

## تقرير مرحلي حول بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة،

### والأهداف الصحية العالمية بعد عام 2015

#### المقدمة

1. يُلخّص هذا التقرير التقدّم المحرّز صَوَّب بلوغ الأهداف الرابع والخامس والسادس من الأهداف الإنمائية للألفية<sup>1</sup> في إقليم شرق المتوسط.

#### الوضع الراهن والتقدّم المحرّز

##### الهدفان الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية

2. انخفض معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الإقليم بمقدار 45% (من 103 إلى 57 وفاة لكل 1000 ولادة حية) بين عامي 1990 و2012، وهو معدل يماثل معدلات الانخفاض العالمية بواقع 47%. ويبلغ متوسط معدل الانخفاض الحالي في وفيات الأطفال دون الخامسة في الإقليم 2.7% سنوياً، بينما معدل الانخفاض اللازم لتحقيق غاية الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية بحلول عام 2015 هو 7.6%<sup>2</sup>.

3. وهناك تسعة بلدان مسؤولة عن 93.6% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الإقليم (أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، ومصر، والمغرب، واليمن)، مع تباين التقدّم الذي يحرزه كل بلد من هذه البلدان لبلوغ الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية تبايناً كبيراً. ويتراوح الانخفاض في المعدل الأساسي لوفيات الأطفال دون الخامسة في المدة من 1990 إلى 2012 بين 17% في الصومال و81% في المملكة العربية السعودية. وقد حقق سبعة بلدان في الإقليم الغاية المنشودة من الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية في تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة (جمهورية إيران الإسلامية، وتونس، والمملكة العربية السعودية، وعمّان، وقطر، ولبنان، ومصر). وقُلّصت بالفعل خمس دول أخرى من الدول الأعضاء وفيات الأطفال دون الخامسة إلى 15 وفاة أو أقل لكل 1000 ولادة حية (الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، والجمهورية العربية السورية، والكويت، وليبيا).

<sup>1</sup> الغاية النوعية للهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية: الغاية 4- ألف: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة 1990 و2015. أما الغايات النوعية للهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية فيبناها على النحو التالي: الغاية 5- ألف: تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة 1990 و2015؛ والغاية 5- باء: تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015. والغايات النوعية للهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية هي: الغاية 6- ألف: وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بحلول عام 2015 وبدء انحساره اعتباراً من ذلك التاريخ؛ والغاية 6- باء: تعميم إتاحة العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بحلول عام 2010 لجميع من يحتاجونه؛ والغاية 6- جيم: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 وبدء انحسارها اعتباراً من ذلك التاريخ.

<sup>2</sup> مستويات واتجاهات وفيات الأطفال: تقرير 2013. أعدت التقديرات الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الأطفال. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2013.

4. وتُمثّل وفيات حديثي الولادة أحد العوامل الدافعة في إجمالي وفيات الأطفال، إذ ارتفع نصيب وفيات حديثي الولادة على الصعيد العالمي من حوالي 38% من وفيات الأطفال دون الخامسة في 1990 ليصل إلى 46% في 2012، بينما تراجع معدل وفيات الرضع في الإقليم بواقع 42% بين عامي 1990 و2012 (إذ انخفض من 76 إلى 44 وفاة لكل 1000 ولادة حية).
5. وانخفضت وفيات الأمهات في الإقليم بمقدار 50% بين عامي 1990 و2013. وعلى الصعيد العالمي، تراجع معدل وفيات الأمهات بمقدار 45% خلال المدة ذاتها، من 380 وفاة لكل 100000 ولادة حية في 1990 إلى 210 وفاة في 2013. وحقق كل من عُمان ولبنان بالفعل الغاية المنشودة من الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية والخاصة بتقليص وفيات الأمهات. ويقل معدل وفيات الأمهات عن 25 وفاة لكل 100000 ولادة حية في تسع دول من الدول الأعضاء؛ وهي: الإمارات العربية المتحدة، وجمهورية إيران الإسلامية، والبحرين، والمملكة العربية السعودية، وعمان، وقطر، والكويت، ولبنان، وليبيا. وباستثناء الصومال، فجميع الدول الأعضاء التي تنوء بعبء مرتفع من وفيات الأمهات، ويحدث بها 96,3% من هذه الوفيات، تحقق تقدماً نحو بلوغ الغاية المتوخاة من الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية؛ وهذه الدول هي: أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والعراق، ومصر، والمغرب، واليمن.
6. ينتمي العراق، ومصر، والمغرب إلى البلدان المتوسطة الدخل، وتواجه هذه البلدان الثلاث عقبات أقل في تحقيق الغايات المتوخاة من الهدفين الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، مقارنةً بباقي الدول الأعضاء التي تنوء بعبء مرتفع من وفيات الأمهات والأطفال دون الخامسة. فقد نجحت مصر، على سبيل المثال، في بلوغ الغايات المتوخاة من الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، كما أنها ماضية قُدماً في تحقيق الغايات المتوخاة من الهدف الخامس. وكذلك المغرب الذي يمضي قُدماً في تحقيق الغايات المتوخاة من كلا الهدفين الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية. ويواجه باقي البلدان، التي تنوء بعبء مرتفع من وفيات الأطفال دون الخامسة ووفيات الأمهات، صعوبات في بلوغ الهدفين الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، ومنها على وجه الخصوص قلة الموارد، وعدم الاستقرار السياسي، والتحديات التنموية المعقدة.
7. وفي إطار تكثيف الجهود الرامية إلى تحسين صحة الأمهات والأطفال في الإقليم، أطلقت منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف، بالاشتراك مع الدول الأعضاء، مبادرة لإنقاذ أرواح الأمهات والأطفال في اجتماع رفيع المستوى عُقد في دبي، بالإمارات العربية المتحدة في كانون الثاني/يناير 2013. واحتتم هذا الاجتماع أعماله بإصدار إعلان دبي، والذي أعربت فيه الدول الأعضاء عن التزامها بما يلي: وضع وتنفيذ خطط تسريع الوتيرة لتحقيق صحة الأمهات والأطفال، واتخاذ خطوات قابلة للقياس لتعزيز العناصر المرتبطة بِنُظُمها الصحية، وإرساء آليات للتمويل المستدام، وحشد الموارد المحلية والعالمية باتباع نُهج تقليدية ومبتكرة، وتحسين التنسيق بين جميع الشركاء وتعزيز المساءلة. وقد اعتمدت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط إعلان دبي، في دورتها الستين التي عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر 2013.
8. وشرع المكتب الإقليمي في تقديم الدعم التقني المكثف إلى الدول الأعضاء التي تنوء بعبء مرتفع من وفيات الأطفال والأمهات، وذلك بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف والمكاتب القطرية. هذا، وقد أعدت كل الدول الأعضاء التي تنوء بعبء مرتفع من وفيات الأمهات والأطفال خطط تسريع الوتيرة لتحقيق صحة الأمهات والأطفال، وجاري تنفيذ هذه الخطط. وأتسقت خطط العمل المشتركة بين منظمة

الصحة العالمية والبلدان، وكذلك الميزانيات للثناوية 2014-2015، مع خطط تسريع الوتيرة لتحقيق صحة الأمهات والأطفال. وخصّصت السلطات الوطنية في البلدان التسع المؤهّلة اعتمادات مالية لتغطية تكاليف بعض الأنشطة المُخطّط لها. كما ساهم في تمويل بعض الأنشطة صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف وسائر الأطراف المعنية والجهات المانحة.

9. وتتناول خطط تسريع الوتيرة قضايا على قدر بالغ من الأهمية لتقليص وفيات الأمهات والأطفال والحدّ من إصابتهم بالأمراض، بما في ذلك التمنيع والتغذية، باستخدام تدخلات فعّالة مُسنّدة بالبيّنات على المستوى المجتمعي، وعلى مستوى الرعاية الصحية الأولية وعلى مستوى الإحالة الأولى.

### الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية

الغاية 6- ألف: وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بحلول عام 2015 وبدء انحساره اعتباراً من ذلك التاريخ

10. لا يزال العدد الإجمالي لحالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في الإقليم آخذاً في الازدياد. وفي العام 2012، قُدّرت حالات الإصابة الجديدة بالفيروس بنحو 63165 حالة مقارنة بالحالات الجديدة المُسجّلة في 2002 والبالغ عددها آنذاك 39593 حالة<sup>3</sup>. ويظل المعدل الإجمالي لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية منخفضاً.

11. ولا يزال وباء فيروس الإيدز في الإقليم يتّصف بأنه وباء مستجدّ، ويتركز بكثافة في الأجزاء التي يوجد بها سكان معرّضون لمخاطر أعلى. وقد تأكّد حدوث الأوبئة المُركّزة في أوساط الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن في أفغانستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وباكستان، ومصر، والمغرب، وليبيا. كما تُلاحَظ مثل هذه الأوبئة بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال في تونس والسودان ومصر. وتُسجّل أوبئة فيروس الإيدز المُركّزة في أوساط العاملين بالجنس في باكستان، وجيبوتي، والسودان، والمغرب. وقد نجحت التدخّلات الموجهة التي تستهدف الفئات السكانية المُعرّضة لمخاطر مرتفعة، لكن لا تزال التغطية بمثل هذه البرامج غير كافية.

12. ولا يعلم أكثر المتعاشين مع فيروس الإيدز بحالتهم، ولا تصل إليهم التدخّلات. فانخفاض معدل انتشار الفيروس في عموم السكان، والوصم المرتبط بالسلوكيات التي تُعرّض الناس لمخاطر أكثر يفرضان تحدياً أمام تقديم خدمات اختبار الكشف عن الفيروس وإسداء المشورة بشأنه إلى الذين سيستفيدون من هذه الخدمات أكبر استفادة.

الغاية 6- باء: تعميم إتاحة العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية بحلول عام 2010 لجميع من يحتاجونه

13. ارتفع عدد الأفراد الذين يحصلون على المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية المنقّذة للحياة ارتفاعاً سريعاً في الإقليم، لكن تتزايد إتاحة المعالجة بمعدل أبطأ من المطلوب. فبين عامي 2006 و2013 ارتفع عدد الأفراد الذين يحصلون على المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية سبعة أضعاف ليصل إلى 439101<sup>4</sup>. ومع ذلك، فبحلول

<sup>3</sup> تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز في 2013.

<sup>4</sup> UNAIDS, WHO. Global AIDS Response Progress Report 2014 data tool, unvalidated

2012 بَلَغَ المعدل التقديري لتغطية السكان المؤهلين للمعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية 50% في تونس فقط، ولا تزال التغطية الإقليمية تقف عند 15%<sup>5</sup>.

14. وبالنظر إلى الصورة الكاملة لوباء فيروس الإيدز، فلا يزال عدد حالات انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى طفلها آخذاً في الارتفاع في الإقليم. وفي عام 2012، أطلق المكتب الإقليمي، بالتعاون مع اليونيسف وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز وصندوق الأمم المتحدة للسكان، إطار عمل إقليمياً للقضاء على انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل.

15. كما أطلقت منظمة الصحة العالمية في 2013 مبادرة إقليمية لإنهاء أزمة معالجة فيروس نقص المناعة البشرية من أجل التصدي لانخفاض معدلات التغطية باختبارات الكشف عن الفيروس وعلاجه. والهدف من هذه المبادرة هو تحفيز تسريع وتيرة معالجة فيروس نقص المناعة البشرية في البلدان ذات الأولوية. وعلاوة على ذلك، وضع كل من منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز تقريراً مشتركاً للدعوة عن تسريع وتيرة المعالجة، وعُرض هذا التقرير على الدورة الستين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط. وأصدر وزراء الصحة قراراً حثوا فيه الدول الأعضاء على وضع أهداف سنوية طموحة لاختبارات الكشف عن الفيروس وعلاجه، واتخاذ إجراءات عاجلة للتعجيل بآتاحة العلاج، وطلبوا فيه من منظمة الصحة العالمية تقديم الدعم في هذا المجال. كما أعدّ المكتب الإقليمي أدوات، ووضع إرشادات تساعد البلدان على القيام بالتحليل التسلسلي لمراحل علاج فيروس الإيدز (الاختبار، العلاج، الإبقاء)، على أن يعقب هذا التحليل وضع خطط لتسريع وتيرة المعالجة.

الغاية 6 - جيم: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 وبدء انحسارها اعتباراً من ذلك التاريخ

16. يعيش حوالي 45% من السكان في الإقليم في مناطق عُرضة لخطر الإصابة بالملاريا. وفي العام 2012، بلغ العبء الإقليمي التقديري للملاريا 13 مليون حالة إصابة و18000 حالة وفاة. وأظهر الاتجاه الإقليمي انحساراً تدريجياً في المعدل التقديري لحدوث الملاريا بين عامي 2000 و2012، إذ انخفض هذا المعدل من أكثر من 30 حالة لكل 1000 نسمة في 2000 إلى أقل من 20 حالة لكل 1000 نسمة في 2012.

17. وتستنثر باكستان والسودان بأكثر من 80% من عبء الحالات المؤكدة، بينما تقع باقي الحالات الأخرى في أفغانستان، والجمهورية اليمنية، والصومال. ومن بين هذه البلدان، تسير أفغانستان على الدرب نحو بلوغ الغايات المتعلقة بالملاريا والمتوخّاة من الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية، إذ تراجع معدل حدوث الحالات المؤكدة بما يزيد على 50% في 2012 مقارنة بالحالات التي وقعت في العام 2000. وبيانات الملاريا الواردة من البلدان الأخرى غير قاطعة في ما يتعلق بانخفاض عدد حالات الإصابة.

18. وقد نجحت أربعة بلدان (الجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمان، والمغرب) في القضاء على الملاريا في العقد المنصرم، ويحز بلدان آخران تقدماً جيداً في القضاء على هذا المرض (جمهورية إيران الإسلامية والمملكة العربية السعودية).

<sup>5</sup> احتسبت بناء على تقديرات منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز

19. وشهدت السنوات الأخيرة زيادة كبيرة في التمويل المخصص لدحر الملاريا في الإقليم، إذ ارتفع هذا التمويل من أقل من 100 مليون دولار أمريكي في 2008 ليقترّب من 250 مليون دولار في 2012، ويأتي معظم هذا التمويل من الجهات المانحة. وقد أسفرت زيادة التمويل عن تحسين إتاحة الناموسيات المُعالِجة بالمبيدات المديدة المفعول، وأدوات التشخيص والمعالجة، بيد أن معدل التغطية لا يزال بعيداً عن المعدل العالمي.
20. ويكمن التحدي الرئيسي الذي يواجه مكافحة الملاريا بالإقليم في ضعف أنظمة التشخيص، فما يقرب من 80% من حالات الإصابة بالملاريا المُبلّغ عنها لا يتم تأكيدها بالفحص المجهرى أو الاختبار السريع. كما تتسم أنظمة المعلومات الصحية وأنظمة ترصد الملاريا بالضعف في الكثير من البلدان، فلا تكشف هذه الأنظمة في الوقت الحالي سوى 10% من الحالات المُقدّرة. وهناك تحدّ جوهري يتمثل في تدني التزام مُقدّمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص بالدلائل الإرشادية للمعالجة، وهو ما يسهم في انتشار المقاومة للأدوية المضادة للملاريا وللمبيدات الحشرية. وتواجه مكافحة الملاريا تحديات أخرى منها ضعف البنية الأساسية الصحية لاسيما في المناطق النائية والمناطق الحدودية، وتصاعد الخطر بسبب العوامل الاجتماعية السياسية والعوامل البيئية، والتعويل على موارد خارجية غير مضمونة الاستمرار.
21. وسوف تواصل المنظمة تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء لبناء قدراتها الوطنية في مجال القضاء على الملاريا. وسيتم تسريع وتيرة الجهود المبذولة بما يتماشى مع مسودة الاستراتيجية التقنية العالمية لمنظمة الصحة العالمية للمدة 2016-2025.
22. وانخفضت الوفيات بسبب الإصابة بالسل في الإقليم من 34 حالة وفاة لكل 100000 نسمة في 1990 إلى 16 حالة وفاة لكل 100000 نسمة في 2009 (53%). كما هبط أيضاً المعدل التقديري لحدوث السل، فتراجّع من 121 حالة لكل 100000 نسمة في 1990 إلى 109 حالة لكل 100000 نسمة في 2012 (9%). وخلاصة القول، تحقّق على الصعيد الإقليمي بالفعل الغايات المتوخّاة من الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية، والرامية إلى انحسار معدل حدوث السل، ووقف الوفيات الناجمة عن الإصابة به.
23. وكان التراجع في معدل انتشار السل أكثر وضوحاً، إذ انخفض من 268 حالة لكل 100000 نسمة في 1990 إلى 180 حالة لكل 100000 نسمة في 2012 (32.8%).
24. وفي 2012، أُبلغ فقط عن ما إجماليه 430789 حالة من العدد التقديري لحالات الإصابة بالسل، والبالغ 616591 حالة في الإقليم. ويسهم الإقليم بنسبة 70% من حالات السل المُبلّغ عنها على الصعيد العالمي.
25. وتُساهم أفغانستان، وباكستان، والسودان، والصومال، والمغرب بنسبة 84.5% من عبء السل في الإقليم، وتُشكّل باكستان وحدها 63% من هذا العبء.
26. واستطاع الإقليم للعام السادس على التوالي الحفاظ على معدل النجاح في معالجة حالات السل الرئوي التي أثبتت النتائج إيجابيتها لاختبار لطاخة البلغم عند 88%، وهو معدل أعلى من الهدف العالمي.
27. ويقترّب معدل حدوث السل في العديد من البلدان في الإقليم (البحرين، وعمان، ولبنان، ومصر، والمملكة العربية السعودية) من مستوى القضاء على السل (إذ يصل معدل حدوث السل إلى 10-20 حالة لكل 100000 نسمة)، بينما هبط معدل حدوث السل في بعض البلدان الأخرى إلى أقل من 10 حالات لكل

100000 نسمة (الأردن، الإمارات العربية المتحدة، والأرض الفلسطينية المحتلة). وتحتاج البلدان المتبقية إلى مزيد من الدعم للقضاء على السل بحلول 2035.

28. وهناك تحدٍ رئيسي في تحقيق الغايات المتوخاة من الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية الخاصة بالسل؛ وهو معدل الكشف دون الأمل عن حالات الإصابة به. ويعود السبب في ذلك، في الأساس، إلى الاستفادة المحدودة من التكنولوجيا الحديثة، والإتاحة المحدودة لخدمات التشخيص، والبيئات التنظيمية التي عفا عليها الزمن. وعلاوة على ذلك، هناك حاجة إلى إيلاء مزيد من الاهتمام إلى الفئات المعرضة لخطورة عالية مثل المرضى المصابين بالسل المقاوم للأدوية المتعددة، والمصابين بعدوى مشتركة للسل والإيدز، والمخالطين لمرضى السل، والأطفال المصابين بهذا المرض.

29. والهدف من الاستراتيجية العالمية لمكافحة السل هو الكشف عن الحالات التي فشل الكشف عنها وذلك من خلال نهج متعدد الشعب: لضمان الاستفادة السريعة من وسائل التشخيص الجديدة؛ وتعزيز مساهمة كافة الأطراف المعنية في مكافحة السل ورعاية مرضاه؛ وتحسين البيئة التنظيمية في ما يتعلق بالإبلاغ عن السل والاستخدام الرشيد لأدوية السل؛ وتقوية التدبير العلاجي للسل في أوساط الفئات المعرضة لمخاطر عالية بمن في ذلك السكان المتنقلون، والأطفال، والمخالطون لمرضى السل المقاوم للأدوية المتعددة، والمصابون بعدوى مشتركة للسل والإيدز.

### الأهداف الصحية العالمية بعد عام 2015

30. سوف تُقدّم منظمة الصحة العالمية الدعم إلى الدول الأعضاء في الحفاظ على مستوى عالٍ من الالتزام، والاستثمار في إقامة شراكات وثيقة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف والأطراف المعنية الرئيسية، والتنسيق الوثيق معها جميعاً، ودعم الجهود الرامية إلى حشد الموارد من أجل التصدي للفتحات في دعم خططها لتسريع وتيرة تحقيق صحة الأمهات والأطفال. وتتضمن أوجه هذا الدعم تعزيز قدرات البلدان لإطلاق خططها الوطنية وتنفيذها، وضمان تحقيق النتائج المثلى، وتطبيق آليات التنسيق مع الشركاء من أجل رصد التقدم المحرز والتصدي للعقبات.

31. وتتصدى خطة التنمية لما بعد عام 2015، وبقوة، للتحديات المستمرة والمستجدة في مجال الصحة العمومية، وهذا أمر بالغ الأهمية. وتضطلع الدول الأعضاء بدور أساسي لدفع النقاش حول خطة التنمية لما بعد عام 2015، بما يضمن تناول القضايا ذات الأولوية.