

تقرير مرحلي حول بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة والمرامي الصحية العالمية بعد عام 2015

1. ثبت أن المرامي الإنمائية للألفية التي وضعتها الأمم المتحدة تمثل تحدياً وعاملاً حافزاً، وهذا ما قصد إليه 189 رئيساً من رؤساء الحكومات الذين صادقوا على إعلان الألفية في مطلع القرن الحادي والعشرين. وجاء توقيع قادة البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل على وثيقة المرامي الإنمائية للألفية، معبراً عن تعهدهم بمضاعفة الجهود المبذولة للحد من الفقر، وتحسين نوعية حياة أكثر فئات سكان تلك البلدان استضعافاً، على حين وعد ممثلو البلدان المرتفعة الدخل بزيادة دعمهم لجهود تلك البلدان.
2. ووزارات الصحة ملتزمة باتخاذ سلسلة من الإجراءات في بلدانها، أو على الصعيد الدولي، بهدف تعجيل التقدم نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. ومن تلك الإجراءات تعزيز الشراكات بين القطاعات، وتكثيف الإجراءات الرامية إلى التنمية الصحية الوطنية وتحقيق الحماية الاجتماعية، وتحسين عملية قياس ورصد التقدم المحرز لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية، والعمل على تعزيز مشاركة المجتمع المدني في الجهود المبذولة للمضي قدماً نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.
3. ويُركّز هذا التقرير على المرامي الإنمائية ذات الصلة بالصحة؛ ألا وهي المرمى 4 (تقليل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في المدة بين عامي 1990 و2015)، والرمى 5 (تقليل معدل وفيات الأمومة بمقدار ثلاثة أرباع في المدة بين عامي 1990 و2015)، والرمى 6 (وقف انتشار مرض الإيدز والعدوى بفيروسه والملاريا والسل بحلول عام 2015). وفي إقليم شرق المتوسط، هناك بلدان لا تمضي قدماً على طريق تحقيق بعض أو كل المرامي ذات الصلة بالصحة، وهي: أفغانستان، وباكستان، وجنوب السودان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، ومصر، والمغرب، واليمن، والأرض الفلسطينية المحتلة. ويُوضّح الجدول 1 التقدم المحرز نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية في عشرة من هذه البلدان ذات الأولوية.

الجدول 1. التقدّم المحرّز نحو بلوغ المرامي الإنمائية ذات الصلة بالصحة ضمن المرامي الإنمائية للألفية في البلدان ذات الأولوية، 2011/2010

القضية الصحية (رقم المرمي ذي العلاقة)	أفغانستان	جيبوتي	مصر	العراق	المغرب	الأرض الفلسطينية المحتلة	باكستان	الصومال	السودان*	اليمن
سوء التغذية (1)	خ	خ	م/خ	خ	ل/خ	ق	م/خ	خ	خ	ل/خ
صحة الطفولة (4)	م/خ	م/خ	ب	م/خ	ب	م/خ	م/خ	خ	م/خ	م/خ
صحة الأمومة (5)	ق	م/خ	ب	م/خ	ب	ق	م/خ	م/خ	ق	ق
السل (6)	م/خ	م/خ	ب	ق**	ب	ق	ق**	م/خ	م/خ	ب
الملاريا (6)	م/خ	م/خ	ب	ب	ب	ب	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	م/خ
المياه/الإصحاح (7)	خ	خ	ق	خ	م/خ	ق	م/خ	خ	م/خ	خ

خ: متأخر (لن يتحقق المرمي بحلول عام 2015)؛ م/خ: يحرز تقدماً ولكنه متأخر عن غيره (من غير المحتمل أن يتحقق المرمي بحلول عام 2015 بمعدل التقدّم الحالي)؛ ق = يمضي قدماً (يرجح بلوغ الهدف بحلول عام 2015)، ب: (تم بلوغ الهدف).

4. ومن الواضح أن التغطية الشاملة لن تتحقق إلا بحصول جميع الناس بالتساوي على خدمات صحية عالية الجودة، لا فرق في ذلك بين غني وفقير، أو بين ساكني الحضر أو الريف. هذا، وذكر تقرير لليونيسيف في عام 2010، بعنوان "تقليص الفجوات لتحقيق المرامي"، أن تحقيق المرميين 4 و5 من المرامي الإنمائية للألفية بسرعة أكبر أمر ممكن إذا تم توظيف استثمارات تُركّز على الفقراء. ومما يبيّن هذا التقرير، على وجه الخصوص، أن اتباع أسلوب يقوم على تحقيق الإنصاف من شأنه أن يجعل الاستثمارات الموظفة تؤدي إلى زيادة العائدات زيادة كبيرة، وذلك بتوقي المزيد والمزيد من وفيات الطفولة والأمومة، وتفاذي نوبات نقص التغذية، والتوسّع الواضح للموس لنطاق التغطية الفعالة بتدخلات رئيسية في مجالي الرعاية الصحية الأولية والتغذية.

التقدّم المحرّز في بلدان الإقليم

5. تشير بعض التقديرات فيما يتعلق بالمرمي 4 من المرامي الإنمائية إلى انخفاض معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة 32% في إقليم شرق المتوسط في المدة بين عامي 1990 و 2010، حيث بلغ متوسط معدّل الانخفاض 1.9% سنوياً. وتشير أحدث تقديرات الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الطفولة، الصادرة في أيلول/سبتمبر 2011، إلى أن الإمارات العربية المتحدة، وتونس، وعمان، ومصر قد حققت بالفعل هدف المرمي 4 من المرامي الإنمائية المتمثل في تقليص وفيات الأطفال دون الخامسة بمقدار الثلثين وتجاوزه، كما أن هناك ستة بلدان أخرى بسبيلها إلى تحقيق ذلك الهدف (الشكل

* بما فيها جنوب السودان؛ ولا تتوفر بيانات مصنفة للسودان وجنوب السودان للفترة 2011/2010.

** عدّل معدل الوقوعات التقديري من 64 إلى 45 لكل 100 000 نسمة خلال الفترة 2011/2010 بناء على نتائج دراسة أجريت في عام 2011. ولم تُستكمل بعد المؤشرات ذات الصلة. غير أنه بناء على التناقض الجاري في معدل الوقوعات يعتبر البلد ماضياً قدماً.

1). وحققت بلدان شمال أفريقيا¹، والتي تشكل إقليمياً فرعياً، أفضل الإنجازات عالمياً على مدى الفترة بين عامي 1990 و2010، حيث انخفضت وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة 72%، ووصل متوسط معدل الانخفاض إلى 6.3% سنوياً. بيد أن من غير المرجح أن تتمكن بقية البلدان، بما فيها جميع البلدان التي يرتفع فيها معدل وفيات الأطفال دون الخامسة، من بلوغ هذا المرمى بوتيرة التنفيذ الحالية للتدخلات العالية المردود. ولا يزال التقزُّم والهزال من الحالات المنتشرة في الكثير من البلدان. ويبلغ معدل التقزُّم في الإقليم ككل 30%، متراوحاً بين 6% في تونس وما يزيد على 55% في أفغانستان واليمن. والتقزُّم إذا استمر تعذّر التخلص منه، ومن ثم يتعين استهدافه في سن مبكرة (ابتداءً من الشهر السادس من العمر). ولا تزال معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية منخفضة، مما يسهم في سوء التغذية.

6. ومن المرجح أن يكون تنفيذ التدخلات في إطار استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفولة التي تدمج، ضمن ما تدمج، الكشف المنهجي المبكر للالتهاب الرئوي وغيره من الأسباب الرئيسية لوفيات الطفولة، ومعالجتها، قد أسهم في الانخفاض الكبير في معدل وفيات الأطفال دون الخامسة الذي لوحظ في بعض البلدان التي انخفضت فيها الوفيات دون الخامسة (الشكل 2).

7. وقد شهدت السنوات الأخيرة تحسناً ملحوظاً في التغطية بالتلقيح الروتيني في عدة بلدان بالإقليم. إذ بلغ متوسط التغطية بالجرعات الثلاث من اللقاح الثلاثي (المضاد للخنق، والكزاز والشاهوق) في الإقليم 90% في عام 2010. وعلى الرغم من التقدم المحرّز، لم يحصل ما يقرب من 1.5 مليون رضيع على الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي في عام 2010، علماً بأن عدد الأطفال غير الملقّحين تلقياً كاملاً وفق جدول التطعيم الوطني قد يكون أعلى من ذلك. وحققت ستة عشر بلداً في الإقليم نسبة لتغطية الأطفال دون السنة الأولى من العمر بالجرعة الأولى من لقاح الحصبة بلغت 90%، وشارفت ثمانية بلدان على تحقيق هدف التخلص من الحصبة. وعلى الرغم من ذلك، قد تضعف المكاسب التي تحققت في مجال تقليص وفيات الحصبة (الشكل 3) ما لم تتواصل جهود مكافحة الحصبة والتخلص منها. واكتسب إدخال لقاحات جديدة منقذة للأرواح قوة دفع في السنوات الأخيرة، مع إدخال اللقاح المضاد للمستدمية النزلية من النمط بي (Hib) في 19 بلداً، ولقاح المكورات الرئوية في تسعة بلدان، ولقاح الفيروسات العجالية في خمسة بلدان، وهو ما يمثل الوصول إلى حوالي 75% و12% و19% على التوالي من المواليد سنوياً في الإقليم.

8. ويُشكّل إدخال لقاحات جديدة التحدي الأكبر الذي تواجهه البلدان المتوسطة الدخل. وسعيًا من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط إلى زيادة حصول الأطفال دون الخامسة على خدمات الرعاية الصحية الجيدة؛ قام بإعداد مجموعة من التدخلات الخاصة بصحة الطفولة يتولّى تقديمها العاملون في صحة المجتمع أثناء حملات التلقيح. ويجري تنفيذ هذه المجموعة من التدخلات حالياً في السودان واليمن. هذا، ويجري الآن إنشاء آلية إقليمية للشراء الجماعي للقاحات لدعم إدخال لقاحات جديدة منقذة للحياة في البلدان المتوسطة الدخل.

¹ تونس، وليبيا، ومصر، والمغرب

9. وفيما يتعلق بالمرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية، يُقدَّر أن 35000 امرأة و450000 مولود يموتون كل عام في الإقليم بسبب مضاعفات الحمل والولادة². وهناك تباين كبير في معدلات وفيات الأمومة بين بلدان الإقليم. إذ يقل معدل وفيات الأمومة عن 100 وفاة لكل 100000 مولود حي في الأردن، والأرض الفلسطينية المحتلة، والبحرين، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمان، وفلسطين، والكويت، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمملكة العربية السعودية. وهناك خمسة بلدان يتراوح فيها معدل وفيات الأمومة بين 100 و500 وفاة لكل 100000 مولود حي، وهي: أفغانستان، وباكستان، والسودان، والمغرب، واليمن. ويزيد ذلك المعدل على 500 وفاة لكل 100000 مولود حي في ثلاثة بلدان هي: جنوب السودان، وجيبوتي، والصومال. وفي عام 2006، بلغ معدل وفيات الأمومة في جنوب السودان 2054 وفاة لكل 100000 مولود حي، وهو من أعلى المعدلات في العالم³. وفي عام 2010 كانت نسبة قدرها 47% من المواليد في الإقليم تتم بعيداً عن مرافق الرعاية الصحية، في حين كانت 35% من الولادات تتم دون إشراف من عاملين صحيين مهرة². ويبين الشكل 4 اتجاه معدل وفيات الأمومة في الإقليم منذ عام 1990.

10. ويُعدُّ بلوغ المرمى 6 من المرامي الإنمائية للألفية أمراً أساسياً، ذلك أن السل والملاريا والإيدز أمراض تودي بحياة حوالي 264000 شخص كل عام في الإقليم. ففي عام 2010 سجل الإقليم أعلى رقم للأشخاص الذين أصيبوا حديثاً بعدوى فيروس الإيدز، إذ قدَّر عددهم بنحو 82 000، أي ما يزيد بنسبة 48% على عدد المصابين الجدد بعدوى الفيروس في عام 2001 الذين حُدِّد عددهم بنحو 43000 شخص. كما زاد العدد التقديري للمتعايشين مع عدوى فيروس الإيدز زيادة حادة في الفترة ذاتها، من 320000 إلى 560 000، كما زاد عدد المتوفين من أسباب مرتبطة بالإيدز، من 22000 في عام 2001 إلى 38000 في عام 2010. وتبيّن أن معدل التغطية بمضادات الفيروسات القهقرية في الإقليم هو أكثر المعدلات انخفاضاً بين جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية، إذ يبلغ ذلك المعدل 10% بين البالغين و5% بين الأطفال.

11. وفي عام 2010، أشارت التقديرات إلى أن 47% من سكان الإقليم لا يزالون يعيشون في مناطق معرضة لخطر الملاريا. وقد تم الإبلاغ في العام نفسه عن ما مجموعه 7277848 حالة من الملاريا في الإقليم، وأكدت الاختبارات الباراسيتولوجية 28.5% فقط من هذه الحالات. وتمثّل تلك الأرقام انخفاضاً نسبته 28% مقارنة بالعدد الإجمالي للحالات المبلّغة في عام 2000. وقد وقعت 98% من حالات الإصابة المؤكّدة في عام 2010 في خمسة بلدان: جنوب السودان بنسبة 43%، والسودان 35%، وباكستان 12%، واليمن 5%، وأفغانستان 3%. وتفيد التقديرات بأن وفيات الملاريا في الإقليم تمثل 2% من الوفيات العالمية الناجمة عن الملاريا في عام 2010؛ ووقع حوالي 60% من الوفيات بين الأطفال دون الخامسة. ووقعت في السودان وجنوب السودان نحو 94% من وفيات الملاريا المبلّغة في عام 2010⁴.

² قاعدة البيانات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية حول زيادة مأمونية الحمل، 2011

³ مسح صحة الأسرة في السودان، 2006.

⁴ تقرير الملاريا العالمي 2011، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2011.

12. وقد ارتفعت تغطية السكان بالتدخلات الرامية إلى الوقاية من الملاريا ومعالجتها في 7 البلدان في الإقليم بنوء بها عبء ثقيل من الملاريا: أفغانستان، وباكستان، وجنوب السودان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن، بسبب زيادة الاستثمارات في هذا المجال. ومع ذلك، لا تزال هذه التغطية أقل بكثير من النسبة المستهدفة وهي 80%. ويمثل قلة إمكانية الحصول على خدمات التشخيص الجيد، وضعف نُظُم الترصد، وانتشار مقاومة الطفيليات للأدوية المضادة للملاريا، ومقاومة النواقل للمبيدات الحشرية تحديات مهمّة تتطلب الدراسة على وجه الاستعجال.

13. وفي عام 2010، قُدّرت حالات الإصابة بالسل بنحو 650000 حالة، أي ما يمثل 7% من العب العالمي للسل. وتُعاني تسعة بلدان 95% من عبء السل في الإقليم، وهي: أفغانستان، وباكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والسودان، والصومال، والعراق، ومصر، والمغرب، واليمن. وينوء بباكستان وحدها 61% من عبء السل في الإقليم. وتفيد التقديرات بأن عدد وفيات السل بلغ 95000 وفاة في عام 2010⁵. وقد نجحت عشرة بلدان في تقليص معدلات انتشار السل ووفياته أو كليهما إلى النصف في عام 2010 مقارنة بعام 1990. وتتفاوت وتيرة تقدّم بقية البلدان نحو بلوغ الأهداف المتوخّاة. أمّا التحديّ الرئيسي في هذا الصدد فيتعلق بانخفاض معدلات اكتشاف حالات السل الحساس للأدوية، والسل المقاوم للأدوية، التي بلغت 63% و 6% على التوالي في عام 2010. وينتج هذا الوضع، أساساً، عن نقص إبلاغ مقدّمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص عن حالات السل، والتشخيص الذي هو دون المستوى المنشود، وقلة وعي المجتمع بشؤون السل. وقد انخفض معدل انتشار السل في الإقليم انخفاضاً كبيراً منذ عام 1990 ويبدو أن الانخفاض قد تسارع في عام 2000. غير أن التقديرات الحالية تشير إلى تعذّر بلوغ الهدف المنشود بحلول عام 2015. وقد انخفض بحلول عام 2010، معدل الوفيات في الإقليم بمقدار النصف في الفترة بين عاميّ 1990 و 2010 (الشكل 5).

التحديات والاستنتاجات

14. شهد العامان الماضيان تغيّرات عديدة على الصعيد الاجتماعي والسياسي والاقتصادي في الإقليم. كما أثرت الكوارث الطبيعية والتي من صنع الإنسان تأثيراً سلبياً على مكتسبات التنمية وأدّت إلى زيادة حالات الاستضعاف واللامساواة. ولم يقتصر تأثير تلك التغيّرات على الصحة، بل امتدّ محدثاً تغييرات في الأطراف المعنية والشركاء العاملين مع المجتمع الدولي. كما تأثر بحالات الطوارئ المعقدة بعض البلدان المتوسطة الدخل، وكذلك أقل البلدان نمواً. وقد تتيح التغيّرات السياسية الفرصة للتعاون مع القادة الجدد الذين قد يكونون أكثر استعداداً لتحدي الوضع الراهن، والحرص على أن يصبح تحقيق الإنصاف والعدالة الاجتماعية في الحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية المبدئين اللذين تسترشد بهما الأنشطة التنموية، بما فيها المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة.

15. ومن المرجح أن تؤدّي الأزمة المالية العالمية، والتغيّرات المناخية العالمية، والتداعيات الاقتصادية في الكثير من البلدان، إلى قيام المزيد من التحديات في طريق بلوغ المرامي الإنمائية للألفية في السنوات القليلة المقبلة، حتى في البلدان التي تمضي قدماً في الوقت الحاضر على هذا الطريق.

⁵ المكافحة العالمية للسل 2011. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2011 (الوثيقة WHO/HTM/TB/2011.16)

16. وهناك فرص سانحة لإحلال الصحة في صميم البرامج الوطنية المعنية بالسياسات الصحية والتنمية، وقد حان الوقت لأن تعمل الحكومات، على جميع مستوياتها، على إيجاد حلول مبتكرة وفعالة تخفف من وطأة المخاطر الصحية وتزيد من المنافع الصحية. وتتحرك المنظمة قُدماً، من خلال دعوتها إلى تجديد الرعاية الصحية الأولية، وفقاً لخطة تركز على التزامات دولية من قبيل إعلان ألما-آتا، وجدول أعمال القرن الحادي والعشرين، وإعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، لمعالجة مظاهر الجور الصحي غير المقبولة ذات الدوافع السياسية والاجتماعية والاقتصادية.
17. ويظل من الاعتبارات الرئيسية للتخطيط المشترك، الحاجة إلى تصنيف البيانات بحسب الجنس، والعمر، والموقع الجغرافي، لضمان الاستهداف الفعال للسياسات والبرامج الرامية إلى مواجهة التمييز، وتلبية احتياجات الفئات المحرومة والمهمشة. ولا يخفى أن المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، وتمتعها الكامل بحقوق الإنسان من الأمور الأساسية لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
18. ثم إن الإتاحة الشاملة للخدمات الاجتماعية والصحية، بما في ذلك الحماية الاجتماعية للفقراء، هي وسيلة يمكن بفضلها الحفاظ على صحة أكثر فئات المجتمع استضعافاً، ويجب تعزيز هذه الإتاحة دعماً للبلدان المتخلفة عن الركب.
19. وسوف تساعد المنظمة البلدان في تعزيز تقديم مجموعة من الخدمات الصحية والتغذوية المتعلقة بطب الأسرة، بما في ذلك التغطية الشاملة بتدخلات معروفة جيداً وعالية المردود للأطفال والأمهات، مثل استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفولة، ومجموعة خدمات الأمومة المأمونة. وتعتبر تقوية نُظُم الرعاية الصحية إحدى الأولويات العليا للمنظمة، وللتعاون بين البلدان.
20. وسوف تواصل الدول الأعضاء والمنظمة العمل معاً على تعزيز وتحسين أنشطة الوقاية من الإيدز والسل والملاريا، ومعالجة المصابين بها ورعايتهم، ودعم التدخلات في هذا المجال، من أجل تحقيق الإتاحة الشاملة للخدمات، لاسيما للفئات السكانية الأكثر تضرراً، والفئات المستضعفة.
21. ومن بين التدخلات الرئيسية التي يتعين على جميع الدول الأعضاء التعاطي معها، النهوض بالبحوث ذات الصلة، وإزالة العقبات التي تعترض سبيل الحصول على التدخلات، وتعزيز تمكين المجتمع في عملية اتخاذ القرارات على الصعيد المحلي، وإشراك المجتمع المدني بشكل فاعل في معالجة مظاهر الجور الصحي.
22. وسوف يتم تشجيع البلدان على تنفيذ سياسات تهدف إلى تحقيق المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، وتمتعها الكامل بجميع حقوق الإنسان، واستتصال شأفة الفقر.

الخطوات المستقبلية

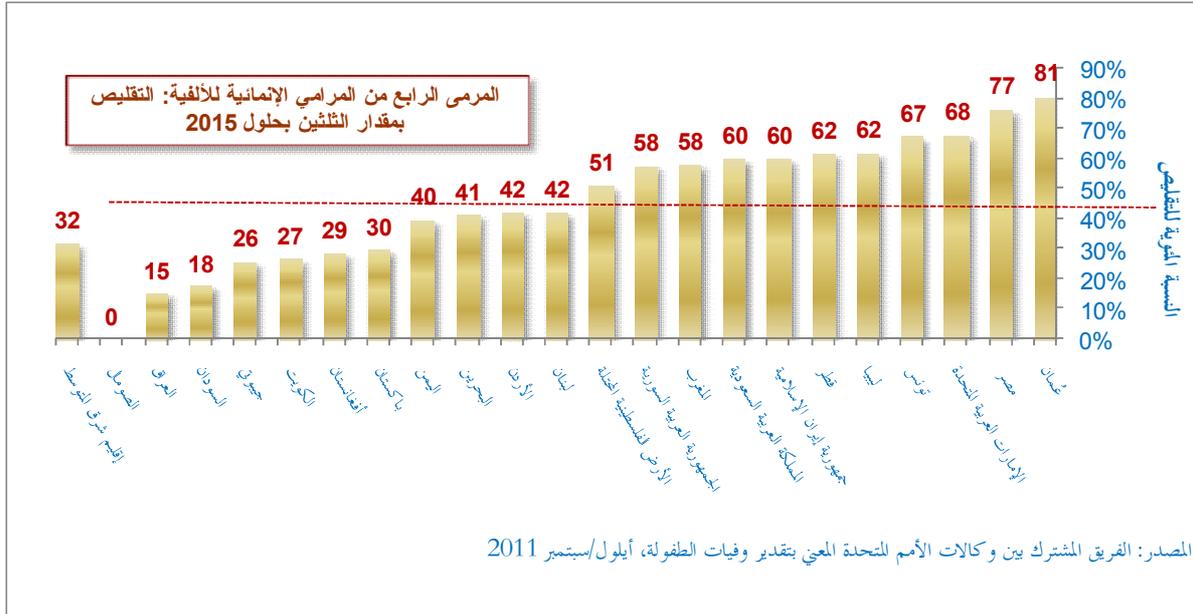
23. من الواضح أن الكثير من البلدان، ولاسيما أشد البلدان فقراً، سوف تحتاج إلى بذل جهود مطردة بعد عام 2015 لبلوغ أهداف المرامي الإنمائية للألفية. وعلاوة على ما سبق، سوف يشدد التركيز على مظاهر الجور وعواقبها على الصحة. فهناك أمور من قبيل التوسع الحضري السريع والعشوائي، وتقدم العمر بالسكان، والتغيرات المناخية، والشكوك التي تكثف الأداء الاقتصادي، والهجرة، وأنماط الحياة غير الصحية، وكلها عوامل تُعرقل التقدم نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. وفي هذا الشأن، تمس الحاجة إلى

تعاون قوي ومستمر بين القطاعات لمعالجة المُحدِّدات الاجتماعية للصحة، وترجمة إعلان ريو السياسي إلى واقع عملي.

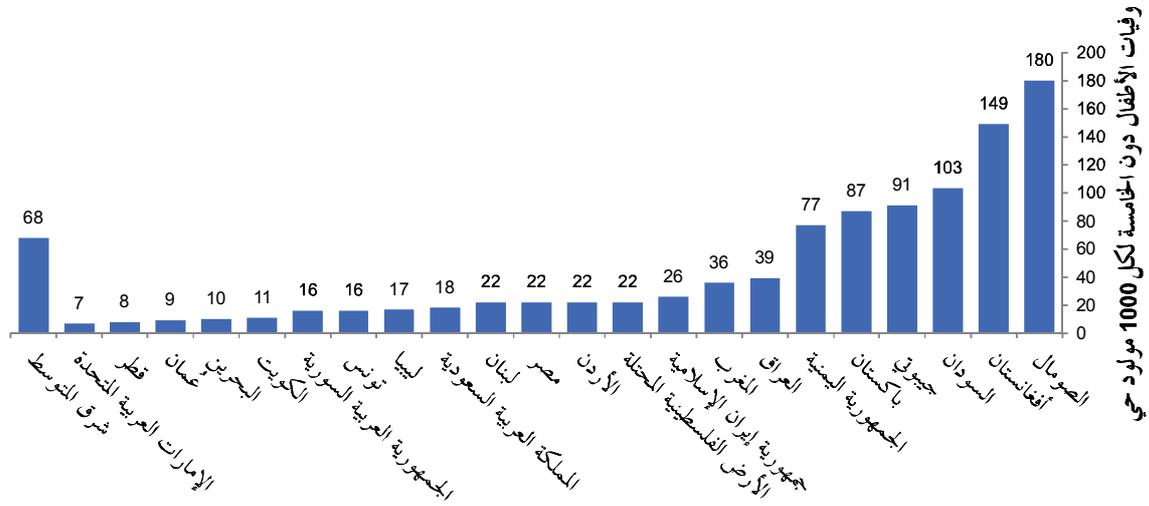
24. وسوف تدعم المنظمة الالتزام السياسي القوي وتُقدِّم الدليل عليه للحد من الآثار الضارة للمُحدِّدات الاجتماعية للصحة، مثل البطالة، والأمية، وضعف إمكانية الحصول على المياه ومرافق الإصحاح، ونقص النمو الاقتصادي، كما ستقدم الدليل على تعزيز آليات رصد حالات اللا مساواة في مجال توزيع الثروة والخدمات الصحية في البلدان. وهناك حاجة إلى بذل جهود كبيرة لتعزيز الشراكات الفعالة، والتعاون بين القطاعات، وتحقيق المواءمة بين مشاركة وكالات الأمم المتحدة والمجتمع المدني في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. وينبغي للدول الأعضاء والمنظمة المثابرة على بذل الجهود المشتركة التي ترمي إلى تعزيز الإتاحة الشاملة لخدمات الرعاية الصحية الأولية الجيدة، بما في ذلك الحماية الاجتماعية للفقراء، ولاسيما في البلدان التي تتخلف كثيراً عن الركب.

25. وتمسُّ الحاجة إلى حشد الموارد المحلية، والإسراع بوتيرة التحرك العالمي تجاه تقليص وطأة الفقر، ذلك لأن الدعم المُقدَّم حالياً إلى أشد البلدان فقراً غير كاف لتغيير الأوضاع على أرض الواقع.

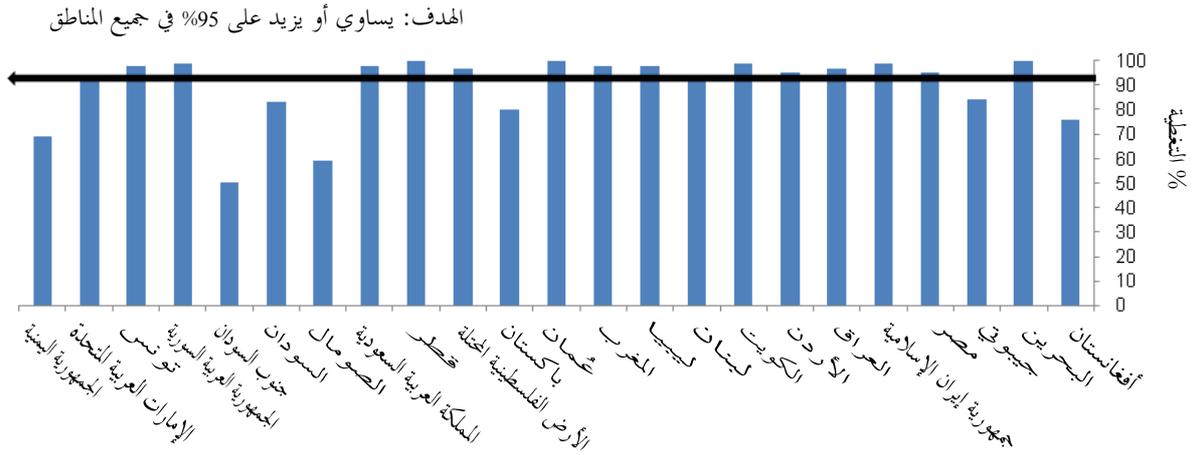
الأشكال



الشكل 1. النسبة المئوية لتقليل معدل وفيات الأطفال دون الخامسة، 1990-2010

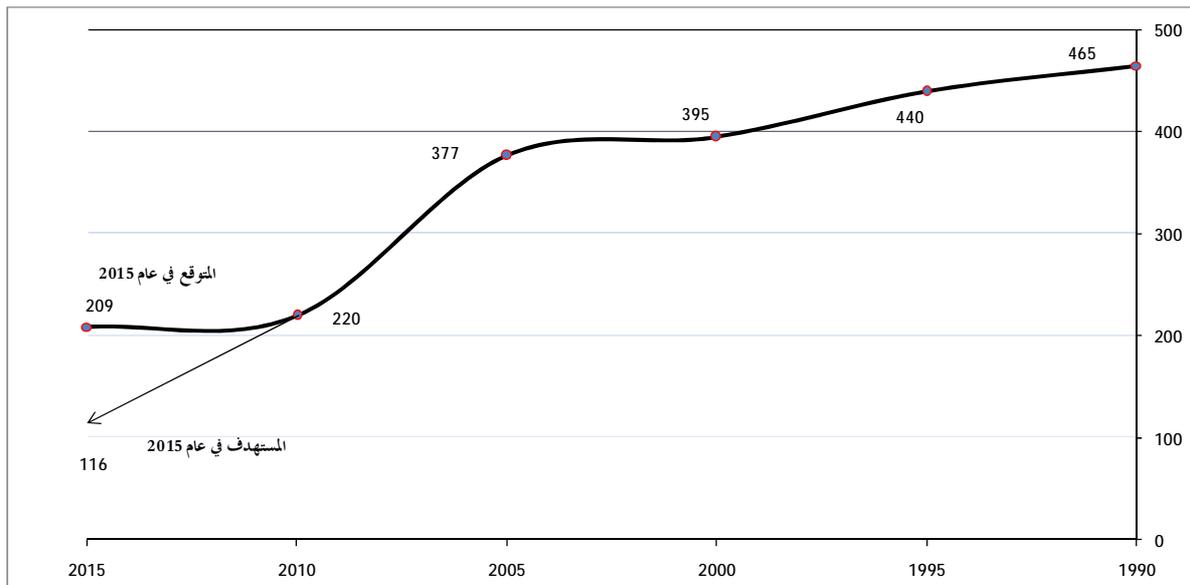


الشكل 2. معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة في البلدان، 2010



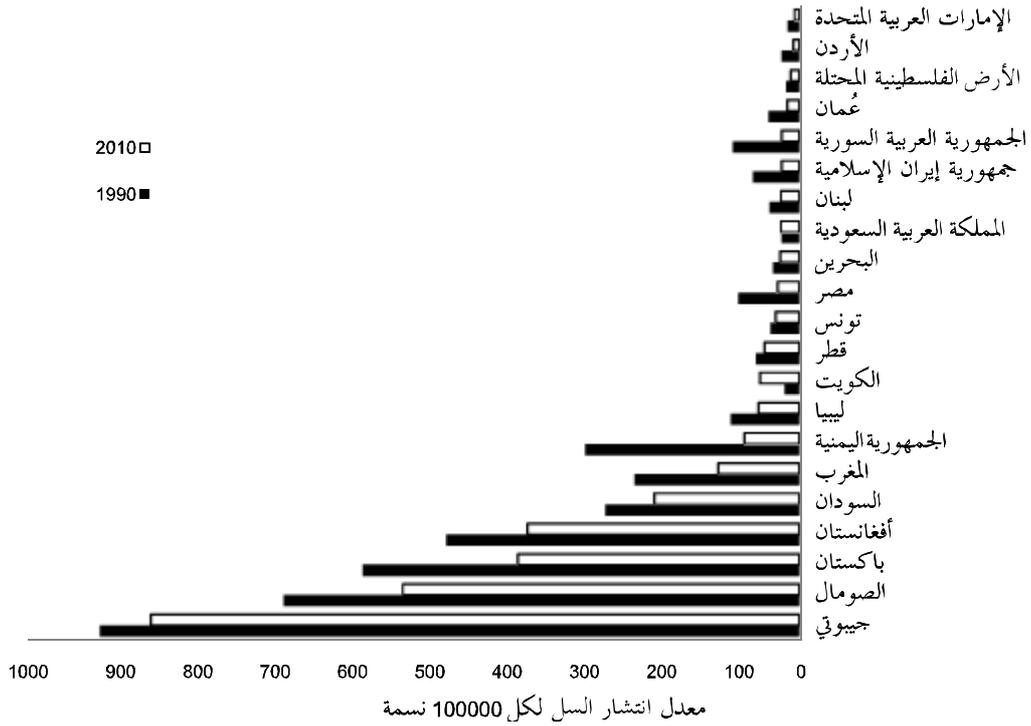
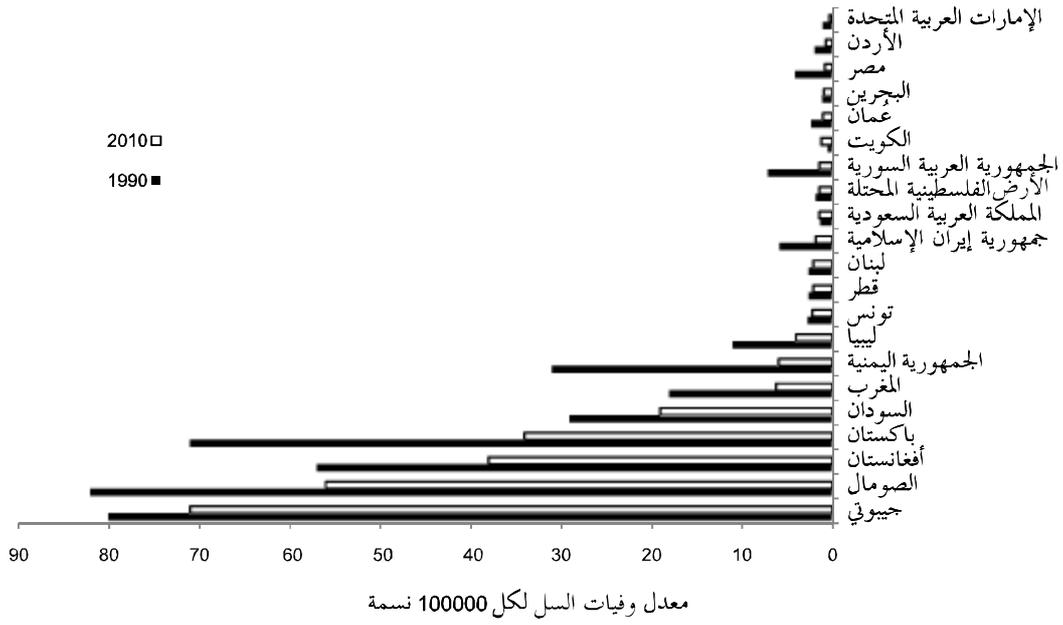
المصدر: استمارة التبليغ المشترك لمنظمة الصحة العالمية واليونسيف

الشكل 3. التمنيع الروتيني المُبلَّغ عنه ضد الحصبة، 2010



المصدر: قاعدة البيانات الخاصة بـ "زيادة مأمونية الحمل"، 2011

الشكل 4. اتجاه معدل وفيات الأمومة في الإقليم، 2015-1990



المصدر: المكافحة العالمية للسُّل 2011. جنيف، منظمة الصحة العالمية 2011

الشكل 5: التقدم المحرّز في تقليص عبء السُّل 1990-2010