

Distr.
GENERAL

E/CN.9/1998/2
11 December 1997
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة السكان والتنمية

الدورة الحادية والثلاثون

٢٣-٢٧ شباط/فبراير ١٩٩٨

البند ٤ من جدول الأعمال المؤقت*

إجراءات متابعة توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

تقرير موجز عن رصد السكان في
العالم، ١٩٩٨: الصحة والوفيات

تقرير الأمين العام

موجز

أعد هذا التقرير وفقاً لاختصاصات لجنة السكان والتنمية وبرنامج عملها الشامل لعدة سنوات، ذي المنحى المواضيعي المحدد الأولويات، الذي أيده المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٥٥/١٩٩٥.

ويقدم التقرير موجزاً بأخر المعلومات عن جوانب منتقاه في مجالي الصحة والوفيات، ويغطي مواضيع تشمل مستويات واتجاهات الوفيات؛ وبقاء الطفل وصحته؛ والرعاية الصحية الأولية وقطاع الرعاية الصحية؛ وصحة المرأة والأمومة الآمنة؛ وفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز)؛ وتطور الأوبئة؛ وسياسات الصحة والوفيات؛ وأنشطة المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية فيما يتعلق بالصحة والوفيات؛ والصحة والتنمية. وترد النسخة الأولية غير المحررة من التقرير الكامل كورقة عمل في الوثيقة ESA/P/WP.142.

وقد أعدت هذا التقرير شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمانة العامة للأمم المتحدة بمساهمة من منظومة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المشمول بالرعاية المشتركة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

E/CN.9/1998/1

*

..../

150198 120198 97-37066



المحتويات

| <u>الصفحة</u> | <u>الفقرات</u> |
|---------------|---|
| ٣ | ٧ - ١ مستويات واتجاهات الوفيات - أولا |
| ٥ | ١٧ - ٨ بقاء الطفل وصحته - ثانيا |
| ٨ | ٢٦ - ١٨ الرعاية الصحية الأولية وقطاع الرعاية الصحية - ثالثا |
| ١٠ | ٢٤ - ٢٧ صحة المرأة والأمومة الآمنة - رابعا |
| ١٣ | ٥٢ - ٣٥ فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) - خامسا |
| ١٧ | ٦٢ - ٥٣ تطور الأوبئة - سادسا |
| ٢٠ | ٦٨ - ٦٣ سياسات الصحة والوفيات - سابعا |
| ٢٤ | ٧٦ - ٦٩ أنشطة المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية - ثامنا |
| ٢٦ | ٨٧ - ٧٧ الصحة والتنمية - تاسعا |

الجداول

| | |
|----|--|
| ١ | وفيات الرضع في الفترتين ١٩٧٥-١٩٧٠ و ١٩٩٥-١٩٩٠، والتغير في النسبة المئوية لوفيات الرضع بين هاتين الفترتين، ووفيات الأطفال دون الخامسة في الفترة ١٩٩٥-١٩٩٠ موزعة حسب المناطق أو الأقاليم الرئيسية ومرتبة تبعا لمستوى الوفيات |
| ٦ | تقديرات عام ١٩٩٠ المنقحة لوفيات الأمهات حسب المنطقة |
| ١١ | توزيع تقديري للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) في عام ١٩٩٧ |
| ١٣ | المجموعات السكانية التي تشكل مستويات وفياتها قلنا خاصا للحكومات |
| ٢٢ | المجموعات السكانية التي تشكل مستويات وفياتها قلنا خاصا للحكومات |

الأشكال

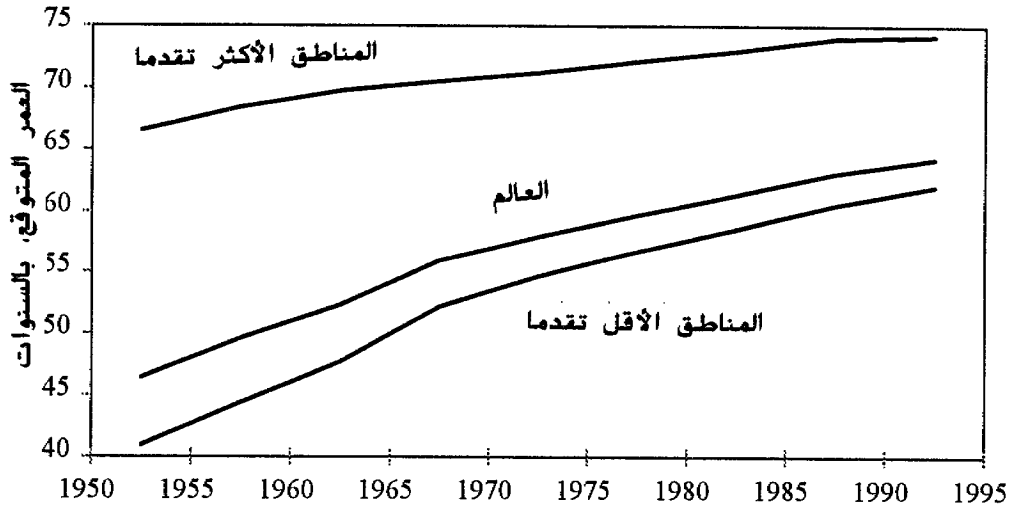
| | |
|----|---|
| ٣ | العمر المتوقع عند الميلاد، في العالم، وفي المناطق الأكثر تقدما، وفي المناطق الأقل تقدما، ١٩٩٥-١٩٩٠، بالنسبة للجنسين |
| ١٤ | العدد السنوي لحالات الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في مناطق ختارة |
| ٢١ | آراء الحكومات بشأن مقبولية مستويات الوفيات، ١٩٩٥ |

أولا - مستويات واتجاهات الوفيات

١ - تحقق منذ الحرب العالمية الثانية تقدم ملحوظ في خفض مستويات الوفيات أصبح معه المتوسط العالمي الحالي للعمر المتوقع ٦٢ عاما للرجال و ٦٧ عاما على وجه التقريب للنساء، وهو المستوى الذي عرفته المناطق الأكثر تقدما في أوائل الخمسينات. ويتخذ انخفاض الوفيات بعدا عالميا بالفعل، غير أن العمر المتوقع يرتفع بسرعة أكبر في المناطق الأقل تقدما عنه في المناطق الأكثر تقدما، بحيث ضاقت الفجوة بين المنطقتين من ٢٥,٦ سنة في أوائل الخمسينات إلى ١٢,١ سنة في الفترة ١٩٩٥-١٩٩٠ (الشكل الأول). ويبلغ العمر المتوقع فيهما حاليا ٦٢,١ سنة و ٧٤,٢ على التوالي.

الشكل الأول: العمر المتوقع عند الميلاد، في العالم، وفي المناطق الأكثر تقدما، وفي المناطق الأقل تقدما،

بالنسبة للجنسين ١٩٩٥-١٩٥٠



المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ١٩٩٦ (منشورات الأمم المتحدة، يصدر قريبا).

٢ - وفي معظم البلدان المتقدمة النمو أسهم انخفاض الوفيات لدى البالغين وخصوصا المتقدمين في السن بشكل رئيسي في ارتفاع العمر المتوقع. وحققت المنطقة الجنوبية من أوروبا أسرع انخفاض في مستويات الوفيات، حيث سجلت انخفاضا قدره ١٢,٧ سنة خلال أربعة عقود. وما زالت الوفيات في انخفاض حتى في المستويات العالية جدا من العمر المتوقع. فعلى سبيل المثال، في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ١٩٩٥ ارتفع العمر المتوقع في اليابان، وهو الأعلى في العالم، من ٧٥,٩ سنة إلى ٧٦,٤ سنة للرجال ومن ٨١,٨ سنة إلى ٨٢,٩ سنة للنساء.

٣ - بيد أن اتجاهات الوفيات تختلف في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقال. ففي الفترة الممتدة من نهاية الحرب العالمية الثانية إلى منتصف الستينات ظل العمر المتوقع يرتفع باطراد في اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية السابق ومعظم بلدان أوروبا الشرقية، أساسا بسبب انخفاض وفيات الرضع من مستوياتها المرتفعة. وفي منتصف الستينات، اقترب العمر المتوقع في أوروبا الشرقية من مستويات أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية. ثم شهد العمر المتوقع ثباتا لفترة عقدين أو ثلاثة تخللتها فترات ارتفاع وانخفاض قصيرة الأمد. وجاء هذا الثبات نتيجة لاتجاهين متعارضين تمثلا في تحسن بطيء في بقاء الطفل وتدهور في بقاء البالغين، خصوصا الرجال. ونتيجة لذلك حدث تفاوت في متوسط العمر المتوقع (بالنسبة للجنسين) في أوروبا الشرقية في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ إذ بلغ ٦٦,٥ سنة في الاتحاد الروسي بينما بلغ ٧٢ سنة في الجمهورية التشيكية، في الوقت الذي تراوح فيه في الاتحاد الأوروبي من ٧٤,٤ سنة في البرتغال إلى ٧٨,١ سنة في السويد. غير أن الحالة تبدو أكثر سوءا في المجموعة الأوروبية للدول حديثة الاستقلال التي تشكلت في أعقاب انقضاء الاتحاد السوفياتي. ففي خلال فترة تراوحت بين ٥ إلى ٨ سنوات، تدهور العمر المتوقع في كل بلد من بلدان هذه المجموعة وتراوح الانخفاض الحاصل (بالنسبة للجنسين) بين ٧,٧ سنة في استونيا إلى ٥,٩ سنة في الاتحاد الروسي.

٤ - وتشهد المناطق الأقل تقدما تذبذبا في التقدم المحرز وتفاوت في مستويات العمر المتوقع الحالية تفاوتا واسعا. وقد حققت آسيا أكبر زيادة مطلقة في العمر المتوقع بين الفترتين ١٩٥٠-١٩٥٥ و ١٩٩٠-١٩٩٥، حيث ارتفع من ٤١,٣ سنة إلى ٦٤,٥ سنة. وحدثت زيادة تجاوزت ٧٠ سنة في معظم الدول الآسيوية المزدهمة بالسكان؛ إندونيسيا، وباكستان، وتايلند، وتركيا، والصين، والفلبين، والهند. بيد أن بعض البلدان الآسيوية لا يزال يشهد أقل مستويات للعمر المتوقع في العالم، مثل أفغانستان على سبيل المثال (٤٣,٥ سنة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥). وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، زاد العمر المتوقع بمعدل أقل من معدله في آسيا (١٧,١ سنة)، حيث بلغ ٦٨,٥ سنة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥. ولا تزال أفريقيا متخلفة عن الركب، حيث حققت زيادة قدرها ١٤ سنة من ٣٧,٨ سنة في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى ٥١,٨ سنة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥.

٥ - ورغم أن أقل البلدان نموا، وهي بلدان يقع معظمها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حققت زيادة في العمر المتوقع قدرها ١٤,٢ سنة إلا أن تقدمها كان أبطأ بكثير مما تحقق في البلدان النامية الأخرى. لذلك، يشير متوسط الزيادة السنوية في العمر المتوقع من الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥ الذي بلغ ٠,٤ سنة في أقل البلدان نموا مقابل ٠,٦ سنة في المناطق الأقل تقدما (مع استبعاد أقل البلدان نموا) إلى أن أقل البلدان نموا تزداد تخلفا عن باقي العالم. وفي حين أن متوسط العمر المتوقع في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ في مجموعة أقل البلدان نموا (٣٥,٥ سنة) كان يقل بمقدار ٦,٢ سنة عن متوسط المناطق الأقل تقدما مع استبعاد تلك المجموعة، اتسعت الفجوة إلى ١٤,٦ سنة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥. وقد تسببت الحروب والصراعات الأهلية، منذ عام ١٩٨٥، في إحداث زيادات رئيسية في الوفيات في بعض البلدان، فعلى سبيل المثال، يقدر أن العمر المتوقع في رواندا انخفض من ٤٦,٧ سنة في الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠ إلى ٢٢,٦ سنة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥.

٦ - ويشكل انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز) سببا مهما من أسباب الوفاة في كثير من البلدان النامية. ويحدث الفيروس/ الإيدز تأثيرا مدمرا بوجه خاص في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي بدأ فيها تفشي عدوى هذا الفيروس في أواخر السبعينات إلى أوائل الثمانينات. وثمة إسقاط يذهب إلى أن ثبات العمر المتوقع أو انخفاضه بسبب الإيدز سيستمر حتى عام ٢٠٠٠. وكان المفترض، بدون الإيدز، أن يبلغ العمر المتوقع الكلي في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى الـ ٢٤، وهي البلدان الأكثر تضررا بالوباء، ٥١،٤ سنة في الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠ وأن يزيد إلى ٥٢،٦ سنة في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥، غير أن العمر المتوقع الفعلي انخفض بسبب الإيدز بمقدار ١،٥ سنة في الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠ واستمر انخفاضه إلى ٤٨،٣ سنة في الفترة ١٩٩٥-١٩٩٠، بمقدار ٤،٣ سنة أقل عن مستواه في حالة عدم وجود الإيدز. وفي البلدان الأفريقية الخمسة الأكثر تضررا، التي يزيد فيها تفشي الفيروس بنسبة ١٠ في المائة أو أكثر بين السكان البالغين، انخفض العمر المتوقع ٩،١ سنة بسبب الإيدز في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥؛ وانخفض متوسط العمر المتوقع في تلك البلدان إلى ٤٤ سنة؛ وتقدر الخسارة التي أحدثها الوباء في تلك البلدان وحدها بـ ١،٥ مليون حالة وفاة إضافية في الفترة ١٩٨٥-١٩٩٥.

٧ - وقد اعتمدت أهداف لتحسين العمر المتوقع خلال مؤتمري دوليين رئيسيين عقدا في الفترة الأخيرة: في عام ١٩٩٤ من قبل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وفي عام ١٩٩٥ من قبل مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية. وجاء في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^(١) أنه ينبغي للبلدان أن تستهدف تحقيق عمر متوقع عند الميلاد يزيد عن ٧٠ سنة بحلول عام ٢٠٠٥ وعن ٧٥ سنة بحلول عام ٢٠١٥ (الفقرة ٨-٥). واعتمد برنامج عمل مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية^(٢) هدفا لتحقيق العمر المتوقع البالغ ٦٠ سنة بحلول عام ٢٠٠٠ (الفقرة ٣٦ ب)). وفي حالة ثبوت صحة الافتراضات التي وردت في أحدث الإسقاطات السكانية التي أعدها الأمم المتحدة، فإن ٧١ بلدا لن يحقق هدف ٧٠ سنة للعمر المتوقع بحلول عام ٢٠٠٥، كما أن ١١١ بلدا لن يحقق هدف ٧٥ سنة للعمر المتوقع بحلول عام ٢٠١٥ حسبما ارتأى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

ثانيا - بقاء الطفل وصحته

٨ - في الفترة ١٩٩٥-١٩٩٠ كان العدد السنوي لوفيات الأطفال دون الخامسة حوالي ١١ مليون طفل، منهم ٨،٢ مليون طفل لم يستكملوا السنة الأولى من أعمارهم. وحدثت الأكثرية الساحقة لهذه الوفيات (٩٨ في المائة) في البلدان النامية، وكان نصيب أقل البلدان نموا الثلث في مجمل وفيات الأطفال دون الخامسة. وفي العالم المتقدم النمو، بلغت نسبة الوفيات بين الأطفال حديثي الولادة الذين لم يستكملوا السنة الأولى من العمر ١١ في الألف في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥؛ مقابل ٦٨ في الألف في العالم النامي. وكانت حالة الرضع أشد سوءا في أقل البلدان نموا حيث بلغت نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة دون السنة الأولى من العمر ١٠٩ في الألف. أما وفيات الأطفال دون الخامسة التي تعتبر مؤشرا أكثر حساسية للعوامل الاقتصادية - الاجتماعية والبيئية والسلوكية بالمقارنة بوفيات الرضع، فشهدت ارتفاعا بمعدل ٧ أضعاف في البلدان النامية و ١٢ ضعفا في أقل البلدان نموا مقارنة بالبلدان المتقدمة النمو. ويبين الجدول ١ تقديرات لوفيات الرضع والأطفال دون الخامس على المستوى الإقليمي.

الجدول ١ - وفيات الرضع في الفترتين ١٩٧٥-١٩٧٠ و ١٩٩٥-١٩٩٠، والتغير في النسبة المئوية لوفيات الرضع بين هاتين الفترتين، ووفيات الأطفال دون الخامسة في الفترة ١٩٩٥-١٩٩٠ موزعة حسب المناطق أو الأقاليم الرئيسية ومرتبطة تبعا لمستوى الوفيات

| وفيات الأطفال دون الخامسة (لكل ألف من المواليد الأحياء) | التغير في النسبة المئوية لوفيات الرضع | وفيات الرضع (لكل ألف من المواليد الأحياء) | | المناطق أو الأقاليم الرئيسية |
|---|---------------------------------------|---|-----------|--|
| | | ١٩٩٥-١٩٩٠ | ١٩٧٥-١٩٧٠ | |
| ١٩٩٥-١٩٩٠ | ١٩٧٥-١٩٧٠ إلى ١٩٩٥-١٩٩٠ | ١٩٩٥-١٩٩٠ | ١٩٧٥-١٩٧٠ | |
| ٨٢ | ٣٣ - | ٦٢ | ٩٣ | العالم |
| ١٣ | ٥٠ - | ١١ | ٢١ | الأقاليم الأكثر نموا |
| ٩٠ | ٣٥ - | ٦٨ | ١٠٤ | الأقاليم الأقل نموا |
| ١٥٦ | ٢٦ - | ١٠٩ | ١٤٧ | أقل البلدان نموا |
| ١٠ | ٥٢ - | ٩ | ١٨ | أمريكا الشمالية |
| ١٦ | ٤٨ - | ١٣ | ٢٥ | أوروبا |
| ٣٣ | ٣٦ - | ٢٦ | ٤١ | أوقيانوسيا |
| ٤٦ | ٥٠ - | ٤٠ | ٨٠ | أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي |
| ٧٧ | ٣٧ - | ٦٢ | ٩٨ | آسيا |
| ١٤٥ | ٢٨ - | ٩٤ | ١٣٠ | أفريقيا |

المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ١٩٩٦، المرفق الأول (منشورات الأمم المتحدة، يصدر قريبا).

٩ - وإدراكا من مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لأهمية تعزيز الجهود الرامية إلى خفض الوفيات في مرحلة الطفولة، دعا المؤتمران إلى اتخاذ خطوات لتعزيز بقاء الطفل وصحته، وحددا أهدافا ترمي إلى خفض وفيات الأطفال. وشدد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أهمية أن تستهدف جميع الدول خفض وفيات الرضع إلى أقل من ٣٥ لكل ألف من المواليد الأحياء، ووفيات الأطفال دون الخامسة إلى أقل من ٤٥ في الألف بحلول عام ٢٠١٥ (الفقرة ٨-١٦).

١٠ - ويتضح من استعراض البلدان ذات الوفيات المرتفعة، وهي البلدان التي تُظهر آخر التقديرات التي أجريت بشأنها منذ عام ١٩٨٥ أن نسبة وفيات الرضع فيها كانت على الأقل ١٠٠ حالة وفاة لكل ألف من المواليد الأحياء، و ١٥٠ في الألف بين الأطفال دون الخامسة، مدى الصعوبة الواضحة التي ستواجهها في سعيها لبلوغ الأهداف المنصوص عليها حتى وإن كانت هذه البلدان قد حققت ابتداءً من عام ١٩٩٥ وما بعده معدل انخفاض يساوي أعلى معدل سجلته عمليا إحدى بلدان المجموعة (٢,٣ في المائة في السنة). وتضم هذه المجموعة في الغالب بلدانا توصف بأنها أقل نموا. وتتركز بكثافة في أفريقيا، وتحديدا في

غرب افريقيا وشرقها. أما في آسيا فتقع البلدان المنتمية إلى هذه المجموعة في شبه القارة الهندية غالباً، والبلد الوحيد في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي الذي ينتمي إلى المجموعة هو هايتي.

١١ - ومع أن التقديرات تظهر انخفاضاً مطرداً في وفيات الرضع والأطفال في جميع المناطق النامية منذ عام ١٩٧٠، فإن الدلائل تشير إلى أن هذا الانخفاض ربما يكون قد تباطأ خلال الثمانينات خاصة بين أقل البلدان نمواً. وفي كثير من هذه البلدان ارتبط تباطؤ انخفاض الوفيات في مرحلة الطفولة بانتشار عدوى فيروس نقص المناعة البشرية. وقد أصبحت مهمة خفض وفيات الأطفال في البلدان ذات المستوى المرتفع لانتشار العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية أكثر مشقة الآن، ولم تعد تتوقف فحسب على البرامج التي تهدف إلى مكافحة الأمراض المعدية التقليدية فحسب، بل أصبحت أيضاً تحتاج إلى جهود متضافرة للمثول دون المزيد من انتشار عدوى فيروس نقص المناعة البشرية.

١٢ - وجدير بالذكر أن عدداً كبيراً من البلدان النامية حقق في العشرين سنة الماضية نجاحات باهرة في ميدان بقاء الطفل. وتضم هذه الطائفة بعضاً من بلدان الكثافة السكانية الأعلى في العالم مثل الصين والهند والمكسيك حيث فاقت المعدلات السنوية المتوسطة للانخفاض ٤ في المائة. وتجدر الإشارة أيضاً إلى البلدان أو المناطق التي شهدت معدلات انخفاض مستدامة فاقت ٧ في المائة سنوياً ومنها شيلي وجامايكا وجمهورية كوريا بالنسبة لوفيات الرضع، ونفس البلدان الثلاثة ومعها كوستاريكا وهونغ كونغ والصين وسري لانكا بالنسبة لوفيات الأطفال دون الخامسة. كما استطاعت مجموعة قليلة من البلدان النامية ومنها إسرائيل وجمهورية كوريا وسنغافورة تحقيق معدلات لوفيات الرضع مماثلة للمستويات السائدة في البلدان المتقدمة النمو (أقل من ١١ في الألف).

١٣ - ويميل الاتجاه إلى الانخفاض في وفيات الرضع إلى أن يصبح صفة مميزة أيضاً للبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقال. ومع أن التقديرات تظهر ارتفاعاً ظاهرياً في وفيات الرضع بين عامي ١٩٧٠ و ١٩٧٥ في الدول التي خلفت اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية السابق، فإن هذا الارتفاع مرده إلى التحسينات الحاصلة في تسجيل وفيات حديثي الولادة ولا يعكس أي تغيير في الاتجاهات الأساسية. وتتم التقديرات منذ ١٩٩٠ عن تقلبات سنوية تشير ضمناً إلى حدوث زيادة من سنة إلى أخرى في بعض الأحيان، غير أن الاتجاه العام الذي تسير إليه هذه التقديرات هو الانخفاض. ويمكن الوقوف على مثل هذه الاتجاهات في بلدان أخرى تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقال. وهكذا، توحى البيانات بأن التحولات الاجتماعية والاقتصادية الجارية في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقال لم تترك أثراً ضاراً واضحاً على فرص بقاء الطفل.

١٤ - وما زالت البلدان المتقدمة النمو ذات الاقتصادات السوقية الراسخة تظهر مستويات منخفضة للغاية لوفيات الرضع. وتتصدر اليونان والبرتغال والولايات المتحدة الأمريكية هذه القائمة بنسبة ٨ وفيات لكل ألف كحد أقصى، في حين سجلت السويد سنة ١٩٩٦ المستوى الأكثر انخفاضاً وهو ٣ وفيات لكل ألف.

١٥ - وفي البلدان المتقدمة النمو ترتفع وفيات الرضع والأطفال دائما بين الذكور عنه بين الإناث. لكن الحال تختلف عادة في البلدان النامية حيث توجد عوامل أخرى مثل الممارسات التمييزية في العناية بالأطفال التي تميل إلى تفضيل الذكور وتؤدي إلى زيادة مفرطة في وفيات الإناث، فتتغى أحيانا على الميزة التي تمتع بها البنات على الأولاد فيما يتصل بفرص البقاء. ورغم قلة عدد البلدان النامية التي ترتفع فيها الوفيات المفرطة للبنات بشكل واضح، إلا أن اتساع احجام هذه البلدان تعني ضمنا ضخامة مثل هذا الأثر. وهكذا تحدث كل سنة زهاء ٢٥٠ ٠٠٠ حالة وفاة بين البنات دون الخامسة لأسباب يمكن تضادها.

١٦ - وعلى مدى العقدين الماضيين، حشد المجتمع الدولي مجموعة إجراءات استراتيجية زهيدة التكلفة وكبيرة الأثر هدفها خفض وفيات الأطفال التي يمكن تضادها. وبحلول منتصف الثمانينيات أصبح التحسين الشامل للأطفال نشاطا رئيسيا في كثير من البرامج الصحية. وساعد التحسين وغيره من مشاريع بقاء الطفل في تعبئة الدعم السياسي لصحة الطفل ونماؤه، ولفت الانتباه إلى قضايا بناء القدرات والبرامج الداعمة على الصعيد الوطني وصعيد المجتمع المحلي.

١٧ - وتلقت الجهود الدولية لتحسين بقاء الطفل ونماؤه مزيدا من التعزيز في التسعينيات عن طريق الشراكة الوثيقة التي قامت بين الحكومات الوطنية ووكالات منظومة الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الشنائية والمتعددة الأطراف. وشكل مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل في عام ١٩٩٠ معلما هاما بالنسبة لزيادة سرعة ايقاع مشاريع بقاء الطفل ونماؤه. وفي عام ١٩٩٦ أشار تقرير الأمين العام عن التقدم المحرز في منتصف العقد فيما يتعلق بتنفيذ قرار الجمعية العامة ٢١٧/٤٥ بشأن مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل (A/51/256)، إلى إحراز تقدم مهم نحو تحقيق الأهداف الموضوعية لعام ٢٠٠٠. وبالرغم من هذه النجاحات، لا تزال وفيات مرحلة الطفولة مرتفعة بصورة غير مقبولة في العالم النامي وخاصة في افريقيا جنوب الصحراء الكبرى وكذلك في جنوب آسيا.

ثالثا - الرعاية الصحية الأولية وقطاع الرعاية الصحية

١٨ - أسهمت الرعاية الصحية الأولية الى حد بعيد في المكتسيات التي تحققت على صعيد الحالة الصحية، رغم طول الفترة المنقضية عقب إعلان ألماتا لعام ١٩٧٨^(٣)، قبل البدء في إعادة توجيه الموارد البشرية والمالية نحو الرعاية الصحية الأولية. ولا يزال صنع القرار في قطاع الصحة يفضل الطب السريري العلاجي على الصحة العامة الوقائية والتشجيعية. أما نظم الصحة العامة وخدماتها فلا تتلقى ما يكفيها من الموارد، بينما تتلقى الفئات الضعيفة والمعوقين والمسنين على وجه العموم دعما قاصرا فيما يخص لها من الرعاية.

١٩ - وبالنسبة للموارد البشرية، حققت بلدان الاقتصاد السوقي المتقدمة النمو معدلا يبلغ ٧٥٠ ممرضة وقابلة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة، وفي الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقال قدر هذا المعدل بـ ٨٠٠ ممرضة

وقابلة، أما في أقل البلدان نموا فتوجد ٢٠ ممرضة وقابلة فقط لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة. وفي الناحية الإيجابية، يتزايد الطلب العالمي على خدمات التمريض والقابلة، وتفيد جميع المناطق التابعة لمنظمة الصحة العالمية عن زيادة الطلب على الدعم اللازم لتدريب الممرضات وتنمية الموارد البشرية.

٢٠ - ومازال هناك تحيز شديد في كثير من البلدان لتحميل الأطباء المسؤولية الكبرى عن رعاية المرضى رغم أن التجربة تدل على أنه باستطاعة الممرضات وغيرهن من العمال الصحيين أن يقوموا بتوفير كثير من الخدمات ذاتها بكفاءة مماثلة. ويتعين أن يجرى بذل مزيد من الجهود لرصد إنتاجية القوة العاملة في المجال الصحي ونوعية الخدمات المقدمة وتكلفتها.

٢١ - وفي عام ١٩٩٦ شرعت منظمة الصحة العالمية في تنفيذ مبادرة ترمي عموما الى معالجة مسألة الإنصاف في مجال الصحة والرعاية الصحية. وتسعى هذه المبادرة الى التأكيد على أن حاجات الناس، لا امتيازاتهم الاجتماعية، هي العامل الموجه في توزيع فرص الرفاه، كما تسعى الى تضيق الثغرات التي يمكن تجنبها في الحالة الصحية والخدمات الصحية بين النساء والرجال، وبين الفئات ذات المستويات المتفاوتة من حيث الامتيازات الاجتماعية.

٢٢ - وتحظى المشاريع الرامية الى معالجة مشاكل المسنين والمعوقين والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) بفعالية أكبر إذا نفذت على المستوى المجتمعي. كما أن الترويج للرضاعة الطبيعية، وتوجيه النصح بشأن الصحة الإنجابية، وتثقيف الأمهات بشأن رعاية الرضع والأطفال تحقق أثرا مباشرا أكبر عندما تأتي من أشخاص معروفين داخل المجتمع الصغير بدلا من أن تبدو وكأنها مفروضة من قبل بيروقراطية مركزية.

٢٣ - أما الحصول على العقاقير الأساسية فحقق زيادة كبيرة بالأرقام المطلقة خلال العشرين سنة المنقضية منذ اعتماد منظمة الصحة العالمية لمفهوم العقاقير الأساسية وإصدارها القائمة الأولى لهذه العقاقير. وتبنى كثير من البلدان مفهوم العقاقير الأساسية كمنهج لترشيد نظام التزويد بالعقاقير. ويقوم أكثر من ١٢٠ بلدا بانتظام باستعراض القائمة الوطنية للعقاقير الأساسية الموجودة لديه كما أدخلت تحسينات على شراء العقاقير وتوزيعها في القطاع العام عن طريق إنشاء مخازن طبية مركزية مستقلة، ومن خلال خطط معينة، كمبادرة باماكو، تشتمل على أساليب للتمويل تنطوي على عدة خيارات مثل خيار تقاسم التكاليف. وقد أسهم التطور السريع للقطاع الخاص في توافر العقاقير في معظم البلدان. ورغم هذا التقدم، يقدر أن أكثر من ثلث سكان العالم لا يزالون يفتقرون الى الحصول على العقاقير الأساسية بانتظام، وأنه في بعض مناطق العالم وخصوصا أفقر البلدان في أفريقيا وآسيا، لا يحصل أكثر من ٥٠ في المائة من السكان على العقاقير الأساسية.

٢٤ - وقد زاد كثير من البلدان من قدرته على تنظيم العقاقير باستعمال القواعد والمعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية. غير أن جودة العقاقير ما زالت مبعثا للقلق، فالعقاقير المتدنية المستوى والعقاقير

المزيفة تزداد شيوعا في التجارة الدولية. كما أن ندرة الموارد البشرية والمالية التي تتفاقم من جراء الاقتطاعات التي تجريها الحكومات تضعف من قدرة السلطات المعنية بتنظيم العقاقير على كفالة سلامة العقاقير المطروحة في الأسواق وفعاليتها ومقبولية جودتها.

٢٥ - وما زال الافتقار الى المرافق الصحية الأساسية وإمدادات المياه النقية وسلامة الأغذية يسهم الى حد بعيد في انتشار الأمراض المعدية. وفي حين تحققت زيادة إجمالية في توفير المياه النظيفة والمرافق الصحية، إلا أنها لم تكن كافية لمقابلة الزيادات السكانية في كثير من البلدان. ويقدر أنه في عام ١٩٩٤، حصل ٧٥ في المائة من السكان في البلدان النامية على إمدادات مياه نقية و٣٤ في المائة على تغطية في مجال المرافق الصحية. أما السكان الريفيين فكانت أوضاعهم أسوأ فيما يتعلق بهاتين النقطتين. ففي عام ١٩٩٤، ورغم أن التغطية في مجال المرافق الصحية بلغت ٦٣ في المائة في المناطق الحضرية فإنها لم تزد في المناطق الريفية على ١٨ في المائة. وكذلك كان الحال بالنسبة للحصول على المياه النقية، حيث بلغ ٧٠ في المائة في المناطق الريفية، مقابل ٨٢ في المائة في المناطق الحضرية.

٢٦ - إن هناك وعيا عالميا بضرورة إصلاح القطاع الصحي، لكن الأساليب المتبعة لهذا الغرض تتفاوت الى حد بعيد. فاستراتيجية التغيير في معظم البلدان تؤكد على لامركزية المسؤولية وتفويضها الى المستويات المحلية، وعلى الخصخصة في مجال خدمات الرعاية الصحية، ووضع تأكيد أكبر على الاختيار والمسؤولية الفرديين بالنسبة لتكاليف الرعاية الصحية. وقد تتخذ اللامركزية أشكالا عدة، لكنها تعني في جميع الحالات حدوث تغييرات كبيرة في التمويل والتدريب واللوازم ومستويات الموارد في مجال الرعاية الصحية. غير أن ندرة البيانات تجعل الحكم على الطريقة التي تغير بها أداء النظم بمرور الزمن عسيرا للغاية. ومن شأن تحسين تدفق المعلومات أن يتيح إجراء تحليل أرشد لاتجاهات الحالة الصحية في بلد ما؛ كما أن انتشار تكنولوجيا المعلومات يفترض أن يؤدي الى تسهيل هذه المهمة في المستقبل.

رابعا - صحة المرأة والأمومة الآمنة

٢٧ - تدخل المضاعفات المتصلة بالحمل والولادة بين الأسباب الرئيسية لوفيات النساء في سن الإنجاب في أنحاء كثيرة من العالم النامي. وتشير تقديرات وفيات الأمهات الصادرة في عام ١٩٩٦ أن حوالي ٥٨٥ ٠٠٠ امرأة تموت سنويا لأسباب تتصل بالحمل، وأن ٩٩ في المائة من هذه الحالات يحدث في البلدان النامية (الجدول ٢). والفرق في معدلات وفيات الأمهات بين المناطق الأكثر تقدما والمناطق الأقل تقدما فرق واسع: ففي عام ١٩٩٠، تراوحت الأرقام من أكثر من ٤٨٠ حالة وفاة للأمهات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في المناطق الأقل تقدما الى حوالي ٢٧ وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في المناطق الأكثر تقدما. ويمكن أن تصل المعدلات في بعض مناطق من أفريقيا الى ارتفاع يبلغ ١ ٠٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي.

الجدول ٢ - تقديرات عام ١٩٩٠ المنقحة لوفيات الأمهات حسب المنطقة

| عدد وفيات الأمهات (بالآلاف) | معدل وفيات الأمهات (وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي) | |
|--------------------------------|---|--|
| ٥٨٥ | ٤٣٠ | المجموع العالمي |
| ٤ | ٢٧ | المناطق الأكثر تقدما |
| ٥٨٢ | ٤٨٠ | المناطق الأقل تقدما |
| ٢٣٥ | ٨٧٠ | أفريقيا |
| ٣٢٣ | ٣٩٠ | آسيا ^(أ) |
| ٣ | ٣٦ | أوروبا |
| ٢٣ | ١٩٠ | أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي |
| ٠,٥ | ١١ | أمريكا الشمالية |
| ١ | ٦٨٠ | أوقيانوسيا ^(ب) |

المصدر: منظمة الصحة العالمية/ منظمة الأمم المتحدة للطفولة، تقديرات عام ١٩٩٠ المنقحة لوفيات الأمهات (جنيف، ١٩٩٦).

(أ) باستثناء اليابان التي أدرجت في المناطق الأكثر تقدما.

(ب) باستثناء استراليا ونيوزيلندا التي أدرجت في المناطق الأكثر تقدما.

٢٨ - وأسباب وفيات الأمهات متشابهة حول العالم. وعلى وجه الإجمال، يرجع حوالي ٨٠ في المائة من هذه الوفيات الى أسباب مباشرة، بعبارة أخرى، الى مضاعفات الحمل والولادة (الحمل والوضع والنفاس) التي تنشأ عن التدخل أو الإهمال أو المعالجة الخاطئة أو عن سلسلة أحداث تتمخض عن أي من الأسباب المذكورة. والسبب المباشر الوحيد الأكثر شيوعا للموت - الذي يرجع إليه ربع جميع وفيات الأمهات - هو النزيف الولادي الذي يحدث عادة عقب الوضع. أما الالتهابات النفاسية التي تكون غالبا نتيجة لقلة النظافة في أثناء الوضع أو نتيجة لأمراض الجهاز التناسلي التي تركت دون علاج (ومنها الأمراض المنقولة جنسيا)، فتسبب حوالي ١٥ في المائة من وفيات الأمهات. وتؤدي اضطرابات الحمل المصحوبة بارتفاع ضغط الدم، لا سيما تشنج الحمل الى حوالي ١٣ في المائة من جميع وفيات الأمهات. وتحدث حوالي ٧ في المائة من وفيات الأمهات نتيجة لطول فترة الوضع أو للانسداد في أثناء الوضع. ومن بين الأسباب المباشرة الأخرى لوفيات الأمهات حالات الحمل خارج الرحم والحمل الرحائي، والانسدادات وآثار حالات التدخل كالتخدير. ويرجع حوالي ٢٠ في المائة من وفيات الأمهات الى أسباب غير مباشرة، كأن تكون نتيجة لمرض موجود تفاقم بفعل الآثار الفسيولوجية للحمل مثلا. ويعتبر فقر الدم أيضا من أهم الأسباب غير المباشرة للموت.

٢٩ - وتقع نسبة عالية لوفيات الأمهات، ١٣ في المائة تقريبا، نتيجة مضاعفات مرتبطة بالإجهاض غير المأمون^(٤). وقد أقر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن الإجهاض غير المأمون مسألة رئيسية في مجال الصحة العامة وأوصى بالعمل على تقليل اللجوء الى الإجهاض من خلال توسيع خدمات تنظيم الأسرة وتحسينها. وأكد أنه في الظروف التي لا يكون فيها الإجهاض مخالفا للقانون ينبغي أن يكون مأمونا. وفي جميع الحالات، ينبغي أن تحصل النساء على خدمات جيدة لمواجهة المضاعفات التي تنشأ عن الإجهاض. وفي الوقت الحاضر، يوجد في ٩٠ في المائة من بلدان العالم على وجه التقريب، تمثل ٩٦ في المائة من سكان العالم، سياسات تسمح بالإجهاض بشروط قانونية متفاوتة لإنقاذ حياة المرأة. غير أن نسبة كبيرة من حالات الإجهاض إما أنها تجري ذاتيا أو تكون من نواح أخرى غير مأمونة، مما يؤدي الى جزء كبير من وفيات الأمهات أو إلى إصابة المجهضات بأذى دائم.

٣٠ - والسبب المباشر للمضاعفات المتعلقة بالحمل وسوء الصحة والموت هو عدم كفاية الرعاية المكفولة للأم خلال الحمل والوضع. ومن بين العوامل البعيدة الأخرى مركز المرأة الثانوي، وسوء الصحة، وعدم كفاية التغذية. ويؤثر السن الذي تبدأ فيه النساء في الحمل أو في التوقف عنه، والفترة الزمنية الفاصلة بين الولادات، ومجموع حالات الحمل في العمر، والظروف الاجتماعية/الثقافية والاقتصادية التي تعيش فيها المرأة، في اعتلال الأمهات ووفاتهن. غير أن العامل المباشر الوحيد الأكثر أهمية لصحة الأم وبقائها هو مدى ما تحصل عليه المرأة وتستفيد منه من خدمات رعاية صحة الأم ذات الجودة العالية. وقد جرى التسليم بذلك صراحة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفقرة ٨-٢٢) الذي ينص على أنه: "يجب على جميع البلدان، بدعم من جميع قطاعات المجتمع الدولي، أن تتوسع في توفير خدمات صحة الأم في سياق الرعاية الصحية الأولية. ... وينبغي الاستعانة في جميع الولادات بأشخاص مدربين، يفضل أن يكونوا ممرضات أو قابلات، أو على الأقل مساعدات توليد مدربات".

٣١ - وتبين التقديرات العالمية الحالية لمنظمة الصحة العالمية أن ٦٥ في المائة تقريبا من النساء الحوامل في العالم النامي يتلقين نوعا ما من الرعاية على الأقل أثناء فترة الحمل؛ وأن ٤٠ في المائة تقريبا من حالات الوضع تتم في مرافق صحية وأن ما يزيد بقليل عن نصف عمليات الوضع يتم بمساعدة أفراد مدربين. ويتناقض هذا الحال بشكل حاد مع الوضع في البلدان المتقدمة النمو حيث تتلقى كل امرأة في الواقع الرعاية العادية أثناء فترة الحمل وأثناء الوضع وفي الفترة اللاحقة له.

٣٢ - وتمثل الرعاية اللاحقة للوضع جانبا مهملًا نسبيا من رعاية الأم. وتشير التقديرات المستمدة من البيانات المتاحة المحدودة إلى أن تغطية الرعاية اللاحقة للوضع تقل عن ٣٠ في المائة في البلدان النامية في حين كان التقدير العالمي لها يصل إلى ٣٥ في المائة. ويدعو تدني هذا المستوى إلى القلق نظرا لأن التدخل في الوقت المناسب أثناء الفترة اللاحقة للوضع يمكن أن تمنع وفاة الأمهات والمواليد الجدد وأن تقلل حدوث الأمراض المتصلة بطول فترة الحمل.

٣٣ - وأهم المعوقات الواضحة لاستخدام خدمات الرعاية الصحية للأمهات هو عامل المسافة. ففي البيئات الريفية حيث لا تتوافر للمرأة سوى سبل قليلة للحصول على الموارد اللازمة لتغطية تكاليف النقل، وحيث يرجح أن تكون الطرق سيئة وتندر المركبات، تزيد المعوقات المادية من تعقيد استخدام خدمات الرعاية حتى السابقة منها على الوضع، ويصبح استخدام الخدمات في حالات المضاعفات والطوارئ أمرا صعبا.

٣٤ - وبازدياد الخبرة في مجال برامج الأمم المتحدة الآمنة أصبح من الواضح بشكل متزايد أن المؤشر الذي ظل يستخدم تقليدياً للحالة الصحية للأمم المتحدة، وهو نسبة وفيات الأمهات، لا يصلح لرصد التقدم المحرز في المدى القصير. وتعتمد معظم برامج الأمم المتحدة الآمنة حالياً في رصد البرنامج العادي على مؤشرات للعمليات. ويمكن أن تشمل هذه المؤشرات عدد خدمات رعاية التوليد الأساسية وتوزيعاتها ونسبة حالات الوضع التي تمت بحضور معاونين صحيين مدربين أو في سياقات مؤسسية ومعدلات الولادة بعمليات جراحية ومعدلات الوفيات في المؤسسات وبالإضافة إلى ذلك تسجع البلدان على أن تستخدم إلى أقصى مدى التقنيات النوعية لتقييم جودة الرعاية المقدمة كعمليات المراجعة المتعمقة لحسابات رعاية الأمم المتحدة واستعراضات الحالة.

خامساً - فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة
نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

٣٥ - يقدر أن ما يزيد عن ٣٠ مليون شخص على نطاق العالم كانوا يحملون فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في نهاية عام ١٩٩٧ وأن ١,١ مليون منهم من الأطفال. (الجدول ٣) ويوجد ما يزيد عن ٩٠ في المائة من هذه الحالات في البلدان النامية.

الجدول ٣ - توزيع تقديري للأشخاص المصابين بفيروس نقص
المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب
المكتسب (الإيدز) في عام ١٩٩٧

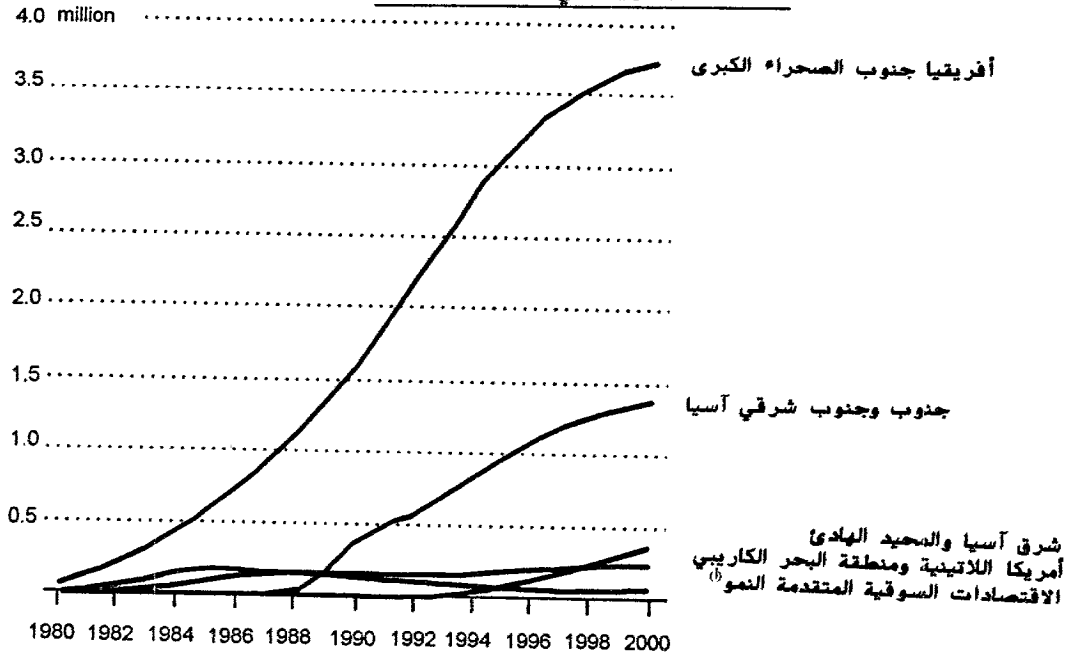
| المنطقة | عدد الراشدين والأطفال المصابين حالياً بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (بالآلاف) | معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ^(أ) (النسبة المئوية) |
|-----------------------------|---|---|
| المجموع العالمي | ٣٠ ٦١٢ | |
| أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى | ٢٠ ٨٠٠ | ٧,٤ |
| جنوب وجنوب شرقي آسيا | ٦ ٠٠٠ | ٠,٦ |
| شرق آسيا والمحيط الهادئ | ٤٤٠ | ٠,٠٥ |
| منطقة البحر الكاريبي | ٣١٠ | ١,٩ |
| أمريكا اللاتينية | ١ ٣٠٠ | ٠,٥ |
| شمال أفريقيا وغربي آسيا | ٢١٠ | ٠,١٣ |
| أمريكا الشمالية | ٨٦٠ | ٠,٦ |
| أوروبا الغربية | ٥٣٠ | ٠,٣ |
| وسط وشرق أوروبا/آسيا الوسطى | ١٥٠ | ٠,٠٧ |
| أستراليا ونيوزيلندا | ١٢ | ٠,١ |

المصدر: منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة المشترك والمشمول بالرعاية المشتركة المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). تقرير عن انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في العالم (جنيف، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٧).
(أ) نسبة البالغين الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من مجموع السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ سنة.

٣٦ - ويقدر أن ٥,٨ مليون إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية حدثت في عام ١٩٩٧ بمعدل متوسط قدره ١٦ ٠٠٠ حالة في اليوم. وجاء حوالي ٤٠ في المائة من هذه الإصابات الجديدة في أوساط النساء و ١٠ في المائة في أوساط الأطفال. ويؤثر فيروس نقص المناعة البشرية بشكل غير تناسلي على الشبان البالغين: ففي عام ١٩٩٧، كان ما يزيد عن نصف البالغين المصابين حديثا بالمرض ممن تقل أعمارهم عن ٢٥ عاما. وتسببت الأمراض ذات الصلة بفيروس نقص المناعة البشرية في وفاة ٢,٣ مليون شخص تقريبا في عام ١٩٩٧، أو ما يعادل خمس جميع المتوفين منذ انتشار الوباء. وكان زهاء ٤٦٠ ٠٠٠ شخص من هؤلاء المتوفين من الأطفال.

٣٧ - ولا تتبع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية توزيعا جغرافيا متوازنا. ففي تجربة بعض المناطق بدأ الانتشار الواسع للمرض منذ أوائل الثمانينات، في حين بدأت الإصابة تنتشر في مناطق أخرى في بداية عام ١٩٩١ فقط (انظر الشكل الثاني). ويشتمل الوباء في مجمله على مجموعة أوبئة صغيرة متداخلة يتميز كل منها بالشكل والديناميات الخاصة به. وفي الوقت الذي استطاعت فيه بعض البلدان الغنية نسبيا وقف انتشار الوباء داخل حدودها كانت أجزاء أخرى من العالم تشهد انتشار أوبئة جديدة ومتفشية في بعض الأحيان. وفي الوقت الحاضر يضرب فيروس نقص المناعة البشرية كل جزء من أجزاء العالم تقريبا.

الشكل الثاني - العدد السنوي لحالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في مناطق مختارة



المصدر: منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة المشترك والمشمول بالرعاية المشتركة المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). تقرير عن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في العالم (جنيف، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٧).

(أ) أوروبا الغربية، أمريكا الشمالية، استراليا، نيوزيلندا واليابان.

٣٨ - ويقدر أن ما يصل إلى ٢١ مليون شخص كان يحمل فيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في نهاية عام ١٩٩٧، وهو ما يعادل ثلثي الحالات في العالم بأسره. وكان فيروس نقص المناعة البشرية قد بدأ في الانتشار في أوائل الثمانينيات في بلدان شرق أفريقيا. كما اتبعت الأوبئة في المناشئ الجديدة - بوتسوانا ولسوتو وناميبيا وجنوب أفريقيا وسوازيلند - - أنماط انتشار وكثافة شبيهة بتلك التي شهدتها مجموعة البلدان التي عرفت الفيروس من مدة أطول.

٣٩ - وبدأ الانتشار الواسع لفيروس نقص المناعة البشرية في أجزاء من آسيا في وقت متأخر عن وقت انتشاره في أفريقيا، أي من منتصف الثمانينات وما بعده. وارتفعت معدلات الانتشار على مدى عشر سنوات أو أقل بشكل سريع للغاية في بعض المناطق. وبالإضافة إلى الاختلاف الكبير الحاصل بين البلدان توجد أيضا اختلافات كبيرة داخل البلد الواحد فيما يتعلق بديناميات نقل فيروس نقص المناعة البشرية في آسيا ولا سيما في الصين والهند.

٤٠ - وأفضل بلد وثقت حالته في المنطقة هو تايلند. فقد بدأ انتشار الوباء فيه في عام ١٩٨٨، وكانت بدايته في أوساط مستخدمي المخدرات عن طريق الحقن. وارتفعت نسبة الانتشار في تلك المجموعة من صفر إلى ٣٥ في المائة في الأشهر التسعة الأولى من السنة. وتلا ذلك ارتفاع مماثل في أوساط مستخدمي المخدرات بالحقن في ميانمار، ثم في شمال شرق الهند على مدى سنتين. بيد أن الانتقال عن طريق الاتصال الجنسي ظل هو الأسلوب المهيمن في البلدان الآسيوية.

٤١ - أما انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في أمريكا اللاتينية فبدأ في وقت مبكر حوالي عام ١٩٨٠ في أوساط الشاذين والمخنثين من الرجال، ثم في أوساط مستخدمي المخدرات عن طريق الحقن. وكانت أكثر البلدان والأماكن تأثرا في المنطقة هي منطقة البحر الكاريبي وهندوراس والبرازيل.

٤٢ - وفي أمريكا الشمالية ورغم تباطؤ المعدل العام للزيادة في الإصابة بالإيدز في السنوات القليلة الأخيرة، وجد قدر كبير من التفاوت في أوساط السكان المتأثرين. وكانت الزيادة في الإصابة بالإيدز في التسعينات أكثر ما تكون في أوساط النساء. وفئات السكان المحرومين اقتصاديا، والأشخاص المصابين وذلك عن طريق الاتصال الجنسي العادي بالمقارنة إلى سبل انتقاله بين الشاذين وبالسبل غير الجنسية. كما انخفضت معدلات الوفاة نتيجة للإصابة بالإيدز في السنوات القليلة الماضية نتيجة لتطور العلاج أساسا.

٤٣ - وفي أوروبا الغربية استقر في السنوات القليلة الماضية معدل الإصابة بالإيدز في كثير من بلدان الجزء الشمالي الغربي من القارة في الوقت الذي استمر فيه في الارتفاع في بلدان الجنوب الغربي لأوروبا. ففي إسبانيا والبرتغال بصفة خاصة أسهم استخدام المخدرات عن طريق الحقن في الانتشار المستمر لفيروس نقص المناعة البشرية.

٤٤ - وتشهد أجزاء من أوروبا الوسطى والشرقية نموا سريعا للوباء يغذية عدد من القوى تشمل التحولات السياسية والاقتصادية وأثرها على أساليب الحاية، والتوقعات، والخدمات الصحية. وقد أفادت التقارير عن انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بمعدلات كبيرة نتيجة لاستخدام المخدرات عن طريق الحقن في كثير من البلدان .. ابتداء في بولندا ويوغوسلافيا السابقة في أواخر الثمانينات، وفي وقت لاحق في المدن الأوكرانية على ساحل البحر الأسود. ويعزى إلى استخدام المخدرات عن طريق الحقن جانب كبير من انتشار الوباء في الاتحاد الروسي في الوقت الحاضر.

٤٥ - وفي استراليا ونيوزيلندا جاء ما يزيد عن ٨٥ في المائة من الإصابات عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال. وهناك دليل على أن معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وصلت إلى مرحلة استقرار في استراليا وفي طريق إلى الانخفاض في نيوزيلندا.

٤٦ - وينتقل فيروس نقص المناعة البشرية على وجه الحصر عن طريق سوائل الجسم. ويقدر أن النقل بالاتصال الجنسي يمثل أكثر من ٨٥ في المائة من جميع الإصابات بفيروس نقص المناعة البشرية على نطاق العالم. ويمثل النقل عن طريق الدم ومنتجات الدم والوسيلة الرئيسية الثانية لنقل الفيروس. أما استخدام المخدرات عن طريق الحقن حيث يقتسم الحاقنون إبراً أو محاقن غير معقمة فيمثل وسيلة مهمة في هذا الشأن في كثير من المناطق في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على السواء.

٤٧ - والوسيلة الرئيسية الثالثة للإصابة هي انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل قبل الولادة أو بعدها. ويعتبر النقل من الأم إلى الطفل المصدر الرئيسي لإصابة الأطفال دون ١٥ سنة بفيروس نقص المناعة البشرية. ويمكن أن يصاب الأطفال أيضا بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق عمليات نقل الدم واستخدام الأدوات الطبية الملوثة.

٤٨ - وفي حين تستعصى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على العلاج في الوقت الحالي، إلا أنه من الممكن الإبطاء بدرجة كبيرة من مراحل تطورها عن طريق المعالجة بعدد من مضادات الفيروسات العكوسة. وفضلا عن ذلك توجد مجموعة من أوجه العلاج المتاحة لمنع ومعالجة الالتهابات الطفيلية والإصابات الخبيثة التي تؤثر في الأشخاص الذين يضعف الفيروس جهازهم المناعي. وهناك أيضا أسلوب المعالجة الوقائية بمضادات الفيروسات العكوسة الذي يهدف إلى الحد من احتمالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بعد التعرض له. وتمثل المشكلة الرئيسية في كثير من البلدان في مسألة الحصول على العلاج، نظرا للمحدودية الشديدة لمعظم أشكاله المتاحة و/أو صعوبة تحمل تكاليفها.

٤٩ - وتتعامل الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشرية في الأساس مع الوقاية والعناية، اللتين أصبحتا تزدادان إحكاما مع زيادة انتشار الوباء. وقد استجاب جميع البلدان تقريبا بشكل أو بآخر للمشاكل والتهديدات التي رافقت انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على الصعيد العالمي. وغالبا ما تأتي الاستجابة من وزارات الصحة، أو من البرنامج الوطني للإيدز، أو من القادة الوطنيين في بعض الأحيان. وفي

حالات كثيرة، جاءت الاستجابة غاية في القوة من المجتمعات الأكثر تأثراً بالفيروس - - كالمجموعات أو الروابط المجتمعية المحلية للأشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية أو المصابين بالإيدز.

٥٠ - ولما كانت النسبة الساحقة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تقع عن طريق الاتصال الجنسي أو الحقن بالمخدرات، فإن تغيير السلوك يمثل استجابة رئيسية للحيلولة دون انتقال العدوى. وأحد الأهداف الجوهرية لبرامج الوقاية هو تحديد المجموعات التي تأتي بتصريفات تنطوي على مجازفة سواء كانت تصريفات جنسية أو تتعلق باقتسام الحقن، وتزويدها بمجموعة من المعارف والمهارات والأدوات وإحاطتها بالبيئة الداعمة المطلوبة لتغيير هذه التصريفات وبالتالي تقليل ما فيها من مجازفة. وتحتاج برامج الوقاية أيضاً إلى التركيز على المسائل الأوسع نطاقاً التي يمكن التأثير من خلالها على قابلية شتى المجموعات للتعرض للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب. وتشمل هذه الإجراءات الأطول أجلاً إحداث تغييرات ثقافية واجتماعية، ولا سيما فيما يتعلق بوضع المرأة التي تتعرض بشكل خاص في مجتمعات كثيرة للإصابة بالفيروس/الإيدز.

٥١ - ونظراً لقابلية الشباب للتعرض للإصابة بالفيروس وغيره من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي. يحتاج المجتمع إلى بذل قدر أكبر من الجهود لمساعدة الأطفال على حماية أنفسهم، بتثقيفهم في المدارس وفي المنزل وعن طريق وسائل الإعلام، وإتاحة الفرص لهم لتنمية المهارات التي تمكنهم من حماية أنفسهم. ورغم أن الأطفال قد لا يكونون عرضة للخطر اليوم، فإن تثقيفهم بشأن المتلازمة أثناء وجودهم في المدرسة يمثل استثماراً فعالاً في مستقبلهم.

٥٢ - وما برحت تزداد عملية تطبيع المسائل المتصلة بالفيروس والمتلازمة، بينما تشارف بعض أقطار العالم عامها العشرين في مواجهة تأثير الوباء. وفي بعض البلدان اتخذت عملية التطبيع شكل معالجة فيروس نقص المناعة البشرية كما يعالج أي مرض معد آخر، في حين قامت بلدان أخرى بزيادة ما تقدمه من خدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وإعادة تحديد تلك الخدمات. ولذلك، يتعين كفالة تكامل الخدمات المتصلة بالفيروس مع أشكال العلاج الأخرى علائقية وبالتشاور الكامل مع المجموعات والمجتمعات المتأثرة؛ كما ينبغي على القائمين بهذه المهمة أن يدركوا أيضاً، وهم يضعون في اعتبارهم المنافع التي يمكن أن يحققها هذا التكامل أحياناً، الطابع المتميز للوفاء وتأثيره على بعض المجموعات والمجتمعات الأكثر تهميشاً.

سادساً - تطور الأوبئة

٥٣ - تشهد جميع مناطق العالم في الوقت الحاضر تحولات وبائية، تنتقل فيها الهيمنة من الأمراض المعدية والطفيلية إلى الأمراض المزمنة وأمراض التآكل لدى البالغين كسبب رئيسي للوفاة. وبحلول منتصف القرن الحالي، حلت الأمراض غير المعدية، وأبرزها أمراض الدورة الدموية والسرطان، محل الأمراض المعدية

كأكثر أسباب الوفاة انتشارا في البلدان المتقدمة النمو. وفي مطلع التسعينات، كان نحو ٩٠ في المائة من جميع حالات الوفاة في تلك المناطق مرده إلى هذه الأسباب.

٥٤ - وبدأت حالات الوفاة بسبب الأمراض المزمنة وأمراض التآكل تشكل أيضا نسبة متزايدة من جملة الوفيات في البلدان النامية. وحيث نجحت الاستراتيجيات العالمية لبقاء الأطفال في خفض وفيات الرضع والأطفال الناجمة عن الأمراض المعدية، أخذ هيكل مسببات الوفاة في البلدان النامية في التغير. وأدى انخفاض معدلات الخصوبة أيضا إلى تغير الهيكل العمري للسكان فباتوا أكبر سنا، مما أسهم بدوره في زيادة نسبة إجمالي الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة وأمراض التآكل لدى البالغين، حتى مع استمرار انخفاض معدلات وفياتهم. وباتت نسبة أكبر من السكان تموت في أعمار أطول مع هيمنة الأمراض غير المعدية على هيكل أسباب الوفاة.

٥٥ - وكشف جهد شامل تم الاضطلاع به لوضع تقديرات للوفيات الناجمة عن أسباب محددة موزعة حسب المناطق، أن الأمراض غير المعدية كانت مسؤولة في عام ١٩٩٠ عن نحو ٦٠ في المائة من جميع الوفيات في كافة أنحاء العالم. وكانت أهم مجموعتين للأمراض المزمنة بين الرجال والنساء على السواء هما أمراض القلب والأوعية الدموية والأورام الخبيثة. وسببت أمراض القلب والأوعية الدموية قرابة ١٤,٣ مليون حالة وفاة في العالم في عام ١٩٩٠، يقدر أن ٦٣ في المائة من بينها وقعت في البلدان النامية. وكان مرض قصور وظائف القلب السبب الرئيسي للوفاة من الأمراض القلبية في العالم ككل، تليه أمراض الأوعية الدموية للمخ. وكانت الأورام الخبيثة بدورها مسؤولة عن قرابة ٦ ملايين حالة وفاة في أنحاء العالم في عام ١٩٩٠، منها ٦٠ في المائة في البلدان النامية. وكان سرطان الثدي لدى النساء أكثر الأشكال الشائعة للسرطان، يتبعه سرطان المعدة. وفي المناطق النامية، كان سرطان عنق الرحم يشكل أيضا تهديدا مهما لصحة المرأة. وكان سرطان الرئة عند الرجال أهم الأسباب قاطبة للوفاة بأمراض السرطان يتبعه سرطان المعدة.

٥٦ - وتشير التقديرات إلى أن ٩٦ في المائة من إجمالي ١٧,٢ مليون حالة وفاة بأمراض معدية في عام ١٩٩٠ وقعت في البلدان النامية. وكانت الأمراض الميكروبية المعدية والطفيلية أهم أسباب الوفاة قاطبة في جميع المناطق بالنسبة للجنسين، ما عدا البلدان ذات الاقتصادات السوقية المتقدمة، والاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا، والصين. ففي تلك المناطق لعبت إصابات الجهاز التنفسي دورا أهم نسبيًا. وكانت أحوال الأمومة مهمة أيضا في ترتيب المناطق حسب معدلات وفيات النساء في سن الإنجاب.

٥٧ - ويقدر أن حالات الوفاة الناجمة عن الإصابات تشكل ١٠ في المائة من إجمالي الوفيات في العالم في عام ١٩٩٠. وكانت نسبة الوفيات الناجمة عن الإصابات متفاوتة حسب المناطق من معدل منخفض قدره ٦ في المائة من جميع الوفيات في الاقتصادات السوقية المتقدمة إلى معدل مرتفع قدره ١٢ إلى ١٣ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ووقعت في البلدان النامية ٨٤ في المائة من الوفيات الراجعة إلى الإصابات والتي يقدر إجماليها بـ ٥,١ ملايين حالة في كافة أنحاء العالم.

٥٨ - ورغم أن الأمراض غير المعدية كانت تشكل أهم أسباب الوفاة في البلدان المتقدمة النمو منذ منتصف القرن، فإن الإسهامات النسبية لمختلف أسباب الوفاة، في جملة الوفيات الراجعة إلى جميع الأسباب، تتفاوت من مكان لآخر وتعكس توزيع العوامل السلوكية وغيرها من عوامل المجازفة بالنسبة للأمراض المزمنة. وتوضح هذه الفروق في الاختلافات القائمة بين المناطق بالنسبة لتوزيع الوفيات حسب سبب الوفاة في الاقتصادات السوقية المتقدمة والاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا. ففي الاقتصادات الأخيرة، تميل حالات الوفاة إلى أن تكون أعلى من جراء أسباب شائعة في كلا الإقليمين. وإضافة إلى ذلك، تسهم الإصابات غير المتعمدة والمتعمدة في الاقتصادات الاشتراكية السابقة في أوروبا بنسبة أكبر في إجمالي الوفيات عنها في الاقتصادات السوقية المتقدمة. وتعدى هذه الفروق عادة إلى عوامل متعلقة بالسلوك وأسلوب الحياة وعوامل البيئة والرعاية الصحية، كما أضيفت إليها في الآونة الأخيرة عوامل اجتماعية ونفسية.

٥٩ - وسوف تتوقف الزيادات في العمر المتوقع في البلدان المتقدمة النمو مستقبلاً، وهي البلدان التي وقعت غالبية الوفيات فيها بين أفراد تبلغ أعمارهم ٦٥ عاماً فأكثر، على الاتجاهات المستقبلية غالباً بالنسبة لوفاة الشائخين بالأمراض المزمنة. ورغم أن التنبؤ بالمستقبل أمر غير مؤكد، فإن الأدلة المتوفرة حديثاً تشير إلى احتمال استمرار انخفاض وفيات الأشخاص المتقدمين في السن. وفي معظم البلدان المتقدمة النمو خارج أوروبا الشرقية انخفضت منذ الستينات وفيات الأشخاص الطاعنين في السن. ويبدو أن هناك احتمالاً أيضاً بأن تنخفض هذه الوفيات أكثر نتيجة لما يطرأ من تغييرات في السلوك وما يحرز من تقدم في التكنولوجيا الطبية. وفي أوروبا الشرقية، تتوقف زيادة العمر المتوقع في المستقبل على المسار المستقبلي لوفيات الأمراض المزمنة ليس فقط لدى الطاعنين في السن، ولكن أيضاً لدى متوسطي العمر، ووفيات الحوادث والإصابات ووفيات الأمراض المزمنة وأمراض التآكل.

٦٠ - أما في البلدان النامية، فيتفاوت تطور الأوبئة ويسلك مسارا يختلف اختلافاً كبيراً من مكان إلى مكان. ومن بين المناطق والبلدان التي تمت دراستها قطع هذا التطور أكبر شوط له في الصين، حيث كانت الأمراض المعدية تشكل ١٦ في المائة فقط من جميع الوفيات في عام ١٩٩٠. وجدير بالملاحظة أن الإسهامات النسبية لأمراض مزمنة محددة في الصين تختلف مع ذلك عن تلك الإسهامات في أوروبا وأمريكا الشمالية. ومن المعروف جيداً أن أسباب الوفاة تتفاوت أنماطها بين البلدان الآسيوية التي تنخفض فيها معدلات الوفاة، بما في ذلك اليابان، والغرب. فعلى سبيل المثال، تشع في البلدان الآسيوية حالات الوفاة الناجمة عن أمراض الأوعية الدموية للمخ، ولا سيما السكتة الدماغية النزفية أكثر من شيوعها في الغرب، بينما يلعب مرض قصور وظائف القلب دوراً أكبر في حالات الوفاة من جراء أمراض القلب والأوعية الدموية في الغرب عنه في البلدان الآسيوية. وفي حالة الصين، يبرز مرض الانسداد الرئوي المزمن وسرطان الكبد كسببين مهمين أيضاً لحالات الوفاة من الأمراض المزمنة. وتوضح هذه الفروق أن الوفاة من الأمراض غير المعدية يمكن أن تتفاوت تفاوتاً جوهرياً من مكان إلى مكان بما يعكس الفروق في هيكل عوامل المجازفة القائمة بين البلدان والمناطق.

٦١ - وفي بلدان نامية أخرى، لم يكن تطور الأوبئة واسع المدى بمثل ما حدث في الصين أو في البلدان المتقدمة النمو. ورغم أن الأمراض غير المعدية تشكل الآن نسبة أعلى في جملة الوفيات، بالمقارنة بالأمراض المعدية، في كل من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وشمال أفريقيا، وجنوب آسيا الوسطى وغرب آسيا، ومناطق أخرى في آسيا وجزر المحيط الهادئ، لا يزال يعزى إلى الأمراض المعدية ثلث إجمالي الوفيات أو أكثر في تلك المناطق. ومن أهم الأمراض المعدية في البلدان النامية أمراض الإسهال، والتهابات الجهاز التنفسي الأدنى، والاضطرابات السابقة للولادة، والدرن. وبالإضافة إلى ذلك، تبرز الحصبة والتيتانوس بين الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة في الهند وشمال أفريقيا وجنوب آسيا الوسطى وغرب آسيا، كما تبرز الحصبة والملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ولعل أكثر ما يثير الانزعاج بشأن النتائج المعروضة هنا أن الكثير من هذه الأمراض إما يمكن الوقاية منه أو أنه قابل للعلاج بواسطة التكنولوجيا الطبية الحديثة.

٦٢ - إن نمو معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة، إلى جانب استمرار عبء الأمراض المعدية، يعني أن الكثير من حكومات البلدان النامية يواجه في الوقت الحالي ضغوطا متزايدة لتحويل الموارد الصحية الشحيحة من أغراض الوقاية من أمراض الأطفال المعدية وعلاجها إلى علاج الأمراض المزمنة وأمراض التآكل للبالغين. ومن المحتمل أن يكون للكيفية التي تستجيب بها الحكومات لتلك الضغوط آثار توزيعية هامة فيما يتعلق بتخصيص الموارد الصحية. ويبدو أن تطور الأوبئة كان متمشيا مع الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية داخل البلدان: فالأمراض المزمنة وأمراض التآكل لدى البالغين تسود بشكل متنام بين الميسورين، في حين أن الأمراض المعدية لا تزال سائدة بشكل أكبر نسبيا بين الفقراء. ومن الممكن أيضا أن يتسبب التحول عن الوقاية من أمراض الأطفال المعدية وعلاجها في إحداث آثار طويلة الأجل على تطور الأمراض المزمنة لدى البالغين، ومعظمها، مثل مرض روماتيزم القلب وسرطان المعدة وأمراض التنفس، له أصول معدية. وبالنظر إلى التباين في سرعة تطور الأوبئة بين المناطق، وفيما بين البلدان داخل المنطقة الواحدة، تزايدت أهمية وضع سياسات للرعاية الصحية تستند إلى معرفة بالظروف المحلية، والنظر في العواقب القصيرة والطويلة الأجل التي تنجم عن تغيير تخصيصات موارد الرعاية الصحية فيما بين الوقاية من الأمراض المعدية والأمراض غير المعدية وعلاجها.

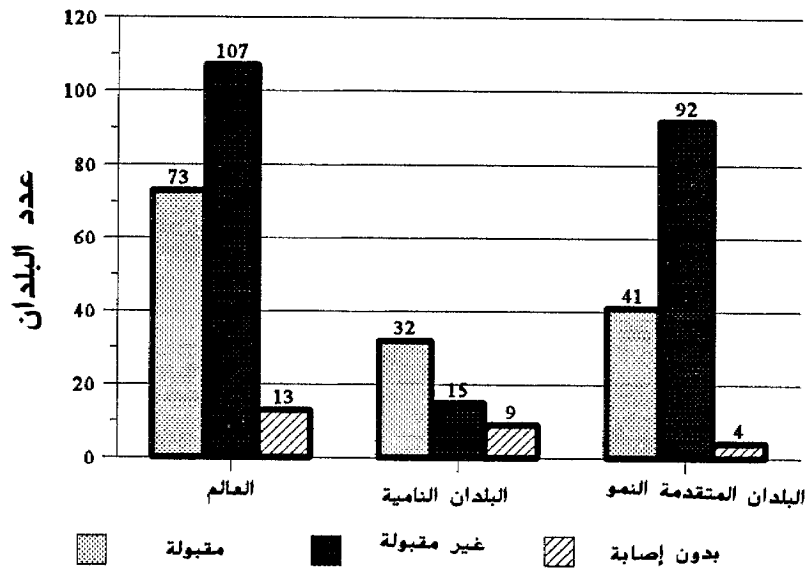
سابعا - سياسات الصحة والوفيات

٦٣ - إن التماس الصحة مسألة جوهرية في إنجاز الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية والمجتمعات الوطنية لكافة أهدافهم الاجتماعية والاقتصادية. وقد وفر نهج الرعاية الصحية الأولية مخططا تمويديا لصياغة السياسات الصحية على الصعيد الوطني والدولي. ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية في ألما آتا في عام ١٩٧٨، والذي أعطى قوة دفع لحركة الرعاية الصحية الأولية، تبنت جميع البلدان تقريبا استراتيجيات من أجل توفير "الصحة للجميع". كما كان هدف "الصحة للجميع" فعالا في وضع الصحة في مركز الاهتمامات الإنمائية. واتساقا مع هذا النهج، أعاد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

التأكيد على أن سبل الوصول المتزايدة إلى الرعاية الصحية الأولية وتعزيز الصحة يشكلان الاستراتيجيتين الرئيسيتين لتقليل الوفيات والاعتلال.

٦٤ - وعلى الرغم من التقدم الكبير الذي تحقق في زيادة العمر المتوقع عند الولادة على النطاق العالمي، فلا يوجد في الحقيقة مستوى مقبول للوفيات، ولا تنظر أي حكومة بعين الرضا التام لمستويات الوفيات في البلد. بيد أن الحكومات تصف مستويات الوفيات بأنها "مقبولة"، بالنظر إلى مستوى التكنولوجيا الطبية والموارد المتاحة لتقليل هذه الوفيات. واعتباراً من عام ١٩٩٥، قدر ٧٣ بلداً في كافة أنحاء العالم أن مستويات الوفيات فيها مقبولة، واعتبر ١٠٧ بلداً أنها غير مقبولة. وليس من المستغرب أن ٨٦ في المائة من البلدان التي تعتبر أن مستويات الوفيات فيها غير مقبولة من البلدان النامية (الشكل الثالث).

الشكل الثالث - آراء الحكومات بشأن مقبولية مستويات الوفيات، ١٩٩٥



المصدر: مصرف بيانات السياسات السكانية لدى شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمانة العامة للأمم المتحدة.

٦٥ - ويؤثر مستوى الوفيات في بلد ما ليس فقط على مفاهيم الحكومة بل أيضاً على أنواع الشواغل الصحية التي تعرب عنها. ففي البلدان النامية، يعتبر بقاء الرضع والأطفال ووفيات الأمهات شواغل رئيسية للحكومات. فقد ذكر أكثر من نصف البلدان النامية ونحو ثلثي أقل البلدان نمواً وفيات الرضع بوصفها شاغلاً رئيسياً (الجدول ٤). وينظر بقلق زهاء خمس البلدان النامية وما يقل بشكل طفيف عن ثلث أقل

البلدان نمواً إلى مستوى وفيات الأمهات أو النساء الحوامل، ومستوى وفيات النساء اللاتي في سن الإنجاب. ومن بين ٥٣ بلداً في أفريقيا، أعرب ٣٨ بلداً عن القلق بشأن مستوى وفيات الرضع وأعرب ٣٠ بلداً عن القلق بشأن وفيات الأطفال. وأظهر ثمانية عشر بلداً أفريقياً قلقاً جسيماً بشأن مستوى وفيات الأمهات أو النساء الحوامل، بينما أظهر ١٧ بلداً قلقاً بشأن وفيات النساء اللاتي في سن الإنجاب. ومن بين ما مجموعه ٤٦ بلداً آسيويًا، أعرب ١٨ بلداً عن القلق بشأن مستوى وفيات الرضع و ٧ بلدان بشأن مستوى وفيات الأطفال. ومن بين ٣٣ بلداً في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، كان الرقمان المناظران ١٥ بلداً و ١٣ بلداً على التوالي. وأعرب ٧ بلدان فقط في آسيا عن القلق بشأن مستوى وفيات الأمهات أو النساء الحوامل و ٦ بلدان بشأن وفيات النساء اللاتي في سن الإنجاب. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي نظر ٣ بلدان بقلق إلى مستوى وفيات الأمهات أو النساء الحوامل و ٦ بلدان بشأن وفيات النساء اللاتي في سن الإنجاب. كما أعرب ٩ بلدان نامية عن القلق بوجه خاص بشأن مستوى وفيات سكانهم الريفيين.

الجدول ٤ - المجموعات السكانية التي تشكل مستويات وفياتها قلقاً
خاصاً للحكومات

| المجموعة السكانية | | | | | | | |
|--|------------------------|-------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------|-------|
| المناطق والأقاليم الرئيسية | العدد الإجمالي للبلدان | الرضع | الأطفال دون الخامسة بوجه خاص | الأمهات و/أو النساء الحوامل | النساء اللاتي في سن الإنجاب | ذكور | آخرون |
| العالم | ١٩٣ | ٨٤ | ٥٧ | ٢٩ | ٢٠ | ١٧ | ٢٩ |
| الأقاليم الأكثر تقدماً | ٥٦ | ١٤ | ٧ | صفر | ٢ | ١٤ | ١٢ |
| الأقاليم الأقل تقدماً | ١٣٧ | ٧٠ | ٥٠ | ٢٩ | ٢٨ | ٣ | ١٧ |
| أقل البلدان نمواً | ٤٨ | ٣١ | ٢٣ | ١٥ | ١٤ | صفر | ٣ |
| أفريقيا | ٥٣ | ٣٨ | ٢٠ | ١٨ | ١٧ | صفر | ٤ |
| آسيا | ٤٦ | ١٨ | ٧ | ٧ | ٦ | ٢ | ٦ |
| أوروبا | ٤٣ | ٩ | ٥ | صفر | ١ | ١٢ | ٨ |
| أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي | ٣٣ | ١٥ | ١٢ | ٣ | ٦ | ٢ | ٧ |
| أمريكا الشمالية | ٧ | ١ | ١ | صفر | صفر | ١ | ٢ |
| أوقيانوسيا | ١٦ | ٣ | ١ | ١ | صفر | صفر | ٢ |

المصدر: مصرف بيانات السياسات السكانية لدى شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمانة العامة للأمم المتحدة.

٦٦ - وفي الأقاليم الأكثر تقدماً من العالم، كان مستوى وفيات الرجال البالغين في مجموعهم، أو الرجال البالغين المنتمين إلى مجموعات عمرية معينة أحد الشواغل الرئيسية حسبما ذكر ١٤ بلداً. ونظر ٥ بلدان في أوروبا الشرقية إلى الوفيات المرتفعة و/أو المتزايدة بين الرجال البالغين على أنها مسألة تثير قلقها بوجه خاص. وفي أعقاب تدهور الأحوال الصحية في أوروبا الشرقية خلال النصف الأول من التسعينات، أعرب ٩ بلدان أيضاً عن القلق بشأن مستوى وفيات الرضع فيها و ٥ بلدان بشأن مستوى وفيات الأطفال.

٦٧ - وتهيمن إصلاحات الرعاية الصحية على الجدول الدائر في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية حول السياسات الصحية. ورغم التقدم الكبير المتحقق في تنفيذ الرعاية الصحية الأولية في البلدان النامية، ولا سيما النجاح الملحوظ لبرامج التحصين، فإن ثمة انشغال متنام لأن أعداداً كبيرة ومتزايدة من الناس الذين ينتمون إلى المجموعات الاجتماعية والاقتصادية الأفقر أو يعيشون في مناطق ريفية لا تتوافر لهم سوى سبل قليلة للحصول على الرعاية الصحية الأساسية أو ينعهد عليهم تماماً الحصول عليها. ورغم أن سبل الوصول الشاملة إلى الخدمات الصحية الأساسية تعتبر مبدأ أساسياً في نهج الرعاية الصحية الأولية، تبنى عدد قليل جداً من البلدان سياسات واستراتيجيات صحية تقوم على الإنصاف. وفي الغالبية الكبيرة من بلدان الدخل المنخفض، يستنفذ نظام المستشفيات جل الأموال العامة المحدودة المخصصة لقطاع الصحة، ولا يترك سوى القليل من الموارد لنظام الرعاية الصحية في المستوى الأولي الذي يعالج الحاجات الصحية الأساسية والضرورية لمجمل السكان. وفي سياق الصعوبات الاقتصادية والتحرر المتنامي، أفضى تنفيذ هذا النظام إلى ارتفاع سريع في التكاليف في الوقت الذي أصبح يفترق فيه إلى الكفاءة والإنصاف بشكل متزايد.

٦٨ - وكان الجدول الدائر حول إصلاح الرعاية الصحية في البلدان المتقدمة مدفوعاً إلى حد كبير باعتبارات اقتصادية. ومن الأفكار الشائعة في مقترحات الإصلاح أنه يمكن تحقيق تخفيض بالغ في التكاليف عن طريق زيادة الكفاءة والفاعلية في توفير الخدمات. ومن المسائل المركزية في هذه المقترحات إعادة تعريف وظيفة الوكالات المعنية بتمويل الصحة، سواء كانت سلطات عامة أو جهات تأمين خاصة، من حيث انتقالها من مجرد أداء دور تمويلي إلى العمل كوكلاء شراء نشطين للرعاية الصحية. وتشكل المساعدة على إزكاء التنافس بين مقدمي الرعاية الصحية عنصراً رئيسياً آخر في النهج الجديدة لتقديم الخدمة الصحية. وقد أفضى التركيز القوي في معظم جهود إصلاح الرعاية الصحية على الجوانب الاقتصادية إلى عدد من الشواغل فيما يتعلق بآثار تلك الإصلاحات. ولا توجد حتى الآن علاقة واضحة بين الابتكارات الإدارية والمكاسب الصحية. وثمة تشديد أيضاً على أن رسم السياسة الصحية واعتمادها وتنفيذها يعتبر، ربما أكثر من أي نوع آخر من السياسات، حاصل عملية اجتماعية وسياسية يتعين أن يمثل فيها جميع الفاعلين ذوي الصلة. وبالإضافة إلى ذلك، هناك دليل على أن المسؤولية عن اتخاذ الإجراءات التي يمكن أن يكون لها تأثير كبير على الصحة تقع بشكل متزايد على عاتق سلطات دون وطنية مثل حكومات المدن والمجتمعات المحلية.

ثامنا - أنشطة المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات
غير الحكومية

٦٩ - ما برحت المنظمات غير الحكومية تضطلع بدور تاريخي في تحسين صحة ورفاة البشر. وقد برهنت على أنها عناصر تكميلية هامة للحكومات والمنظمات الدولية، حيث تمكنت في كثير من الأحيان من خدمة القطاعات السكانية والمناطق التي يصعب الوصول إليها من خلال القنوات الحكومية. ويتزايد نشاط المنظمات غير الحكومية في المساهمة أيضا في تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ففي مجال الصحة والوفيات، تغطي جهودها المكثفة مجموعة كاملة من الأنشطة اللازمة لتعزيز فترة وجودة التعليم اللازم لتطوير الحياة، وتحسين الصحة، وتوفير الخدمات، وكفالة التعليم المتواصل للمهنيين، والبحوث العلمية، والمنشورات، وما شابه ذلك.

٧٠ - وثمة عدد كبير مطرد التزايد من المنظمات غير الحكومية يعمل في مجال الصحة والمجالات المرتبطة بها. وتعمل تلك المنظمات على الصعيد المحلية، والصعد الوطنية، وعلى الصعيد الدولي. ووفقا لدراسة استقصائية أجرتها منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي في أوائل التسعينات شملت ما يزيد على ١٠٠٠ منظمة غير حكومية تابعة للبلدان الأعضاء فيها، تبين أن ٧٥٢ منظمة تعمل في مجال السكان والتنمية، ٨٥ في المائة منها تعمل في مجال الصحة. ويمتد نشاط هذه المنظمات إلى ما يزيد على ٥٠ بلدا في أفريقيا، و ٢٥ بلدا في آسيا والمحيط الهادئ، و ٢٩ بلدا في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. ومن جملة الأنشطة الداخلة في هذا المجال، جرى تنفيذ أنشطة تتعلق بصحة الأم والطفل في معظم البلدان وكان تنفيذ أنشطة الرعاية الصحية الأساسية هو الأكثر تواترا (٦٥ في المائة). وقدم الكثير من المنظمات غير الحكومية التابعة للبلدان الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي الدعم إلى نظيراتها في الجنوب وتعاون معها بشكل وثيق. ولم توفر هذه المنظمات الدعم المالي فحسب ولكنها وفرت أيضا التبادل التقني وتبادل المعلومات للذين حققا منافع بعيدة المدى.

٧١ - ويركز الكثير من المنظمات غير الحكومية على تحسين الفهم العلمي لأمراض معينة ترتبط بمعدل عال للوفيات. ويشهد ما تقوم به من عمل علمي على الدور الهام والمثمر الذي تؤديه المنظمات غير الحكومية في تحسين الصحة وخفض الوفيات. فعلى سبيل المثال، يضطلع الاتحاد الدولي لمكافحة التدخين وأمراض الرئة بدور رائد بين المنظمات غير الحكومية في البحوث التي تجري للتوصل إلى علاج ناجع وفعال للتدخين، وهو واحد من أكثر الأمراض المعدية تفشيا، خصوصا في البلدان النامية حيث يعاني سكان العالم الآن من العvisية النظرية الدرنية، وهي العامل المرضي المسبب للتدخين. ويقوم أعضاء الاتحاد بجمع المعلومات ونشرها بشأن جميع جوانب التدخين وأمراض الرئة ومشاكل الصحة المجتمعية من خلال المؤتمرات والبحوث والمنشورات، ويمارسون أنشطة على الصعيد الوطني في هذا الخصوص. وأحد الأمثلة على المساهمة التي يقدمها الاتحاد في الحد من الدرن هو العمل الرائد الذي قام به في التوصل إلى "الدورة العلاجية القصيرة الأجل بالملاحظة المباشرة" وهي استراتيجية علاجية ما برحت منظمة الصحة العالمية تدعو القادة الطبيين والسياسيين في العالم إلى استخدامها للحد من وباء الدرن العالمي. وبذلك، يقدم

الاتحاد بياناً عملياً هاماً عن الكيفية التي يمكن أن تؤدي بها أنشطة المنظمات غير الحكومية إلى تطوير الاستراتيجيات الصحية ووسائل العلاج الصحية التي تحافظ على الحياة.

٧٢ - وتقوم منطمتان غير حكوميتين، هما الجمعية والاتحاد الدوليان لطب القلب، والرابطة العالمية لارتفاع ضغط الدم - بالجمع بين الدراسة العلمية لأمراض الدورة الدموية والأنشطة الجارية الرامية إلى تحقيق تحسن واضح في الصحة. وتتسبب أمراض الدورة الدموية، مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية، في وفيات تزيد عن ما يحدثه أي مرض آخر. وتتألف الجمعية والاتحاد الدوليان لطب القلب من جمعيات ومؤسسات وطنية للقلب تنتمي لها يزيد عن ٨٠ بلداً، بالإضافة إلى الأعضاء المنتسبين إليها بصفتهم الفردية. وتتألف الرابطة العالمية لارتفاع ضغط الدم من رابطات وطنية تنتمي لها يزيد عن ٦٠ بلداً. ويمكن ضرب مثل حي واحد على أهمية هذه المنظمات غير الحكومية في مجال تبادل المعلومات بين الدول من أجل تحسين الصحة. فقد جاء في رسالة صحية أصدرتها مؤسسة أيرلندية رئيسية للقلب أن عدم القيام بتمرينات جسمانية كافية واحد من أربع عوامل أساسية تؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب. وفي عام ١٩٩٦ قامت مؤسسة القلب الأيرلندية، بدعم من عدد كبير من الرابطات والسلطات المحلية، بمشروع للتحفيز على القيام بالتمرينات باستخدام مجموعة جذابة من العلامات المركبة على أعمدة، ووضع علامات لطرق المارة على مراحل بطول كيلو متر واحد لتشجيع الأفراد من كل الأعمار على القيام بالتمرينات كوسيلة لقضاء وقت الفراغ والتمتع بصحة جيدة. وأدى انتشار المعلومات عن فكرة هذا البرنامج الصحي من خلال هذه المنظمات غير الحكومية إلى تبني فنلندا، والدانمرك، والسويد، وألمانيا، وأيرلندا الشمالية، للبرنامج بالتعاون مع مؤسسات القلب ذات الصلة. وذلك، مثل آخر عن الكيفية التي تدعم بها أنشطة المنظمات غير الحكومية اتباع أسلوب حياة أفضل صحياً.

٧٣ - وتضطلع المنظمات المجتمعية المحلية بدور يتزايد وضوحه وأهميته باستمرار في مجال تقديم الخدمات الصحية في البلدان النامية والمتقدمة. ويمكن اعتبار هذه المنظمات، وغيرها من الهيئات مثل مجموعات المرأة والمزارعين، هياكل للتنمية الصحية تشكل واحداً من ثلاثة مكونات رئيسية مترابطة في النظام الصحي للمناطق. وتضطلع هياكل التنمية الصحية بمجموعة واسعة من الأنشطة. فعلى سبيل المثال، تقوم بتعبئة السكان المحليين من أجل أنشطة الرعاية الصحية، كما تقوم بالمساهمة مباشرة، عند توافر الموارد، في تقديم الخدمة الصحية. وبعبارة أعم، تؤدي هياكل التنمية الصحية وظيفة تعليمية فيما يتعلق بالسكان الذين تمثلهم.

٧٤ - وتشتمل جميع المناطق الصحية تقريباً في المنطقة الأفريقية التابعة لمنظمة الصحة العالمية والبالغ عددها ٤٠٠٠ منطقة على لجان صحية. وفي حين أنشأت الحكومات بعض هياكل التنمية الصحية، أنشئ البعض الآخر من خلال عملية تحول تطورت بموجبها المنظمة المجتمعية على مدار الزمن، دون أن يكون لها في كثير من الأحيان أي وظيفة علنية للتنمية الصحية. وعلى سبيل المثال أنشأ ناظر إحدى المدارس المحلية منظمة بعد كارثة إعصار.

٧٥ - وتعمل المنظمات المجتمعية المحلية خارج نطاق الهياكل الحكومية الرسمية، ولذلك تكون في كثير من الأحيان غير مرئية للقطاع الصحي الرسمي. ومعنى هذا أنها مورد لا يستفاد منه كثيرا بالقدر الكافي. وفي عديد من المناطق الصحية، يمكن أن يكون عدد هذه المنظمات كبيرا جدا. فعلى سبيل المثال، قدمت نيجيريا والسنغال ما يفيد وجود حوالي ٥٠٠ منظمة داخل المناطق الصحية التي قامت بدراساتها منظمة الصحة العالمية، وقدمت بلدان أخرى معلومات مماثلة تفيد بوجود عدد كبير منها. وثمة نتيجة هامة توصلت إليها الدراسة تتعلق بمسألة الإنصاف. ففي كثير من المناطق التي لا يوجد بها قطاع رسمي للصحة، كانت هياكل التنمية الصحية هي المصدر الرئيسي لتقديم الخدمات الصحية. وبالإضافة إلى ذلك أدت وظيفة الرصد التي نفذتها هياكل التنمية الصحية فيما يتعلق بأداء خدمات المناطق الصحية والسعي لزيادة فعاليتها إلى تحقيق مساواة أكبر في توزيع الخدمات (على سبيل المثال في نيجيريا وجامايكا).

٧٦ - وتواصل المنظمات غير الحكومية، بما في ذلك المنظمات المجتمعية المحلية، الاضطلاع بدور أساسي في مجالات البحوث العلمية، والعلاج الصحي، وتحسين الصحة. فهي تقدم الخدمات؛ وتوفر التعليم الصحي للمهنيين وغير المهنيين والأسر؛ وتقوم بتحضير نتائج البحوث والعلاج الناجح وأساليب الوقاية وتولى نشرها. ومن اللازم، على النحو الذي جرى تأكيده في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، إقامة شراكة واسعة وفعالة بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية على الصعيد المحلي والوطني والدولي. وقد حان الآن الوقت المناسب لزيادة الجهود من أجل مواصلة تعزيز المنظمات غير الحكومية وتطوير الصلات بين هذه المنظمات ومع الحكومات على جميع الصعد وهو إجراء سيفيد منه الكثيرون في البلدان النامية والمتقدمة على السواء.

تاسعا - الصحة والتنمية

٧٧ - تخضع مسائل الصحة والتنمية لتدقيق مجدد دفع إليه حشد من الأخطار التي تتهدد الصحة العالمية، ومنها انتشار الملاريا، والأمراض حديثة الظهور والأمراض التي تعاود الظهور من جديد (مثل متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) والتدرن الرئوي، وحمى الإيبولا)، وارتفاع معدلات الإصابة بالسرطان وغيره من الأمراض المزمنة، وزيادة الوفيات حسبما تدل عليه الشواهد الأخيرة، والزيادة الباهظة في تكاليف الرعاية الطبية، وصعوبة تخفيف حدة الفقر، فضلا عن الصراعات المسلحة والتدهور البيئي. وقد تطور مفهوم التنمية منذ ستينات هذا القرن من منظور ضيق يركز على الاقتصاد إلى منظور يركز على الجوانب الاجتماعية وعلى التنمية المستدامة بيئيا، وأعطت المساعي الرامية إلى تحسين إدماج الاقتصاد والعوامل الاجتماعية في عملية التنمية قوة دفع لاستراتيجية تشدد على الصحة، وتنظيم الأسرة، والتغذية والتعليم وتأمين مياه الشرب النظيفة، والإصحاح، والمأوى، واستئصال الفقر، وتحقيق النمو الاقتصادي المستدام.

٧٨ - وقد توصل التحليل الإحصائي عبر الوطني إلى أن نسبة الثلث فقط من التحسن الحاصل في المحافظة على استمرارية الحياة فيما بين عامي ١٩٣٠ و ١٩٦٠ يمكن أن تعزى إلى عوامل اجتماعية واقتصادية، وهي الدخل والتعليم والتغذية. أما الثلثان الآخران فمردهما إلى عوامل أخرى مثل برامج مكافحة

الملاريا وحملات التحصين والنهوض بصحة الفرد. وفي الفترة من ١٩٦٥-١٩٦٩ إلى ١٩٧٥-١٩٧٩، كانت عوامل الدخل والتعليم والتغذية مهيمنة في تفسير الانخفاض في معدلات الوفاة. ورئي أن التأثير المنخفض للعوامل الأخرى يمكن أن يعزى إلى تباطؤ الاستثمارات في البرامج الصحية في الفترة الأقرب عهدا.

٧٩ - ويشكل الدخل محددًا هامًا فيما يتعلق بالصحة، لأنه يتيح فرصة أكبر للحصول على الغذاء والمسكن والرعاية الصحية. ويرتفع معدل العمر المتوقع، الذي ما برح مرتبطًا بمتوسط دخل الفرد، ارتفاعًا سريعًا مع نمو الدخل وخاصة عند مستويات الدخل المنخفضة، التي يكون متوسط دخل الفرد عندها في حدود ٢ ٠٠٠ إلى ٢ ٩٩٩ دولار (محسوبة بالقوة الشرائية للدولار في عام ١٩٩٤) ثم يتناقص تدريجيًا عند مستويات الدخل الأعلى، مما يوحي بأن نمو الدخل له تأثيره الأشد على صحة السكان الذين يعانون الفقر المدقع. غير أنه من الواضح أن الصحة تعتمد على ما هو أكثر من الدخل. فمع أن الفقر له تأثير قوي على الصحة، إلا أن متوسط دخل الفرد ليس وحده العامل المهم في هذا المجال، وثمة أهمية أيضا لعدد الذين يعيشون في فقر مدقع وتوزيعات الدخل (الفقر النسبي). ومن علامات الفقر، الحرمان من الغذاء ومياه الشرب النظيفة والإصحاح، والرعاية الصحية والمأوى والتعليم والمعلومات.

٨٠ - وعلى الرغم من القيود التي يفرضها انخفاض الدخل، استطاعت بعض البلدان النامية أن تحقق معدل وفيات منخفض. فالعمر المتوقع في الصين وكوبا وكوستاريكا وولاية كيرالا في الهند وجامايكا وسري لانكا يقارب مثيله في البلدان المتقدمة النمو، مما يدل على أن الصحة يمكن الحصول عليها عندما يترجم الالتزام السياسي إلى تأمين إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الأساسية والتعليم والغذاء على نطاق واسع. وفي البلدان النامية يعتبر تعليم الأم محددًا حاسمًا في بقاء الطفل. وربما كان هذا التنوع في الخبرات الوطنية في مجال التوصل إلى تحسين الصحة هو الذي يمكن قنات توصيل الخدمات من أداء أعمالها.

٨١ - وفي السنوات الأخيرة انتقل التركيز من دراسة مسألة تأثير التغييرات الاقتصادية على الصحة في الأجل الطويل إلى تقييم العواقب المترتبة على تقلبات الاقتصاد الكلي الأقصر أجلا. وتركز الاهتمام على تأثير التكيف الهيكلي على البلدان النامية، وعواقب الإصلاح الاقتصادي في البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقال ونتائج الركود الاقتصادي الحاصل في الاقتصادات السوقية المتقدمة. وفي الثمانينات، حدث تدهور اقتصادي خطير في بعض البلدان النامية أدى إلى فرض برامج للتكيف الهيكلي. ويبدو أن تلك البرامج أسهمت في تردي الأحوال الصحية وعندما خفضت البلدان الإنفاق الحكومي بالتدرج. ونظرا لقلّة الأدوات المتاحة للحكم على مدى تأثير التكيف الهيكلي على الصحة، يتعذر التثبت من وجود علاقة بين السبب والأثر. ومع ذلك، فإن توقع حدوث تأثير مباشر على الوفيات قد يكون أمرا مجافيا للواقع: وقد يظهر هذا التأثير في اتجاهات الوفيات اللاحقة.

٨٢ - وصاحب إعادة تشكل اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية في الدول التي خلفته، والتغييرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية الهائلة التي اجتاحت أوروبا الشرقية، تدهور في الظروف الصحية.

وشهد كثير من تلك الدول ثبات معدلات الوفيات أو ارتفاعها. وطرحنا إزاء ذلك عدة تفسيرات منها، انعدام فعالية وكفاءة الخدمات الصحية، والآثار المتبقية من الأخطار التي صاحبت أسلوب الحياة السابق، والإفقار الاقتصادي، واتساع مساحة الإجحاف الاجتماعي، وانهايار المؤسسات السياسية، وارتفاع معدلات استهلاك الكحوليات والانفماس في مناسبات تعاطي الشراب.

٨٣ - وقد درست الآثار الضارة المحتملة التي تترتب على اتجاه الاقتصاد إلى الانخفاض في الأجل الطويل بالنسبة لمعدلات انتشار الأمراض والوفيات في بلدان الاقتصادات السوقية المتقدمة النمو. ومع استمرار ارتفاع معدلات البطالة في أوروبا الغربية اتجه البحث إلى استطلاع تأثير البطالة المزمنة على معدلات الوفاة. ولم تؤكد البيانات وجود صلة بين البطالة وحدوث الوفاة المبكرة. بل إنه من المثير للاستغراب، أن التحسن في معدلات الوفيات في فنلندا كان أسرع في أثناء الاتجاه الاقتصادي الحالي إلى الانخفاض عما كان عليه من قبل. وأكثر من ذلك، لا يوجد دليل قاطع على أن البطالة تسهم في أسلوب الحياة غير الصحي. ومع ذلك، يبدو أن للبطالة تأثير حاسم على الصحة العقلية.

٨٤ - وتمثل البيئة تقاطعا هاما بين الشواغل الصحية والشواغل الإنمائية. فمياه الشرب النظيفة، والإصحاح، والتلوث وإزالة الأحراج، والتصحر، واستنفاد طبقة الأوزون وتغير المناخ محددات أساسية للصحة. وتتعرض أقل البلدان نموا في معظمها للمخاطر الصحية التقليدية، بما في ذلك نقص مياه الشرب النظيفة، والإصحاح، ورداءة المسكن والمأوى، والأغذية غير المأمونة، وارتفاع درجة تفتشي ناقلات الأمراض. وتتعرض البلدان النامية التي تمر بمرحلة تصنيع سريعة للمخاطر التقليدية المرتبطة به فضلا عن المخاطر الحديثة. مثل التلوث والنفايات الخطرة، والمبيدات وغيرها من المواد الكيميائية غير المأمونة، ومخاطر أماكن العمل وحوادث المرور. وهناك تهديدا آخر يتمثل في الأثر المحتمل الضار بالصحة المترتب على تغير المناخ العالمي، بما في ذلك التغير الجاري في توزيع الأمراض المعدية والأمراض التي تحملها الحشرات الناقلة للجراثيم بسبب تغير درجات الحرارة. وترتبط نوعية البيئة السيئة بأمراض الإسهال، وإصابات الجهاز التنفسي ومجموعة متنوعة من الأمراض الطفيلية، فضلا عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان.

٨٥ - وأصبح من الصعب التحقق من الآثار السلبية لاعتلال الصحة لأن الأسر المعيشية يمكنها أن تتبنى استراتيجيات مواجهة، مثل التعويض عن فقد العمل للأفراد المرضى، الأمر الذي يخفف من تكلفة اعتلال الصحة. ومع ذلك، فقد وجد أن اعتلال الصحة في بعض الحالات يؤثر تأثيرا سلبيا على الأسر المعيشية من حيث الاستهلاك والاستثمار. واستخدمت الأسر المعيشية التي أصيبت بعمى النهر في أفريقيا الغربية الموجودات في تمويل الرعاية الصحية، بينما يعزى ٦٠ في المائة من البيع الاضطرابي للأراضي في تايلند إلى اعتلال الصحة. وتحظى محاولات تحديد العلاقة بين الصحة والإنتاجية على المستوى الفردي بمزيد من النجاح. وفي كينيا والهند، ثمة دليل يربط بين التغذية والصحة والإنتاجية الزراعية. وتعتبر الحالة الغذائية للطفل عامل هام أيضا في الأداء المدرسي. وفي البرازيل، وجد أن الصحة تؤثر على الأجور.

٨٦ - ويمكن أن يكون للأمراض والأوبئة التي تنتشر على امتداد مساحات شاسعة من الأراضي تأثير هام على التنمية. فقد مكنت مكافحة مرض عمى النهر في أفريقيا من زراعة مساحات شاسعة جديدة من الأراضي. وأسهمت مكافحة الملاريا وغيرها من الأمراض المتوطنة في إنتاج الأغذية والمحاصيل في مناطق كانت تبتلى في الماضي بغزو البعوض. ويقدر ما خسرتة بيرو نتيجة للكوليرا التي أصابت البلاد عام ١٩٩١ بمبلغ ٥٠٠ مليون دولار من دولارات الولايات المتحدة. ويهدد فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز النمو الاقتصادي من خلال تأثيره على المدخرات الوطنية والإنتاجية. ولهذا المرض تأثير جسيم، أولاً، لأن ضحاياه في الغالب من البالغين المتعلمين ذوي المهارات ممن يمرون بأفضل سنوات عمرهم العملية. وثانياً، لأن تكاليف علاجه الباهظة التي تتراوح بين ١ ٠٠٠ إلى ١ ٥٠٠ دولار من دولارات الولايات المتحدة شهرياً للمريض، تتطلب تحويل الموارد من أنشطة أخرى.

٨٧ - وقد شهدت العقود الأخيرة تغيرات هائلة في مجالي الصحة والتنمية كان من نتيجتها ظهور مفهوم جديد يضع الصحة في قلب عملية التنمية. فلم تعد الصحة وانخفاض معدلات الوفيات مجرد هدفين وسيطين أو معلمين بارزين على طريق التنمية الاجتماعية الاقتصادية؛ إنما أصبحت الصحة الجيدة والعمر الطويل في الواقع هدفين يتزايد الاعتراف بهما لذاتهما، كما أصبحتا دعامتين مهمتين من بين الدعائم الأساسية للتنمية.

الحواشي

- (١) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥ - ١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.95.XIII.18)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق.
- (٢) تقرير مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية، كوبنهاغن، ٦ - ١٢ آذار/ مارس ١٩٩٥ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.96.IV.8) الفصل الأول، القرار ١، المرفق الثاني.
- (٣) آما آتا ١٩٧٨: الرعاية الصحية الأولية. تقرير المؤتمر الدولي المعني بالرعاية الصحية الأولية، آما آتا، اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية، ٦ - ١٢ أيلول/سبتمبر ١٩٧٨ مجموعة "الصحة للجميع"، رقم ١ (جنيف، منظمة الصحة العالمية ١٩٧٨) أعيد طبعها عام ١٩٨٣.
- (٤) يُعرف الإجهاض غير المأمون بأنه عملية لإنهاء الحمل غير المرغوب فيه يقوم بها أشخاص تنقصهم المهارات اللازمة و/أو تجري في بيئة تفتقر إلى الحد الأدنى من المعايير الطبية (استناداً لما جاء في تقرير الفريق العامل التقني التابع لمنظمة الصحة العالمية، المعنون "اتقاء الإجهاض غير المأمون وإدارته"، جنيف، نيسان/أبريل ١٩٩٢ (WHO/MSM/92.5)).