



EM/RC55/INF.DOC.4

اللجنة الإقليمية  
لشرق المتوسط م/ ل 55/وثيقة إعلامية/4

آب/أغسطس 2008

الدورة الخامسة والخمسون

الأصل: بالعربية

البند 4 (د) من جدول الأعمال

تقرير مرحلي حول

التقدم المحرز نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية

## المحتوى

الصفحة

1. المقدمة ..... 1
2. التقدّم المُحرَز في البلدان ذات الأولوية ..... 3
3. الخطوات التالية ..... 5

## 1. المقدمة

هناك صعوبة في تحقيق المرامي الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة بحلول عام 1015 في أجزاء عديدة من العالم، بما فيها بعض بلدان إقليم شرق المتوسط. فبالرغم من أن معظم بلدان الإقليم تمضي قُدماً بنجاح نحو إحراز الأهداف المتوخَّاه لعام 2015، إلا أن عشرة بلدان وهي أفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية اليمنية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، وفلسطين، والعراق، ومصر، والمغرب لا تسير على الطريق المرسوم لبلوغ بعض المرامي المرتبطة بالصحة أو كلها (الجدول 1). وبسبب ذلك صنَّف المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط هذه البلدان كبلدان ذات أولوية لتلقي الدعم المالي والتقني المكثف.

وتواجه هذه البلدان ذات الأولوية تحديات مشتركة، منها:

- قصور الالتزام السياسي غير الكافي، والملكية الحكومية، والقيادة المجتمعية؛
- الفقر المدقع، والطوارئ المعقَّدة في بعض البلدان؛
- عدم كفاءة النظام الصحي من حيث سهولة الوصول، والكفاءة، وضمان الاستمرار، والمساءلة؛
- عدم كفاية الموارد (البشرية والمالية) وسرعة تنقل العاملين المدربين؛
- انخفاض معدّل تعلّم القراءة والكتابة، والوعي بالأمور الصحية؛
- ضعف التنسيق بين الأطراف المعنية الرئيسية؛
- نقص المعطيات المتسقة التي يمكن التعويل عليها، وضعف الرصد، والإشراف، والإبلاغ.

وفي ضوء هذا الوضع، أوصت الجهات المشاركة في الاجتماع السنوي للتنسيق المشترك للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وهي اليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونسكو، ومنظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأغذية العالمي، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والذي عُقد في القاهرة في 20 شباط/فبراير 2007 باتخاذ التدابير التالية:

- إنشاء فريق إقليمي مشترك بين الوكالات (ويضمُّ لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا) لتخطيط الأنشطة الميدانية المشتركة على أساس الاحتياجات والقدرات المحلية؛
- تحديد وعاء إقليمي للموارد المشتركة بين الوكالات لتنفيذ المشاريع التعاونية؛
- ترتيب زيارات مشتركة للمديرين الإقليميين للبلدان ذات الأولوية للحصول على الالتزام السياسي الرفيع المستوى؛
- مطالبة الفريق القطري للأمم المتحدة بالإبلاغ سنوياً عن التقدم المُحرز في المرامي الإنمائية للألفية سنوياً للفريق الإقليمي المشترك بين الوكالات؛
- الدعوة إلى التصدي لمشكلة سرعة تنقل العاملين المدربين.

وعلى الرغم من وجود تدخّلات فعّالة لتسريع وتيرة التقدّم المُحرَز صَوْب بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، إلا أنها لم تنفَّذ على نحوٍ متّسق. فهنالك طلب ملح من جانب المديرين، ومتّخذي القرار وغيرهم من الأطراف في الإقليم لبناء قدرات المجتمعات لانتشالها من الفقر، وإشراكها بفعالية في أنشطة التنمية الصحية على المستوى المحلي. وينبغي النهوض بالجهود لتحسين أداء النظام الصحي من خلال إجراء الإصلاحات المالية والتنظيمية لنظام الرعاية الصحية. ولا مراء في أن تعزيز هذه القدرات يستلزم تنسيق العمل بين المجالات المتواشجة:

### الجدول 1. التقدّم المُحرَز صَوْب بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة في البلدان ذات الأولوية

المغرب	مصر	العراق	الصومال	السودان	جيبوتي	الجمهورية العربية اليمنية	باكستان	أفغانستان	القضية الصحية (المرمي المرتبط بها)
لا يوجد تغيير	تقدم بطئ /تباطؤ	تباطؤ	تباطؤ	تباطؤ	تباطؤ	لا يوجد تغيير	تقدّم بطيء /تباطؤ	تباطؤ	سوء التغذية (1)
على الدرب	على الدرب	تباطؤ	تباطؤ	تباطؤ	تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطيء /تباطؤ	تباطؤ	صحة الطفل (4)
تقدّم بطئ /تباطؤ	تحقيق الهدف	تباطؤ	لا يوجد تغيير	تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	على الدرب	تقدّم بطيء /تباطؤ	تباطؤ	صحة الأمهات (5)
على الدرب	على الدرب	تقدّم بطئ /تباطؤ	على الدرب	تقدّم بطئ /تباطؤ	تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تباطؤ	تباطؤ	السل (6)
تحقيق الهدف	تحقيق الهدف	تحقيق الهدف	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطيء /تباطؤ	تقدّم بطيء /تباطؤ	الملاريا (6)
تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تقدّم بطيء /تباطؤ	تباطؤ	الإيدز (6)
تقدّم بطئ /تباطؤ	على الدرب	تباطؤ	تباطؤ	تقدّم بطئ /تباطؤ	تباطؤ	تباطؤ	تقدّم بطيء /تباطؤ	تباطؤ	المياه /الإصحاح (7)

- تقليص العوائق الاجتماعية والاقتصادية؛
- تحسين جودة وأداء مقدّمي الرعاية الصحية؛
- زيادة الإنصاف في الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية، ولاسيّما في المناطق المحرومة والمتضرّرة؛
- دعم تطوير وتنفيذ خطط المرامي الإنمائية للألفية الوطنية والتي تعتمد على إسهام الشركاء والمناخين المحتملين، والمنظمات اللاحكومية، ووكالات الأمم المتحدة؛
- تعزيز تنمية الموارد البشرية لضمان سهولة الحصول على الخدمات، والتركيز على تحقيق المساواة بين الجنسين، والكفاءة، وضمان الاستمرار، وجودة الرعاية مع التركيز على المناطق الفقيرة، والقليلة المزاي؛
- التعاطي مع العوامل الأخرى التي تتجاوز نطاق الرعاية الصحية، ولكنها تؤثر على الحصائل الصحية (المحدّات الاجتماعية للصحة).

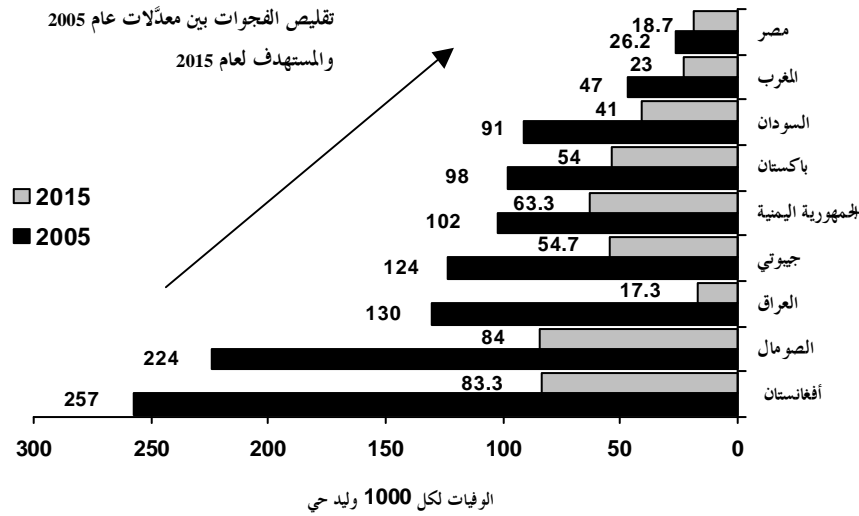
وتعمل المنظمة والدول الأعضاء على موازنة التدابير لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة من خلال تقوية الملكية القطرية؛ وتركيز التدابير على المجموعات الفقيرة والمختطرة في المجتمع مثل الأمهات والأطفال؛ وتشجيع

الحكومات على استثمار المزيد من الموارد لتحقيق المرامي الإنمائية للألفية المرتبطة بالصحة مع إيلاء الأولوية للفقراء والمحرومين؛ وزيادة المشاركة المجتمعية في تنفيذ التدخلات المحرّبة.

## 2. التقدّم المُحرَز في البلدان ذات الأولوية

في ما يتعلّق بالمرمى الرابع، الخاص بتقليص وفيات الأطفال، فإن أرقام عام 2005 تشير إلى أن أعلى معدّل للوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة في الإقليم موجود في أفغانستان، وجيبوتي، والصومال، والعراق. والحاصل أن هذه البلدان تمرّ بحالات طوارئ معقّدة، وتفتقر إلى خدمات الرعاية الصحية الجيدة، كما تسجّل مستويات متدنية من إلمام السكان بالقراءة والكتابة ولاسيّما الإناث. وفي عام 2005 سجّلت أفغانستان أعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، والذي بلغ 257 وفاة لكل 1000 وليد حي. ولامراء في أن هذا المعدّل يفوق كثيراً المعدّل المستهدف لأفغانستان في عام 2015 وهو 83.3 لكل 1000 وليد حي.

كما أن الوضع صعب في الصومال والعراق، ولكننا نأمل في تقليص معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 224 وفاة إلى 84 وفاة في الصومال، ومن 130 وفاة إلى 17.3 وفاة في العراق بحلول عام 2015. وبالنسبة لمصر، فقد بلغ معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 26.2 وفاة لكل 1000 وليد حي في عام 2005، كذلك بلغ المعدّل 47 وفاة لكل 1000 وليد حي بينما المعدّل المستهدف لعام 2015 لكلا البلدين هو 17.3 و23 وفاة لكل 1000 وليد حي على الترتيب. والشاهد أن هذين البلدين يظهران تقدماً ملموساً، ويوشكان على بلوغ المستهدف (الشكل 1).



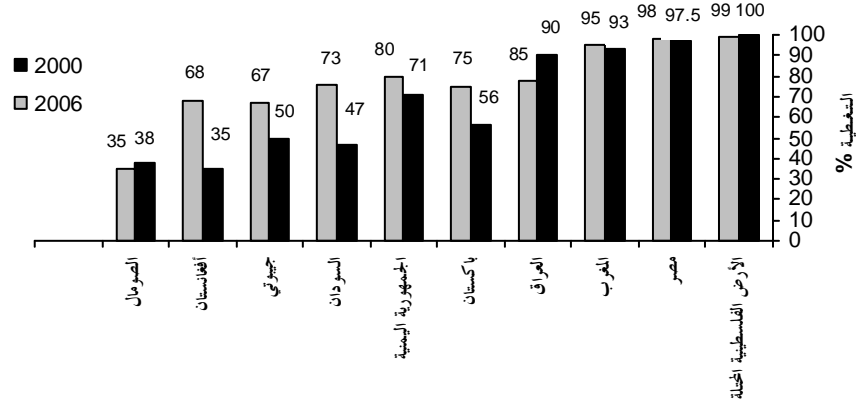
المصدر: المؤشرات الصحية والديموغرافية لإقليم شرق المتوسط، 2005. القاهرة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط 2005.

### الشكل 1. الوفيات دون سن الخامسة: الفجوات بين معدّلات عام 2005 والمستهدف لعام 2015

وفي ما يتعلّق بالتغطية بالتمنيع ضد الحصبة للأطفال دون سنة واحدة من العمر، نجحت فلسطين، ومصر، والمغرب في تحقيق معدّل تغطية يتجاوز 95٪ حيث سجّلت نسبة 100٪ في فلسطين، و98٪ في مصر، و97٪ في المغرب. وفي عام 2005، سجّلت أدنى معدّلات التغطية بالتمنيع في الصومال (35٪)، وأفغانستان (64٪)، وجيبوتي (65٪). وشهدت باكستان والسودان زيادة ملحوظة في معدّل التغطية بالتمنيع في المدة من عام 2000 إلى عام

2006 حيث ارتفعت نسبة التغطية في باكستان من 56٪ إلى 75٪، وفي السودان من 47٪ إلى 73٪ (الشكل 2). على جانب آخر، انخفض معدل الوفيات السنوية الناجمة عن الحصبة في الإقليم من 103 008 إلى 34 000 وفاة في المدة من عام 1999 إلى عام 2006.

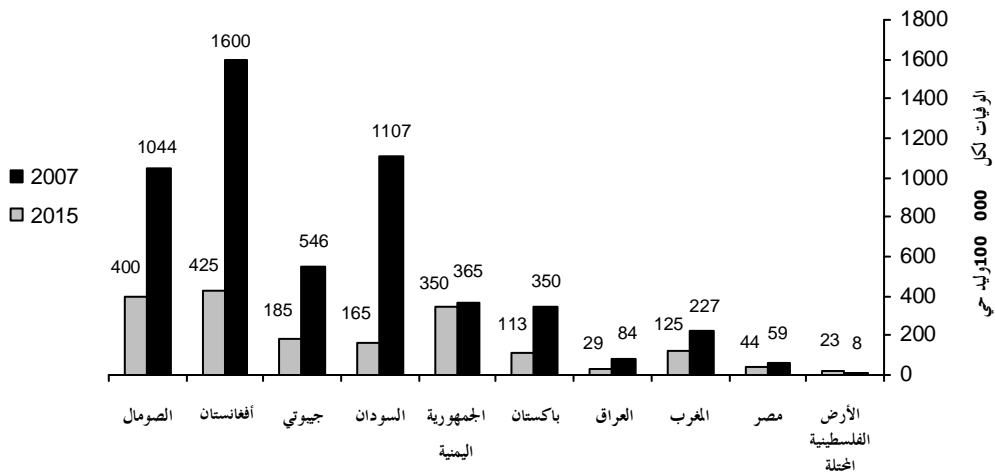
المستهدف لعام 2015: 95٪ على الأقل



المصدر: نماذج التقارير القطرية المشتركة لمنظمة الصحة العالمية واليونسف

## الشكل 2. التغطية الروتينية بالتمنيع، 2006 و 2000

وفي ما يتعلق بأهداف تحسين صحة الأمهات (المرمى 5)، تحرز البلدان ذات الأولوية تقدماً ملموساً باستثناء أفغانستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال (الشكل 3). حيث تبلغ نسبة وفيات الأمهات 1600 لكل 100 000 وليد حي في أفغانستان، و1107 لكل 100 000 وليد حي في السودان. وفي ضوء المستويات الحالية لوفيات الأمهات، فإن هذه البلدان والمؤسسات الوطنية المعنية بحاجة إلى توجيه المزيد من الجهود لإحراز المرمى الخامس المتمثل في تقليص وفيات الأمهات بمقدار أربعة أضعاف في السنوات السبع المتبقية لتحقيق المؤشرات المرجعية للمرامي الإنمائية للألفية بحلول عام 2015. وتبلغ نسبة وفيات الأمهات 546 في جيبوتي، و1044 في الصومال، وهي معدلات مرتفعة إذا ما قورنت بنسبة 185 المستهدفة لجيبوتي، و400 المستهدفة للصومال بحلول عام 2015.

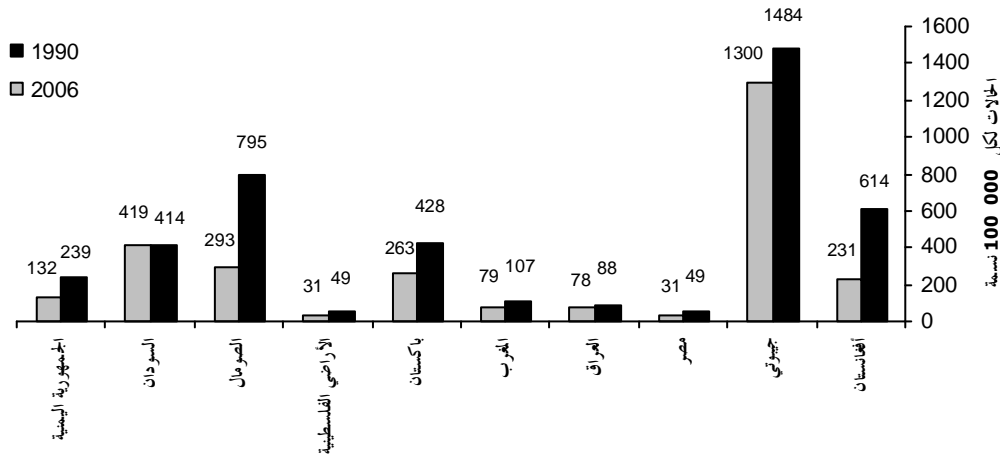


المصدر: التقارير القطرية السنوية وتقديرات المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

## الشكل 3. وفيات الأمهات: الفجوات بين نسب عام 2007 والمستهدف لعام 2015

وفيما يختص بنسبة الولادات التي تتم تحت إشراف مهنيين مهرة، فقد حققت العراق نسبة الـ 90٪ المستهدفة، في حين تجاوزت فلسطين النسبة المستهدفة لتحقيق 97٪. وسُجلت أدنى المعدلات في أفغانستان 19٪ والجمهورية اليمنية 31٪، والصومال 33٪، وباكستان 39٪.

أما ما يتعلق بالمرمى السادس، فإن معدل انتشار السل ينحسر بمعدلات متفاوتة في جميع البلدان تقريباً. فمن بين البلدان العشرة ذات الأولوية، فإن هناك بطئاً في كل من جيبوتي والعراق في تقليص معدلات انتشار السل، في حين لم يظهر أي انخفاض في معدلات الانتشار في السودان (الشكل 4). وأوشك معدل شفاء الحالات المكتشفة إلى الوصول إلى نسبة الـ 85٪ المستهدفة، بيد أننا بحاجة إلى زيادة معدل اكتشاف الحالات من 52٪ إلى النسبة المستهدفة عالمياً وهي 70٪. وعلى الرغم من الجهود المتواصلة، إلا أن اتجاه الانخفاض الحالي لا يعد كافياً لضمان خفض معدلات الانتشار إلى النصف بحلول عام 2015.



المصدر: المكافحة العالمية للسل لعام 2008، جنيف، منظمة الصحة العالمية 2008

#### الشكل 4. معدلات انتشار السل، في عام 1990 وعام 2006

تتواصل جهود مكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه في الإقليم، ولا يزال إجمالي عدد المصابين بفيروس الإيدز في ازدياد. ففي عام 2005، كان العدد المقدّر للمتعايشين مع فيروس الإيدز في السودان نحو 350 000 وفي باكستان 85 000. ويظل تقدير عدد المتعايشين مع فيروس الإيدز صعباً في العراق، والجمهورية اليمنية. أما بالنسبة للملاريا، فإن الأرقام المبلّغة أقل من الأرقام المقدّرة نتيجة لضعف نُظُم المعلومات الصحية. (الجدول 2). والسودان مسؤول عن 50٪ من عبء الملاريا في الإقليم وإن كان هناك تناقص حالي في عدد الحالات المبلّغة.

### 3. الخطوات القادمة

لقد حدّد فريق العمل الإقليمي المعني بالمرامي الإنمائية للألفية مجموعة من التدابير لتقديم المزيد من الدعم الفعّال للبلدان ذات الأولوية. وفي هذا المضمار، سيُعَدّ المكتب الإقليمي مرتسماً قطرياً للمرامي الإنمائية للألفية لكل بلد من البلدان ذات الأولوية. وسيعمل فريق مشترك من المنظمة ووزارات الصحة على تحليل أحدث المعطيات المرتبطة بالصحة، وعلى إعداد الحلول المناسبة في سياق خطة قطرية واحدة. وستتم مساعدة البلدان على إقامة شراكات،

واستجلاب المزيد من الموارد من أجل إحراز المرامي الإنمائية للألفية. كما ستتم مساعدة البلدان على إعداد حملات واستراتيجيات للتوعية، وتعزيز سُبُل الإبلاغ لديها، وكذا نُظُم الإشراف والرصد. وأخيراً، ستتم مساعدة البلدان على دراسة ورصد المؤشرات الإضافية بما فيها أسباب الوفيات، ومدى التغطية بالتدخلات، وعوامل الاختطار، والنُظُم الصحية.

## الجدول 2. حالات الملاريا المقدرة والمبلّغة في بلدان الإقليم ذات العبء المرتفع

البلد	الحالات المبلّغة في عام 2001	الحالات المبلّغة في عام 2006	الحالات المقدّرة
أفغانستان	364 243	329 754	1 500 000
باكستان	104 003	124 000	1 600 000
الجمهورية اليمنية	غير متاحة	217 270	900 000
جيبوتي	4 312	7 708	60 000
السودان	3 985 702	2 888 943	5 000 000
الصومال	10 364	49 256	1 300 000

المصدر: التقارير السنوية للبلدان