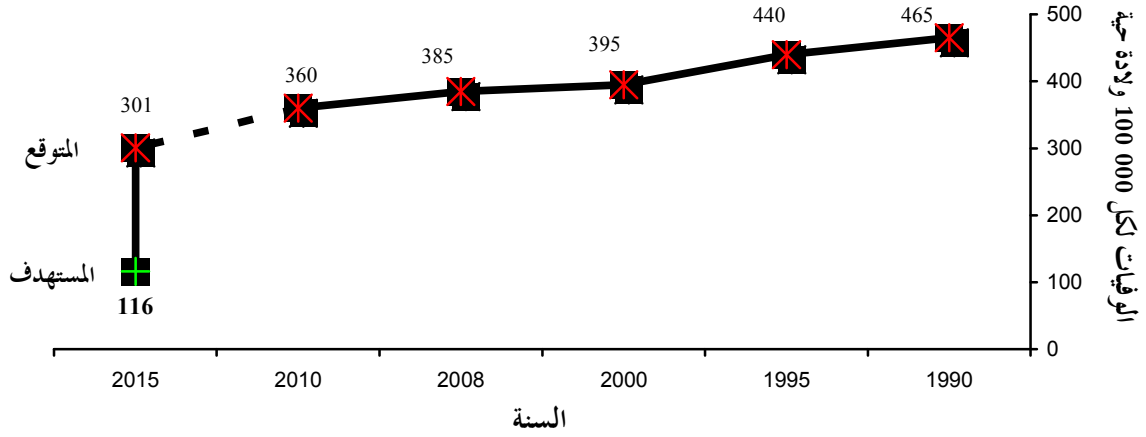
الشكل 2: معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة مصنفة بحسب البلدان، 1990 - 2008



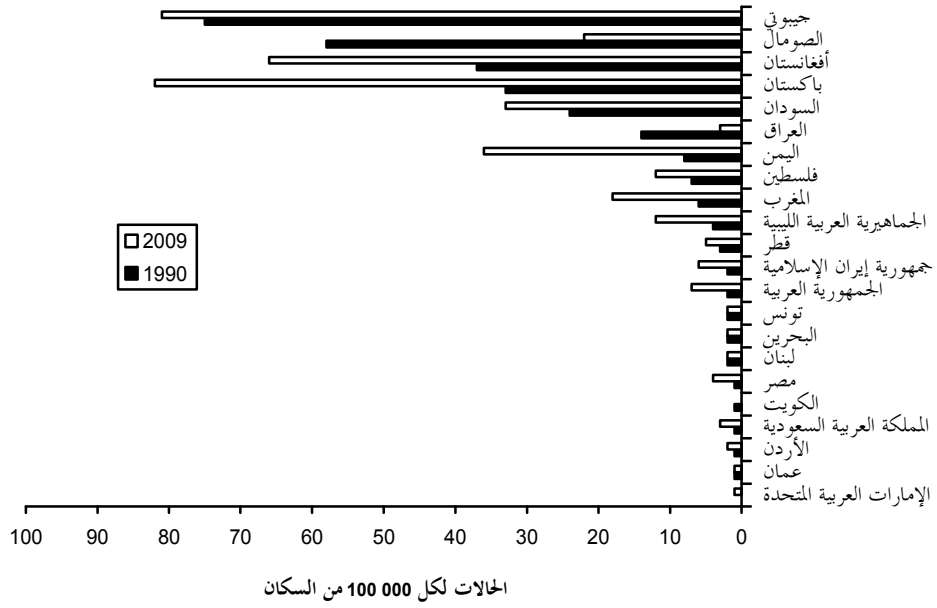
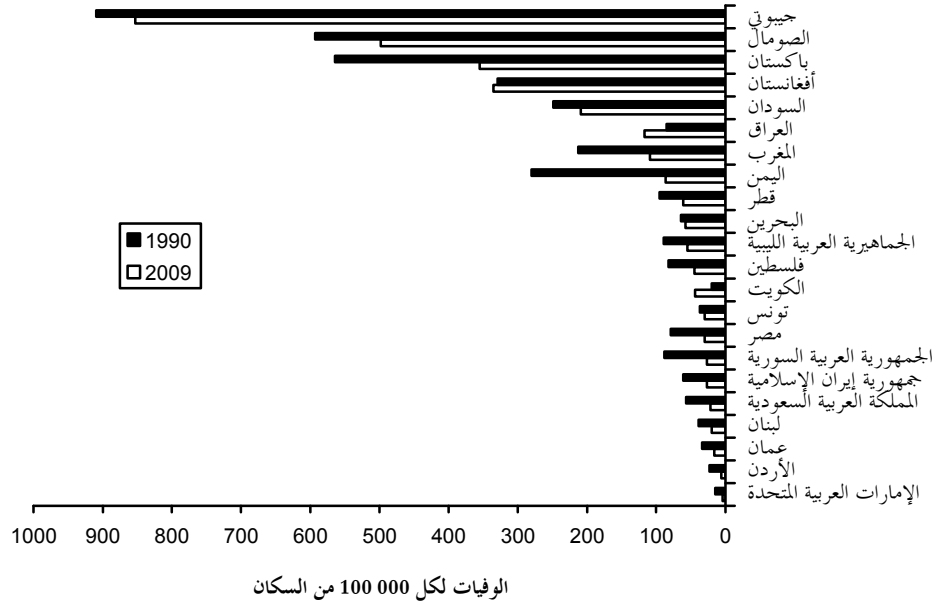


المصدر: بيانات البلدان

الشكل 3. النسبة المئوية للتغطية بالجرعة الأولى من لقاح الحصبة، 2010



الشكل 4: اتجاه معدل وفيات الأمومة في الإقليم 2015 - 1990



المصدر: المكافحة العالمية للسُّل 2010، منظمة الصحة العالمية 2010

الشكل 5: التقدُّم المُحرَز نحو تقليص العبء المرضي للسُّل 1990 - 2009