

Distr.: General
28 January 2010
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة السكان والتنمية

الدورة الثالثة والأربعون

١٢-١٦ نيسان/أبريل ٢٠١٠

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت*

إجراءات متابعة توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة والمرض والوفيات والتنمية

تقرير الأمين العام

موجز

أعد هذا التقرير استجابةً لمقرر لجنة السكان والتنمية ١٠١/٢٠٠٨ الذي قررت فيه اللجنة أن تنظر في عام ٢٠١٠ في موضوع الصحة والمرض والوفيات والتنمية. ويوثق التقرير ما تحقق من انخفاضات كبيرة في الوفيات منذ عام ١٩٥٠ في جميع البلدان وتحول عبء المرض من الأمراض السارية إلى الأمراض غير السارية. ويستعرض التقرير العلاقات المتبادلة بين الصحة والتنمية، ملاحظاً وجود ارتباط قوي بين زيادة الدخل وتحسّن الصحة وإن كان قد شوهد على الصعيد القطري أنه حدثت أيضاً حالات تحسّن في الصحة دون حدوث تغييرات كبيرة في الدخل. ويمكن تكرار هذه الإنجازات عن طريق الجمع بين نهج مشترك بين القطاعات بشأن الوقاية من الأمراض وتدابير لتعزيز تقديم الرعاية الصحية بطريقة مستدامة، وخاصة عن طريق ضمان أن تدخل الرعاية الصحية الأولية الشاملة في صلب نظم الصحة.

* الوثيقة E/CN.9/2010/1.



المحتويات

الصفحة

٣	.....	أولا - مقدمة
٤	.....	ثانيا - الاتجاهات المتعلقة بالوفيات
١٢	.....	ثالثا - أسباب الوفاة
١٦	.....	رابعا - عبء المرض
٢٠	.....	خامسا - الصحة والتنمية
٢٣	.....	سادسا - دور الرعاية الصحية الأولية
٢٧	.....	سابعا - الحاجة إلى العاملين الصحيين
٢٩	.....	ثامنا - الوقاية من الأمراض السارية والاعتلالات النفسانية وعلاجها
٣٤	.....	تاسعا - الوقاية من الأمراض غير السارية
٣٩	.....	عاشرا - الوقاية من الإصابات
٤٠	.....	حادي عشر - استنتاجات وتوصيات

أولاً - مقدمة

١ - يتمثل أحد الإنجازات الكبيرة للبشرية في الانخفاض الذي لم يسبق له مثيل في معدل الوفيات والذي بدأ في التسارع في الأجزاء الأكثر تقدماً من العالم في القرن التاسع عشر ثم امتد إلى جميع أنحاء العالم في القرن العشرين. ووفقاً لأحد التقديرات، ازداد متوسط العمر عند الولادة من ٣٠ عاماً إلى ٦٧ عاماً فيما بين عامي ١٨٠٠ و ٢٠٠٥، مما أدى إلى حدوث نمو سريع للسكان: من مليار نسمة في عام ١٨١٠ إلى زهاء ٧ مليارات نسمة في عام ٢٠١٠.

٢ - وعلى مدى القرنين الماضيين، جاء الانخفاض في معدل الوفيات مصحوباً بارتفاع الدخل بصورة عامة، ولكن يوجد اتفاق على أن أوجه التقدم في التكنولوجيا وفي فهم أسباب الأمراض هي المسؤولة عن نسبة كبيرة من هذا الانخفاض. وهكذا، فإن ارتفاع المأخوذ من السرعات (المدخول السُعري) الذي أصبح ممكناً بفضل ارتفاع الإنتاجية الزراعية، وتحسُّن النظافة الصحية الذي أصبح ميسوراً بفعل التحسينات التي حدثت في الصرف الصحي وإمكانية الوصول إلى ماء الشرب المأمونة، وتطوير المبيدات الحشرية، وأوجه التقدم الكثيرة في التكنولوجيا الطبية التي أدت إلى القيام بتدخلات فعالة من حيث التكاليف وعمليات علاج فعالة في مجال الصحة العامة هي جميعها أمور أسهمت في الحد من حدوث الأمراض في الأعمار الصغيرة والحيلولة دون حدوث الوفاة عند الإصابة بالمرض.

٣ - ويرتكز الانخفاض في معدل الوفيات على حدوث تغير كبير في أسباب الوفاة. فالمستويات المنخفضة لمتوقع العمر عند الولادة هي سمة يتسم بها السكان الذين ترجع لديهم أغلبية حالات الوفاة إلى الأمراض السارية ويرتفع لديهم معدل وفيات الطفولة. وقد حدثت زيادات مرموقة في طول العمر نتيجة للسيطرة على انتشار الأمراض السارية واستخدام عقاقير طبية فعالة لعلاجها. وهكذا، حدث تحول وبائي انتقلت عن طريقه أسباب الوفاة من الأمراض التي يغلب عليها طابع الأمراض السارية إلى تلك التي تسود فيها الأمراض غير السارية. وفي الوقت نفسه، فإن توزيع الوفيات حسب العمر قد تحول إلى المسنين، كما أن متوقع العمر عند الولادة قد بلغ مستويات مرتفعة على نحو غير مسبوق.

٤ - وفي السبعينات من القرن العشرين، عندما صار من الواضح أن الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية الرئيسية التي ظلت تؤثر على البشرية طوال قرون قد أصبحت تخضع للسيطرة أو يجري علاجها بنجاح، مما خفض من الوفيات حتى في ظل عدم وجود نمو اقتصادي مطرد، كان التوقع القائم هو أن معدل الوفيات من الأمراض السارية سيواصل الانخفاض في كل مكان. وأدى ظهور فيروس نقص المناعة البشرية إلى تخطيط الآمال وإلى الجيء بحقبة أصبح فيها حدوث زيادات في الوفيات بسبب الأمراض السارية حقيقة واقعة في

كثير من بلدان الدخل المنخفض. وبالإضافة إلى ذلك، وُجد أن العوامل المعدية هي السبب الجذري للأمراض التي تُعتبر غير سارية، مثل سرطانات عنق الرحم أو الكبد أو المعدة؛ كما أن ظهور عوامل معدية جديدة، مثل المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارز)، أو تحولات فيروس الإنفلونزا هما أمران يطرحان خطر حدوث جائحة عالمية. وترتبطاً على ذلك، توجد أوجه قلق متنامية من أن الانخفاض في الوفيات قد لا يستمر في المستقبل.

٥ - ويوثق هذا التقرير الاتجاهات المتعلقة بالوفيات، والأسباب المتغيرة للوفاة وعبء المرض. وهو يستعرض فهمنا الراهن للعلاقات المتبادلة بين الصحة والتنمية، ويناقش التحديات الصحية الرئيسية التي تواجه البلدان التي تمر بمراحل مختلفة من التنمية. ويشكل تحسين الصحة وخفض الوفيات هدفاً رئيسياً من أهداف التنمية، كما توضح ذلك الأهداف الإنمائية للألفية. ولكن ما يتصل من هذه الأهداف بالصحة، كما سيُظهر هذا التقرير ذلك، تركز على أسباب وجود نسبة صغيرة من الوفيات على نطاق العالم وتتصل في المقام الأول ببلدان الدخل المنخفض على نحو وثيق. ويجري بالفعل بذل جهود كبيرة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وقد قامت لجنة السكان والتنمية في عام ٢٠٠٩ بتركيز مداولاتها على تحقيق هذه الأهداف^(١). ولهذا السبب، يركز هذا التقرير بصورة رئيسية على القضايا الصحية التي تتجاوز في نطاقها الأهداف الإنمائية للألفية وعلى التدابير الرامية إلى ضمان تحقيق تحسينات في الصحة على جميع الجبهات.

ثانياً - الاتجاهات المتعلقة بالوفيات^(٢)

٦ - على صعيد العالم، ازداد متوقع العمر عند الولادة زيادة سريعة بعد عام ١٩٥٠، فارتفع من ٤٧ عاماً في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى ٦٨ عاماً في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠. وتحققت أكبر مكاسب في هذا الصدد في البلدان النامية التي ارتفع متوقع العمر عند الولادة بها من ٤١ عاماً إلى ٦٦ عاماً، ولكن متوقع العمر هذا ارتفع في كل منطقة من المناطق. ونتيجةً لذلك، ضاقت الفجوات في متوقع العمر عند الولادة بين المناطق الرئيسية وفيما بين فئات الدخل. ومع ذلك، ما زالت توجد فروق رئيسية في هذا الصدد. فبلدان الدخل المرتفع

(١) انظر تقرير الأمين العام عن رصد السكان في العالم، الذي يركز على إسهام برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في تحقيق الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً، بما في ذلك الأهداف الإنمائية للألفية (الوثيقة E/CN.9/2009/3).

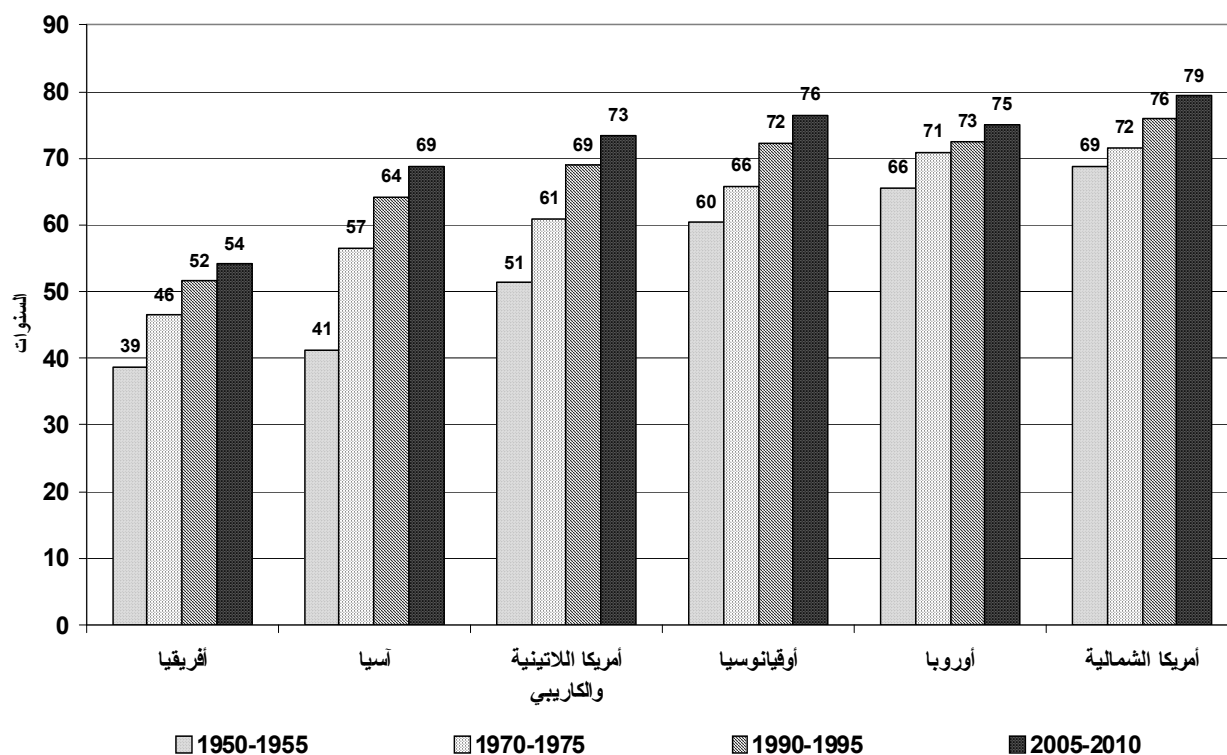
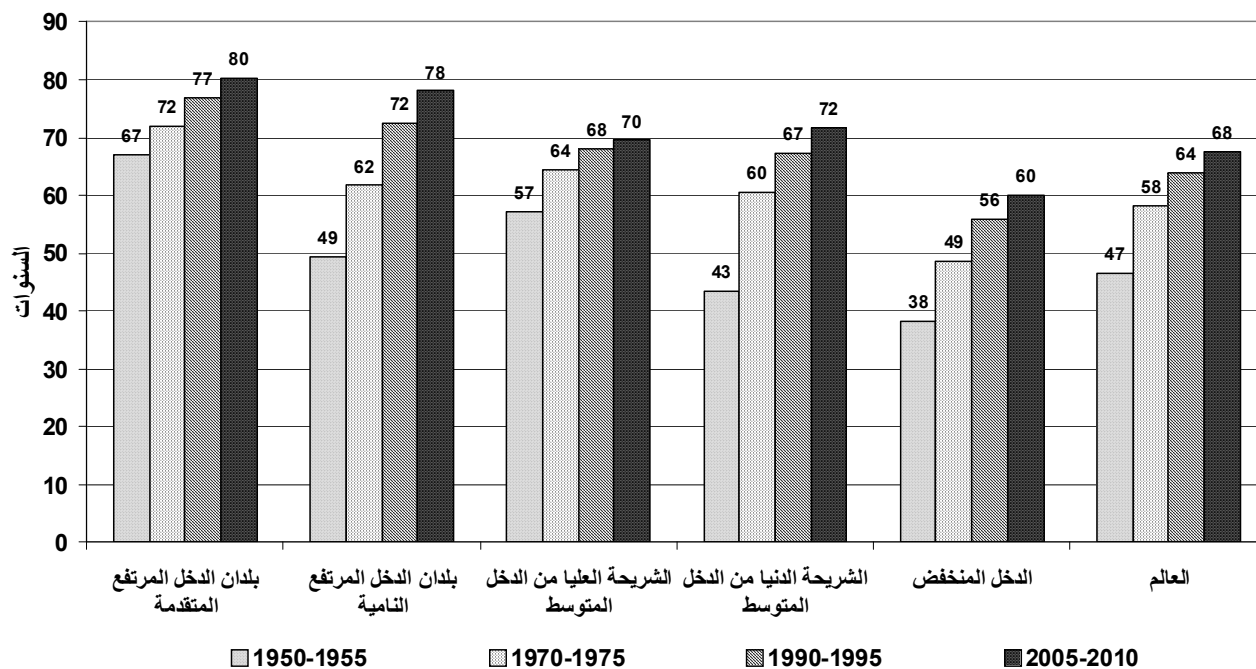
(٢) جميع التقديرات المذكورة في هذا الفرع موجودة في: (التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠٠٨ منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيعات (No. 09.XII.6) *World Population Prospects: The 2008 Revision*) ((United Nations publication, Sales No. 09.XII.6

اليوم^(٣) لديها متوقع للعمر عند الولادة أعلى منه في بلدان الدخل المتوسط كما أن متوقع العمر هذا أدنى ما يكون في بلدان الدخل المنخفض (الشكل الأول). ومن الناحية الجغرافية، فإن أمريكا الشمالية وأوروبا قد شهدتا أعلى متوقع للعمر عند الولادة وسجلتا أدنى زيادات فيه منذ عام ١٩٥٠، وهو ما يرجع جزئياً إلى أنهما قد بدأتا من أساس مرتفع. وبالإضافة إلى ذلك، فإن معدل الوفيات الذي كان آخذاً في الارتفاع في أوروبا الشرقية، وخاصة في الاتحاد الروسي، أثناء أوائل الثمانينات وبعد عام ١٩٩٠ قد قلل الزيادة في متوقع العمر الأوروبي عند الولادة.

٧ - وفي العالم النامي، سجلت آسيا أعلى مكاسب في متوقع العمر عند الولادة منذ عام ١٩٥٠، وحقت الصين والهند زيادات كبيرة: من ٤١ عاماً و ٣٨ عاماً، على التوالي، في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى ٧٢ عاماً و ٦٨ عاماً في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠. وارتفع أيضاً متوقع العمر عند الولادة بقدر كبير في أمريكا اللاتينية والكاربي - من ٥١ عاماً إلى ٧٣ عاماً - ولا سيما بعد أن بدأ من مستوى معتدل. بيد أن أفريقيا لم تحقق سوى تقدم متواضع بحلول عام ١٩٨٠ كما أنها لم تتمكن بعد، بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، من رفع متوسط متوقع العمر لديها فوق ٥٥ عاماً. ولأن بلدان الدخل المنخفض تشمل الهند، فإن التحسينات الأخيرة في متوقع العمر عند الولادة في هذه المجموعة قد تجاوزت مثيلاتها في أفريقيا ووصل متوقع العمر هذا لديها إلى ٦٠ عاماً.

(٣) يمكن الاطلاع على قائمة البلدان حسب فئات الدخل في: *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (World Health Organization, 2008) 'العبء العالمي للمرض: تحديث لعام ٢٠٠٤، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤'.

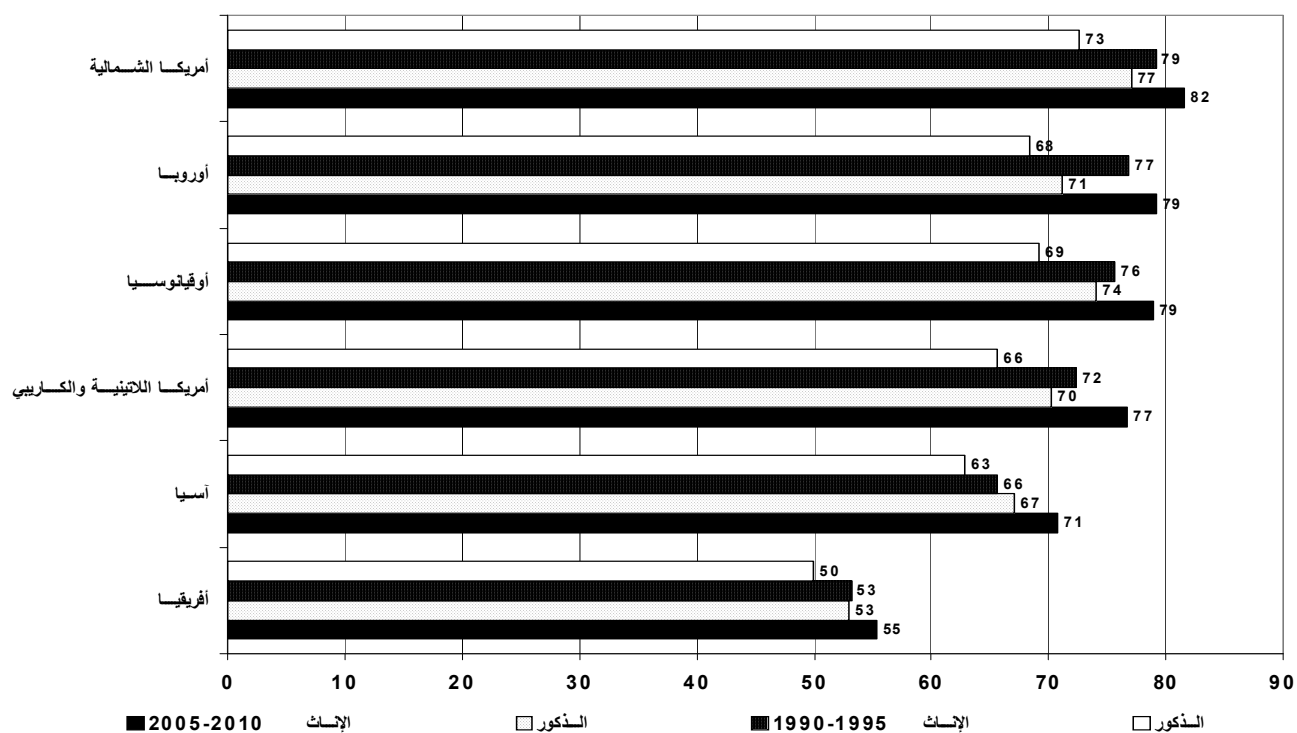
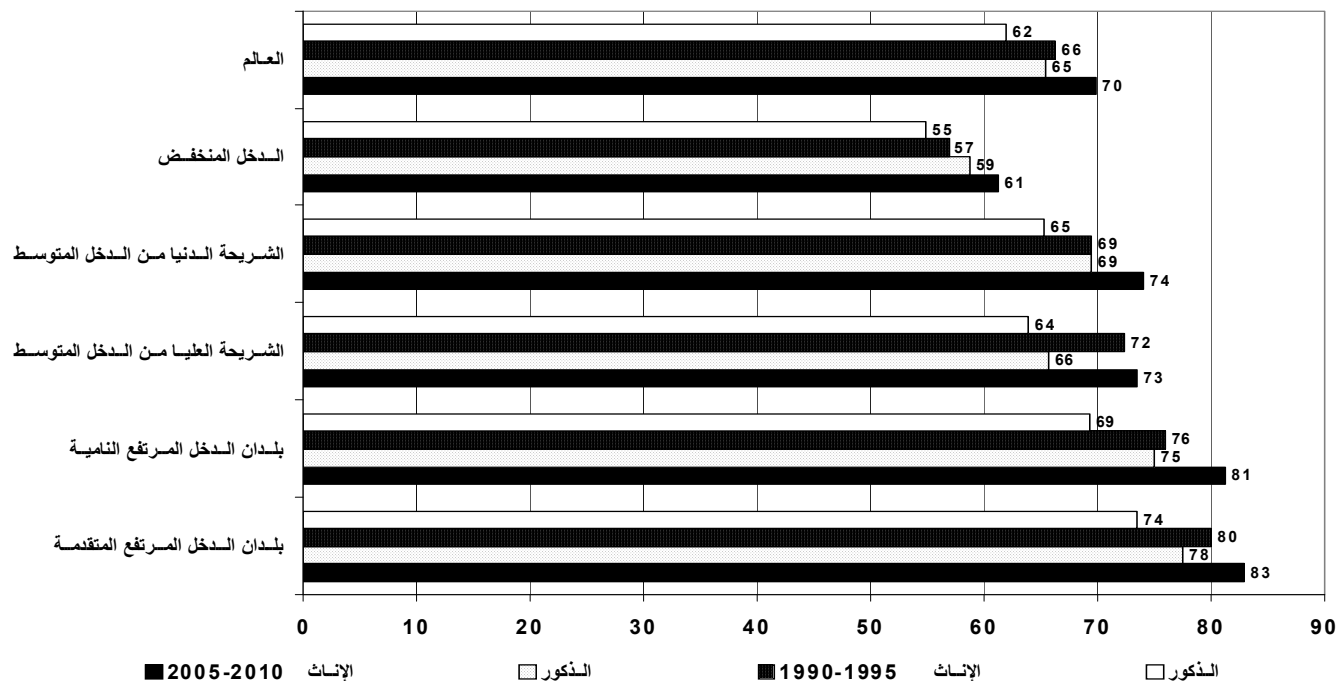
الشكل الأول
تطور متوقع العمر عند الولادة حسب فئة الدخل والمنطقة الرئيسية، من الفترة
١٩٥٥-١٩٥٥ إلى الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠



٨ - وفي جميع المناطق وفتات الدخل، فإن متوقع عمر الإناث عند الولادة يتجاوز مثيله لدى الذكور (الشكل الثاني). فعلى الصعيد العالمي، يبلغ متوقع عمر الإناث عند الولادة ٧٠ عاماً في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠، بالمقارنة مع ٦٥ عاماً للذكور. وتصل ميزة الإناث من حيث متوقع العمر عند الولادة إلى أعلى درجة لها في أوروبا وفي أمريكا اللاتينية والكاريبية. ففي أوروبا، فإن الميزة الكبيرة لدى الإناث في هذا الصدد ترجع بقدر كبير إلى عمر الإناث الأطول كثيراً عن الذكور في أوروبا الشرقية، وخاصة في الاتحاد الروسي، حيث يُتوقع، حسب معدلات الوفيات الراهنة، أن تعيش الإناث فترة أطول من الذكور بمقدار ١٣ عاماً (٧٣ عاماً مقابل ٦٠ عاماً). وفي أمريكا اللاتينية والكاريبية، تصل ميزة الإناث عن الذكور إلى ٧ سنوات من العمر المتوقع عند الولادة. وتبلغ ميزة النساء هذه أدنى مستوى لها في أفريقيا إذ تصل بالكاد إلى عامين وهو أمر جاء في جانب منه نتيجةً للشيوع المرتفع في المنطقة لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) لدى النساء الأفريقيات وللمستويات المرتفعة لوفيات الأمهات أثناء الولادة (الوفيات النفاسية). وفي جميع المناطق، باستثناء آسيا، انخفضت ميزة الإناث هذه منذ الفترة ١٩٩٠-١٩٩٥. ففي البلدان المتقدمة النمو، يرتبط هذا الاتجاه بانخفاض الفوارق بين الجنسين من حيث معدل الوفيات بسبب مرض القلب والأوعية الدموية وبسبب الإصابات^(٤).

(٤) Frank Trovato and Nils B. Heyen, "A varied pattern of change of the sex differential in survival in the G7 countries", *Journal of Biosocial Science*, vol. 38 (2006), pp. 391-401.

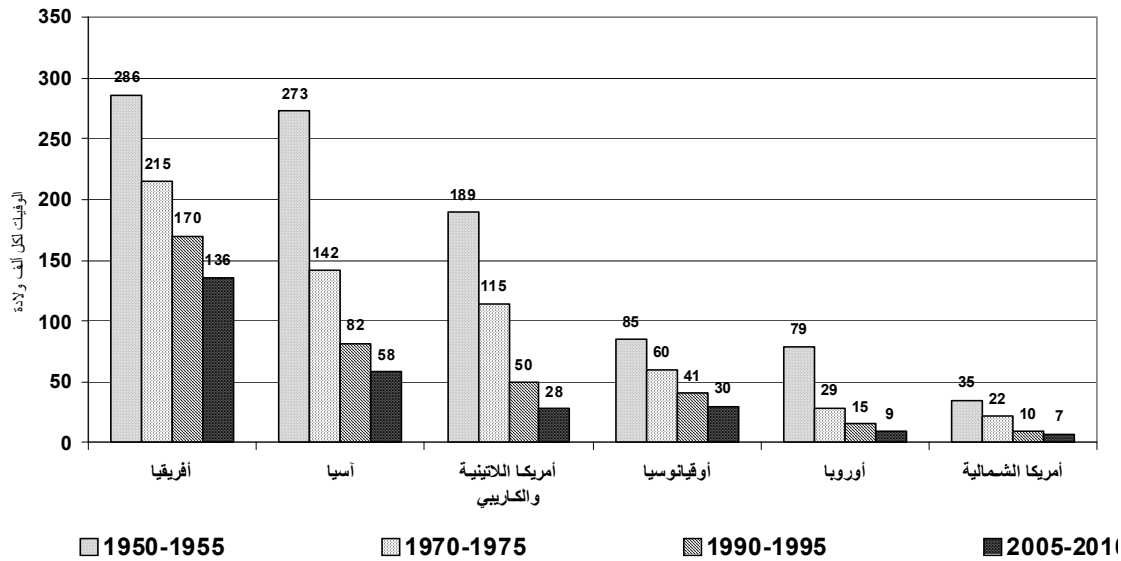
الشكل الثاني
متوقع العمر عند الولادة للذكور والإناث حسب الدخل والمنطقة الجغرافية،
٢٠١٠-٢٠٠٥ و ١٩٩٥-١٩٩٠



٩ - وأحد العوامل الرئيسية المسهمة في الزيادة في متوقع العمر عند الولادة قد تمثل في انخفاض معدل وفيات الأطفال. فعلي صعيد العالم، انخفض معدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات من ٢٣٣ وفاة لكل ألف حالة ولادة في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى ٧١ وفاة لكل ١٠٠٠ حالة ولادة في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠، وهو انخفاض بنسبة ٧٠ في المائة. وقد حدث معظم هذا الانخفاض في البلدان النامية حيث هوى معدل وفيات الأطفال دون سن الخمس سنوات من ٢٧١ وفاة إلى ٧٨ وفاة بين الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ والفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠. وعلى الرغم من أن جميع المناطق قد شهدت انخفاضات كبيرة في معدل وفيات الأطفال، ما زالت توجد مع ذلك فروق ملحوظة (الشكل الثالث). واليوم فإن معدل وفيات الأطفال دون سن الخمس سنوات هو أقل من عشر وفيات لكل ألف حالة ولادة في أوروبا وأمريكا الشمالية ولكنه ما زال يبلغ في ارتفاعه ١٣٦ وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة في أفريقيا. ويدعو الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية إلى خفض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٥. ويصعب بصورة خاصة تحقيق هذا الخفض في وقت يتسم فيه معدل وفيات الأطفال بأنه منخفض بالفعل. ومع ذلك فإن أوروبا ومنطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي قد حققنا تقدماً أكبر من المناطق الأخرى في اتجاه تحقيق هذا الهدف. وكان تحقيق التخفيضات بطيئاً بصورة خاصة في أفريقيا حيث يموت كل عام ٤,٧ ملايين طفل، وهو ما يرجع بصورة رئيسية إلى أسباب يمكن منع حدوثها.

الشكل الثالث

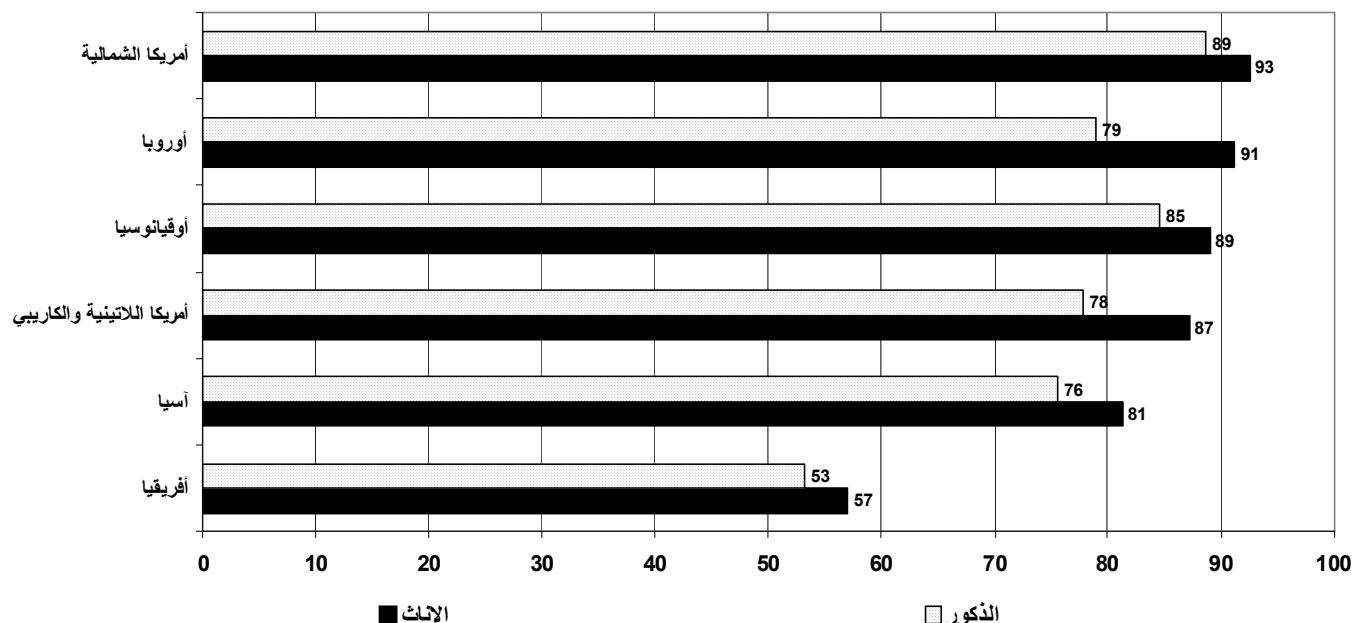
وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر حسب المناطق الرئيسية، ١٩٥٥-١٩٥٠ إلى ٢٠٠٥-٢٠١٠



١٠ - بسبب التقدم المحرز في خفض معدل الوفيات في الأعمار الصغيرة، فإن احتمال العيش حتى سن ٦٠ عاماً هو، حسب معدلات الوفيات الراهنة، احتمال مرتفع إذ يبلغ ٧٩ في المائة للإناث و ٧٣ في المائة للذكور على الصعيد العالمي. وكما هي الحال بخصوص المؤشرات الأخرى لمعدلات الوفيات، توجد اختلافات ملحوظة فيما بين المناطق الرئيسية وبين الجنسين (الشكل الرابع). ووفقاً لمعدلات الوفيات الراهنة، يوجد لدى الإناث أعلى احتمال للعيش حتى سن ٦٠ عاماً في كل منطقة من المناطق، مع كون هذه الاحتمالات مرتفعة بوجه خاص في أوروبا وأمريكا الشمالية (أكثر من ٩٠ في المائة). وترتفع أيضاً في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي ومنطقة أوقيانوسيا فرص عيش الإناث حتى سن ٦٠ عاماً (٨٧ في المائة و ٨٩ في المائة، على التوالي). وفي آسيا، فإن هذه الاحتمالات أدنى من ذلك قليلاً، إذ تبلغ ٨١ في المائة، ولكنها أدنى ما تكون في أفريقيا (٥٧ في المائة). أما فرص عيش الذكور حتى سن ٦٠ عاماً فهي أعلى ما تكون في أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا إذ تبلغ ٨٩ في المائة و ٨٥ في المائة على التوالي؛ بينما هي أدنى من ذلك في آسيا وأوروبا ومنطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي (إذ تتراوح بين ٧٦ في المائة و ٧٩ في المائة)، وهي منخفضة بشكل خاص في أفريقيا (٥٣ في المائة). وبعبارة أخرى، فحتى في المناطق التي يرتفع فيها معدل وفيات الإناث أثناء سنوات الإنجاب، فإن فرص عيش الإناث حتى سن ٦٠ عاماً أعلى من مثيلاتها لدى الذكور.

الشكل الرابع

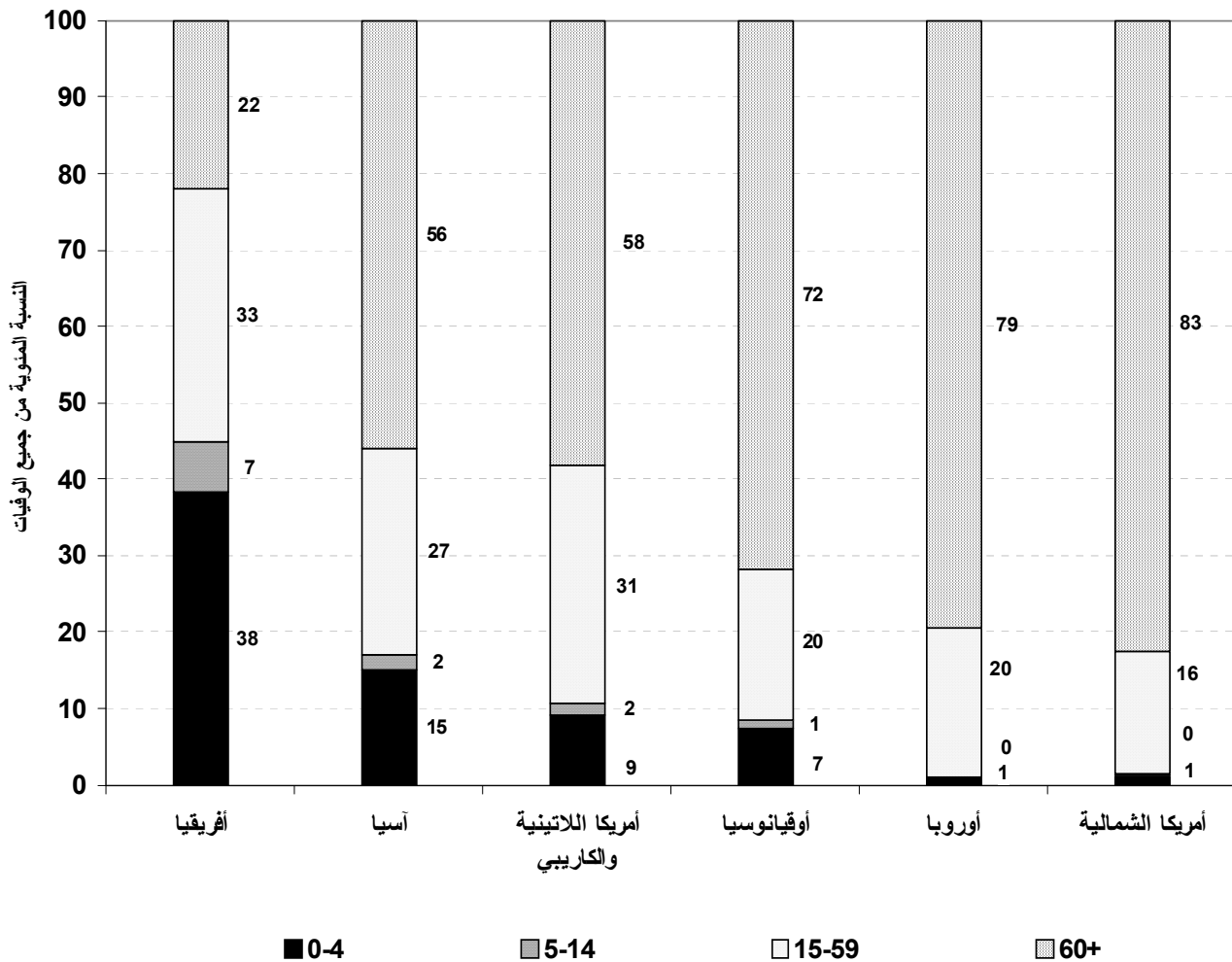
احتمال العيش حتى سن ٦٠ عاماً وفقاً لمعدلات الوفيات للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠
حسب نوع الجنس والمنطقة الرئيسية (بالنسب المئوية)



١١ - ومع ارتفاع متوقع العمر عند الولادة، أصبحت الوفيات تتركز على نحو متزايد في فئات المسنين. وهكذا، فعلى المستوى العالمي، انخفضت نسبة الوفيات لدى الأطفال الأقل من خمس سنوات من العمر من ٤٠ في المائة في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى ١٦ في المائة في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠، في حين أن نسبة الوفيات في سن الستين أو أكثر قد ارتفعت من ٢٦ في المائة إلى ٥٤ في المائة بين هاتين الفترتين. وبالمثل، ففي حين أن ٣٨ في المائة من جميع الوفيات في أفريقيا اليوم تحدث قبل سن ٥ سنوات، فإن هذه النسبة تصل بالكاد إلى ١ في المائة في أوروبا وأمريكا الشمالية. وفضلاً عن ذلك ففي هاتين المنطقتين الرئيسيتين، فإن نسبة ٨٠ في المائة تقريباً من الوفيات تحدث لدى فئات المسنين، أما في أفريقيا فإن ٢٢ في المائة فقط من جميع الوفيات تحدث عند سن ٦٠ عاماً أو أكثر (الشكل الخامس).

الشكل الخامس

توزيع الوفيات حسب الفئة العمرية والمنطقة الرئيسية، ٢٠٠٥-٢٠١٠



ثالثاً - أسباب الوفاة^(٥)

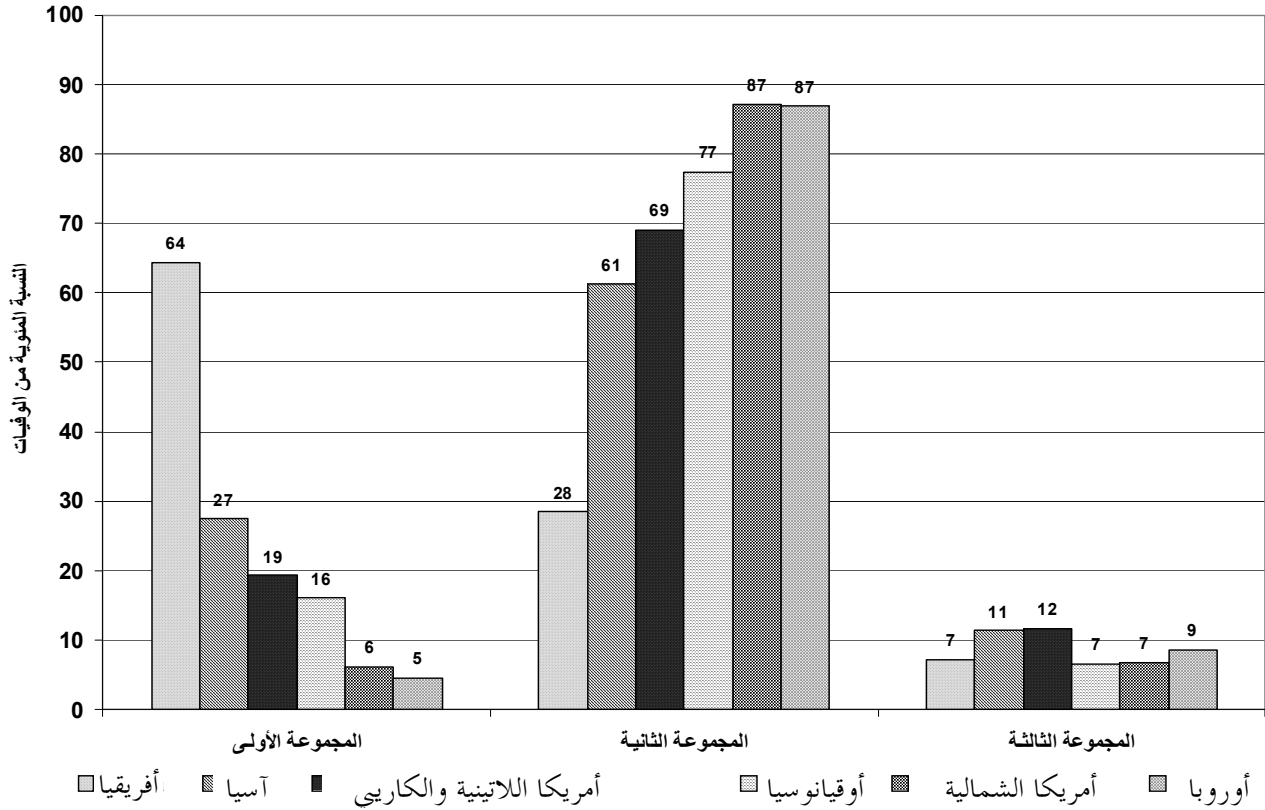
١٢ - أسفر التحول الوبائي الذي يكمن وراء انخفاض معدل الوفيات عن حدوث تحول كبير في أسباب الوفاة. إذ تضع منظمة الصحة العالمية التقديرات المتعلقة بتوزيع الوفيات حسب السبب وفقاً لثلاث مجموعات رئيسية من الأسباب. أما المجموعة الأولى فتشمل الأمراض المعدية والطفيلية، والتهابات الجهاز التنفسي، والاعتلالات الصحية النفسانية والملازمة للولادة، وحالات نقص التغذية، أي أنها تشمل جميع الأمراض السارية المرتبطة بالفقر. وأما المجموعة الثانية فتشمل الأمراض غير السارية، أي الأورام (السرطان)؛ وأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الجهازين التنفسي والهضمي؛ وأمراض الجهاز البولي التناسلي؛ وأمراض الجهاز العضلي والهيكل العظمي والأمراض الجلدية وأمراض الفم؛ والاضطرابات المتعلقة بالسكري والتغذية والعدس الصماء، والاضطرابات النفسية العصبية واضطرابات أعضاء الحس، والتشوهات الخلقية. وتشمل المجموعة الثالثة جميع الإصابات، سواء كانت متعمدة أم غير متعمدة.

١٣ - وفي عام ٢٠٠٤، نتجت نسبة ٣٤ في المائة من جميع الوفيات في العالم عن أسباب متعلقة بالمجموعة الأولى، ونتجت نسبة ٦٠ في المائة منها عن أسباب متعلقة بالمجموعة الثانية ونسبة ١٠ في المائة عن الإصابات (المجموعة الثالثة). واختلف توزيع الوفيات حسب الأسباب فيما بين المناطق الرئيسية اختلافاً كبيراً (الشكل السادس). ففي أوروبا وأمريكا الشمالية، نتجت نسبة لا تزيد على ٦ في المائة من جميع الوفيات من الأمراض السارية (المجموعة الأولى)، في حين أن الأمراض غير السارية (المجموعة الثانية) كانت مسؤولة عن ٨٧ في المائة من جميع الوفيات. وكانت الأمراض غير السارية مسؤولة أيضاً عن أغلبية الوفيات في آسيا، وأمريكا اللاتينية والكاريب، وأوقيانوسيا، حيث تراوحت النسب بين ٦١ في المائة في آسيا و ٧٧ في المائة في أوقيانوسيا. وكانت أفريقيا هي وحدها التي هيمنت فيها الأمراض السارية على الوفيات: إذ بلغ نصيب هذه الأمراض ٦٤ في المائة من جميع الوفيات في القارة.

(٥) جميع التقديرات المذكورة في هذا الفرع مستمدة من بيانات معروضة في 'إحصاءات الصحة العالمية، ٢٠٠٩' (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩) (World Health Statistics 2009, World Health Organization, 2009).

الشكل السادس

توزيع الوفيات حسب السبب والمنطقة الرئيسية، ٢٠٠٤

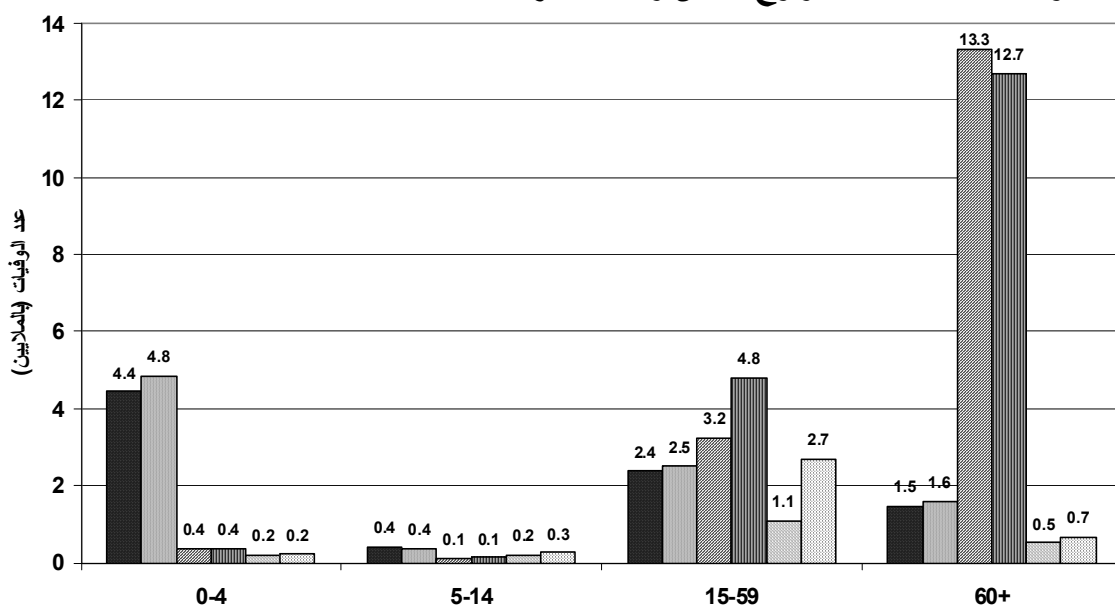


١٤ - وتختلف أسباب الوفيات باختلاف العمر. ففي عام ٢٠٠٤، كانت الأمراض السارية هي سبب الوفاة في ٨٩ في المائة من الوفيات لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات كما كانت هي سبب الوفاة في ٥٣ في المائة من الوفيات لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ أعوام و ١٤ عاماً. وكانت الإصابات مسؤولة عن النسبة الكبيرة الباقية، أي ٣٠ في المائة، من الوفيات لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ أعوام و ١٤ عاماً. ولدى الأشخاص البالغين من العمر ١٥ إلى ٥٩ عاماً، فإن الأمراض غير السارية كانت مسؤولة عن نسبة كبيرة من الوفيات هي ٤٨ في المائة، بينما كانت الأمراض السارية مسؤولة عن نسبة أخرى قدرها ٢٩ في المائة، والإصابات مسؤولة عن نسبة ٢٣ في المائة. وكانت الأمراض غير السارية هي السبب في الأغلبية العظمى من الوفيات لدى الأشخاص البالغين من العمر ٦٠ عاماً فأكثر (٨٦ في المائة) بينما كانت نسبة ١٠ في المائة ترجع إلى أمراض سارية.

١٥ - وتشير البيانات المتعلقة بعدد الوفيات حسب السبب والفئة العمرية ونوع الجنس إلى أن عدد الوفيات لدى الذكور قد تجاوز مثيله لدى الإناث أو تساوى معه وذلك فيما يتعلق بجميع الأعمار الأقل من ٦٠ عاماً وبكل مجموعة من الأسباب (الشكل السابع). ويصح هذا الاستنتاج حتى بخصوص الوفيات في الفئة العمرية ١٥-٥٩ عاماً الناجمة عن الأسباب المتعلقة بالمجموعة الأولى، التي تشمل الوفيات المتصلة بالاعتلالات الصحية النفسانية. ولا يزيد عدد وفيات الإناث الناجمة عن أمراض غير سارية عن مثيله لدى الذكور إلا في الوفيات التي تحدث عند سن ٦٠ عاماً فأكثر، وسبب ذلك بصورة رئيسية هو أن عدد النساء اللاتي يعشن حتى سن متقدمة هو أكبر من مثيله لدى الرجال.

الشكل السابع

عدد الوفيات حسب السبب ونوع الجنس والفئة العمرية، ٢٠٠٤



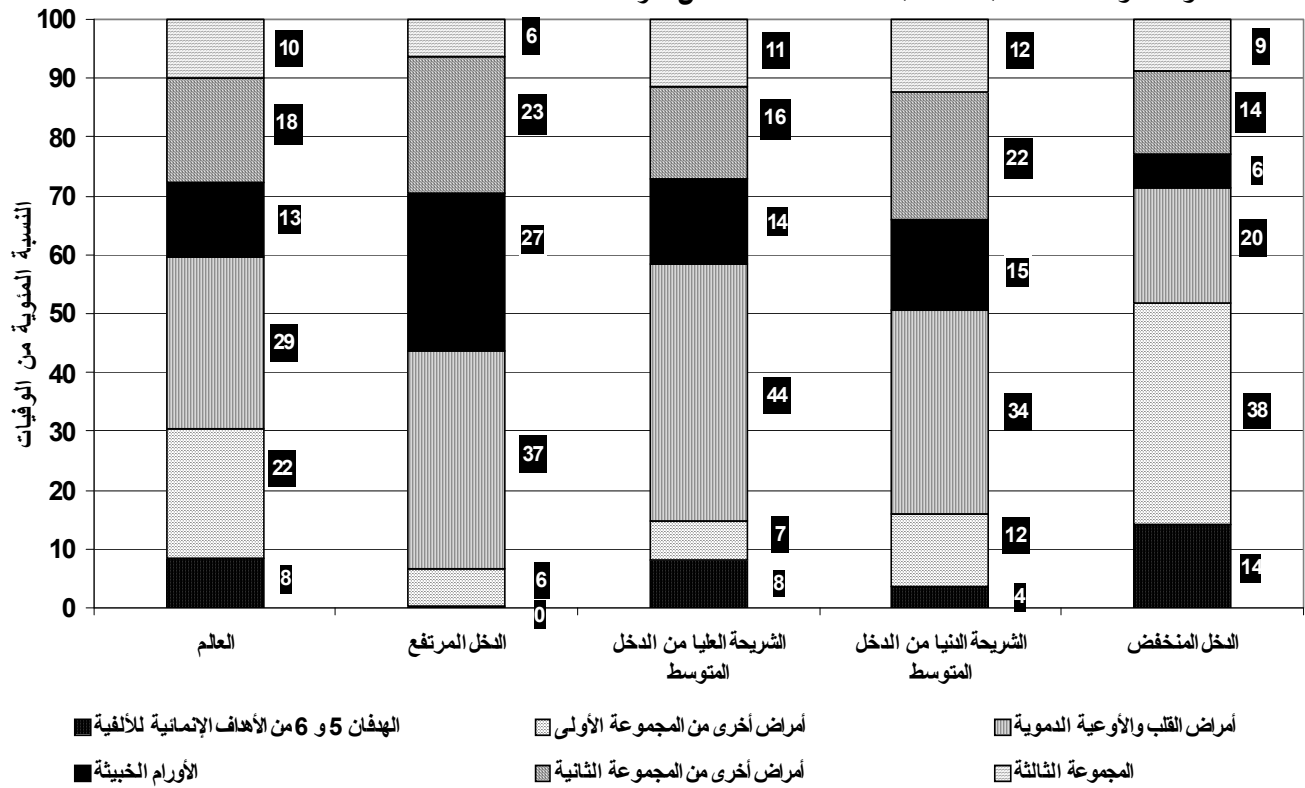
ور، المجموعة الثالثة (الإناث، المجموعة الثالثة (الذكور، المجموعة الثانية (الإناث، المجموعة الثانية (الذكور، المجموعة الأولى (الإناث، المجموعة الأولى (الذكور)

١٦ - وتوزيع الوفيات حسب السبب يتباين على نحو يُعتد به فيما بين البلدان مصنفةً حسب الدخل (الشكل الثامن). ففي بلدان الدخل المرتفع وبلدان الدخل المتوسط، تشكل أمراض القلب والأوعية الدموية السبب في حدوث أكبر نسبة من الوفيات، إذ تتراوح بين ٣٤ في المائة و ٤٤ في المائة. وتشكل الأورام الخبيثة السبب الرئيسي الثاني للوفاة في بلدان الدخل المرتفع، أما في بلدان الدخل المتوسط فإن الأمراض الأخرى المنتمية إلى "المجموعة الثانية" (الأمراض غير السارية مع استبعاد الأورام الخبيثة وأمراض القلب والأوعية الدموية) هي المسؤولة عن نسب أكبر من جميع الوفيات بخلاف الأورام. وبالإضافة إلى ذلك، تتسبب

الإصابات في حدوث نسبة مئوية من الوفيات في بلدان الدخل المتوسط (١١ في المائة إلى ١٢ في المائة) تبلغ ضعف مثلتها في بلدان الدخل المرتفع (٦ في المائة). وفي بلدان الدخل المنخفض، يصل نصيب أمراض القلب والأوعية الدموية والأورام الخبيثة معاً إلى نسبة ٢٦ في المائة من جميع الوفيات، ولكن نصيب هذه الأمراض أدنى بشكل ملحوظ من نصيب الأمراض الأخرى المنتمية إلى "المجموعة الأولى" (أي الأمراض السارية مع استبعاد الأمراض المشمولة بالهدفين ٥ و ٦ من الأهداف الإنمائية للألفية) وقدره ٣٨ في المائة. أما نسبة الوفيات الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والسل والملاريا والاعتلالات الصحية التنفسية (الهدفان ٥ و ٦ من الأهداف الإنمائية للألفية) فهي أعلى ما تكون في بلدان الدخل المنخفض (١٤ في المائة)، تليها في ذلك بلدان الشريحة العليا من فئة الدخل المتوسط (٨ في المائة) وبلدان الشريحة الدنيا من فئة الدخل المتوسط (٤ في المائة). ونسبة الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض في بلدان الدخل المرتفع هي لا شيء تقريباً.

الشكل الثامن

النسبة المئوية للوفيات حسب السبب لدى فئات الدخل الرئيسية، ٢٠٠٤



رابعاً - عبء المرض^(٦)

١٧ - بينما تشكل أسباب الأمراض مؤشراً على تأثير الأمراض المختلفة على السكان، فإنها لا تعبر بشكل سليم عن الوضع الصحي للسكان لأن كثيراً من الأمراض ليست مميتة ومع ذلك فإنها تخفّض نوعية الحياة لمن يعانون منها. ولهذا السبب، يُستخدم مقياس آخر، هو سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، للتعبير عن العبء المميت وغير المميت الذي يلحقه المرض والإصابة بالسكان. وتستخدم منظمة الصحة العالمية مصطلح "الإعاقة" للإشارة إلى "فقدان الصحة"، حيث تعني الصحة امتلاك القدرة الوظيفية الكاملة في ميادين منها الحركة والإدراك والسمع والبصر. وسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة هي مجموع سنوات الحياة المفقودة بسبب الوفاة المبكرة وسنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة الناجمة عن المرض أو الإصابة.

١٨ - وفي عام ٢٠٠٤، فقد ٦,٤ مليارات شخص في العالم ١,٥ مليار سنة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (انظر الجدول). وكان نصيب بلدان الدخل المنخفض ٥٤ في المائة من مجموع هذه السنوات على الرغم من أن نصيبها من السكان لم يتجاوز ٣٧ في المائة. أما بلدان الشريحة الدنيا من فئة الدخل المتوسط فكان نصيبها ٣٠ في المائة من مجموع هذه السنوات، وهو نصيب أدنى من نصيبها من السكان (٣٨ في المائة). وكانت بلدان الشريحة العليا من فئة الدخل المتوسط تشكل ٩ في المائة من سكان العالم وكان نصيبها ٨ في المائة من مجموع السنوات المذكورة، وأما بلدان الدخل المرتفع التي كانت تشكل ١٥ في المائة من سكان العالم فلم تسهم إلا بنسبة ٨ في المائة في مجموع هذه السنوات. وهكذا فإن العبء العالمي للمرض كان يثقل على نحو غير متناسب كاهل بلدان الدخل المنخفض.

١٩ - وعلى الصعيد العالمي، كان نصيب الأمراض غير السارية ٤٨ في المائة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، وأما الأمراض السارية والاعتلالات الصحية النفسانية والملازمة للولادة وحالات نقص التغذية فكانت مسؤولة عن نسبة ٤٠ في المائة أخرى، بينما كان نصيب الإصابات ١٢ في المائة. وكان نصيب مجموعة الاضطرابات النفسية العصبية هو أكبر نسبة من المجموع العالمي لهذه السنوات (١٣ في المائة) تليها في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية وكذلك الإصابات من غير حوادث المرور على الطرق (١٠ في المائة لكل منهما). وأما اضطرابات أعضاء الحس وأمراض الجهاز العضلي والهيكلي العظمي والتشوهات الخلقية فكان نصيبها معاً ٩ في المائة من المجموع العالمي لهذه السنوات، وهو ذات نصيب فيروس

(٦) جميع التقديرات المذكورة في هذا الفرع مستمدة من بيانات خاصة بـ 'العبء العالمي للمرض: تحديث لعام ٢٠٠٤' (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨).

نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والسل والملاريا والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، مجتمعةً.

٢٠ - وكانت الأمراض غير السارية مسؤولة عن معظم سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة في مجموعة بلدان الدخل المرتفع (٨٥ في المائة) وبلدان الدخل المتوسط (٦٢ في المائة). وكانت الاضطرابات النفسية العصبية هي وأمراض القلب والأوعية الدموية مسؤولة عن نسبتين كبيرتين من 'سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة' في بلدان الدخل المرتفع وبلدان الدخل المتوسط. وكانت الإصابات من غير حوادث المرور على الطرق مسؤولة عن نصيب كبير من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة في بلدان الشريحة العليا من فئة الدخل المتوسط والتي تشمل الاتحاد الروسي، وفي بلدان الشريحة الدنيا من فئة الدخل المتوسط والتي تشمل الصين.

٢١ - وفي بلدان الدخل المنخفض، كانت الأمراض السارية مسؤولة عن معظم سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (٥٧ في المائة)؛ وكان نصيب فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز) والسل والملاريا والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، مجتمعةً، ١٣ في المائة. ومع ذلك، فإن الأمراض غير السارية كانت مسؤولة عن نسبة ٣٣ في المائة من عبء المرض في هذه البلدان وكان نصيب الاضطرابات النفسية العصبية لديها يشكل نسبةً مرتفعة قدرها ٩ في المائة. وكان نصيب الإصابات من غير حوادث المرور على الطرق هو ٨ في المائة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، تليها في ذلك اضطرابات أعضاء الحس وأمراض الجهاز العضلي والهيكلي العظمي والتشوهات الخلقية مجتمعةً وأمراض القلب والأوعية الدموية إذ كان نصيب كل منهما ٧ في المائة. وكانت الاعتلالات الصحية النفاسية مسؤولة عن نسبة أخرى قدرها ٤ في المائة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة في بلدان الدخل المنخفض، وهي أعلى نسبة لهذه الأوضاع في جميع فئات الدخل.

توزيع سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة تبعاً للسبب في العالم وفتات الدخل، ٢٠٠٤

بلدان الدخل المنخفض	بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط	بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط	بلدان الدخل المرتفع	العالم	
٢ ٤١٣	٢ ٤٦٥	٥٨٠	٩٧٧	٦ ٤٣٧	السكان (بالملايين)
٨٢٨	٤٥٢	١٢١	١٢٢	١ ٥٢٣	مجموع سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (بالملايين)
بالنسب المئوية					
٥٦,٦	٢٢,٥	٢١,٤	٦,٠	٣٩,٧	الأمراض السارية والاعتلالات الصحية التنفسية والملازمة للولادة
٣٢,٩	٦١,٧	٦٣,٠	٨٤,٨	٤٨,٠	الأمراض غير السارية
١٠,٤	١٥,٨	١٥,٦	٩,٢	١٢,٣	الإصابات
منها:					
٨,٨	١٦,٦	١٦,٢	٢٥,٨	١٣,١	الاضطرابات النفسية العصبية
٦,٩	١٢,١	١٧,٧	١٤,٦	٩,٩	أمراض القلب والأوعية الدموية
٨,٤	١١,٩	١٢,٥	٦,٦	٩,٦	الإصابات مع استبعاد حوادث المرور على الطرق
٧,٣	١٢,٢	٩,٥	١٣,٢	٩,٤	اضطرابات أعضاء الحس وأمراض الجهاز العضلي والهيكل العظمي والتشوهات الخلقية
١٢,٨	٣,٨	١٠,٩	٠,٨	٩,٠	فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والملاريا والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي
٢,٤	٧,٣	٧,٣	١٤,٩	٥,٢	الأورام
٢,٠	٣,٩	٣,١	٢,٦	٢,٧	حوادث المرور على الطرق
٣,٥	١,٨	١,١	٠,٥	٢,٦	الاعتلالات الملازمة للولادة
٠,٧	١,٧	٢,١	٣,٠	١,٣	السكري
١,٩	٠,٧	٠,٣	٠,٠	١,٢	الأمراض المدارية المهملة

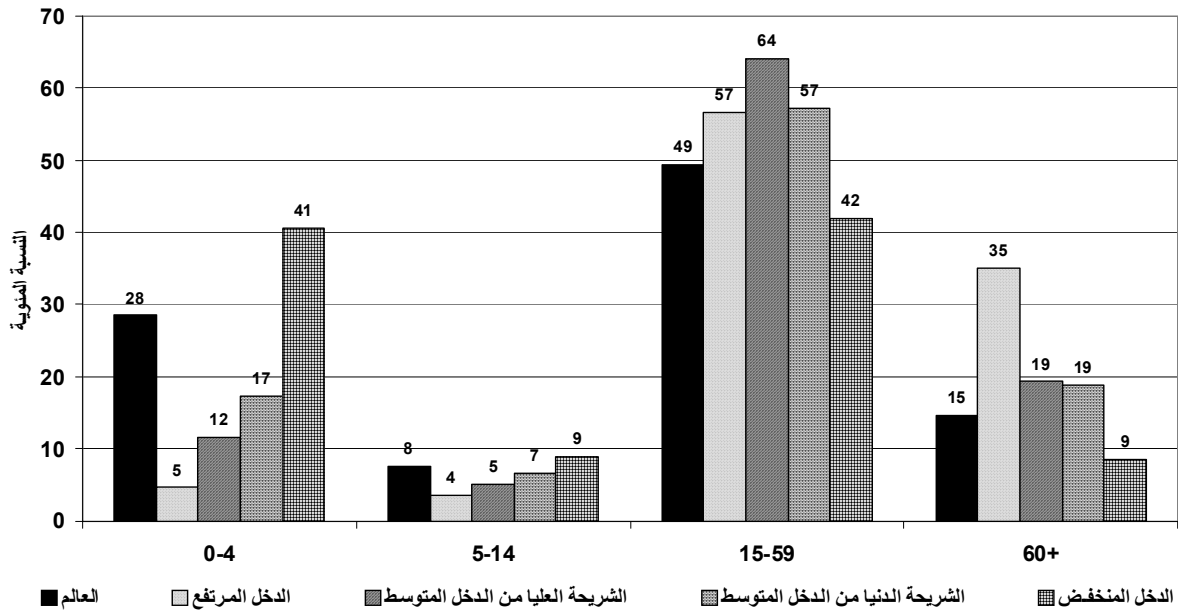
٢٢ - وكان مرض السكري مسؤولاً عن ١ في المائة فقط من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة على الصعيد العالمي ولكنه كان مسؤولاً عن نسبة ٣ في المائة منها في حالة بلدان الدخل المرتفع وعن ٢ في المائة منها في حالة بلدان الدخل المتوسط. أما الأمراض المدارية المهملة، المسؤولة عن ١ في المائة من المجموع العالمي لسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة، فإنها كانت مسؤولة عن ٢ في المائة منها في حالة بلدان الدخل المنخفض وكانت نسبة ٨٩ في المائة من عبء المرض الذي تسببه تتعلق بالأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ سنوات و ٥٩ عاماً، أي من هم في سن الدراسة أو العمل.

٢٣ - وعلى الصعيد العالمي، كان نصيب الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات ٢٨ في المائة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة في عام ٢٠٠٤، بينما كان نصيب

الأشخاص البالغين من العمر ١٥ إلى ٥٩ عاماً ٤٩ في المائة والأشخاص البالغين من العمر ٦٠ عاماً فأكثر ١٥ في المائة (الشكل التاسع). وفي بلدان الدخل المنخفض، كان نصيب الأطفال الأدنى من خمس سنوات من العمر والأشخاص البالغين من العمر ١٥ إلى ٥٩ عاماً من هذه السنوات هو ٤١ في المائة و ٤٢ في المائة، على التوالي. وفي جميع فئات الدخل الأخرى، كان نصيب الأشخاص البالغين من العمر ١٥ إلى ٥٩ عاماً هو أعلى نسبة من هذه السنوات، يليهم الأشخاص البالغون من العمر ٦٠ عاماً فأكثر. وفي بلدان الدخل المرتفع وبلدان الدخل المتوسط، كان نصيب الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات نسباً منخفضةً من هذه السنوات. وبالنظر إلى ارتفاع نسب كبار السن في بلدان الدخل المرتفع، فإن نصيب الأشخاص البالغين من العمر ٦٠ عاماً فأكثر في هذه السنوات كان ٣١ في المائة. ومن الواضح أن الاختلافات الكبيرة في عبء المرض حسب السن ترتبط بمستويات الدخل.

الشكل التاسع

توزيع سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة تبعاً للفئة العمرية لدى فئات الدخل، ٢٠٠٤



خامسا - الصحة والتنمية

٢٤ - ترتبط الصحة الأفضل بالدخول الأعلى وبالوضع الاجتماعي - الاقتصادي الأفضل، ولكن اتجاه العلاقة السببية ما زال موضع جدل. وعند مقارنة تقديرات متوقع العمر عند الولادة لجميع البلدان في العالم بالنتائج المحلي الإجمالي للفرد الواحد فإنها تُظهر وجود علاقة متزايدة وعكسية، بمعنى أنه عند مستويات الدخل الأدنى فإن متوقع العمر عند الولادة يرتفع بسرعة أكبر عند حدوث زيادات في الدخل بالمقارنة مع ارتفاعه عند المستويات المرتفعة من الدخل. وقد ظل شكل هذه العلاقة مستقراً بصورة عامة على مر الوقت ولكن المنحنى قد تحول في اتجاه صعودي على محور متوقع العمر عند الولادة، بما يعني أن متوقع العمر قد ارتفع بدون حدوث تغييرات كبيرة في الدخل. ووفقاً لأحد التقديرات، فإن نسبة تتراوح بين ١٠ في المائة و ٢٥ في المائة لا أكثر من الزيادة الإجمالية في متوقع العمر عند الولادة بين الثلاثينات والستينات من القرن العشرين يمكن أن تُعزى إلى حدوث زيادات في الدخل، في حين أن باقي الزيادة يُعزى إلى عوامل أخرى، من بينها عمليات التدخل على مستوى الصحة العامة وانتشار الابتكارات الصحية^(٧).

٢٥ - وقد أصبح الاهتمام يتركز بدرجة متزايدة على دور الصحة باعتبارها رأسمال بشرياً ومن ثم باعتبارها محمداً من محددات النمو الاقتصادي. ومن المسلم به أن الزيادات في إمدادات الأغذية ابتداءً من عام ١٨٠٠ في البلدان المتقدمة النمو الآن قد أدى إلى تحقيق انخفاضات في معدلات المرض والوفاة زادت من إنتاجية العاملين ومن نمو الدخل. ويفترض الاقتصاديون أن الزيادة في طول العمر تولد حوافز تسمح بالاستثمار في التعليم وبتزايد الوقت الذي يقضيه المرء في القوة العاملة وتخفيض وقت الأجازات المرضية ومن ثم زيادة الإنتاجية وإمكانات توليد الدخل لدى السكان. وأكدت الدراسات التي أجريت على المستوى الفردي^(٨) أن الوضع الصحي مهم في تحديد كل من النمو المعرفي، والمشاركة في القوة العاملة، والأجور والمرتبات، والساعات التي يعملها المرء، والقرارات المتعلقة بالادخار، وسن التقاعد.

٢٦ - ويكشف تحليل بيانات فريق خبراء عن أن الظروف التعليمية والاقتصادية أثناء الطفولة تشكل عوامل رئيسية للتنبؤ بالنتائج الصحية في وقت لاحق من الحياة ولكن أثرها

Samuel Preston, "The changing relation between mortality and level of economic development", (٧) *Population Studies*, vol. 29, No. 2, (1975) pp. 231-248.

www.economics-ejournal.org; and M. Suhrcke and others, *The Contribution of Health to the Economy in* (٨) *the European Union* (European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General (2005)

على مدى قوة الموارد المالية الذاتية للفرد بعد البلوغ أقل وضوحاً. ويُظهر التحليل أيضاً أن الصدمات الصحية غير المتوقعة تُحدث انخفاضات يُعتد بها في الوضع الاجتماعي - الاقتصادي لأنها تخفّض قدرة الشخص على العمل وتؤدي إلى خسائر في الدخل^(٩). وهكذا، تؤثر الصحة على الوضع الاجتماعي - الاقتصادي كما أنها تتأثر به.

٢٧ - وليس من السليم أن تُعمّم على الصعيد الوطني نتائج دراسات أُجريت على المستوى الفردي وذلك بسبب آثار أخرى على المستوى الكلي تتصل بتحسين الصحة، بما في ذلك عوامل خارجية إيجابية، مثل أثر الصحة على التعليم، أو الغلة المتناقصة الناجمة عن زيادة الضغط السكاني على الأرض المحدودة أو على رأس المال المادي المحدود وهو ما يحدث عند انخفاض معدل الوفيات. ولأن الصحة الأفضل تحسّن المعرفة وتوجد حوافز للاستثمار في التعليم ولكون التعليم محركاً من محركات النمو الاقتصادي، فإن التحليلات التي تجمع الأثر المتزامن لكليهما معاً تُظهر أن الأثر غير المباشر للتحسينات في الصحة يمكن أن يكون هاماً وإيجابياً.

٢٨ - وقد اتخذ التحليل الاقتصادي الكلي للعلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي نهجاً عدة. ويستخدم التحليل الأول نماذج النمو الاقتصادي الكلي التي تُدمج صراحةً الآثار المترتبة على الصحة. وتشير هذه الدراسات إلى أن تحقيق زيادات في متوقع العمر عند الولادة يمكن أن يسهم في زيادة الناتج، ولكن الأثر المتحقق يكون أقوى إذا كانت الزيادات في متوقع العمر هذا قد جاءت نتيجةً لزيادة فترات الحياة لدى العاملين المنتجين، بينما تكون أضعف إذا جاءت نتيجةً لانخفاض معدل وفيات الرضع، الأمر الذي يعجلّ بالنمو السكاني دون أن يزيد بالضرورة من مستوى المهارات لدى السكان^(١٠).

٢٩ - ويستخدم النهج الثاني أسلوب الانحدار الإحصائي بشأن البيانات الشاملة لعدة قطاعات بغية تقييم محددات زيادة الدخل للفرد الواحد. وتخلص هذه الدراسات إلى أن متوقع العمر عند الولادة تأثيراً إيجابياً هاماً وضخماً على الدخل^(١١). ويشير منتقدو هذا النهج إلى أن الآثار المقدّرة قد تكون متحيزة بفعل تعددية المؤشرات الخطية المشتركة للمتغيرات المستخدمة وكذلك بفعل آثار المتغيرات المهملة. ولمعالجة مشكلة تعددية المؤشرات الخطية المشتركة، استخدمت إحدى الدراسات^(١١) متغيراً من متغيرات العلاقات السببية يركز على

(٩) J. P. Smith, "Unravelling the SES: health connection", IFS Working Papers No. W04/02 (Institute for Fiscal Studies, 2004).

(١٠) M. J. Jusain، المرجع المذكور في موضع سابق.

(١١) "Disease and development: The effect of life expectancy on economic growth", D. Acemoglu and S. Johnson, 2007, *Journal of Political Economy*, December, Vol.115, No.6, pp.925-985.

توزيع الوفيات السابق للتدخل وفقاً لخمسة عشر سبباً رئيسياً وتواريخ التدخلات الإجمالية. وخلصت الدراسة إلى أن ارتفاع متوقع العمر عند الولادة يعجل بالنمو السكاني ولكن له أثراً ضئيلاً على الناتج المحلي الإجمالي سواء في بادئ الأمر أو على مدى أفق زمني قدره أربعون عاماً، وهو ما يرجع بقدر كبير إلى أن المتاح من الأرض ورأس المال لا يتكيف على نحو كافٍ مع تسارع النمو السكاني الناتج عن انخفاض معدل الوفيات. وبقدر ما تعكس الأداة المستخدمة معدل الوفيات في مرحلة الطفولة بصورة رئيسية، فإن النتيجة المتوصل إليها يبدو أنها تتفق مع النتائج المتوصل إليها من نماذج النمو الكلي.

٣٠ - ولم يُدرج في النماذج التي نوقشت أعلاه تدخل يؤثر أيضاً على التنمية، ألا وهو تنظيم الأسرة باعتباره مكوناً من مكونات الصحة الإنجابية. ذلك أن تنظيم الأسرة، بتمكينه الزوجين والنساء من المباحة بين الولادات ومن أن يكون لديهم العدد الذي يرغبون فيه من الأطفال، قد أسهم في الحد من الوفيات النفاسية وفي تحسين بقاء الأطفال. كما أنه أدى إلى حدوث تخفيضات في الخصوبة، مما يقاوم أثر انخفاض معدل الوفيات في الأعمار الصغيرة. وبناء على ذلك، وكما بين الاقتصاديون، فإنه يسهم في زيادة الدخل الفردية على المستويين الأسري والوطني ويجعل من بلوغ معدل منخفض للوفيات وكذلك مستوى منخفض للخصوبة أمراً مفيداً للتنمية^(١٢).

٣١ - والارتباط بين تحسن الوضع الاجتماعي - الاقتصادي وتحسن الصحة هو ارتباط قوي على نحو يلاحظ فيما بين البلدان وداخل كل بلد. وحتى في فئة البلدان المرتفعة الدخل، يوجد معامل تدرج صحي حيث يتسم الناس الذين درسوا في النظام التعليمي سنوات أقل ولديهم وظائف أدنى مكانة ودخل أقل بأن صحتهم تكون أسوأ من أولئك الموجودين على درجات أعلى من السلم الاجتماعي - الاقتصادي. وكلما زاد الوقت الذي يعيش أثناءه الناس في ظروف حرمان، زاد احتمال معاناتهم من اعتلال الصحة. كذلك فإن الإجهاد في مكان العمل يزيد من خطر الإصابة بالمرض. وتكون هذه الآثار أقوى في البلدان التي ترتفع فيها مستويات عدم المساواة. ولمعالجة تأثير عامل الانحدار الاجتماعي - الاقتصادي في الصحة، يكون من الضروري اتباع نهج كلي يذهب إلى أبعد من السياسة الصحية وذلك بغية الحد من تقسيم المجتمع إلى شرائح، بما في ذلك باتباع سياسات تتعلق بالعمل والتعليم والإسكان ورفاه الأسرة^(١٣).

(١٢) انظر الوثيقة E/CN.9/2009/3.

(١٣) Closing the Gap in a Generation, (WHO/ER/CSDH/08.1) (World Health Organization, 2008) (تضييق الفجوة في غضون جيل واحد، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨).

سادسا - دور الرعاية الصحية الأولية^(١٤)

٣٢ - في عام ١٩٧٨، عرّف المجتمع الدولي في مؤتمر ألما آتا الرعاية الصحية الأولية بأنها استراتيجية لتقديم الرعاية الصحية الأساسية إلى الأفراد والأسر في المجتمع في أقرب مكان ممكن إلى أماكن معيشتهم وعملهم، وأن يكون ذلك بتكلفة مقبولة وكجزء لا يتجزأ من النظام الصحي. وحدد المؤتمر أيضاً المكونات الأساسية للرعاية الصحية الأولية على أنها: التعليم الصحي؛ والمرافق الصحية البيئية، ولا سيما الأغذية والمياه؛ وبرامج صحة الأمومة والطفولة. بما في ذلك التحصين وتنظيم الأسرة؛ والوقاية من الأمراض المتوطنة والعلاج المناسب للأمراض الشائعة والإصابات؛ وتقديم العقاقير الأساسية؛ والنهوض بالتغذية السليمة؛ والطب التقليدي.

٣٣ - وظهر بعد المؤتمر نهجان رئيسيان بشأن تنفيذ الرعاية الصحية الأولية هما: نهج انتقائي يركز على أكثر مشاكل الصحة العامة حدة في المجتمع من أجل تحقيق النتائج بسرعة، ونهج شامل يسعى إلى تناول مجال الطيف الإجمالي للمشاكل الصحية في المجتمع على أساس طویل الأجل. وقد أسفر النهج الأول عن وضع برامج رأسية لتناول مشاكل صحية محددة عن طريق مجموعة محدودة من التدخلات. أما النهج الثاني، الذي يوصف بأنه "أفقي" أو "شامل"، فقد هدف إلى إنشاء نظام قوامه مؤسسات دائمة ترعى المشاركة النشطة من جانب المجتمع المحلي في تحسين الصحة ليس فقط عن طريق معالجة الأمراض ولكن أيضاً عن طريق التركيز على الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها.

٣٤ - ولم تُترجم رؤية مؤتمر ألما آتا بسهولة إلى عملية تحوّل فعالة للنظم الصحية، كما أن تنمية الرعاية الصحية الأولية قد تعثرت في كثير من البلدان. فعلى مدى فترة الأربعين عاماً الماضية، وُجد ميل لدى الجهات المانحة المتعددة الأطراف والثنائية والخاصة إلى تفضيل البرامج الرأسيّة لمكافحة الأمراض والوقاية منها بسبب أنه يوجد بشأها احتمال أكبر في أن تحقق نتائج خلال دورات التمويل القصيرة. وقد أدى اتساع نطاق وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بصورة خاصة، إلى إعطاء النهج الرأسي قوة دافعة إضافية. وترتكز حالياً الجهود الدولية الرئيسية لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة على البرامج الرأسيّة الموجهة نحو مكافحة الأمراض، والتي عادت بعضها بالضرر على نظام الرعاية الأولية الذي

(١٤) بالاستناد إلى: التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨؛ وكذلك إلى: J. De Maeseneer and others, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care", paper prepared for to the Health Systems Knowledge Network of WHO, 2007 (الرعاية الصحية الأولية كاستراتيجية لتحقيق الرعاية المنصفة).

تتنافس معه هذه البرامج على الموارد البشرية والموارد الأخرى الشحيحة. وتسفر أيضاً البرامج الرأسية غير المدمجة في نظام الصحة العام عن نشوء ازدواجية في التكاليف الإدارية، كما أنها تؤدي إلى حدوث ثغرات في الرعاية وتقوض قدرة الحكومة على تحسين خدماتها المتعلقة بالرعاية الصحية. ولتجنب هذه الآثار الضارة، وُضعت مدونة بأفضل الممارسات فيما يتعلق ببرامج مكافحة الأمراض^(١٥). وتدعو هذه المدونة إلى دمج معظم برامج وأنشطة مكافحة الأمراض في المراكز الصحية التي تقدم رعاية يكون المرضى محوراً وكذلك في المرافق الصحية غير الربحية. وهي تدعو أيضاً إلى تصميم وتشغيل برامج مكافحة الأمراض بطرق تعزز النظم الصحية وتجنب التعارض مع تقديم الرعاية الصحية.

٣٥ - كما تأخر تطوير الرعاية الصحية الأولية الشاملة في البلدان النامية بسبب نقص تمويل القطاع الصحي، ولا سيما أثناء فترة الكيف الهيكلي. ففي سياقات كثيرة، رُوج لخصخصة الخدمات الصحية بالاستناد إلى رأي، شاع لدى الوكالات المانحة، مفاده أنه يمكن للقطاع الخاص أن يقدم الخدمات على نحو أكفأ من القطاع العام. ونتيجة لذلك، قامت الحكومات في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية بخصخصة الخدمات الصحية، أو بالتعاقد من الباطن مع القطاع الخاص على تقديم الرعاية الصحية، أو بتأجير المستشفيات العامة أو بيعها للقطاع الخاص، أو بمنح استقلال إداري للمستشفيات العامة، مما طمس الحدود بين الأهداف العامة والأهداف الساعية إلى تحقيق الربح. وهذه التطورات، بالاقتران مع التخصص المتزايد للمهنيين الصحيين على جميع المستويات (العاملون بالتمريض، والأطباء، وموظفو الصحة العامة، وما إلى ذلك)، قد أسفرت عن إيجاد نظم صحية تتيح إمكانية الوصول إلى خدمات المستشفيات على نحو غير منسق كما تقدم رعاية متخصصة مجزأة يستفيد منها بصورة رئيسية من يستطيعون تحمل التكلفة. فالإنفاق العام في مجال الصحة، في البلدان المتقدمة النمو وفي البلدان النامية على السواء، كثيراً ما يفيد الأغنياء على نحو غير متناسب بالمقارنة مع الفقراء، فيستفيد الموسرون من الرعاية أكثر من الفقراء الذين يعانون من مشاكل صحية أكثر. وحيثما يُضطر الناس إلى الاعتماد على أموال يدفعونها من جيوبهم لتغطية تكاليف الرعاية الصحية، فإن النفقات الصحية الكارثية يمكن أن تؤدي إلى الفقر. وفي كثير من البلدان، تنسم الخدمات الصحية المقدمة إلى الفقراء بالتجزؤ على نحو مرتفع وبنقص الموارد بشدة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاتجاه نحو تركيز الموارد على خدمات علاجية تميل إلى أن

(١٥) J.P. Unger and others, "A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries", International Journal of Health Planning and Management, vol. 18 (October/December 2003), pp. S27-S39

تكون باهظة التكلفة لا يترك سوى موارد غير كافية لأنشطة الوقاية والنهوض بالصحة التي يمكن، حسب أحد التقديرات، أن تمنع حدوث ما يصل إلى ٧٠ في المائة من عبء المرض.

٣٦ - وعلى صعيد العالم، ارتفع النصيب المكرس للصحة من الناتج المحلي الإجمالي من ٨ في المائة في عام ٢٠٠٠ إلى ٨,٦ في المائة في عام ٢٠٠٥، وهو ما يعني أن "اقتصاد الصحة" ينمو بدرجة أسرع من نمو الناتج المحلي الإجمالي. وإذا عُدّل الإنفاق العالمي على الصحة لمراعاة التضخم، فإنه يكون قد ارتفع بنسبة ٣٥ في المائة فيما بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٥. وقد أسهم في هذه الزيادة الارتفاع في الأمراض غير السارية، وهي في معظمها أمراض مزمنة وتتطلب علاجاً ورعايةً طويلة الأجل، كما أن الاحتمال المرتفع لأن يتسارع في المستقبل نمو كل من عبء الأمراض المزمنة والنفقات الصحية هو أمر يشكل قلقاً كبيراً في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على السواء.

٣٧ - وقد حدثت هذه التطورات بوضعي السياسات إلى تجديد دعمهم لنهج شامل للرعاية الصحية الأولية بغية مواجهة تجزؤ النظم الصحية، وتحقيق الإنصاف الصحي، وتعزيز الأمن الصحي على مستوى المجتمع المحلي، وتوفير استجابة شاملة ومنسقة لاحتياجات الأفراد وأسره من الرعاية الصحية. ولتحقيق هذه الأهداف، ينبغي استخدام نهج الرعاية الصحية الأولية كإطار توجيهي مرن لكي يمكن تكيفه تبعاً للاحتياجات المحلية والسياقات الاجتماعية - الثقافية المحددة. ولكي تكون الرعاية الصحية الأولية شاملة فإنها يجب أن تُدمج الرعاية الفردية والرعاية المركزة على السكان معاً عن طريق المزج بين المهارات السريرية لدى الأطباء وطب الأوبئة والطب الوقائي وتعزيز الصحة. ومن حيث المبدأ، فإن خدمات الرعاية الصحية تشكل جزءاً من نظام صحي محلي وتمثل نقطة الاتصال الأولى بالمرضى. وهي تُعنى بمعظم الحالات المعروضة وتوجه باقي الحالات إلى مرافق المستشفيات المتوسطة والمستشفيات الكبيرة المتكاملة بطريقة فعالة من حيث التكاليف وبما يضمن استمرارية تقديم الرعاية. وتقوم فرق متعددة التخصصات، تشمل أطباء أسرة وعاملين في التمريض وأخصائيين اجتماعيين وأخصائيين في التغذية، بتقديم رعاية مستمرة متكاملة تركز على النهوض بالصحة، والوقاية من الأمراض، ومعالجة الاعتلالات الحادة، والعلاج الطويل المدى، ومعالجة الأمراض المزمنة. ويقوم العاملون في الرعاية الصحية الأولية، عن طريق التعاون فيما بين القطاعات، بتحديد المشاكل المجتمعية التي تؤثر على الصحة وبدعم إيجاد حلول لها.

٣٨ - ويمكن لنهج شامل بشأن تقديم الرعاية الصحية الأولية أن يوفر المال. ففي بلدان الدخل المرتفع التي يوجد لديها توجه قوي نحو الرعاية الصحية الأولية، يكون الإنفاق على الصحة للفرد الواحد أقل في المتوسط منه في بلدان الدخل المرتفع الأخرى. وبالإضافة إلى

ذلك، فمن شأن إتاحة أقصى حد من إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية التي تتيح فرصاً كافية لإحالة المرضى أن تقلل من انعدام المساواة في مجال الصحة^(١٦). ففي الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، يرتبط وجود معدلات أعلى لأطباء الأسرة بالنسبة إلى السكان بوجود نتائج صحية أفضل في المناطق التي توجد بها مستويات أعلى لانعدام المساواة. وتؤكد الأدلة المستمدة من البلدان النامية ما تنطوي عليه الرعاية الصحية الأولية من إمكانات للحد من أوجه التفاوت في هذا الصدد. ففي المكسيك، على سبيل المثال، فإن إتاحة إمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الأولية هي واستمرارية الرعاية المدعومة بآليات إحالة ملائمة قد أدتا إلى خفض معدل وفيات الأطفال لدى السكان المحرومين.

٣٩ - ولإيجاد الرعاية الصحية الأولية الشاملة وحثي ثمارها المحتملة، يلزم الأخذ بعدد من الإصلاحات. أولاً، توجد حاجة إلى ضمان أن تتوفر لدى جميع الناس إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الأولية عن طريق أساليب تمويل تكفل التغطية الشاملة وترتكز على تقاسم المخاطر. ثانياً، يتعين إصلاح عملية تقديم الخدمات الصحية لضمان استجابة النظم الصحية للاحتياجات الفعلية للناس. ثالثاً، يجب بقاء الحكومات ملتزمة بالاضطلاع بإصلاحات في السياسات العامة بغية الدمج بين إجراءات الصحة العامة والرعاية الأولية. رابعاً، يجب أن تبقى القيادة في الميدان الصحي مستجيبةً لاحتياجات المجتمع عن طريق تشجيع المشاركة النشطة من جانب أفراد المجتمع. وينبغي لهذه القيادة أيضاً أن تعمل من أجل تحسين الصحة عن طريق السياسات التي تُتبع في قطاعات أخرى، بما في ذلك التعليم، وسلامة الغذاء وجودته، والسيطرة على استعمال التبغ والكحول.

٤٠ - ويوجد اليوم في بلدان الدخل المرتفع ذات الإنفاق الصحي المرتفع مجال كافٍ لتحويل الموارد من الرعاية الثالثة (المقدمة في المستشفيات الكبيرة المتكاملة) إلى الرعاية الأولية وضمان التغطية الشاملة^(١٧). والتحدي أكبر، ولكنه أكثر إلحاحاً، في بلدان الدخل المتوسط التي يعيش فيها ثلاثة مليارات نسمة والتي فيها يتعين تكييف النظم الصحية تبعاً للمطالب الجديدة. وعند القيام بذلك، فإن اتباع نهج قائم على الرعاية الأولية وضمان التغطية الشاملة هما استراتيجيتان رئيسيتان لتجنب أخطاء الماضي. وأخيراً، ففي بلدان الدخل المنخفض، وبخاصة ما يوجد منها في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى وجنوبي آسيا حيث يعيش ملياران من الناس، فلا بد من التأكيد على اتباع نهج قائم على الرعاية الأولية الشاملة وذلك

B. Starfield, J. Macinko, "Contribution of primary care to health systems and health", *Milbank Quarterly*, vol. 83, No. 3 (2005), pp:457-502

(١٧) التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨)، مقدمة واستعراض عام.

لضمان جودة الصحة. وفي جميع البلدان التي لم تصبح فيها التغطية الشاملة حقيقة واقعة بعد، توجد حاجة إلى الابتعاد عن الاعتماد على رسوم المستفيدين التي تُحصّل من المرضى بغية الاعتماد على الحماية التي يتيحها تجميع الموارد والدفع مسبقاً. وأما البلدان المنخفضة الدخل، وهي غير قادرة في الوقت الحاضر على تغطية تكاليف الخدمات الصحية الأساسية، فستحتاج إلى مساعدة خارجية بغية تحقيق التغيير المطلوب.

سابعاً - الحاجة إلى العاملين الصحيين^(١٨)

٤١ - تشمل القوى العاملة الصحية جميع الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية - الأطباء، والعاملون في التمريض، وأخصائيو العلاج الطبيعي، والصيدالة، وتقنيو المختبرات - فضلاً عن العاملين في مجالي الإدارة والدعم المطلوبين لأداء نظم الخدمات الصحية لمهامها. وفي عام ٢٠٠٦، قدرت منظمة الصحة العالمية وجود ٦٠ مليون عامل من العاملين في المجال الصحي على صعيد العالم، منهم ٤٠ مليوناً من هؤلاء العاملين يقدمون خدمات صحية و ٢٠ مليوناً يعملون في الإدارة وأنشطة الدعم الأخرى. بيد أن العاملين الصحيين غير موزعين توزيعاً منصفاً فيما بين البلدان ولا داخل كل بلد. فبلدان الدخل المرتفع لديها نسب من العاملين الصحيين بالقياس إلى السكان أكبر مما لدى البلدان الأخرى. وفي داخل جميع البلدان، يوجد ميل إلى تركّز العاملين الصحيين في المدن الكبيرة، بينما تواجه المدن الصغيرة والمناطق الريفية عجزاً فيهم. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإن ٥٧ بلداً، يقع معظمها في أفريقيا وآسيا، تفتقر إلى ما يكفي من العاملين الصحيين لتلبية الاحتياجات الصحية لسكانها. وفي عام ٢٠٠٦، ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، كانت هذه البلدان تحتاج إلى عدد إضافي من مقدمي الخدمات الصحية قدره ٢,٤ مليون شخص وكذلك ١,٩ مليون شخص من العاملين في مجالي الإدارة والدعم. وحالات العجز هذه تشكل عائقاً كبيراً أمام تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة وتجعل من الصعب تطوير ودعم الهياكل الأساسية الصحية الأولية المطلوبة للحد من أوجه انعدام المساواة فيما يتعلق بالحصول على الرعاية الصحية.

٤٢ - ومن الأمور الملحة زيادة الاستثمار في تدريب ودعم العاملين الصحيين، بما في ذلك عن طريق زيادة مرتباتهم وتقديم الحوافز إلى من يعملون منهم في مناطق ناقصة الخدمات. وبافتراض أن يجري على مدى عقدين من الزمن تدريب العاملين الإضافيين الذين تحتاج إليهم البلدان السبعة والخمسون التي تواجه نقصاً حاداً بشأهم وعددهم ٤,٣ ملايين شخص،

(١٨) بالاستناد إلى: "The global shortage of health workers and its impact", WHO Fact sheet No. 302, April 2006; and "Migration of health workers", WHO Fact sheet No. 301, April 2006.

فإنه سيلزم زيادة الميزانيات الصحية بمقدار ١٠ دولارات من دولارات الولايات المتحدة لكل شخص في العام. وبالإضافة إلى التمويل، ينبغي قيام المترمين من الزعماء السياسيين بوضع وتنفيذ خطط شاملة لتنمية قوة عاملة صحية فعالة والحفاظ عليها. وينبغي أن تكفل هذه الخطط أن يكون التوجه المتعلق بتدريب العاملين الصحيين ملائماً للسياقات التي سيعملون فيها وأن تتضمن الخطط حوافز مهنية لتشجيع العاملين الصحيين على العمل بعيداً عن المدن الكبيرة.

٤٣ - وثمة حاجة أيضاً إلى تدريب العاملين الحاليين في جميع البلدان لكي يواكبوا أنواع العلاج والممارسات الجديدة. ومن الضروري تحسين الإدارة والإشراف بغية استخدام الموارد البشرية استخداماً أكثر كفاءة، وخاصة في سياق الرعاية الصحية الأولية الشاملة حيث يتعين الأخذ بنماذج الرعاية الجديدة القائمة على عمل الفريق وحيث يلزم إيجاد المهارات القائمة على الأدلة من أجل معالجة الأمراض معالجةً كلية. كذلك فإن العاملين الصحيين ذوي القدرات المتقدمة في مجال الاتصال والقادرين على استخدام التقنيات الضرورية لإحداث تغيير في السلوك ولتوعية المرضى مطلوبون في جميع أرجاء العالم لتقديم الرعاية بخصوص الحالات المزمنة^(١٩). ومن الضروري أيضاً تحويل المهام، وهو أمر يقوم في إطاره العاملون ذوو المهارات المرتفعة بتفويض مهام الرعاية الصحية للعاملين الأقل مهارة الذين يستطيعون إجادتها، وهو تحويل ضروري وخاصةً عندما يكون باستطاعة أشخاص متطوعين أو عاملين صحيين مجتمعيين أداء هذه المهام بصورة فعالة في ظل إشراف ودعم كافيين.

٤٤ - وبالنظر إلى الطلب على العاملين الصحيين في البلدان الأغنى التي تتسم بمرتبات أفضل، ظل العاملون الصحيون من بلدان الدخل المتوسط وبلدان الدخل المنخفض يهاجرون إلى بلدان الدخل المرتفع. وتوجد لدى النظم الصحية في بعض بلدان الدخل المرتفع أنصبة مرتفعة من الأطباء والعاملين في التمريض المتعلمين بالخارج. وبالنظر إلى حق الأشخاص في مغادرة بلدانهم، فإن من الضروري أن تتعاون بلدان المنشأ وبلدان المقصد معاً بغية الحد من التأثيرات السلبية المترتبة على هجرة العاملين الصحيين. وتحتاج بلدان المنشأ إلى تحسين أوضاع العمل الخاصة بالعاملين الصحيين وإلى تدريب المزيد وتوجيه التدريب ليتمشى مع الظروف التي سيعملون فيها (مثلاً فيما يتعلق بالتعيينات في الريف). ويمكن للجهات المانحة أن تقدم التمويل لهذه الأغراض. وتحتاج بلدان المقصد إلى أن تدرّب محلياً المزيد من الأطباء

(١٩) *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action* (World Health Organization, 2002) (الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة: ركائز العمل (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢).

والعاملين بالتمريض وينبغي أن تتبع سياسات مسؤولة بشأن التعيين. ويجري حالياً وضع مدونة دولية لقواعد الممارسات المتعلقة بتعيين العاملين الصحيين^(٢٠).

ثامنا - الوقاية من الأمراض السارية والاعتلالات النفسانية وعلاجها

٤٥ - تسبب الأمراض السارية نسبة ٢٣ في المائة من جميع الوفيات ونسبة ٥٧ في المائة من الوفيات لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات. ومع ذلك، فإن معظم الأمراض السارية يمكن الوقاية منها أو علاجها أو معالجتها بتدخلات منخفضة التكلفة. ومن المسلم به عالمياً أن الأمراض السارية تُلحق ضرراً بليغاً بصحة الفقراء، كما أن الأهداف الإنمائية للألفية تركز على الوقاية من المسببات الرئيسية للموت وعلى مكافحتها. بيد أن التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف يقصر عن بلوغ الغاية، كما أن هذه الأهداف لا تتناول جميع الأمراض السارية. وتُستعرض أدناه التدخلات الرئيسية الرامية إلى مكافحة الأمراض السارية الرئيسية، فرادى أو مجموعات.

٤٦ - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. في عام ٢٠٠٨، كان يوجد نحو ٣٣ مليون شخص يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية، منهم ٢٢ مليون يعيشون في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى^(٢١). وفي ذلك العام، حدثت إصابات جديدة بالفيروس لـ ٢,٧ مليون شخص وأدى مرض الإيدز إلى موت مليوني شخص وهو ما يشكل انخفاضاً عن رقم الذروة في عام ٢٠٠٤ وقدره ٢,٤ مليون شخص. ونصف من يعانون من الفيروس هم نساء، كما أن نصف الإصابات الجديدة تحدث بين النشء والشباب البالغين من العمر ١٥ إلى ٢٤ عاماً. ومن الضروري اتباع استراتيجية متعددة الشُعَب لمنع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية. وهذه الاستراتيجية تشمل حملات توعية وحملات إعلامية ترمي إلى تحسين فهم كيف ينتشر هذا الفيروس وكيف يمكن للناس أن يحموا أنفسهم، كما تشمل برامج مركزة للحد من أنواع السلوك المسببة للخطر، وفحص منتجات الدم، ومنع إعادة استعمال الحقن الملوثة، وإتاحة إمكانية الوصول إلى المشورة الطوعية وعمليات الاختبار لتحديد المصابين، وتقديم العلاج إلى من يحتاجون إليه، ومنع انتقال الفيروس من الأمهات إلى الأطفال عن طريق علاج الحوامل المصابات بهذا الفيروس. وقد توقف النجاح في تجنب حدوث وباء معمم في هذا الصدد على الوصول إلى الفئات الشديدة التعرض للإصابة، بمن فيها العاملون في الجنس لأغراض تجارية ومتعاطو المخدرات المأخوذة عن طريق الحقن. وفي

(٢٠) International recruitment of health personnel: draft global code of practice- report by the Secretariat (E.B 124/13) (WHO, 2008) (التوظيف الدولي للعاملين الصحيين: مدونة دولية لقواعد الممارسة).

(٢١) 2009 AIDS Epidemic Update (UNAIDS and WHO, 2009).

البلدان التي يعم فيها الوباء، حدث توسع ملحوظ في إمكانية الوصول إلى العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة أمام من يحتاجون إليه. وفي عام ٢٠٠٨، كانت تتلقى هذا العلاج نسبة تقدر بـ ٤٢ في المائة من الأشخاص الذين يحتاجون إليه وعدددهم ٩,٥ ملايين شخص^(٢٢). وقد تسارعت الزيادة في التغطية العلاجية بمضادات الفيروسات العكوسة بفضل ما حدث من تخفيضات في أسعار العقاقير المضادة للفيروسات العكوسة، مثل تلك التي تفاوضت عليها مبادرة مؤسسة كليبتون المتعلقة بنقص المناعة البشرية/الإيدز والمرفق الدولي لشراء الأدوية (اليونيتيد) في عام ٢٠٠٧. وسيلزم التوسع في هذا الجهد وفي إتاحة عمليات التشخيص كما سيلزم دعمهما في الأجل الطويل لضمان بقاء الناس المصابين بهذا الفيروس يعيشون حياتهم في ظل الإصابة به. وفي الوقت نفسه، يجب تعزيز الجهود المتعلقة بالوقاية، بما في ذلك تعزيزها بتيسير إمكانية الحصول على الواقيات الذكرية ومعالجة الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي.

٤٧ - السل. في عام ٢٠٠٧، كانت توجد ٩,٣ ملايين حالة جديدة من السل، ١٥ في المائة منها حدثت لدى أشخاص مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ويمكن علاج السل إذا جرى تشخيصه في وقت مبكر. وهكذا، يجب في أي استراتيجية للقضاء على السل أن تتضمن كلاً من الكشف المبكر و'المعالجة القصيرة الأجل تحت الملاحظة المباشرة'، التي تتسم بفعالية كبيرة في علاج المرض. وثمة قلق متزايد يتمثل في الانتشار المتزايد للسل المقاوم للعقاقير المتعددة، الذي كان يؤثر في عام ٢٠٠٧ على ٣ في المائة من الأشخاص المصابين حديثاً بالمرض وعلى ١٩ في المائة من حالات الإصابة المتكررة. وتشخيص هذا الشكل المختلف من المرض وعلاجه هما أمران أكثر تكلفة وإرهاقاً. ويقوم عدد من المنظمات، من بينها 'الشراكة من أجل وقف السل' و'الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا' و'المرفق الدولي لشراء الأدوية (اليونيتيد)' بالعمل معاً لتوفير الأدوية من أجل علاج السل المقاوم للعقاقير.

٤٨ - الملاريا. في عام ٢٠٠٨، كانت توجد ٢٤٣ مليون حالة ملاريا، تسببت في ٨٦٣ ٠٠٠ حالة وفاة، كان أربعة أحماسها لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات^(٢٣). وتحدث في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى تسع من كل عشر حالات ملاريا جديدة. والملاريا التي تصيب الحوامل ترتبط بفقر الدم المتصل بالنفاس كما ترتبط بالولادة قبل الأوان، مما يؤدي إلى الوزن المنخفض للطفل عند الولادة وإلى زيادة معدل

(٢٢) تحتاج الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى سنوات لكي تضعف جهاز المناعة. ولا يُشار بالعلاج إلا بعد ظهور علامات واضحة على تدهور نظام المناعة.

(٢٣) World Malaria Report 2009, WHO, 2009, Geneva (التقرير الخاص بالملاريا في العالم ٢٠٠٩، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩).

وفيات الرضع. وتتطلب مكافحة انتشار الملاريا التشخيص المبكر والعلاج الفعال ومنع انتقال المرض عن طريق استعمال شبكات الفراش المعالجة بمبيدات الحشرات وذات الأثر الطويل الأجل، والرش بمبيدات الحشرات التي ترش داخل المباني وتُخلف بقايا منها. وبالنظر إلى وجود مقاومة للعقاقير المضادة للملاريا، فإن العلاج الفعال الوحيد للملاريا في أفريقيا وآسيا هو العلاج المركب المكون أساساً من مادة الأرتيميسينين والذي تزيد تكاليفه عن تكاليف العقاقير التي فقدت فعاليتها^(٢٤). ويجري بذل جهود للتوسع في العلاج المركب المكون أساساً من مادة الأرتيميسينين، وخاصة بتقديم علاج وقائي متقطع للحوامل في أجواء الانتقال السريع للمرض وتقديم هذا العلاج المركب إلى الأطفال. ويجري أيضاً السعي إلى توسيع نطاق التغطية بشبكات الفراش. ووفقاً لشراكة دحر الملاريا، يلزم نشر أكثر من ٧٠٠ مليون شبكة فراش بحلول عام ٢٠١٠ بغية مقاومة انتشار هذا المرض.

٤٩ - الأمراض المدارية المهملة. إن عدداً من الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية، المتوطنة في المناطق الاستوائية، توقع ضرراً بليغاً بالسكان المتأثرين وذلك بالتسبب في وضع مرضي مزمن. وهذه الأمراض تشمل الديدان المعوية التي تنتقل عن طريق التربة (الإصابة بمرض الدودة الصنارية (الأنكلستوما)، وداء الأسكاريس (داء الصفير)، والالتهاب بالدودة السوطية) والبلهارسيا، وهي جميعاً تسبب فقر الدم لدى الحوامل وتضر بالنمو البدني والإدراكي لدى الأطفال؛ وداء الخيطيات الليمفاوية، التي تسبب الانتفاخ الشديد في الساق؛ والرمد الحبيبي (التراخوما) وداء المذنبات الملتحمة (العمى النهري) وهما يسببان العمى؛ ومرض شاغاس (داء المثقبيات الأمريكية) الذي يؤثر على الجهاز الهضمي ووظائف القلب؛ وداء الليشمانيات، الذي يسبب أضراراً للجلد وتقرحات؛ وداء المثقبيات الأفريقي (مرض النوم)، وحمى الضنك وهي عدوى فيروسية. ويعاني نحو مليون شخص من مرض أو آخر من هذه الأمراض أو عواقبها^(٢٥). والأمراض الطفيلية، إذا تُركت بدون علاج، يمكن أن تدوم عقوداً من الزمن وأن تسبب عجزاً شديداً. وهي تؤدي أيضاً إلى زيادة إمكانية الإصابة بأمراض أخرى، من بينها فيروس نقص المناعة البشرية والملاريا. ويمكن على نحو حاسم الوقاية من هذه الأمراض أو علاجها. فإمكانية الحصول على المياه المأمونة وخدمات الصرف الصحي الأساسية تحد من حدوث البلهارسيا والرمد الحبيبي (التراخوما). كما أن مكافحة ناقلات الأمراض يمكن أن تحد من انتقال حمى الضنك ومرض النوم ومرض شاغاس. والجرعات الوحيدة من العقاقير المنخفضة التكلفة فعالة في معالجة داء الخيطيات الليمفاوية

(٢٤) المرجع نفسه.

(٢٥) Peter J. Hotez; *Forgotten People, Forgotten Diseases* (Washington, D.C., ASM Press, 2008)

والديدان المعوية التي تنتقل عن طريق التربة وداء المذنبات الملتهبة (العمى النهري)، إذ تجعل من الممكن مكافحتها عن طريق العلاج الجماعي بالعقاقير للمجتمعات المتأثرة أو في المدارس. ولأن هذه الأمراض توهن الصحة ولكن لا تسبب الوفاة، فإن الجهود الرامية إلى مكافحتها أو معالجتها لا تحظى بالدعم الكافي.

٥٠ - الأسباب السارية لوفيات الأطفال. الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال هي الالتهابات الحادة للجهاز التنفسي وأمراض الإسهال، فكل منهما مسؤول عن ١٧ في المائة من جميع وفيات الأطفال. وقد أدت عمليات التحصين إلى القضاء فعلياً على الالتهاب الرئوي في البلدان المتقدمة النمو ولكنه لا يجري استخدامها بعد على نطاق واسع في كثير من البلدان النامية حيث يُسهم الفقر والتغذية غير الوافية والتلوث داخل المباني في حدوث عدد مرتفع من الالتهابات الأقل حدة في الجهاز التنفسي. ويمكن أن يؤدي تحسين تغذية الأطفال وجودة الهواء داخل المباني إلى خفض حدوث الالتهابات الحادة للجهاز التنفسي، كما أن التشخيص المبكر والعلاج بالمضادات الحيوية والأوكسجين يمكنهما، عند حدوث الالتهاب بالفعل، أن يجولا دون حدوث المرض الشديد والوفاة. ومن شأن وجود نظام للرعاية الصحية الأولية يؤدي مهامه على نحو سليم أن يتيح هذا العلاج. أما فيما يتعلق بأمراض الإسهال فإن أسبابها الرئيسية هي مسببات الأمراض التي تنتقل من شخص إلى آخر عندما تلوث المواد الغائطية المياه أو الطعام أو يدي الشخص. ويمكن لقواعد النظافة الشخصية الأساسية، بما في ذلك غسل اليدين والحصول على المياه المأمونة وخدمات الصرف الصحي، أن تخفف بصورة هائلة من الوضع المرضي والوفيات الناجمة عن أمراض الإسهال. وعند حدوث الإسهال، فإن العلاج بالإمهاء الفموية ومكملات الزنك، المستعملين بالاقتران مع الرضاعة الطبيعية حصراً للرضع، والدعم التغذوي واستعمال المضادات الحيوية استعمالاً مناسباً يمكن جميعاً أن تحول دون انتقال الإسهال إلى وضع المرض الشديد والوفاة. وقد ثبت أن عمليات التحصين ناجحة للغاية لمنع حدوث أمراض رئيسية أخرى من أمراض الطفولة. فالحصبة، وهي سبب رئيسي آخر من أسباب وفيات الأطفال، يمكن الوقاية منها بإعطاء جرعتين من اللقاح. وفي عام ٢٠٠٧، تلقى ٨٢ في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ٢٣ عاماً جرعة واحدة على الأقل من اللقاح. واللقاحات فعالة أيضاً في مكافحة شلل الأطفال والحناق (الدفتريا) والسعال الديكي والكزاز. وحملات التحصين الوطنية هي أمثلة على البرامج الرأسية ذات الفعالية، ولا سيما في سياقات الدخل المنخفض.

٥١ - الاعتلالات الصحية النفاسية. على الرغم من أن الوفيات النفاسية لا يبلغ نصيبها إلا ٢ في المائة من وفيات الإناث على نطاق العالم، فإن معظم النساء اللاتي توفين في عام ٢٠٠٥ لأسباب تتعلق بالنفاس وعددهن ٥٣٦ ٠٠٠ امرأة كان يمكن انقاذهن إذا كن قد

حصلن على الرعاية المناسبة. وتحدث جميع الوفيات النفاسية تقريباً في البلدان النامية ويحدث نصفها في أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى. ولم يُحرز سوى تقدم ضئيل في خفض معدل الوفيات النفاسية منذ عام ١٩٩٠. والافتقار إلى الرعاية التوليدية الملائمة هو السبب المباشر الرئيسي للوفيات والأمراض النفاسية. وعلى نطاق العالم، تعاني ٣٠٠ مليون امرأة من العواقب المترتبة على الحمل والولادة وتحدث ٢٠ مليون حالة جديدة في هذا الصدد سنوياً. وهذه العواقب تشمل فقدان الخصوبة، والفقر الحاد في الدم، وهبوط الرحم، والناسور المهبلي. كذلك فإن فقر الدم، الذي يؤثر على ٤٢ في المائة من الحوامل والذي كثيراً ما يتفاقم بفعل الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية واعتلالات أخرى، يزيد من خطر الوفاة النفاسية بسبب التريف. وعلى نطاق العالم، تعاني ٣٣ مليون امرأة من عدم الخصوبة في البلدان النامية بسبب مضاعفات ناجمة عن إجهاض غير مأمون وإنتان نفاسي. وتتسم المساعدة المقدمة من العاملين الصحيين المهرة (الأطباء، والممرضات/الممرضون، والقابلات) أثناء الولادة بأنها حاسمة الأهمية بالنسبة إلى الحد من الوفيات النفاسية. وفي كل من جنوب آسيا وأفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، حيث يحدث أكبر عدد من الوفيات النفاسية، فإن أقل من نصف جميع الولادات يحضرها عاملون صحيون مهرة. ولكي يكون للعاملين المهرة فعالية في منع حدوث وفيات وفي معالجة المضاعفات، فإنه يجب أن تكون لديهم الأجهزة الملائمة والقدرة على إحالة ونقل النساء اللاتي تظهر عليهن مضاعفات إلى خدمات التوليد في حالات الطوارئ. وما زالت إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات محدودة في بلدان الدخل المنخفض. والقيام، ولا سيما في هذه السياقات، بعرض خيارات تنظيم الأسرة على النساء بغية تجنب حالات الحمل المساء توقيتها أو غير المرغوب فيها إنما يشكل تدخلاً فعالاً من حيث التكلفة لخفض الأمراض والوفيات النفاسية. ويمكن كل عام تجنب زهاء ٥٣ مليون حالة حمل غير مقصود إذا أمكن تلبية الحاجة إلى تنظيم الأسرة في البلدان النامية، وهي حاجة غير ملباة حالياً، مما ينتج عنه منع حدوث ١٥٠.٠٠٠ حالة وفاة نفاسية^(٢٦). وتقديم الرعاية قبل الولادة والمشورة بعد الولادة والتوعية وإتاحة إمكانية الوصول إلى الأساليب الفعالة لمنع الحمل أمام النساء اللاتي يرغبن في ذلك هي جميعاً أمور ضرورية لتحسين الصحة الإنجابية والحد من الوفيات والأمراض النفاسية.

(٢٦) Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, *Adding it Up. The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (2009) (معهد غوتماخر وصندوق الأمم المتحدة للسكان، عملية حساب. تكاليف وفوائد الاستثمار في تنظيم الأسرة وصحة الأمومة والمولودين الجدد).

تاسعا - الوقاية من الأمراض غير السارية

٥٢ - الأمراض غير السارية تتسبب بالفعل، كمجموعة، في نسبة ٦٠ في المائة من الوفيات على نطاق العالم وفي نسبة ٧٢ في المائة من الوفيات في بلدان الدخل المتوسط، ومن المتوقع أن يزداد نصيبها من عبء المرض في المستقبل. ومن بين هذه الأمراض فإن أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطانات والأمراض المزمنة المتعلقة بالجهاز التنفسي والسكري والاكنتاب تمثل المخاطر الرئيسية التي تهدد الصحة البشرية والتنمية. وتطرح الأمراض غير السارية عبئاً اقتصادياً واجتماعياً كبيراً لأن معظمها أمراض مزمنة وتتطلب علاجاً طويلاً الأجل. ومع ذلك، فإن نسبةً تصل إلى ٨٠ في المائة من أمراض القلب والسكتة الدماغية ومرض السكري من النوع ٢ وأكثر من ثلث السرطانات يمكن الوقاية منها عن طريق إزالة عوامل الخطر المشتركة، ولا سيما استعمال التبغ والنظم الغذائية غير الصحية وانعدام النشاط البدني. وبالإضافة إلى ذلك، فإن أوجه التقدم في الإدارة الطبية - الأحيائية والسلوكية قد زادت بقدر كبير من قدرة التدخلات الصحية على الوقاية من هذه الأمراض وعلى مكافحتها، ولا سيما عندما يتلقى المرضى علاجاً فعالاً ومساعدةً على تنظيم الذات ومتابعةً منتظمة.

٥٣ - ومع تشيخ السكان، يعيش مزيد من الناس طوال عقود وهم مصابون بمرض أو أكثر من الأمراض المزمنة. وتوجد أيضاً عوامل تسهم في هذه الزيادة تتمثل في ازدياد حياة القعود المرتبطة بالتحضر المتنامي، وانتشار التغذية غير الصحية، والتسويق العالمي لمصادر المخاطر الصحية مثل التبغ. وتكون النتيجة هي ارتفاع الطلب على النظم الصحية الوطنية وارتفاع نفقات الرعاية الصحية. وبالإضافة إلى ذلك فلكون أنواع السلوك الضارة المنطوية على مخاطر تميل على مر الوقت إلى أن تصبح متركرة في الشرائح الأفقر من السكان، فإن الأمراض المزمنة تتداخل مع الفقر ويمكن بدورها أن تؤدي إلى تفاقم الفقر بفعل تكاليف العلاج المرتفعة التي يلزم تحملها على مدى فترات طويلة. والزيادة التي تحدث في الأمراض المتوطنة في بلدان الدخل المتوسط وبلدان الدخل المنخفض بصورة خاصة تشكل تحدياً لأن كثيراً من هذه البلدان ما زال يواجه عبئاً كبيراً من الأمراض المعدية الحادة والاعتلالات النفاسية وسوء التغذية.

٥٤ - وتمارس السياسات الوطنية المتبعة في قطاعات غير الصحة تأثيراً هاماً بل وكثيراً ما يكون محدداً في تشكيل عوامل الخطر المتعلقة بالأمراض غير السارية. وهكذا، فإن التحسينات في الصحة تعتمد على السياسات العامة المتصلة بالتجارة والضرائب والتعليم والزراعة والتنمية الحضرية وإنتاج الأغذية والمستحضرات الصيدلانية. ولذلك تتسم

الإجراءات المشتركة بين القطاعات بأهمية رئيسية في التخطيط الوطني الرامي إلى الحد من عبء الأمراض غير السارية. وعلى سبيل المثال، فإن تغيير النظم الغذائية، والحد من انتشار البدانة، وزيادة النشاط البدني هي أمور تتطلب تغييراً سلوكياً عن طريق إجراء تغييرات في إنتاج الأغذية وتسويقها والإعلان عنها؛ ونشر المعلومات التغذوية؛ وإتاحة إمكانية الوصول إلى التوعية الصحية، وتخطيط البيئات الحضرية والنقل العام. وفي عام ٢٠٠٤، اعتمدت جمعية الصحة العالمية "الاستراتيجية العالمية المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني والصحة"^(٢٧) بغية النص على توجيهات بشأن التصدي لهذه العوامل.

٥٥ - ويشكل استعمال التبغ أكبر سبب منفرد للوفاة في العالم يمكن تجنبه بالنظر إلى أنه أحد العوامل المعرضة لخطر الإصابة بجميع الأمراض غير السارية الرئيسية. وبينما انخفض انتشار التدخين في كثير من البلدان المتقدمة النمو واستقر أو انخفض بقدر طفيف لدى الرجال في جزء كبير من العالم النامي، فإنه يزداد بين النساء في البلدان النامية وفي بلدان أوروبا الوسطى والشرقية^(٢٨). وبدون حدوث انخفاض مطرد في انتشاره، فإن عدد المدخنين سيزداد مع النمو في سكان العالم. ويجد المدخنون أن من الصعب وقف التدخين لأن استعمال التبغ يؤدي إلى الإدمان عليه. ولذلك فإن منع الناس، ولا سيما الشباب، من طرق باب التدخين هو أمر حاسم الأهمية. ويوجد التزام قوي لدى الحكومات بالحد من انتشار استعمال التبغ: فحتى تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩، كانت ١٦٨ حكومة قد صدقت على اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ^(٢٩). وتتضمن الاتفاقية أحكاماً بشأن الحد من الطلب على التبغ ومن عرضه على السواء. ويشكل فرض الضرائب على التبغ أحد أنجع التدابير التي يمكن أن تتخذها الحكومات في هذا الصدد.

٥٦ - وإذا حدثت تحولات صغيرة في المستويات المتوسطة لعوامل الخطر فإنها يمكن أن تحقق تغييرات كبيرة في عبء الأمراض غير السارية. وينبغي أن تهدف استراتيجيات مكافحة هذه الأمراض إلى خفض المستويات الوطنية لعوامل الخطر وكذلك إلى الوقاية من المرض لدى الأفراد المعرضين لخطر شديد في هذا الصدد. وهذه الاستراتيجيات تشمل: إجراء تغييرات في القوانين والأنظمة؛ وعمليات تدخل في الضرائب والأسعار؛ والدعوة والتوعية؛ وعمليات تدخل في المجتمعات المحلية أو المدارس أو أماكن العمل؛ والفحص والوقاية السريرية

(٢٧) قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع ٥٧-١٧، المرفق.

(٢٨) J. Mackay and M. Eriksen, *The Tobacco Atlas*, (WHO, 2002). ('ماكاي و م. إيريكسن، أطلس التبغ منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢).

(٢٩) اعتمدها جمعية الصحة العالمية في ٢١ أيار/مايو ٢٠٠٣.

وإدارة المرض. ويمكن تنفيذ عدة عناصر من هذه الاستراتيجيات حتى في بلدان الدخل المنخفض. ومن الضروري التنسيق فيما بين القطاعات في إطار خطة عمل وطنية موحدة وذلك بغية تجنب ازدواج الجهود. وإن خطة العمل للاستراتيجية العالمية لتوقي الأمراض غير السارية ومكافحتها التي وضعتها منظمة الصحة العالمية للفترة ٢٠٠٨-٢٠١٣ تنص على توجيهات فيما يتعلق بأعمال تقوم بها كل جهة من الجهات الفاعلة المختلفة المعنية.

٥٧ - وللتأكيد على أهمية الحد من عوامل الخطر الرئيسية المتعلقة بالأمراض غير السارية، تُناقش أدناه خصائصها المحددة من حيث المكونات الرئيسية لعبء المرض.

٥٨ - **أمراض القلب والأوعية الدموية.** أمراض القلب والأوعية الدموية مسؤولة عن أكبر نصيب من الوفيات على نطاق العالم، أي: ٣٢ في المائة من وفيات الإناث و ٢٧ في المائة من وفيات الذكور في عام ٢٠٠٤. وأكبر مسببات للموت هي النوبات القلبية التي تسببت في ٧ ملايين وفاة والسكتات الدماغية التي تسببت في ٦ ملايين وفاة في عام ٢٠٠٤. وكانت عوامل الخطر الرئيسية فيما يتعلق بأمراض القلب والأوعية الدموية هي ارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستويات الكوليسترول، التي بدورها ترتبط بنظم غذائية غنية بالدهون والصدوديوم، وأنماط الحياة الساكنة، واستعمال التبغ. ويتسبب أيضاً الضرر الناجم عن مرض السكري في حدوث أمراض القلب. وقد خفضت بلدان الدخل المرتفع من معدلات الوفاة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية عن طريق مزيج من الوقاية والعلاج. وتشمل التدابير الوقائية: العمل على إيجاد بيئات خالية من التدخين، واتباع نظم غذائية أصح، وزيادة النشاط البدني، وإجراء تغييرات في أنماط الحياة أخذت بها شرائح هامة من السكان. وبالإضافة إلى ذلك، اتسم العلاج المنهجي لارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول بأنه فعال في تأخير حدوث المرض. ومع ذلك، فإن المستويات المرتفعة للبدانة ومرض السكري في أنحاء كثيرة من العالم تنذر بزيادة الصعوبات التي تُواجه في مواصلة الحد من الضرر البليغ الناجم عن أمراض القلب والأوعية الدموية.

٥٩ - **مرض السكري.** يحدث مرض السكري عندما لا ينتج الجسم الإنسولين اللازم لمعالجة الجلوكوز (النوع ١) أو عندما لا يستطيع أن يستعمل بكفاءة الإنسولين الذي ينتجه (النوع ٢). وإذا تُرك مرض السكري بدون علاج فإنه يسبب ارتفاع مستويات الجلوكوز في الدم والتي يمكن، على مر الوقت، أن تسبب الضرر للجهازين الدوري والعصبي. وفي عام ٢٠٠٤، كان يوجد ٢٢٠ مليون شخص لديهم مرض السكري وحدثت ١,١ مليون وفاة تُعزى مباشرة إلى المرض. ومع ذلك، فإن ما يصل إلى ٢,٩ مليون وفاة يمكن أن تُعزى بشكل مباشر أو غير مباشر إلى مرض السكري ومضاعفاته، بما في ذلك أمراض القلب

والفشل الكلوي. وإذا لم يُجر فحص مناسب، يمكن لمرض السكري في كثير من الأحيان أن يستمر دون اكتشافه إلى أن يكون قد ألحق الضرر بأجهزة الجسم الرئيسية. ومتى اكتُشف السكري، يصبح المرض ومضاعفاته في حاجة إلى علاج طويل الأجل وتنظيم مستمر، بما في ذلك عن طريق إجراء تغييرات في النظام الغذائي ونمط الحياة. ويرتبط الحدوث المتزايد لمرض السكري على نطاق العالم بالانتشار المتزايد للبدانة، وخاصة في بلدان الدخل المرتفع وبلدان الدخل المتوسط.

٦٠ - مرض انسداد الرئتين المزمن والسرطانات المتصلة بالمدخنين. إن داء انسداد الرئتين المزمن هو مرض من أمراض الرئة يهدد الحياة ويعوق التنفس الطبيعي. وفي عام ٢٠٠٤، تسبب مرض انسداد الرئتين المزمن في ثلاثة ملايين وفاة حدث ٩٠ في المائة منها في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط، وهو يؤثر على الرجل تأثيره على المرأة. وبالنظر إلى أن السبب الرئيسي لهذا المرض هو استنشاق الدخان، سواء من التبغ أو نيران الطهي داخل المباني، فإن خفض استعمال التبغ وتقديم الدعم إلى استعمال وقود الطهي الأنظف من جانب الفقراء يمكن أن يحولا دون نشوء المرض. ويصدق الشيء نفسه على صفيحة السرطانات التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً للغاية باستعمال التبغ: أي سرطانات القصبة الهوائية والشعب الهوائية والرئة والفم والبُلعومُ الفمويّ. وفي عام ٢٠٠٤، تسببت هذه السرطانات في نسبة ٢٩ في المائة من جميع وفيات السرطانات وفي نسبة ٣٤ في المائة من وفيات السرطانات في آسيا، باستبعاد غربي آسيا. واستعمال التبغ سبب هام للمعدل المفرط لوفيات الذكور. وعلى نطاق العالم، يشكل الذكور ٨٠ في المائة من المدخنين، وتعيش أغلبية المدخنين في البلدان النامية.

٦١ - سرطانات الجهاز التناسلي. كانت سرطانات الثدي وعنق الرحم والرحم والمبايض مسؤولة عن ١٨ في المائة من جميع الحالات الجديدة للأورام الخبيثة في عام ٢٠٠٤ وعن ١٣ في المائة من الوفيات الناجمة عن السرطان. وكان نصيب سرطان البروستاتا ٥ في المائة من حالات السرطان الجديدة و ٤ في المائة من جميع وفيات السرطانات. وهذه السرطانات هي أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً في أفريقيا حيث يبلغ نصيبها ٤٥ في المائة من وفيات السرطان لدى النساء و ٢١ في المائة من وفياته لدى الرجال في تلك المنطقة. وعلى نطاق العالم، فإن سرطان الثدي هو ثاني أكثر السرطانات شيوعاً إذ أنه مسؤول عن ١,١ مليون حالة جديدة وعن ٥٢٠.٠٠٠ وفاة سنوياً، جميعها تقريباً لدى النساء. والتشخيص المبكر لسرطان الثدي يحسّن التنبؤ به ويتطلب تصوير الثدي بالأشعة لدى النساء البالغات من العمر ٥٠ إلى ٧٤ عاماً. أما سرطان عنق الرحم فإنه ثاني أكثر السرطانات شيوعاً لدى النساء على نطاق العالم وهو مسؤول عن نحو ٥٠٠.٠٠٠ حالة جديدة و ٢٥٠.٠٠٠ وفاة سنوياً. وتقع

أربع من كل خمس حالات من سرطان عنق الرحم في بلدان الدخل المنخفض وهو أكثر أنواع السرطانات شيوعاً في أفريقيا وجنوب آسيا. كما أن معدل الوفيات من هذا السرطان أعلى في العالم النامي وهو ما يرجع بصورة رئيسية إلى أن الفحص الفعال للكشف عن المرض نادر في البلدان النامية. وينجم سرطان عنق الرحم عن فيروس الورم الحليمي البشري، ويوجد الآن بالفعل لقاح مضاد له. وقد بدأت بعض البلدان في تطبيق برامج تحصين ولكن من السابق لأوانه تقييم مدى فعاليتها. والسرطان الرئيسي الذي يصيب الجهاز التناسلي لدى الرجال هو سرطان البروستاتا الذي يظهر لدى ذوي الأعمار الكبيرة وتقع معظم الوفيات الناجمة عنه بعد سن السبعين. ولم يعد يوصى بالفحص المعمم بشأنه بالنظر إلى أنه بصورة عامة سرطان ينمو ببطء.

٦٢ - **السرطانات الأخرى.** في عام ٢٠٠٤، كانت نسبة ٦٤ في المائة من حالات السرطان تتعلق بأعضاء غير الرئتين أو غير أعضاء الجهاز التناسلي. وتختلف عوامل الخطر المتعلقة بالسرطانات الأخرى. فزيادة الوزن والبدانة ترتبطان بأنواع عديدة من السرطان، من بينها سرطان المريء والقولون والمستقيم والثدي والغشاء المبطن لجدار الرحم والكلية. ويرتبط المستوى المرتفع للمدخول من اللحوم المحفوظة أو اللحم الأحمر بزيادة خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم. فتركيبة النظام الغذائي هامة لأنه يبدو أن الفاكهة والخضروات لهما أثر حمائي إذ يخفضان من خطر نشوء سرطانات الفم والمريء والمعدة والقولون والمستقيم. وقد بُرهن على أن الاستهلاك المرتفع للمشروبات الكحولية يزيد من خطر الإصابة بسرطانات تجويف الفم والبلعوم والحنجرة والمريء والكبد والثدي. وقد وُجد أن الرياضة تخفف خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم. وثمة عوامل معدية أو طفيلية معينة ترتبط بالسرطان: ففيروس التهاب الكبد 'باء' و 'جيم' يسبب سرطان الكبد؛ وبكتيريا هليكوباكتر بيلوري تزيد من خطر الإصابة بسرطان المعدة؛ والبلهارسيا تزيد من خطر الإصابة بسرطان المثانة، والإصابة بالدودة الكبدية المفلطة تزيد من خطر الإصابة بسرطان القنوات الصفراوية. والتعرض للإشعاع المؤيّن يمكن أن يتسبب في سرطانات معينة، كما أن الأشعة الشمسية فوق البنفسجية المفرطة تزيد من خطر الإصابة بجميع أنواع سرطان الجلد. ويؤدي تحديد عوامل الخطر المختلفة إلى إتاحة الأساس للتدخلات الهادفة إلى الحد من انتشارها لدى السكان. كذلك فإن السيطرة على الوزن وتجنب زيادة الوزن بعد البلوغ عن طريق خفض المدخول السُعري وزيادة النشاط البدني هما أمران يحميان من الإصابة بالسرطان. وتوجد تدابير يمكن أن تخفف من حدوث السرطان تتمثل في تشجيع اتباع نظم غذائية أصح وممارسة الرياضة؛ والتحصين من التهاب الكبد 'باء'؛ وزيادة الوعي بأخطار

التعرض المفرط للشمس؛ وفرض ضرائب على المشروبات الكحولية بغية الحد من استهلاكها.

٦٣ - **الاضطرابات النفسية العصبية.** هذه الاضطرابات مسؤولة عن نسبة ١٣ في المائة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (DALYs)، على نطاق العالم، والاكتئاب مسؤول عن ثلث تأثيرها. وعلى الرغم من كون الاضطرابات العقلية أسباباً هامة للإعاقة فإنها لا تحظى بالانتباه الذي تستحقه، وخاصة في بلدان الدخل المتوسط وبلدان الدخل المنخفض. فالوصم الذي كثيراً ما يُلصق بالاضطرابات العقلية يمنع الناس من التماس العلاج، وعادةً ما لا يكون أطباء الأسرة مدرّبين بقدرٍ كافٍ على التعرف على الاضطرابات العقلية البسيطة إلى المعتدلة وعلى التعامل معها. وتوجد اليوم عقاقير فعالة لمعالجة صفيغة من الاضطرابات العقلية كما توجد أنواع من العلاج النفسي الذي يتركز على الأعراض، مثل العلاج الإدراكي - السلوكي، ثبت أنها فعالة في معالجة اضطرابات معينة. ولضمان عدم إهمال الاضطرابات العقلية من جانب النظام الصحي، ينبغي أن تضع السلطات الصحية سياسة عامة بشأن الصحة العقلية؛ وأن تُدمج علاج الصحة العقلية في الرعاية الصحية الأولية؛ وأن تضمّن الميزانية اعتمادات لتطوير القوى العاملة وتوريد العقاقير الأساسية؛ وأن تدرب مقدمي الرعاية الصحية الأولية على معالجة الصحة العقلية.

عاشرا - الوقاية من الإصابات

٦٤ - تتسبب الإصابات المقصودة وغير المقصودة في حدوث أكثر من خمسة ملايين إصابة كل عام وفي عدة ملايين حالات إعاقة مؤقتة أو دائمة تتطلب دخول المستشفى، وزيارات لقسم الطوارئ، والإفادة من خدمات صحية أخرى. وفي حين أن حالات المرض والوفيات الناجمة عن الإصابات غير المقصودة وعن العنف هي من شواغل الصحة العامة التي تشغل جميع الشعوب في العالم، فإن انتشارها وعواقبها تؤثر تأثيراً غير متناسب على البلدان النامية التي تشجع فيها مياه الشرب وأوضاع العمل غير المأمونة. وفي عام ٢٠٠٤، كان خطر الموت من إصابة غير مقصودة في بلدان الدخل المنخفض وبلدان الدخل المتوسط يبلغ تقريباً ضعف مثيله في بلدان الدخل المرتفع. والشباب معرضون بصورة خاصة للإصابات غير المقصودة أو للعنف. وكان ثمانية من الأسباب الرئيسية للوفاة لدى الذكور البالغين من العمر ١٥ إلى ٢٩ عاماً، في عام ٢٠٠٤، وعددها ١٤ سبباً، تتصل بإصابات، بما في ذلك حوادث الطرق والقتل وحالات الانتحار.

٦٥ - ومن بين الوفيات التي سببتها الإصابات في عام ٢٠٠٤ وعددها ٥,٨ ملايين إصابة، كانت حوادث الطرق السبب في ١,٣ مليون وفاة. وتعاطي الكحول هو أحد العوامل

الرئيسية المسهمة في الوفيات الناجمة عن الإصابات غير المقصودة وكذلك عن العنف. إذ يتسبب تعاطي الكحول في ١,٨ مليون وفاة سنوياً تنجم نسبة ٣٢ في المائة منها عن إصابات غير مقصودة تتعلق كثير منها بحوادث مرور. وفي عام ٢٠٠٤، قدمت منظمة الصحة العالمية توصيات تتعلق بتدابير ترمي إلى الحد من حوادث المرور وذلك في "التقرير العالمي عن الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور". وتُحث الحكومات فيها على سن قوانين شاملة لحماية جميع مستخدمي الطريق، بمن فيهم المشاة، عن طريق تحديد سرعات قصوى ملائمة وحدود قصوى لنسبة تركيز الكحول في الدم، وعن طريق اشتراط استعمال آليات حماية ملائمة بما في ذلك الخوذات وأحزمة الأمان ومقاعد وأحزمة الأطفال.

٦٦ - وقد تسببت الإصابات غير المقصودة بخلاف حوادث الطرق، مثل حالات التسمم والغرق والحرائق والسقوط، في حدوث ٢,٦ مليون حالة وفاة في عام ٢٠٠٤. وللوقاية من الإصابات التي تحدث للأطفال، يوصى باستخدام علب لا يمكن عبث الأطفال بها لمنع التسمم وبتسييح حمامات السباحة لمنع الغرق. ويوصى كذلك بإزالة المخاطر المترتبة لمنع حوادث السقوط، ولا سيما بين الأطفال والمسنين.

٦٧ - ويتطلب خفض عدد الإصابات والوفيات الناجمة عن العنف استراتيجيات متعددة القطاعات وملائمة ثقافياً. كذلك فإن البرامج الرامية إلى الحد من إمكانيات الوصول إلى الأساليب الشائعة للانتحار والعنف المرتكب فيما بين الأشخاص، مثل البنادق والمسدسات، هي برامج فعالة في خفض حالات الوفيات الناجمة عن الإصابة المقصودة. ويمكن للبرامج التعليمية المقدمة في المدارس والرامية إلى تحسين الاعتداد بالنفس والتغلب على الغضب وتنمية مهارات ملائمة بشأن حل المنازعات أن تحول دون ارتكاب العنف فيما بين الشباب، بما في ذلك الحيلولة دون ارتكابه بين من تربط بينهم شراكة حميمة. ومن الأهمية الحاسمة أيضاً معالجة من يعانون من الاكتئاب وغيره من الاضطرابات العقلية وإنشاء مراكز أزمة يمكن أن تقدم دعماً عاجلاً إلى ضحايا الانتحار أو العنف أو ضحاياهما المحتملين.

حادي عشر - استنتاجات وتوصيات

٦٨ - أدى الانخفاض العالمي الذي حدث في معدل الوفيات في معظم البلدان أثناء القرن العشرين إلى وصول العمر المتوقع عند الولادة إلى ٦٩ عاماً أو أكثر في جميع مناطق العالم، باستثناء أفريقيا، وإلى حدوث تحول في الوفيات من الأعمار الصغيرة إلى الأعمار الكبيرة. وتقف وراء هذا التحول المكافحة والمعالجة الفعالان للأمراض الرئيسية السارية بما ترتب عليهما من نتيجة قوامها أن هذه الأمراض لا تؤدي في جميع مناطق العالم، باستثناء أفريقيا، إلا إلى نسب تتراوح بين المعتدلة والمنخفضة من جميع الوفيات (٢٧ في المائة

أو أقل). وبالمثل فإن نصيبها من عبء المرض منخفض إذ يبلغ ٢٢ في المائة في بلدان الدخل المتوسط و ٦ في المائة فقط في بلدان الدخل المرتفع.

٦٩ - وهذا الانخفاض في عبء المرض الذي يُعزى إلى الأمراض السارية قد صاحبه ارتفاع في العبء المرتبط بالأمراض غير السارية التي هي في معظمها أمراض مزمنة تتطلب علاجاً طويلاً الأجل. ومن بين الأمراض غير السارية، فإن الاضطرابات النفسية العصبية وأمراض القلب والأوعية الدموية مسؤولة عن نصيب كبير من عبء المرض في بلدان الدخل المرتفع وبلدان الدخل المتوسط. كذلك فإن السرطانات والأمراض المزمنة المتعلقة بالجهاز التنفسي ومرض السكري هي من الأمراض الرئيسية المسهمة في عبء المرض في تلك البلدان.

٧٠ - وفي أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، فإن التحول إلى معدل وفيات منخفض لم يتقدم بذات السرعة التي تقدم بها في المناطق الأخرى بحلول عام ١٩٨٠، وأدى ظهور فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) إلى إبطاء المكاسب التي تحققت أثناء العقود السابقة أو أدى حتى إلى عكس اتجاهها. وعلى الرغم من أوجه التقدم التي تحققت في الحد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية وعلاج المصابين به، ما زالت تحدث سنوياً ٢,٧ مليون حالة إصابة جديدة بهذا المرض كما أن الإصابة بهذا الفيروس، في حالة من يتلقون العلاج منه، قد أصبحت وضعاً مزمناً يتطلب علاجاً طويلاً الأجل. وفي بلدان الدخل المنخفض، التي تشمل معظم بلدان أفريقيا الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، تُعزى نسبة ٥٧ في المائة من عبء المرض إلى الأمراض السارية، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والاعتلالات الصحية النفاسية والملازمة للولادة، ونسبة إضافية قدرها ٣٣ في المائة تسببها الأمراض غير السارية. ولذلك تواجه بلدان الدخل المنخفض تحدياً مزدوجاً يتمثل في منع انتشار الأمراض السارية ومعالجة الأشخاص المتأثرين بها مع القيام في الوقت نفسه بالتصدي للانتشار المتنامي للأمراض المزمنة غير السارية.

٧١ - وفي جميع البلدان، تتسم الشرائح الأفقر من السكان بأنها أكثر عرضة للإصابة بالمرض وذات إمكانيات أقل للوقاية منه أو لمعالجته. بيد أن الإنفاق الصحي يميل إلى محاباة الأغنياء. ولذلك، تواجه جميع البلدان التحدي المتمثل في الحد من أوجه عدم المساواة في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية واستحداث آليات مالية تكفل التغطية الشاملة القائمة على تقاسم المخاطر بغية الحيلولة دون أن تؤدي الأمراض إلى الفقر.

٧٢ - وإحدى الاستراتيجيات الرئيسية في التصدي لهذه التحديات المتعددة هي تعزيز النظم الصحية لضمان أن يكون في استطاعتها تقديم الخدمات التي تحتاج المجتمعات إليها، بما في ذلك ليس فقط الرعاية العلاجية ومعالجة الاعتلالات الحادة ولكن أيضاً الرعاية الوقائية والترويج الصحي والإدارة الطويلة الأجل للاعتلالات المزمنة. واتباع نهج قائم على تقديم الرعاية الصحية الأولية الشاملة يتيح إطاراً مرناً لتحقيق هذه الأهداف. ولكي تكون الرعاية الصحية الأولية شاملةً فإنها يجب أن تُدمج الرعاية الفردية والرعاية المرتكزة على السكان معاً عن طريق المزج بين النهج السريري وطب الأوبئة والطب الوقائي والترويج الصحي. وينبغي أن تكون هذه الرعاية هي الأساس الذي يقوم عليه نظام صحي محلي له القدرة على علاج معظم الحالات ويتمتع بدعم كافٍ من مرافق المستشفيات المتوسطة والمستشفيات الكبيرة المتكاملة من حيث إمكانية الإحالة إليها. وهي ينبغي أن تكفل اتباع نهج كلي بشأن الحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض وإدارة الاعتلالات المزمنة عن طريق الممارسة المتعددة التخصصات واستمرارية الرعاية.

٧٣ - ويتسم اتباع نهج قائم على الرعاية الصحية الأولية الشاملة بأنه فعال من حيث التكاليف ولكنه لا يمكن إيجاده إلا عن طريق القيام بمجهود مطرد ومنظم في الأجل المتوسط. ولهذا السبب، جرى تلبية الاحتياجات الملحة في معظمها عن طريق برامج راسية تركز على أمراض محددة وهو أمر يكون على حساب الإخلال بالنهج الشامل. وبالنظر إلى أن الاحتياجات الملحة هي احتياجات حقيقية، فإن مخططي الصحة والمناخين يكونون بحاجة إلى اكتشاف طرق جديدة لدمج تدخلاتهم في مرافق الرعاية الصحية الأولية أو إلى القيام، عندما تكون البرامج الراسية ملائمة، بضمان ألا تؤثر هذه البرامج بشكل معاكس على الجهود الرامية إلى تعزيز الرعاية الصحية الأولية. وفي البلدان التي تعتمد على تمويل من الجهات المانحة لدعم ميزانيات الصحة، تكون استمرارية التمويل ضرورية لضمان استمرار الجهود الرامية إلى تطوير نظام شامل للرعاية الصحية الأولية.

٧٤ - وأحد العناصر الحاسمة الأهمية في تعزيز نظم الصحة هو توافر القوى العاملة الصحية الضرورية. فالعجز في العاملين الصحيين شديد في كثير من بلدان الدخل المنخفض ولكنه موجود أيضاً في بلدان الدخل المرتفع بسبب العبء المتزايد للأمراض المزمنة لدى سكانها المتشixين. ولذلك فالحاجة قائمة إلى بذل جهود متضافرة على الصعيدين الوطني والدولي على السواء لتدريب أعداد كافية من العاملين الصحيين، وإلى ضمان أن يؤدي التدريب إلى إعداد المجموعة المتنوعة من المهارات المطلوبة وأن يكون موجهاً إلى المجالات التي يلزم فيها العاملون الصحيون. ومن الضروري أيضاً ابتكار حوافز تدفع العاملين الصحيين إلى شغل وظائف في المناطق الناقصة الخدمات وإلى البقاء فيها،

ولا سيما المناطق الريفية بالبلدان النامية. ويمكن للتمويل المقدم من الجهات المانحة أن يساعد حكومات البلدان المنخفضة الدخل على تنفيذ خطط قومية بشأن الحفاظ على القوة العاملة الصحية وتنميتها. وينبغي لبلدان الدخل المرتفع أن تتبع ممارسات توظيف تتسم بالمسؤولية من أجل عدم التسبب في تفاقم العجز القائم في بلدان الدخل المنخفض في مجال العاملين الصحيين.

٧٥ - والأولوية الحالية في بلدان الدخل المنخفض هي بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، ويجري فعلاً بذل جهود لتحقيق ذلك. وظل التمويل المقدم لعدد من التدخلات يتزايد ولكنه ليس كافياً حتى الآن. ويلزم التوسع في التدخلات الناجحة. وقد استُعرضت في هذا التقرير الصيغة الكاملة للإجراءات المطلوبة. وأحد التدخلات التي تستحق تسليط الأضواء عليها هو تقديم الدعم من أجل برامج تنظيم الأسرة في أقل البلدان نمواً. فالتمويل المقدم من الجهات المانحة من أجل تنظيم الأسرة قد انخفض منذ أواسط التسعينات من القرن العشرين، وما زال الطلب غير الملبى على وسائل منع الحمل مرتفعاً في أقل البلدان نمواً إذ توجد هذه الحاجة غير الملباة لدى امرأة واحدة من كل أربع نساء ممن تبلغ أعمارهن ١٥ إلى ٥٩ عاماً وممن هن متزوجات أو في علاقة قران^(٣٠). ويمكن لتنظيم الأسرة، بدرته لحالات الحمل المساء توقيتها أو غير المرغوب فيها، أن يسهم في خفض الوفيات النفاسية بنسبة ٢٨ في المائة كما يمكن له، بتمديده للفترات الفاصلة بين الولادات، أن يسهم في خفض وفيات الأطفال. ومقابل كل دولار يُنفق على تنظيم الأسرة، يمكن توفير ما بين دولارين وستة دولارات في التدخلات الرامية إلى تحقيق الأهداف الإنمائية الأخرى للألفية^(٣١).

٧٦ - وأكثر الاستراتيجيات فعاليةً من حيث التكاليف لخفض العبء المتنامي للأمراض المزمنة غير السارية هي الحد من انتشار عوامل الخطر المرتبطة بأكثر الأمراض شيوعاً. فاستعمال التبغ، والنظم الغذائية غير الصحية، وزيادة الوزن والبدانة، وانعدام النشاط البدني، والتعاطي المفرط للكحول هي أمور تسهم جميعاً في زيادة مخاطر الأسباب الرئيسية للأمراض المزمنة. وتمارس السياسات الوطنية المتبعة في قطاعات غير الصحة تأثيراً هاماً بل وكثيراً ما يكون محدداً في تشكيل عوامل الخطر هذه. وهكذا تتوقف تحسينات الصحة

(٣٠) "What would it take to accelerate fertility decline in the least developed countries?" (UN Population Division Policy Brief, No. 2009/1) ("ما المطلوب للتسريع بانخفاض الخصوبة في أقل البلدان نمواً؟" عرض موجز للسياسة العامة مقدم من شعبة السكان في الأمم المتحدة).

(٣١) Scott Moreland and Sandra Talbird, "Achieving the Millennium Development Goals: the contribution of fulfilling the unmet need for family planning". (Washington, D.C, USAID, 2006).

على السياسات العامة المتصلة بالتجارة والضرائب والتعليم والزراعة والتنمية الحضرية وإنتاج الأغذية والمستحضرات الصيدلانية. ولذلك تتسم الإجراءات المشتركة بين القطاعات بأهمية رئيسية في التخطيط الوطني الرامي إلى الحد من عبء الأمراض غير السارية. وتوجد توجيهات بشأن كيفية تحسين النظم الغذائية وتشجيع النشاط البدني في "الاستراتيجية العالمية المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني والصحة" التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في عام ٢٠٠٤. وتوجد في "اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ" أحكام بشأن الحد من الطلب على التبغ ومن عرضه على السواء، ويشكل فرض الضرائب على التبغ أحد أكثر التدابير التي يمكن أن تتخذها الحكومات في هذا الصدد فعاليةً من حيث التكاليف. وإن "خطة العمل للاستراتيجية العالمية لتوقي الأمراض غير السارية ومكافحتها" التي وضعتها منظمة الصحة العالمية للفترة ٢٠٠٨-٢٠١٣ تورد إجراءات ملائمة لكي تقوم بها جميع الجهات الفاعلة المعنية.

٧٧ - والاضطرابات العقلية، ولا سيما الاكتئاب، مسؤولة عن نصيب كبير من عبء المرض ومع ذلك فإن علاج الصحة العقلية نادراً ما يُدمج في نظم الصحة لبلدان الدخل المتوسط وبلدان الدخل المنخفض. وتوجد اليوم عقاقير فعالة لمعالجة صفيحة من الاضطرابات العقلية. ولضمان عدم إهمال الاضطرابات العقلية من جانب النظام الصحي، ينبغي أن تضع السلطات الصحية سياسة عامة بشأن الصحة العقلية؛ وأن تُدمج علاج الصحة العقلية في الرعاية الصحية الأولية؛ وأن تضمّن الميزانية اعتمادات لتنمية القوى العاملة وتوريد العقاقير الأساسية؛ وأن تدرب مقدمي الرعاية الصحية الأولية على معالجة الصحة العقلية.

٧٨ - وما زالت الإصابات تمثل سبباً من الأسباب الهامة للوفاة في جميع مجموعات البلدان ولكنها تلحق خسائر أشد ببلدان الدخل المتوسط. وحوادث المرور على الطرق مسؤولة عن خمس جميع الوفيات الناجمة عن الإصابات ويمكن الحد منها على نحو يُعتد به عن طريق سن وإنفاذ أنظمة تقرر سرعات قصوى ملائمة وحدوداً قصوى لنسبة تركّز الكحول في الدم، وتشترط استعمال آليات حماية ملائمة بما في ذلك الحوذات وأحزمة الأمان ومقاعد وأحزمة الأطفال. ومن المهم أيضاً خفض تعاطي الكحول وإزالة أوضاع السكن أو العمل غير المأمونة. كذلك، فإن الحد من الوصول إلى الأساليب الشائعة للانتحار والعنف المرتكب فيما بين الأشخاص، مثل البنادق والمسدسات، هي برامج فعالة في خفض حالات الوفيات الناجمة عن الإصابة المقصودة.

٧٩ - ويأجـاز، فإذا كانت الوفيات ستستمر في الانخفاض في جميع البلدان، فإن عبء المرض ستهيمن عليه بدرجة أكبر الأمراض غير السارية التي هي في معظمها أمراض مزمنة وتتطلب علاجاً ورعايةً طويلة الأجل. ولما كان الموت محتملاً ولا توجد بعد وسائل لاستئصال شأفة أمراض محددة غير سارية، فإن الهدف الرئيسي ينبغي أن يكون هو تأخير بداية المرض. ومن حسن الحظ أنه بمقدور الحكومات أن تفعل الكثير بغية تحقيق هذا الهدف، ولا سيما باتخاذ تدابير للحيلولة دون انتشار عوامل الخطر المرتبطة بالمرض المزمن. وتتصل معظم هذه التدابير بقطاعات غير الصحة وهي تتسم بالفعالية من حيث التكاليف. وسيكون من شأن تنفيذها بأسرع ما يمكن كسب الوقت اللازم لتعزيز نظم الصحة من أجل توفير رعاية أكثر إنصافاً وفعاليةً لجميع من يحتاجون إليها.