



الصحة وأمن الإنسان: مقاربة جديدة

هناك توافق على أن الصحة تشكّل ركنًا أساسيًا من أركان التنمية البشرية، لأنها نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الإنساني. غير أن الصحة تمثل كذلك عنصرًا جوهريًا لأمن الإنسان، لأن البقاء والحماية من المرض هما في صلب مختلف مفاهيم الرفاه البشري؛ فالصحة الجيدة هي التي تمكن المرء من الاختيار والتمتع بالحرية وإحراز التقدم. أما تردّي الصحة - في حالات المرض والإصابة والعجز - فإنه يقوِّض هذه القدرات الإنسانية الأساسية وقد يفضي إلى انتكاسات كارثية للأفراد والجماعات والاقتصادات. من هنا تتداخل الصحة وتتربط مع مقومات أمن الإنسان الأخرى - في المجالات السياسية والاقتصادية والبيئية والغذائية - وينبغي، من ثمّ، تناولها بكليتها الشاملة.

لقد حققت البلدان العربية على مدى العقود الأربعة الماضية تقدّمًا مشهودًا في مجال الحدّ من مسببات الوفاة الطبيعية ومن ثمّ إطالة العمر؛ ويتبدى ذلك في ارتفاع متوسط العمر المتوقع وانخفاض معدل وفيات الرضع. غير أن الصحة ليست مضمونة لجميع المواطنين في البلدان العربية؛ إذ ما زالت النساء يعانين الإهمال أكثر من غيرهن، ويعانين الممارسات القائمة على التحيز في معاملة الجنسين. يضاف إلى ذلك أنظمة الصحة التي غالبًا ما يكبلها العجز البيروقراطي، وتدني القدرات المهنية، ونقص التمويل في ظلّ تعاضم الأخطار الصحية جراء انتشار أمراض معدية جديدة. وعلى الرغم من الموارد الوفيرة التي تزخر بها المنطقة العربية، شهدت السنوات الخمس الماضية ركودًا في كل مؤشرات الصحة الرئيسية فيها. يضاف إلى ذلك، أن الأفكار والمقاربات العالمية الرائدة في مجالات الصحة وأمن الإنسان، والتي جرى اعتمادها في مناطق أخرى من العالم، لم تترسّخ بعد في معظم البلدان العربية.

الصحة تمثل
عنصرًا جوهريًا
لأمن الإنسان

الصحة وأمن الإنسان

مع نهاية الحرب الباردة، وظهور العولمة، بدأ التداخل والالتقاء بين مجالي الأمن والتنمية اللذين كانا حتّانًا ميدانيين منفصلين. وسرعان ما غدت الصحة العامة من نقاط التقاطع الأساسية بينهما. في هذا السياق، برز مساران من التفكير حول الصحة والأمن في معرض الحديث عن السياسات والبرامج الدولية العامة، ولكلّ منها دوافعه وغاياته المميزة.

الصحة في السياسة العامة على المستوى الدولي

نستهل هذا القسم التمهيدي باستعراض الاتجاهات الدولية في ما يتعلق بالصحة والأمن، ما سيطرّح أمامنا منظورًا مهمًا للمقاربات التي تتناول قضية الصحة في البلدان العربية في هذه الآونة، وهذا موضوع نقاشنا في ما يلي.

الصحة ليست
مضمونة لجميع
المواطنين في
البلدان العربية

من أجل الحيولة دون تفشي هذه الأمراض المعقدة وتداعياتها أو إدارتها بالشكل المطلوب عند وقوعها.

في العام 2003، أصدرت «لجنة أمن الإنسان» تقرير متابعة بعنوان «أمن الإنسان الآن: حماية الناس وتمكينهم»² قدمت فيه عرضاً موسعاً ومحدثاً للتحليلات التي طرحها تقرير التنمية البشرية للعام 1994. وأكدت جهود اللجنة أن التهديدات الصحية الأشد خطورةً بالنسبة إلى أمن الإنسان تتمثل في: أ) الأمراض المعدية على الصعيد العالمي، بما فيها الأوبئة، مثل مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز، والمتلازمة الرئوية الحادة الوخيمة (SARS)؛ ب) الأزمات الصحية التي تسببها النزاعات المسلحة وحالات الطوارئ الإنسانية؛ ج) المشكلات الصحية الناجمة عن الفقر، والتي قد تزعزع استقرار العائلات والجماعات بل بلداناً بأكملها. وفي هذا الإطار، تركز مقارنة أمن الإنسان المعنية بالتصدي لمثل هذه التهديدات، التي تنطوي جميعاً على عواقب محلية وعالمية، على عنصرين أساسيين: الحماية والتمكين. غير أن تأمين هذين العنصرين يتجاوز حدود المقاربات التقليدية القائمة على العلاقات الأفقية بين الحكومات، ويستوجب، إضافة إلى ذلك، قيام برامج راسية وأنظمة للرصد تشترك فيها الأطراف غير الحكومية أيضاً.

لقد أعاد خطاب كل من لجنة أمن الإنسان وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي صياغة الأهداف بالنسبة إلى الأمن القومي والصحة العامة في إطار تنموي شامل يتمحور حول الإنسان، ما أدى إلى توسيع المفهومين وتعميق الاعتماد المتبادل بينهما.

الصحة والأمن الاستراتيجي

أما المسار الثاني فهو أضيق مجالاً بكثير، ويمكن أن ندعوه خطاباً استراتيجياً. وقد نشأ في الفترة نفسها تعبيراً عن قلق المؤسسات العسكرية والدبلوماسية الغربية من الأسلحة البيولوجية والاستخدام المدبر للأوبئة في الحروب. تجددت هذه الهموم بالاعتداء الذي تعرض له مترو الأنفاق بغاز السارين في طوكيو في العام 1995، وانتشر الفزع في أوساط عامة الناس مع استخدام مسحوق الأنتراكس في أعقاب هجمات 11 أيلول/سبتمبر 2001. ويرمي هذا المسار إلى تعزيز «التشدد الأمني» في مجال الرقابة الصحية

يمكن أن نطلق على المسار الأول اصطلاح الخطاب التنموي الذي تمثله جهود الأمم المتحدة، وصناديقها وبرامجها التنموية، والمفوضيات واللجان الإقليمية والدولية، ومنظمة الصحة العالمية. على مدى التسعينات من القرن المنصرم التي تميّزت بتسارع وتكاثر حركة تنقل الأفراد والبضائع، بدأت سياسات التنمية الدولية تتأثر بتزايد الوعي بأن المخاطر الصحية في بلد ما قد تنتشر بسرعة في بلدان أخرى. واكتسب هذا الإدراك زخماً جديداً جراء الآثار الكارثية لأمراض مستجدة عابرة للحدود مثل مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز، وعودة أمراض أخرى مثل الكوليرا، والسل، وسلالات الملاريا المستعصية. وكان من أبرز تجليات هذا الإدراك صدور تقرير التنمية البشرية للعام 1994 والذي ركّز، من زاوية تنموية، على التحديات الصحية المستجدة باعتبار «الأمن الصحي» واحداً من أركان أمن الإنسان.¹

وقد دعا ذلك التقرير أساساً إلى اعتبار الصحة حقاً من حقوق الإنسان بالنسبة إلى الفرد وسلعة عامة يجب أن تكون في متناول الجميع. وأن من واجبات الدولة، ومن مصلحتها، أن تضمن هذا الحق الأساسي الذي يمثل بالنسبة إليها التزاماً أخلاقياً وشرطاً لازماً لبقائها في آن واحد. غير أن مصادر التحديات الصحية المعاصرة وآثارها هي من التعقيد بحيث يتعذر على الدولة أن تتصدي لها بمفردها. وعلى هذا الأساس فإن الأمن الصحي ظاهرة متعدية للحدود، متعددة الأبعاد، تركّز على الإنسان، وتجمع تحت مظلتها مجالات تنموية أخرى والأطراف المعنية بهذه المجالات.

ونبّه التقرير إلى أن الأخطار الأساسية التي تتهدد الصحة بالنسبة إلى الأغلبية العظمى من الناس هي الأمراض والأوبئة المعدية السريعة الانتشار، والوفاة والمرض المرتبطان بالفقر والبيئات غير الآمنة وتهجير الجماعات البشرية. إن ضمان صحة الناس لا يعتمد على الخدمات الطبية المعتادة والرعاية الصحية فحسب، وإنما على عوامل أخرى أيضاً مثل الأمن السياسي والاقتصادي والغذائي والبيئي. وقد تتعرض كل هذه العوامل لانتكاسات أو انقلابات قد تعطل حياة الناس اليومية. وتستلزم حماية الناس من هذه المخاطر مبادرات إيجابية من جانب أجهزة الدولة والمؤسسات غير الحكومية، وكذلك من جانب الأفراد ومجتمعاتهم على السواء. وما دامت المخاطر الصحية لا تعترف بالحدود، فإن مواجهتها تستوجب قيام شراكات محلية-عالمية

من واجبات الدولة
ومن مصلحتها
أن تضمن حق الأمن
الصحي لمواطنيها

مواجهة المخاطر
الصحية تستوجب
قيام شراكات
محلية عالمية

الدوليّة كوسيلة للحماية من حرب بيولوجية محتملة أو ما يسمى «الإرهاب البيولوجي». وتسعى الأطراف الرئيسية المعنية بهذه المسألة، ولا سيما في الغرب، إلى إدخال وسائل السيطرة على الأسلحة البيولوجية في مجال الصحة العامة العالمية، وتعزيز «اتفاقية الأسلحة البيولوجية والتكسينية» عن طريق تعزيز الاتفاقية ببروتوكول للتحقق من تطبيقها.

يختلف هذان النوعان من الاتجاهات اختلافًا بيّنًا من حيث الأهداف والفئات المعنية والجماعات الضاغطة، غير أنهما يتفقان على اعتبار الصحة والأمن من القضايا المتداخلة التي تتجاوز الحدود الوطنية. وعلى هذا الأساس التقى الخطابان عند نقاط محددة وكان لهما تأثيرٌ جليٌّ في ترتيب الأولويات الدولية في مجال الصحة في ظروف مختلفة. ويتفق الخبراء على أن حصيلة هذا الالتقاء تمثلت على العموم في توسيع الخطاب حول أمن الإنسان في سياسات الصحة العامة - وإن أثّرت حوله التحفظات من جانب البلدان النامية، وبعضها من المنطقة العربية - بحيث بات يشمل التهديدات الناجمة عن الأمراض المعدية والأسلحة البيولوجية.³

وفي معرض الحديث عن الآثار الجانبية، يلاحظ بعض المحللين أن الضغوط التي مارستها الجماعات الضاغطة ضد الإرهاب البيولوجي من أجل اعتماد تفسيرات استراتيجية لمفهوم الأمن في الصحة العامة ربما دفعت إلى بذل الجهود لتعزيز سياسات الصحة بين الحكومات. وتجسدت الأخيرة في «القواعد الصحية الدولية» التي أصدرتها وتشرف على متابعتها منظمة الصحة العالمية.⁴ وكانت هذه الأنظمة في بادئ الأمر خلال العقود الثلاثة الأولى من عمر المنظمة، تطالب الدول الأعضاء بالإبلاغ عن تفشي أي مرض من مجموعة تضم ستة أمراض، واختصرت القائمة في العام 1981 لتقتصر على ثلاثة أمراض هي: الكوليرا، والملاريا، والحمى الصفراء. وقد دفعت الانتقادات الواسعة التي تمّ توجيهها إلى القائمة المبتسرة التي تتضاءل أهميتها ما تضمّه من الأمراض مقابل مخاطر جديدة تراوح بين مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز وفيروس الإيبولا وإنفلونزا الطيور، إضافةً إلى ضعف الإبلاغ عن الأمراض من جانب عدّة بلدان، منظمة الصحة العالمية في العام 2005 إلى إصدار منظومة جديدة ومعززة بشكل كبير، من القواعد الصحية الدولية التي دخلت حيز التنفيذ في العام 2007.

الآن، تتطلب القواعد الجديدة من الدول الأطراف إبلاغ منظمة الصحة العالمية «بكل الأحداث التي قد تشكل طارئةً صحيةً عموميةً تثير قلقًا دوليًا» (المادة 6-1). وتشمل هذه الأوضاع أي حدث غير متوقع أو غير اعتيادي في مجالات الصحة العامة بصرف النظر عن أصله أو مصدره (المادة 7). كما تطالب هذه القواعد الدول الأطراف بأن تطلع منظمة الصحة العالمية، «بقدر ما هو ممكن عمليًا»، على الأخطار التي تهدد الصحة العامة والتي قد تبرز خارج حدود الدولة المعنية وتتسبب في انتشار المرض، كما تتجلى في انتقال الناس إلى داخل البلاد أو خارجها، أو عن طريق السلع الملوثة أو البهائم أو الحشرات الناقلة للعدوى (المادة 9-2).⁵

إن المطالبة بالإبلاغ عن «كل الأحداث التي قد تشكل طارئةً صحيةً عموميةً تثير قلقًا دوليًا» تفسح المجال لتغطية سلسلة طويلة من المخاطر. غير أن اعتماد عملية الإبلاغ على معلومات تقدمها الدول طوعًا لم يقنع بعض المتشككين بأن القواعد الجديدة تحاكي بالفعل النظام الأمني الذي تفترضه مفاهيم إدارة العلاقات بين الدول.⁶ من جهة أخرى فإن الانطباع الموجود لدى بعض البلدان النامية، بما فيها عدد من البلدان العربية، بأن تلك القواعد تخدم هواجس الأمن القومي في الغرب، وبأن البيانات التي يتم تبادلها قد لا تخدم مصالحها الذاتية، ما قد يعوق تفعيل نظامٍ قويٍّ لمراقبة الأمراض والوقاية منها.

الأمن الصحي في السياق العربي

في ملتقى القاهرة التشاوري حول الصحة وأمن الإنسان في العام 2002،⁷ والذي أسهم في تنظيمه كل من منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، حاول المشاركون مواءمة المفاهيم الدولية حول أمن الإنسان الذي دعا إليها بداية برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ولجنة أمن الإنسان، مع السياق الإقليمي. وخلال المناقشات التي استمرت ثلاثة أيام أقر المجتمعون بالنطاق الشامل ونقاط التداخل لعناصر الصحة وأمن الإنسان، واتفقوا على أن موضوع الصحة يشمل عدة مجالات وقطاعات ووكالات متخصصة، مؤكّدين أن الصحة الجيدة هي من حقوق الإنسان الأساسية. غير أن الملتقى في النهاية اعتمد تعريفًا ضيقًا نوعًا ما للأمن

الصحة والأمن من القضايا المتداخلة

موضوع الصحة يشمل عدة مجالات وقطاعات

غير السياسية أو التي لا تمس الدولة مباشرة؛ ومن الطبيعي أن يصح ذلك على الأمن الصحي والمكونات الأخرى لأمن الإنسان. على سبيل المثال ليس ثمة نقاش عام حول الدور الكبير للنزاع المسلح في إضعاف النظام الصحي، أو في تحويل الموارد بعيداً عن الحاجات الصحية الأساسية للناس من أجل تلبية احتياجات صحية أكثر إلحاحاً ذات صلة بالنزاع القائم.

ثالثاً: يأتي موضوع الصحة على درجة متدنية من سلم الأولويات بالنسبة إلى الميزانيات والبرامج الخاصة بالتنمية في البلدان العربية، بل إن الصحة العامة تعامل كمسألة ثانوية مقارنةً بقضايا أخرى، مثل الحاجات الأساسية وإيجاد فرص العمل والنمو الاقتصادي. وعلى هذا الأساس يتعذر على الهيئات الصحية أن تواجه التحديات القائمة أو المحتملة التي تواجه سكان المنطقة في وقت قلما تبذل فيه الجهود لتقصي الخيارات التي تنطوي على تضافر عدة قطاعات ومصادر تمويلية لدعم مقاربة الصحة وأمن الإنسان معاً.

رابعاً: لا تحظى الصحة على العموم إلا بالقليل من الاهتمام في النقاش العام، من هنا فإننا نشهد مفارقات صارخة بين جدية بعض المشكلات الصحية في المنطقة من جهة وغياب هذه المسألة عن المداولات الدائرة بين البلدان العربية.⁸ فعندما تدور المناقشات حول قضايا الصحة تميل إلى التركيز على المسائل المتعلقة بالخدمات والوسائل والتقنيات الصحية. وعندما يتطرق النقاش إلى الأمن في الصحة العامة لا يبدو أن هناك فهماً عميقاً لمنظومة النشاطات الفعالة ذات المسارات المتعددة التي لا بد من تفعيلها للتخفيف من نشوء ظروف صحية عامة حادة وتهدد صحة المواطنين.

خامساً: لقد أصيب المجتمع المدني العربي، على العموم، بالوهن جراء ما فرض عليه من تقييد وإقصاء على المستوى السياسي. وهو قلماً يشارك في القضايا المتصلة بالصحة، ومن ثم فإن تأثير الجهات التي لا ترتبط بالدولة في النظام الصحي وتطوير سياسات الصحة ما زال ضئيلاً جداً. بل إن المؤسسة الطبية في البلدان العربية الواسعة النفوذ هي التي تهيمن على الساحة الصحية، وقد زاد شيوع مؤسسات النظام الصحي غير الديمقراطية التي تحاكي تنظيم المؤسسات السياسية العربية، من سيطرة «الخبراء» داخل الهرم المهني على هذا القطاع. فأدت ضالة المشاركة العامة، الناتجة من ذلك،

الصحي باعتباره «تحرراً نسبياً من المرض والعدوى». ويرى معظم الخبراء في مجال الصحة أن مثل هذا التعريف لا يفي بالغرض، سواء أجرى تقييمه في ضوء الأبعاد المتعارف عليها لمفهوم الصحة، وهي أكثر شمولاً، أم في ضوء الأبعاد الإيجابية لمفهوم الأمن (أي ما يجب القيام به) بدل الأبعاد السلبية فقط (أي ما يجب الامتناع عنه).

الإخفاق في تفعيل موقف عملي كلي للصحة وأمن الإنسان في السياق العربي إنما يعكس محدودية المحاولات الرامية إلى الالتزام بهذه المفاهيم في البلدان العربية. وربما أسهمت في ذلك عوامل عدة، منها:

أولاً: إن حركة الإصلاح العربية لم تتبن أمن الإنسان كدليل إرشادي للتغيير والإصلاح، أو كأساس لبرامج العمل التي تدور على العموم في إطار مرجعي يركز على الجانبين الاقتصادي والاجتماعي. وفي المجال الصحي، يتجسد هذا المنظور المختلف باعتماد مقاربة ضيقة ومحدودة تركز على التوسع في الخدمات الصحية، والمرافق السريرية والجوانب الأخرى المتصلة بمتطلبات الرعاية الصحية التقليدية التي ما زالت تدعو إليها الحكومات وهيئات المجتمع المدني على السواء.

ثانياً: نتيجة لذلك، وفي غياب المنظومات الإرشادية البديلة، انحصرت مقاربات معالجة المخاطر الأمنية المحلية والدولية في مفهوم أمن الدولة، فيقل الحديث عن الجوانب الأمنية

هناك إخفاق في تفعيل موقف عملي للصحة وأمن الإنسان في السياق العربي

تعامل الصحة العامة كمسألة ثانوية مقارنةً بقضايا أخرى

الإطار 1-7 الاصطلاحات المستخدمة في النقاش حول الصحة وأمن الإنسان

الأمن الصحي

التحرر النسبي من المرض والعدوى (2002)، ملتقى القاهرة التشاوري حول الصحة وأمن الإنسان؛ الحماية من المرض، والعجز، والموت الذي يمكن تلافيه (لجنة أمن الإنسان، 2003).

أمن الصحة العامة

منظومة من النشاطات الفعالة المتعددة المسارات التي لا بد من تفعيلها للتخفيف من نشوء الأوضاع الصحية العامة الحادة التي تهدد صحة المواطنين (هذا التقرير).

أمن الصحة العامة على المستوى العالمي

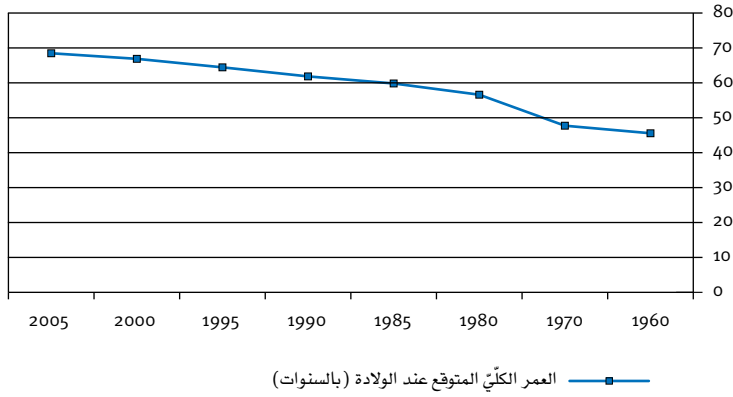
«النشاطات اللازمة، سواء أكانت استباقية أم كانت تمثل رد فعل، للإقلال إلى أدنى حد من التعرض لأحداث حادة في مجال الصحة العمومية تجعل الصحة الجماعية للسكان عبر المناطق الجغرافية والحدود الدولية عرضة للخطر» (منظمة الصحة العالمية، 2007).

الصحة وأمن الإنسان

مقاربة الصحة في إطار أمن الإنسان تعني التعامل مع الصحة «كحالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز» (لجنة أمن الإنسان، 2003).

الشكل 1-7

النمط الإقليمي في العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)،
2005-1960



المصدر: حسابات تقرير التنمية الإنسانية العربية / برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بالاستناد إلى قاعدة بيانات البنك الدولي 2008 (بالإنجليزية).
ملاحظة: الرقم هو المعدل الموزون، وفق النسبة السكانية للبلد.

إلى وضع العراقيل أمام المبادرات المتعلقة بالصحة والأمن.

أدت هذه العوامل مجتمعة، إضافةً إلى الروابط الضعيفة، والتي تلاقى بالمعارضة غالبًا، بين الخطاب الدولي ونظيره الإقليمي، إلى نشوء الوضع الراهن الذي تظهر فيه الأطراف العربية المعنية بالشأن الصحي بمظهر من يعارض أو يتجاهل المقاربات التطبيقية القائمة على أمن الإنسان بالنسبة إلى قضايا الصحة.

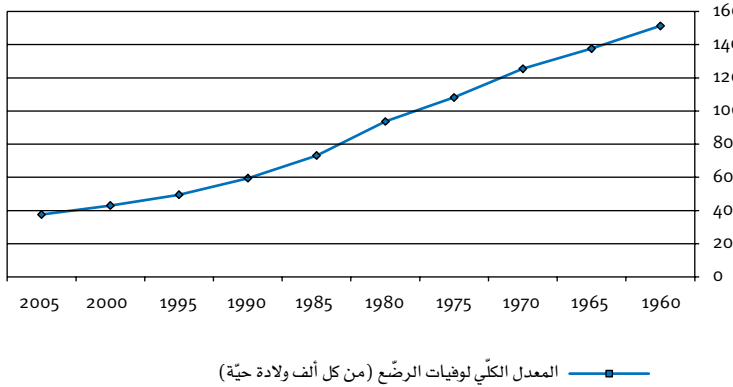
الوضع الصحي في البلدان العربية

يستخلص التقرير الحالي مؤشرات الصحة والنظام الصحي من البيانات التي تنشرها وكالات الأمم المتحدة في المقام الأول، إلا أن دقة هذه البيانات تحوم حولها الشكوك في بعض الحالات. وفي بعض الحالات الأخرى، تجري وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدني دراسات إحصائية مستقلة، ولكن الغالب هو أن الحكومات نفسها هي مصدر المعلومات. لا تتوافر نظم التسجيل الحيوية في معظم البلدان العربية، وإذا توافرت فقلما يمكن الركون إليها، فالبيانات «الوطنية» في معظم الحالات لا تستند إلى دراسات مسجّلة وطنية. ولا تمثل كل الفئات في المجتمع. من هنا فإن التعميمات المستخلصة من تلك البيانات تبقى ذات فائدة محدودة. أضف إلى ذلك أنه ليس من المعتاد أن تفصح الدول عن بيانات قد تكشف النقاب عن مفارقات داخلية يمكن أن تثير الشك في فائدة البيانات، وبخاصة عند دراسة قضايا المساواة والعدل في المجتمع.

على الرغم من ذلك، ينبغي الإقرار، بادئ ذي بدء، بأن المنطقة العربية قد شهدت خلال العقود القليلة الماضية تحسناً كبيراً في المجال الصحي علمًا بأنها بدأت أصلاً في وضع متأخر جداً. ففي الفترة الممتدة منذ ستينات القرن المنصرم وحتى مطلع الألفية الجديدة، تفوقت المنطقة العربية في واقع الأمر على معظم بلدان المناطق النامية في مجال تأخير الوفاة وإطالة العمر. ويمكن ملاحظة ذلك في زيادة 23 سنة على العمر المتوقع عند الولادة، وانقاص معدل وفيات الأطفال من 152 إلى 39 من كل ألف ولادة حيّة. ومع أن حصيلة المؤشرات الكليّة إيجابية، فإن التحديات ما زالت قائمة، وما زال في وسع البلدان العربية، أن تحسّن التغطية الصحية للمواطنين بما يتناسب والثروات المتوافرة فيها.

الشكل 2-7

النمط الإقليمي في معدل وفيات الرضع (من كل ألف ولادة حيّة)،
2005-1960



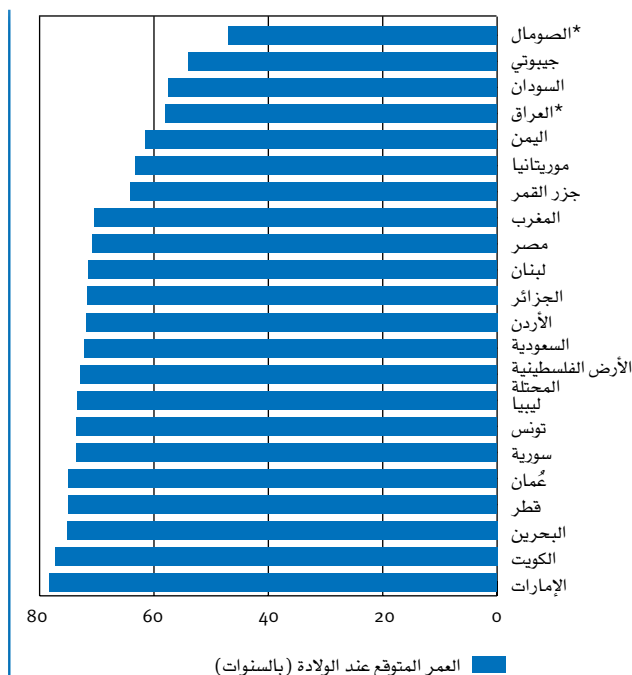
المصدر: حسابات تقرير التنمية الإنسانية العربية / برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بالاستناد إلى قاعدة بيانات البنك الدولي 2008 (بالإنجليزية).
ملاحظة: الرقم هو المعدل الموزون، وفق النسبة السكانية للبلد.

ومن أبرز التحديات المطروحة الآن تعديل التباين الملحوظ بين مختلف البلدان العربية والتصدي لأوجه الغُبن الموجودة في داخلها. ويجدر بنا في هذا السياق أن نذكر أن النجاحات الماضية لم تقم فقط على الاستثمارات الضخمة التي سخرت للتوسع الكمي في نظم الصحة، بل كانت كذلك وليدة التطورات الاقتصادية الاجتماعية الرئيسية التي أعقبت الفورة النفطية في سبعينات القرن المنصرم، وأسهمت في الارتقاء بالأوضاع الصحية.⁹

شهدت المنطقة العربية
خلال العقود القليلة
الماضية تحسناً كبيراً
نسبياً في المجال الصحي

الشكل 3-7

العمر المتوقع عند الولادة، 22 بلدًا عربيًا، 2005

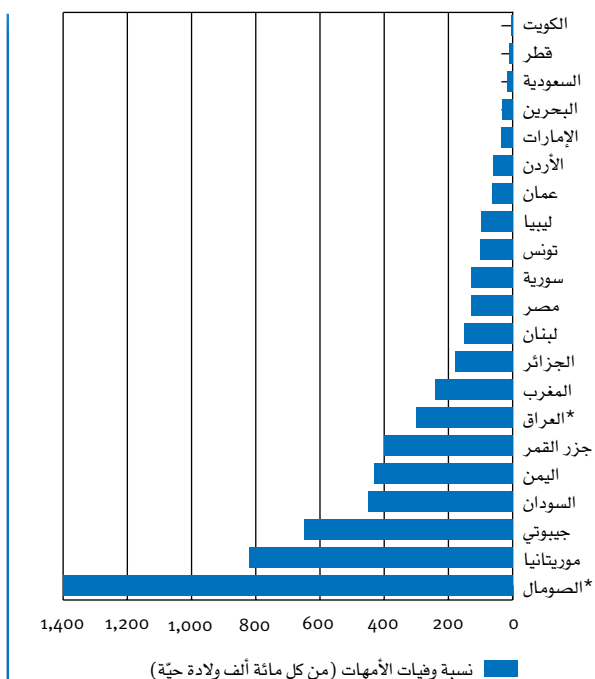


المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2007.

* البيانات عن العراق والصومال تعود إلى عام 2006، اليونسيف 2008.

الشكل 4-7

نسبة وفيات الأمهات (من كل مائة ألف ولادة حيّة) 21 بلدًا عربيًا، 2004

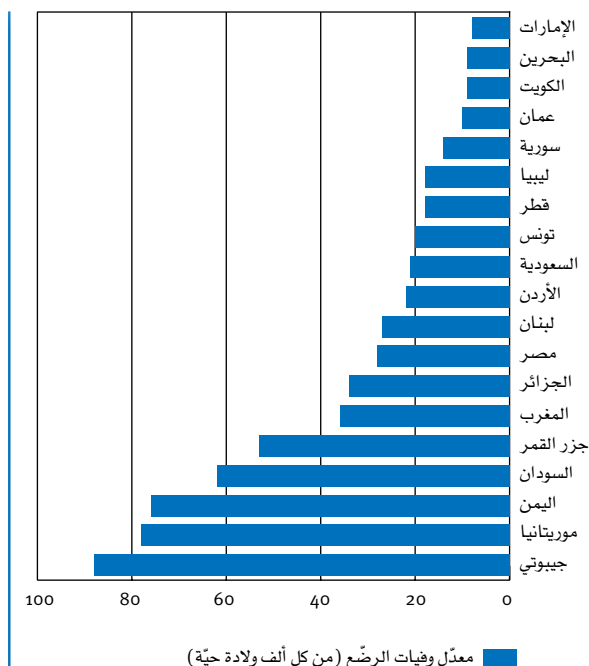


المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2007.

* البيانات عن العراق والصومال تعود إلى العام 2006، اليونسيف 2008. ** أُعدلت نسب وفيات الأمهات أعلاه بناءً على مراجعات اليونسيف، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان بغرض تفسير المشكلات الموثقة الخاصة بحالات القصور في الإبلاغ وسوء التصنيف.

الشكل 5-7

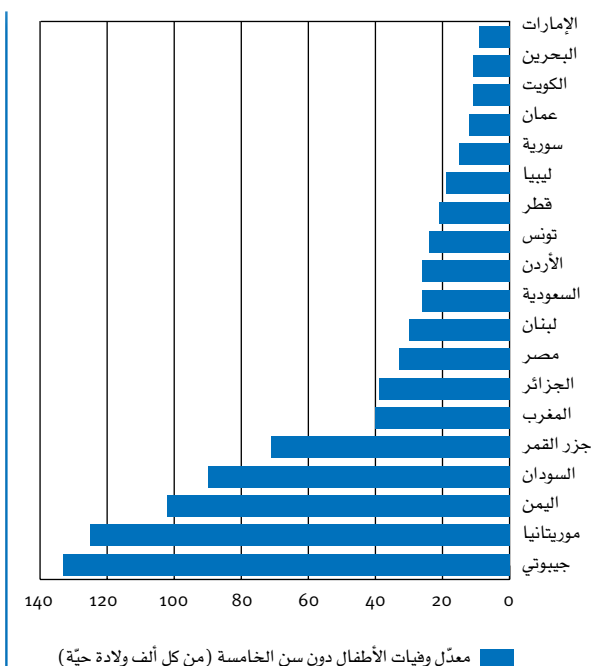
معدل وفيات الرضع (من كل ألف ولادة حيّة) 19 بلدًا عربيًا، 2005



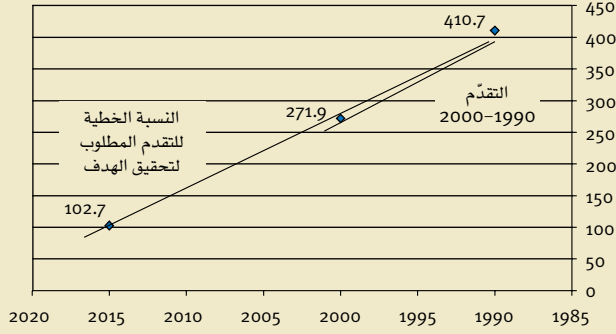
المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2007.

الشكل 6-7

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (من كل ألف ولادة حيّة) 19 بلدًا عربيًا، 2005



المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2007.

الغاية 6: خفض نسبة الوفيات بين الأمهات بمعدل ثلاثة أرباع
بين عامي 1990 و2015.نسبة الوفيات بين الأمهات، المنطقة العربية
(من كل مائة ألف ولادة حية)

المصدر: الإسكوا 2007 (بالإنجليزية).

في العام 2000، هبطت نسبة الوفيات بين الأمهات في البلدان العربية إلى 272 من كل مائة ألف حالة ولادة، ويمثل ذلك انخفاضاً بنسبة 34 في المائة عما كان عليه المستوى في العام 1990. وعلى افتراض أن معدل التقدم سيظل على ما كان عليه بين العامين 1990 و2000، فإن البلدان العربية، مجملها، ستحقق الهدف المتمثل بخفض نسبة الوفيات بين الأمهات بمعدل ثلاثة أرباع بحلول العام 2015. ويرتبط الانخفاض الملموس في نسبة وفيات الأمهات بازدياد حالات الولادة التي تقدم فيها العناية من جانب متخصصين مدربين في المجال الصحي. وقد ارتفع هذا المعدل في واقع الأمر بنسبة 16 في المائة خلال ذلك العقد. يضاف إلى ذلك أن الانخفاض في معدلات الحمل أثناء مرحلة المراهقة - وهو يرتبط بمخاطر جسيمة - قد أسهم في الهبوط الإجمالي لمعدل الوفيات بين الأمهات. والواقع أن احتمال وفاة المراهقات اللواتي تُراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة أثناء الوضع تعادل ضعف ما هي عليه الحال بالنسبة إلى النساء الأخريات، وفي حال من يكنّ دون الخامسة عشرة من العمر، يزداد احتمال الوفاة إلى خمسة أضعاف.

المصدر: الإسكوا 2007 أ (بالإنجليزية).

تتفاوت البلدان العربية
في معظم مؤشرات
الصحة العامة

المائة من المواليد في هذه البلدان تحت إشراف متخصصين في العام 2000، مسجلاً ارتفاعاً قدره 22 في المائة عما كان الوضع عليه في العام 1990. تتأثر أنماط إشراف المتخصصين على الولادات ونسب وفيات الأمهات في البلدان العربية الأقل نمواً بالوضع السائد في السودان الذي يشهد نحو 50 في المائة من المواليد الأحياء في تلك المنطقة الفرعية. وتتم ولادة أقل من نصفهم بقليل دون إشراف متخصصين. وفي العام 2000 بلغت نسبة وفيات الأمهات 509 حالات من كل مائة ألف ولادة حية.

على هذا المنوال تراوح نسب وفيات الأطفال ممن هم دون الخامسة بين أقل من عشرين من كل ألف مولود حي في معظم بلدان الخليج إلى ما

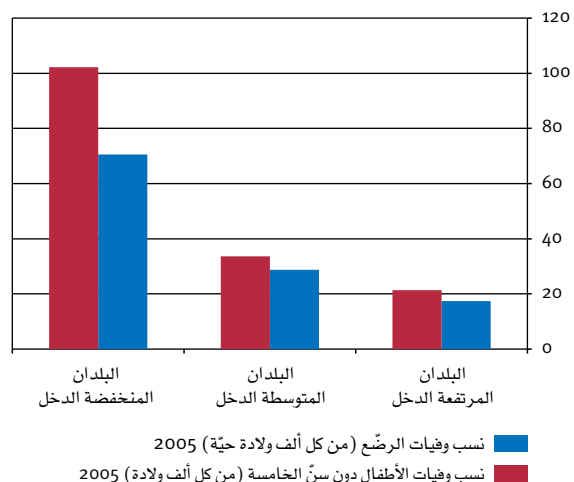
يبلغ العمر المتوقع عند الولادة في معظم البلدان العربية نحو سبعين سنة وعلى الرغم من ذلك يمكن أن نلاحظ تفاوتاً أساسياً في هذا الصدد بين المجموعات والمناطق الفرعية وسواها. ففي جيبوتي والسودان والصومال والعراق على سبيل المثال، لا يزيد العمر المتوقع على ستين عاماً، بينما يتجاوز أربعة وسبعين عاماً في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وعمان وقطر والكويت. وكما في بقاع أخرى من العالم، يزيد العمر المتوقع للنساء عليه عند الرجال. وباستثناء قطر والصومال، حيث الفجوة في العمر المتوقع بين الجنسين هي عام وعامان على التوالي، فإن الفرق في المنطقة ككل يراوح بين 3 و5 أعوام.

وتتجلى نواحي التفاوت بين المناطق العربية الفرعية في بقية المؤشرات، فنسبة وفيات الأمهات، مثلاً، تُراوح بين أربع وفيات لكل مائة ألف ولادة حية في الكويت، وأكثر من أربعمائة لكل مائة ألف في جيبوتي والسودان والصومال وموريتانيا واليمن. وتراوح نسب وفيات الأطفال الرضع بين ما يقل عن ثمانية لكل ألف ولادة حية في الإمارات وأكثر من ستة وسبعين لكل ألف ولادة في موريتانيا واليمن، وثمانية وثمانين لكل ألف ولادة في جيبوتي.

في المنطقة العربية، تتفاوت مستويات التقدم بالنسبة إلى تحقيق الغاية 5 (أ) من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثلة بخفض نسبة الوفيات بين الأمهات بمعدل ثلاثة أرباع بحلول العام 2015، نظراً إلى اختلاف الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية بين منطقة فرعية وأخرى. وفيما تتجه المنطقة بأكملها إلى الوجهة الصحيحة في هذا المجال، فإن ذلك لا يصح على المناطق الفرعية الأربعة جميعاً. ففي العام 2000 كانت نسبة وفيات الأمهات هي الأدنى في بلدان مجلس التعاون الخليجي أي بنسبة تعادل 17 حالة من كل مائة ألف مولود حي، نظراً إلى أن 98.2 في المائة من الولادات تتم في هذه البلدان بإشراف متخصصين. وفي حين انخفضت النسبة في البلدان العربية الأقل نمواً في العام 2000 بنحو 37.9 في المائة لتصل إلى 637.6 حالة من كل مائة ألف مولود حي، فإنها تبقى أعلى بدرجة كبيرة من النسبة المسجلة في البلدان النامية التي تبلغ 450 حالة من كل مائة ألف مولود حي. إن نسبة وفيات الأمهات في البلدان العربية الأقل نمواً هي الأعلى في المنطقة؛ وقد وُضع 44.8 في

الشكل 7-7

تفاوت الأوضاع الصحية في المنطقة العربية، نسب وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة (من كل ألف ولادة)، 2005

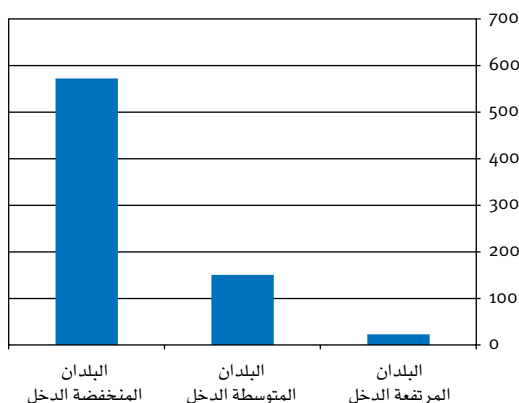


المصدر: حسابات تقرير التنمية الإنسانية العربية/برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بالاستناد إلى قاعدة بيانات البنك الدولي 2008 (بالإنجليزية).

ملاحظة: يقوم التصنيف على أساس حصة الفرد من إجمالي الناتج المحلي، ومُكافئ القوة الشرائية للدولار (بقيمة الدولار العالمية الراهنة)، ووفق الفئات الآتية: الدخل المنخفض 1,100 دولار- 2,200 دولار، الدخل المتوسط 3,600 دولار- 11,000 دولار، الدخل المرتفع 20,000 دولار- 44,000 دولار. وتشمل بلدان الدخل المنخفض: جزر القمر وجيبوتي والسودان والصومال وموريتانيا واليمن. وتشمل بلدان الدخل المتوسط: الأرض الفلسطينية المحتلة والأردن وتونس والجزائر وسورية ولبنان وليبيا ومصر والمغرب. وتشمل بلدان الدخل المرتفع: الإمارات العربية المتحدة والبحرين والسعودية وعمان وقطر والكويت.

الشكل 8-7

تفاوت الأوضاع الصحية في المنطقة العربية، نسبة وفيات الأمهات (من كل مائة ألف ولادة حيّة)، 2005



■ نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي من كل مائة ألف ولادة حيّة) 2005

المصدر: حسابات تقرير التنمية الإنسانية العربية/برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بالاستناد إلى قاعدة بيانات البنك الدولي 2008 (بالإنجليزية).

ملاحظة: يقوم التصنيف على أساس حصة الفرد من إجمالي الناتج المحلي، ومُكافئ القوة الشرائية للدولار (بقيمة الدولار العالمية الراهنة)، ووفق الفئات الآتية: الدخل المنخفض 1,100 دولار- 2,200 دولار، الدخل المتوسط 3,600 دولار- 11,000 دولار، الدخل المرتفع 20,000 دولار- 44,000 دولار. وتشمل بلدان الدخل المنخفض: جزر القمر وجيبوتي والسودان والصومال وموريتانيا واليمن. وتشمل بلدان الدخل المتوسط: الأرض الفلسطينية المحتلة والأردن وتونس والجزائر وسورية ولبنان وليبيا ومصر والمغرب. وتشمل بلدان الدخل المرتفع: الإمارات العربية المتحدة والبحرين والسعودية وعمان وقطر والكويت.

الإطار 3-7

البلدان في حاجة إلى بذل المزيد من الجهود لمكافحة الملاريا والسّل

الغاية 8 من الأهداف الإنمائية للألفية: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 وبدء انحسارها اعتباراً من ذلك التاريخ.

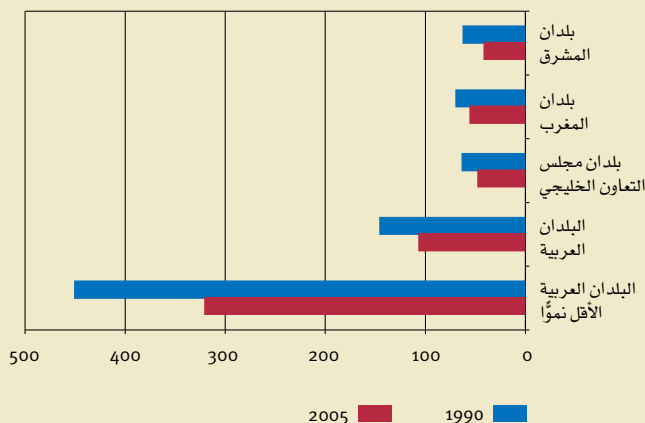
الملاريا: مع أن الملاريا قد استؤصلت تقريباً في معظم البلدان العربية، فإنها ما زالت وباءً مستوطنًا إلى حد بعيد في البلدان الأقل نموًا، حيث أبلغ في العام 2005 عمّا معدله 3,313 حالة من كل مائة ألف نسمة. وتمثل جيبوتي والسودان والصومال واليمن 98 في المائة من الحالات المبلغ عنها في المنطقة؛ وتوجد في السودان وحدها نحو 76 في المائة من هذه الحالات. من هنا، فإن تحقيق الغاية ذات الصلة في الأهداف الإنمائية للألفية بالنسبة إلى هذه المنطقة الفرعية وفي المنطقة العربية ككل يعتمد اعتماداً كبيراً على مدى حدوث تقدّم في جيبوتي السودان والصومال واليمن. وعلاوة على ذلك، إن واقع الإبلاغ عن الملاريا في هذه البلدان يحدّ من القدرة على معرفة العدد الفعلي للحالات، حيث المراقبة ضعيفة بل معدومة في بعض المناطق. ومن العوامل التي تعوق التقدم في جهود المسح الافتقار إلى مرافق الرعاية الصحية والمختبرات المناسبة وعدم توافر الظروف الأمنية المواتية.

السّل: ما زال السّل يمثل مشكلة مهمة في مجال الصحة العامة، وربما السبب الرئيسي للوفاة بالأمراض المعدية بين البالغين في المنطقة العربية.

المصدر: الإسكوا 2007 (بالإنجليزية).

ويقدر بأن عدد من أصيبوا بالسّل في العام 2005 وصل إلى 240,000 شخص توفي منهم 43,000. وكانت البلدان العربية الأقل نموًا هي الأكثر تأثرًا به، إذ وقع فيها نحو 56 في المائة من جميع حالات السّل الجديدة في المنطقة. وتتشير التقديرات إلى أن نحو 41 في المائة من مرضى السّل لا يحصلون على الرعاية الصحيّة المناسبة.

نسب انتشار السّل (من كل مائة ألف نسمة)



يزيد على مائة من كل ألف في جيبوتي وموريتانيا واليمن. كذلك ثمة تفاوت واسع بين المناطق الريفية والحضرية، حيث ترتفع النسب إلى أعلى مستوياتها في الريف.

ومن الأنماط المثيرة للاهتمام انتشار نقص التغذية في البلدان الفقيرة والدول التي ابتليت بويلات الحرب؛ وذلك دليل على الندرة المتزايدة للغذاء. تبلغ نسبة انتشار نقص الوزن بين الأطفال دون الخامسة 26 في المائة في الصومال، وتصل إلى 40 في المائة في السودان واليمن (وفقاً للبيانات المتاحة عن فترة 1996-2005). يضاف إلى ذلك أن تزايد حالات نقص التغذية بين الأطفال، حتى في بعض البلدان الغنية، يمثل مصدرًا آخر للقلق، فنقص التغذية - معتدلاً أو حاداً - بين الأطفال دون الخامسة يصل إلى 14 في المائة في الإمارات، و10 في المائة في الكويت. (9) ويشير ذلك إلى أن الفوائد الصحية المتوقعة لم تتحقق على الرغم من وفرة الموارد المالية المتاحة في بعض البلدان.¹¹

تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن أهم العوامل التي تسبب التفاوت في المستوى الصحي في البلدان العربية هي مستوى الدخل، ومكان السكن (في المناطق الحضرية أو الريفية)، ومستوى التحصيل العلمي للأهل. ومن أهم المؤشرات على تأثير هذه العوامل احتمال بقاء الطفل على قيد الحياة حتى ما بعد السنة الخامسة من العمر، وعدد حالات التقرُّم، واحتمال إشراف متخصصين على الولادة، وتوافر اللقاح ضد الحصبة خلال السنة الأولى من العمر. وفي ستة من البلدان العربية التي توافرت عنها البيانات

وهي الأردن وتونس والسودان ومصر والمغرب واليمن - كانت العوامل الأكثر تأثيراً هي مستوى الدخل والتحصيل العلمي للأهل. وبعبارة أخرى فإن الأطفال العرب في الأسر ذات الدخل الأعلى، أو التي تكون فيها الأم ذات مستوى تعليمي أعلى يتمتعون، وفقاً لمؤشرات منظمة الصحة العالمية، بعناية صحية أفضل ثلاث مرات أو أربعاً منها لدى الأطفال في العائلات ذات الدخل الأقل، أو الذين تكون أمهاتهم على مستوى تعليمي أدنى.¹²

وعلى صعيد المنطقة العربية، تدل المؤشرات الصحية جمعياً على أن ارتفاع الدخل الوطني يتلازم مع تحسُّن في المستوى الصحي، ويؤدي ذلك إلى الفوارق الواضحة بين البلدان العربية.

التغيرات في مجال الصحة العامة منذ عام 2002

إن مقارنة مؤشرات الصحة في البلدان العربية تبين حدوث ارتفاع في معدل العمر المتوقع عند الولادة وانخفاض في معدل وفيات الأطفال للعامين 2003 و2007 فيما راوحت باقي المؤشرات مكانها:

- ما زالت وجوه التفاوت قائمة بين البلدان العربية ذات الدخل المنخفض، ونظيراتها ذات الدخل المتوسط أو المرتفع.
- باستثناء عدد قليل من المؤشرات، فإن أداء البلدان المتوسطة الدخل يشبه، عادة، أداء البلدان المرتفعة الدخل.
- إن البيانات الوطنية والإقليمية المتوافرة تعطي صورة ناقصة عن نواحي التفاوت وعدم

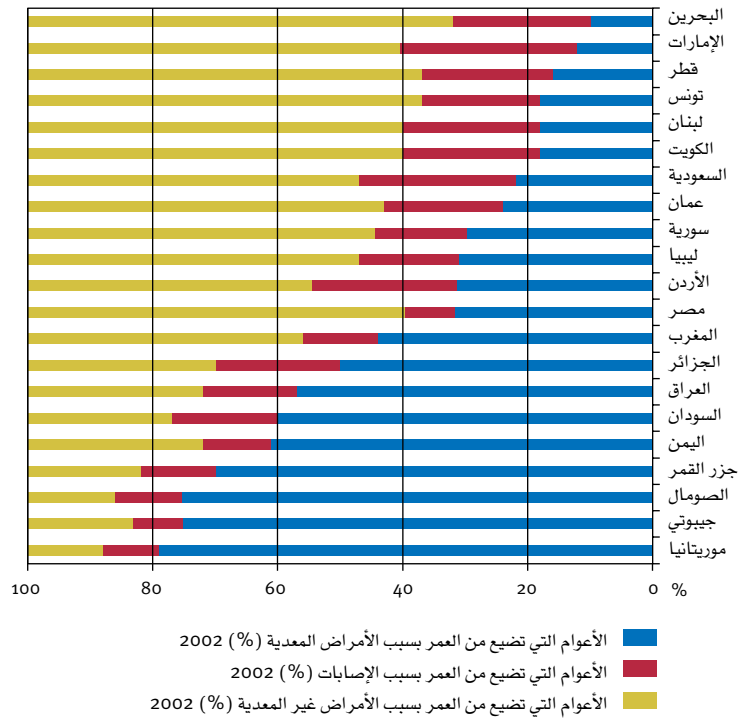
مستوى الدخل
ومكان السكن
ومستوى التحصيل
العلمي للأهل هي أهم
عوامل التفاوت في
المستوى الصحي
في البلدان العربية

التهاب الكبد الفيروسي «ج» في مصر

الإطار 4-7

تتعدّد أسباب التهاب الكبد الفيروسي الذي يمكن أن تسببه به عدة آليات بما فيها ناقلات العدوى. أما التهاب الكبد الفيروسي «ج» فسببه فيروس التهاب الكبد «ج» الذي يختصر بـ (HCV)، ويصيب خلايا الكبد مسبباً التهاباً حاداً ومضاعفات طويلة الأمد. يتعافى كلياً نحو 40 في المائة ممن يصابهم المرض لكن البقية، سواء أظهرت عليهم الأعراض أم لم تظهر، يصبحون ناقلين مزمنين للمرض وقد يصابون بسرطان الكبد. وتنتقل العدوى عادة عن طريق الاستعمال المشترك لإبر الحقن الملوثة أو تلقي دم من أحد المصابين، أو التعرّض مصادفةً لدم موبوء. ويقدر أن نحو 3 في المائة من سكان العالم مصابون بالتهاب الكبد الفيروسي «ج» وأن هناك نحو 4 ملايين ناقل للمرض في أوروبا وحدها. وينتشر التهاب الكبد الفيروسي «ج» في مصر على نطاق واسع، مع نسبة عالية من تواتر المرض والوفيات بسبب التهاب الكبد المزمن. إن ما يقارب عشرين في المائة من المتبرعين بالدم المصريين مصابون بهذا المرض، وتشهد مصر نسبة مرتفعة لانتشار هذا المرض تفوق النسب المسجلة في البلدان المجاورة وكذلك في بلدان العالم الأخرى التي تسود فيها أوضاع مماثلة من حيث الظروف الاجتماعية والاقتصادية والمعايير الصحية في العمليات الجراحية الباطنية الطبية والإجراءات التي شبه الطبية أو المتعلقة بطب الأسنان.

المصدر: منظمة الصحة العالمية 2002 (بالإنجليزية).



المصدر: منظمة الصحة العالمية 2008 (بالإنجليزية).

وموريتانيا تعاني نسبيًا مرتفعة من الأمراض المعدية¹³ مقارنةً ببلدان المنطقة التي تنخفض فيها معدلات الوفيات بين الأطفال والبالغين.

الصحة في مناطق النزاع

إن آثار النزاع العنيف في أمن الإنسان والصحة العامة¹⁴ معروفة لدى الجميع، فالحرب تقوّض أنظمة الصحة العامة، وقد تفضي إلى الانتشار المفاجئ للأمراض المعدية والأمراض المتعلقة بسوء التغذية. للحروب علاقةً بنشوء الأمراض غير المعدية واستفحالها بما فيها تلك التي تؤثر في الأوعية الدموية وتزيد من مخاطر النوبات القلبية (فقد ارتفعت، على سبيل المثال، نسبة الأمراض المتعلقة بالشرابيين في لبنان خلال الحرب الأهلية).¹⁵ وللحرب صلة أيضًا بمشكلات الصحة العقلية، كما تدلّ الحالات التي لوحظت وسجلت في العراق¹⁶ والأرض الفلسطينية المحتلة، وهذا ما سنناقشه بالمزيد من التفصيل في الفصل الثامن من هذا التقرير.

العوامل التي تتفاعل مع الأمن الصحي

يبين النقاش حول أمن الإنسان وكذلك الأحداث بحد ذاتها أن الصحة تتأثر تأثرًا عميقًا بالعوامل غير المتعلقة بالصحة نفسها. وهذه تشمل الأوضاع البيئية المتردية والاحتلال الأجنبي والصراعات المتصلة بالهوية والفقر والبطالة. وقد نوقشت تأثيراتها في فصول أخرى من هذا التقرير. أما السؤال المطروح هنا فهو: هل العكس صحيح كذلك؟ هل تترك الصحة آثارًا مهمة في نواح من أمن الإنسان غير مرتبطة بالصحة؟ وإذا أخذنا بالاعتبار الموقع المركزي والتفاعلي للصحة كواحد من مكونات أمن الإنسان، فإن من الطبيعي أن يؤدي تحسن المستوى الصحي إلى تعزيز أمن الإنسان في الواقع، مع تأثره بالمكونات الأخرى لهذا المفهوم. ويمكن إيضاح هاتين العلاقتين على النحو الآتي:

أولاً: الصحة والدخل

إن ارتفاع معدل الوفيات بين البالغين، ولا سيما الموت المبكر في أوساط المعيلين، قد تكون له آثار فورية مدمرة في مصير العائلة، بينها الفقر

المساواة القائمة داخل تلك البلدان، وهذا يؤكد أهمية تقارير التنمية البشرية الوطنية الصادرة في البلدان العربية بالنسبة إلى واضعي السياسات والأكاديميين والعاملين في مجال الصحة لأنها تعنى بهذه الاختلافات الموجودة على المستوى الداخلي في كل بلد.

المشكلات الصحية الرئيسية

تظل آثار العنف والأمراض المعدية هي المسبب الأول للوفاة في البلدان الفقيرة أو التي ابتليت بالحرب، مثل السودان والصومال واليمن. غير أن معظم البلدان في المنطقة العربية تمر في مرحلة انتقالية خطيرة تتسم بالانتشار الحاد للأمراض غير المعدية، والإصابات المتصلة بحوادث السير وأنواع الإصابات الأخرى، وتتعاظم الأخطار الناجمة عن الأمراض غير المعدية، كتلك التي يسببها التدخين والسكري وضغط الدم، المصاحبة لنمط الحياة الحديثة.

ويظهر الشكل 7-9 أن البلدان العربية التي ترتفع فيها معدلات الوفيات بين الأطفال والبالغين، مثل جزر القمر وجيبوتي والصومال

تتعاظم الأخطار
الناجمة عن الأمراض
غير المعدية، كتلك
التي يسببها التدخين
والسكري وضغط الدم

الصحة تتأثر تأثرًا
عميقًا بعوامل
غير متعلقة
بالصحة نفسها

عمومًا. وتتضح في كثير من البلدان النامية الآثار السلبية للتدخين في التنمية والاقتصاد،²¹ ومن المتوقع أن تعاني البلدان العربية مثل هذه الآثار. ومن هذا المنظور، لا يمثل التدخين في المنطقة العربية خطرًا على الصحة فحسب، بل على أمن الإنسان والتنمية كذلك.

كذلك تسهم التوجهات العامة في تعزيز الصمت الذي يكتنف موضوع مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز في البلدان العربية، وهو الصمت الذي يؤدي إلى زيادة انتشار المرض عند حظر نشر المعلومات عنه. وسيسلط القسم الأخير من هذا الفصل الضوء بصورة خاصة على موضوع مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز وأمن الإنسان.

يؤثر بعض المعتقدات والممارسات الشائعة تأثيرًا كبيرًا في أمن المرأة الصحي

ثالثًا: تأثير العادات الموروثة في صحة المرأة²²

الصحة العامة، كما أسلفنا، لا تتأثر فقط بالأوضاع الاقتصادية والاستقرار الاجتماعي والسياسي، وبكفاءة النظم الصحية ونوعيتها، وإنما تتأثر كذلك بمجموع المعتقدات والقيم السائدة في المجتمع والتي تترك آثارها في توجهات المواطنين إزاء الصحة والدرجة التي ينتفعون بها من المرافق والإجراءات الصحية والطبية. ويؤثر بعض المعتقدات والممارسات الشائعة تأثيرًا كبيرًا في أمن المرأة الصحي. يتجسد ذلك في تفضيل المجتمع الراسخ والمتجذر للمواليد الذكور، وما يترتب على ذلك من آثار متعددة الجوانب، وفي الممارسة المؤذية المتمثلة في تشويه الأعضاء التناسلية للإناث.

وفقدان الأمن الغذائي. ويمكن أن تكون لهذه الخسارة كذلك آثار غير مباشرة في حياة العائلة عندما تُضطر الجماعات التي تنزلق إلى ما دون خط الفقر إلى الاختلاط بشرائح مجتمعية تعتمد في معيشتها على العنف وتكون مستعدة لاستغلال ضعف تلك الجماعات. وقد يؤدي ارتفاع وتيرة المرض إلى الآثار نفسها عندما يتسبب في تدني مستوى الدخل لدى العائلات،¹⁷ وتتجلى هذه الآثار بأوضح صورها في حالة النفقات الصحية الباهظة.¹⁸ ومن الحقائق الثابتة أنه عندما تنخفض إنتاجية العامل جراء المرض والعجز، فإن الآثار المترتبة على ذلك تضعف الأداء الاقتصادي، وتُضخم الكلفة الصحية على أرباب العمل والدولة، وتُخفّض الناتج المحلي الإجمالي. وفي الاتجاه المعاكس لذلك، فإن مستوى الصحة العامة الجيد يؤثر تأثيرًا إيجابيًا في التنمية والنمو الاقتصادي، ومن ثم في الأمن. والواقع أن ذلك هو المحرك الرئيسي للحركات الداعية إلى «الاستثمار في الصحة» في الأوساط المعنية بالتنمية.¹⁹

ثانيًا: الصحة وعلاقتها بالمعرفة، والمعتقدات، والاتجاهات السلوكية

يتأثر السلوك الصحي للناس تأثرًا بالغًا بمعارفهم الصحية وكيفية تعاطيهم بأمور الصحة والمخاطر المرتبطة بها. كما تُعدُّ أنماط سلوك الناس، بدورها، من المحددات الرئيسة لمعدل الوفيات، مثلها مثل تواتر حالات المرض والعجز والنتائج الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عنها. ويؤسس ذلك، بدوره، علاقةً مهمة بين السلوك وأمن الإنسان.

يطرح التدخين مثالاً كبير الدلالة على هذه العلاقة، ذلك أن المنطقة العربية ينتشر فيها المدخنون بنسبة عالية لا بل إنها تضم واحدًا من أعلى معدلات التدخين في العالم.²⁰ وعلى الرغم من أن ذلك قد ينطبق على الرجال أساسًا، فإن نسبة التدخين بين النساء ليست أقل منها بين الرجال في بعض البلدان، كلبان على سبيل المثال. وتعاني بلدان عربية عديدة في هذه الآونة من أفة جديدة هي تدخين النارجيلة. ومن المعروف أن التدخين يسهم بصورة رئيسية في زيادة معدل الوفيات، وحدوث الأمراض، والاعتماد على خدمات الرعاية الصحية. من هنا يفرض التدخين مزيدًا من الأعباء الاقتصادية على العائلة، ويستنفد الموارد على الصعيد الاجتماعي

الإطار 5-7 المرأة في أول ظهور لها على مسرح الحياة

«بصرف النظر عما إذا كانت المرأة العربية فلاحًا في الجزائر، أو طبيبة في القاهرة، أو سكرتيرة في بيروت، أو طالبة في بغداد، أو عاملة في سورية، فإنها تشارك أختها المرأة العربية في مصير واحد مشترك: حياة مشوبة بالنبذ والأسر والكفاح من أجل التكفير عن خطيئتها لكونها ولدت امرأة، في مجتمع مفرط الذكورة تُعتبر فيه الأنوثة على الدوام مرادفًا للعار والخطر. إن مولدها، بدايةً، هو في نظر الآخرين مناسبة للحداد لا للاحتفاء والبهجة. تُستقبل في جو تشوبه الخيبة التي تكاد لا تُخفى. لقد كانوا يأملون في ولادة صبي، لكن قدومها سيوجب الخزي على أمها، والصدمة لأبيها: «الرجال يخلّفون الرجال» كما نقول في محيطنا الثقافي؛ إنهم يعلنون على الملأ: «هي وُلدت بنتًا»، «هو خَلّف ولدًا»... وما يحدث يوم تخرج الطفلة من رحم أمها ليس إلا نذيرًا بما هو آت. إنها بداية لحياة عليها أن تقاسمها باعتبارها «وضْعًا يستحق اللوم»، معرّضًا، في شتى مراحلها، للتعصب والقمع الدائمين والثقلين».

المصدر: Salman 2003.

الأمية تقوُّص صحة النساء

تلحق ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث ضرراً جسيماً بصحة المرأة

(يستعرض الفصل الرابع التأثير السلبي لهذه الممارسة في أمن المرأة الشخصي، بينما يركز هذا القسم على آثارها الصحية).

الصبي قبل الفتاة

عادةً، يُستقبل الوليد الذكر في العائلات العربية الأكثر فقراً، بصورة خاصة، بالابتهاج والترحاب، أما مولد الأنثى فقد يُعدُّ حادثاً يُحزن العائلة بأكملها، ويترك الأم ضحية لشفقة الأقارب والجيران. ويدلّ مثل هذا الاستقبال السلبي للوليدة على موقف ذي دلالة قد يفضي إلى إهمال وتجاهل قاسيين من جانب الأبوين في سنوات الطفولة الأولى وما بعدها.

من بين جوانب هذا التمييز الذي ينطوي على نتائج ذات تأثير سلبي كبير في صحة المرأة، الموقف الشائع الذي يرى أن تعليم الفتى أهم من تعليم الفتاة. ومن النتائج الصارخة على مثل هذا التحيز أن ثلثي الأميين هم من الإناث، في منطقة يعاني فيها الأمية واحد من كل ثلاثة أشخاص. وفي العام 2005، كان ما يقدر بنحو 40 في المائة من النساء العربيات لا يعرفن القراءة والكتابة. والأمية تقوُّص صحة النساء لأنها تحول دون إطلاعهن على المبادئ الأساسية للصحة والنظافة والنظام الغذائي، وهذا يضع عافية المرأة وأسرتهما في وضع حرج. يُضاف إلى ذلك أن الأمية ودرجة المعرفة المتدنية تساهم في ترسيخ العادات الممارسات المضرة بالصحة التي قد تقضي إلى الوفاة. هذه العادات والممارسات تشمل، على سبيل المثال، الحمل في مرحلة مبكرة جداً أو متأخرة جداً من العمر، ما يهدد بمخاطر جدية على صحة المرأة وأطفالها الذين قد يولدون بعيوب خلقية.

التقاليد قبل صحة المرأة

أشار الفصل الرابع إلى أن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث ما زال يُفرض، على نطاق واسع في البلدان العربية، على النساء في سن الإنجاب. ويقدر صندوق الأمم المتحدة لسكان نسبة هذه الممارسة بما يلي: جيبوتي (93 في المائة من الإناث)، السودان (90 في المائة)، الصومال (98 في المائة)، مصر (95.8 في المائة)، موريتانيا (71.3 في المائة)، واليمن (22.6 في المائة).²³ ويجري تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بين السنة الثامنة والسنة العاشرة من

عمر الفتاة، وقد تخضع الفتاة لهذه الممارسة في مرحلة لاحقة، وبخاصة قبل الزواج. تُبنى هذه الممارسة على تفسير مغلوطة أو مضللّ للتعاليم الدينية والثقافة الشعبية بأنها تحافظ على عفة الأنثى وطهارتها، وأنها من مستلزمات الزواج «العفيف» في مجتمع تتمحور فيه الثقافة حول الذكورة. في كل الأحوال، تلحق هذه الممارسة الضرر الجسيم بصحة المرأة.

وغالباً ما تُرغم الفتيات على الرضوخ لهذه العملية دون استعمال التخدير؛ كما تُجرى على أيدي أفراد غير مؤهلين، بمن فيهم القابلات والماشطات والحلاقين المرخصين لختان الأولاد، الذين غالباً ما يستعملون أدوات غير معقمة في أوضاع غير نظيفة. ومن جملة المضاعفات الصحية العديدة المحتملة، تبرز مخاطر فورية، وأخرى على المدى البعيد.

الضرر النفسي: إن الضرر الذي تعانيه الفتاة اليافعة جراء هذه العملية الوحشية تترك لديها ندوباً نفسية ترافقها مدى الحياة.²⁴ ومن المحتمل أن تسفر المضاعفات المحتملة عن صدمات عصبية قد تكون قاتلة.

الصدمات النزيفية: ينجم هذا النوع من الصدمات عن الضرر الذي يصيب الأنسجة والأوعية الدموية والذي يسببه جهل من يجرون العملية للقواعد الأساسية لعلم التشريح. وتنتشر الوفيات بين الفتيات اللواتي يخضعن لهذه العملية، على الرغم من ندرة الحالات الموثق بها، لأن الوالدين والقائمين بالعملية قلما يبلغون عن مثل هذه الحالات خشية التعرض للملاحقة القانونية. وفي بعض الحالات يكون النزيف أقل حدة ويجري التعامل معه بمعالجة الجروح بخليط من الأدوية التقليدية غير النظيفة، مثلها مثل الأدوات المستخدمة، والأيدي التي تُجرى العملية.

الالتهابات: في فترة لاحقة، كثيراً ما تتعرض الشابات لجراثيم التيتانوس وفيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز، والتهاب الكبد الفيروسي بنوعيه «ب» و«ج»، وقد تؤثر هذه الالتهابات في المسالك البولية والكلية، ما قد يفضي أحياناً إلى التكيُّس، والمزيد من الالتهابات، وحتى الفشل الكلوي. وقد تتأثر كذلك الرحم، وقتاة فالوب، وربما يؤدي ذلك إلى العقم. وتترك الجروح التي تخلفها هذه الممارسة ويصعب التئامها سلسلة عريضة من الحساسيات والألام الجسدية المبرحة والمعانات النفسية التي تبرز في وقت لاحق من حياة المرأة، وتعكر الحياة الزوجية، وتُعسر الحمل والولادة.

مشكلات مزمنة. وفي ما يلي عدد من الملاحظات المهمة في هذا الصدد:

تصعب المقارنة بين النظم الصحية في البلدان العربية

- لا يتوافر للكثيرين حتى الآن بعض خدمات الرعاية الصحية الأساسية (ومنها، على سبيل المثال، العناية الصحية المجانية للرضع). وينطبق ذلك بصورة خاصة على الجماعات المهمشة في كل من المناطق الحضرية والريفية.
- تستنفد المستشفيات كميات ضخمة من الموارد في البلدان العربية، وتتفق وزارات الصحة أكثر من نصف ميزانياتها على الخدمات العلاجية التي تعتمد على المستشفيات. والواقع أن بعض المستشفيات الحكومية والخاصة في المنطقة قد أصبحت تتمتع بمكانة مرموقة على الصعيد العالمي. إلا أن ثمة وجوهاً من التباين الخطير بين مستويات أدائها: فالمناطق الحضرية تحظى بتغطية صحية أوسع مما في المناطق الريفية، وليس ثمة تنسيق بين القطاعين العام والخاص.

- حاول عدد من البلدان العربية تحسين خدمات الرعاية الصحية الأساسية المقدمة للناس، إلا أن هذه المحاولات ما زالت ناقصة في معظم هذه البلدان، ومدفوعة إلى الانضواء

تلقي عدة دراسات حديثة الضوء على إنجازات نظم الصحة في البلدان العربية، والتحديات التي تواجهها.²⁵ وفي تقرير منظمة الصحة العالمية حول نظم الصحة للعام 2000،²⁶ احتلت البلدان العربية مراتب متدنية من حيث مستويات النتائج الصحية الجيدة، ومدى التجاوب مع احتياجات المستهلكين، والإنصاف في التمويل. يضاف إلى ذلك أن ثمة فوارق تنظيمية مهمة ذات جذور تاريخية بين النظم الصحية في البلدان العربية، وذلك ما يجعل المقارنة بينها مسألة صعبة. وعلى الرغم من ذلك يمكن طرح عدة ملاحظات حول نظم الصحة العربية بجماليتها،²⁷ وستكون دراسة هذه النظم مفيدة نظراً إلى أهميتها في مجال أمن الإنسان.

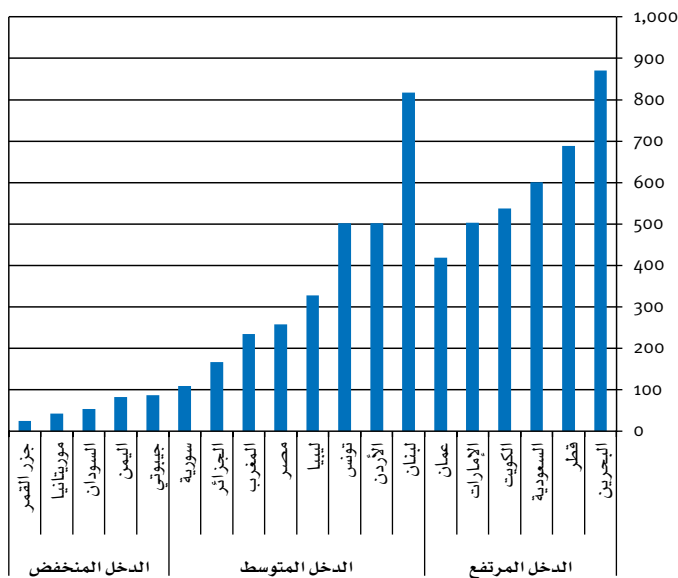
1. مفاهيم ضيقة

بالنسبة إلى معظم الناس، يشير اصطلاح «النظام الصحي» إلى نظام للرعاية الصحية. وهو تعريف غير كافٍ عندما ننظر إليه من زاوية أمن الإنسان. فإذا كان لنا أن نعتمد تعريفاً أشمل لمصطلح «النظام الصحي»، بحيث يشمل كل النشاطات التي تؤثر في الصحة، مثل ضمان التغذية المناسبة، وكميات المواد الغذائية الأساسية المناسبة، وحصول المواطنين على المياه النظيفة، فإن هذه المسائل قد تكتسب أهمية أكبر عند رسم السياسات الصحية. وسيؤدي ذلك بدوره إلى إنتاج مردود إيجابي في ميدان أمن الإنسان. غير أن السياسات المتصلة بالصحة في البلدان العربية، مع الأسف، لا تعتمد مثل هذه النظرة الشاملة، كما لا تطرح هذه الأمور للنقاش في المجال العام. وبدلاً من ذلك فإن السائد هو أن الترتيبات وأساليب توزيع السلع المرتبطة مباشرة بالصحة، وكذلك المسائل الأساسية المتصلة بالتغذية والغذاء والحصول على المياه النظيفة غدت تُحال، بصورة لا تتسابق فيها، على هيئات غير معنية بالصحة، مثل وزارات الزراعة.

2. الخدمات الصحية: عدم الإنصاف في تقديمها، وتدني مستواها واعتمادها الكامل في بعض الأحيان على مقاربة تقنية بحثة

على مدى عقود استثمرت البلدان العربية مبالغ ضخمة في القطاع الصحي، وبخاصة في خدمات الرعاية الصحية. وعلى الرغم من هذه الاستثمارات ظلت الرعاية الصحية تعاني

الشكل 7-10 التفاوت في الإنفاق على الصحة في البلدان العربية، 2004



■ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في العام 2004 (مُعادل القوة الشرائية بالدولار)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2007.

نواحي القصور في تقييم الاحتياجات الحقيقية وفي انتهاج مقاربات مناسبة للتعاقد والشراء، وفي تأمين المرافق المناسبة، وفي الصيانة الوقائية، وفي الاستخدام السليم للموارد، وفي التشديد على مستوى الجودة. وتعدُّ سوق المعدات والتوريدات الطبية في المنطقة العربية سوقاً مُربحة²⁹ تستلزم المزيد من الاستثمارات التي تستهدف الربح. وينطوي ذلك على أهمية كبيرة بالنسبة إلى قطاع الرعاية الصحية، لأن من الثابت أن توافر التقانة الراقية يمكن أن يزيد من مستوى الطلب. إلا أن كلفة التقانة العالية، إضافة إلى كلفة الرعاية الصحية، ستستنزب موارد مهمة في اقتصادات البلدان العربية ذات الدخل المنخفض والمتوسط على حد سواء.

وقد أقامت عدة بلدان عربية مراكز إقليمية لاجتذاب المرضى الراغبين في التمتع بخدمات طبية ذات تقنية متقدمة. وما دام الأثرياء في البلدان الغنية، وحتى الفقيرة، هم القادرون أكثر من غيرهم على اجتياز الحدود الوطنية سعياً وراء الرعاية الصحية، فإن «السياحة الطبية» تستنزف العملة الصعبة الثمينة (الدولار) في بلدانهم الأصلية. ففي اليمن، مثلاً، ينفق على العلاج في الخارج نحو 29 في المائة من إجمالي الإنفاق من الأموال الخاصة والعامّة. وفي حالة المرض تدفع العائلة اليمنية، من جيبها الخاص، ما يقارب ريالين من كل ثلاثة ريالات يمنية يتم إنفاقها على الرعاية الصحية.³⁰ ويفرض ذلك، بدوره، ضغطاً على الحكومات لإقامة مراكز ذات تقنية متقدمة يتم إنشاؤها، في معظم الحالات، على حساب الخدمات الصحية الوقائية.

3. عدم كفاية التمويل بشكل عام في مجال الصحة
تمثل النفقات الصحية في أكثر البلدان العربية ما يراوح بين 2.4 في المائة و6 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. وهذه النسبة أعلى في لبنان والأردن (12 و10 في المائة على التوالي)، وهي الأقل في قطر والصومال (2.4 و2.6 على التوالي). ويتجلى التفاوت الواضح داخل الإقليم في الإنفاق الفعلي على الصحة، وهو يراوح بين 25 دولاراً و871 دولاراً للفرد. كما تؤثر الترتيبات الحالية لتمويل الرعاية الصحية تأثيراً كبيراً في أمن الإنسان. فباستثناء بلدان الخليج العربية، ترصد غالبية البلدان العربية مبالغ لا تذكر نسبياً للقطاع الصحي. وفي كثير من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، حيث تراوح النفقات الخاصة على الصحة بين 20 و72 في المائة

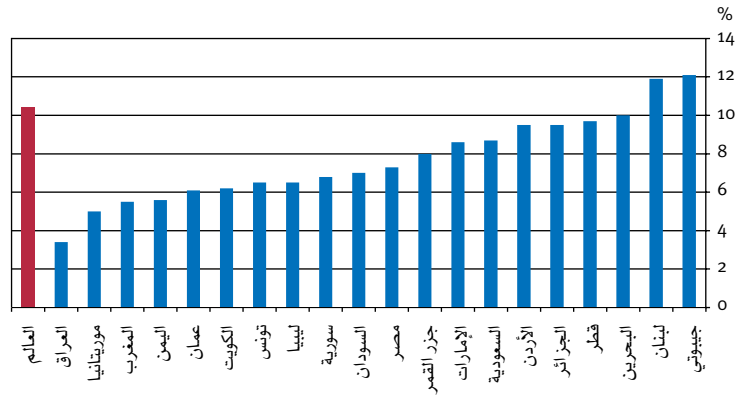
تحت جناح نظام الرعاية الصحية القائم ومستشفيات ضعيفة الموارد والإمكانات. توجّه انتقادات واسعة إلى قطاع الصحة العامة نظراً إلى تدني مستوى الجودة وانعدام الكفاءة فيه، وعدم تجاوبه مع احتياجات المرضى، والإحالة المتكررة للمرضى على القطاع الخاص.

حذر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية من الآثار الخطيرة لمثل هذا الوضع،²⁸ وحدد

لا تتفق الحكومات إلا القليل على القطاع الصحي

الشكل 11-7

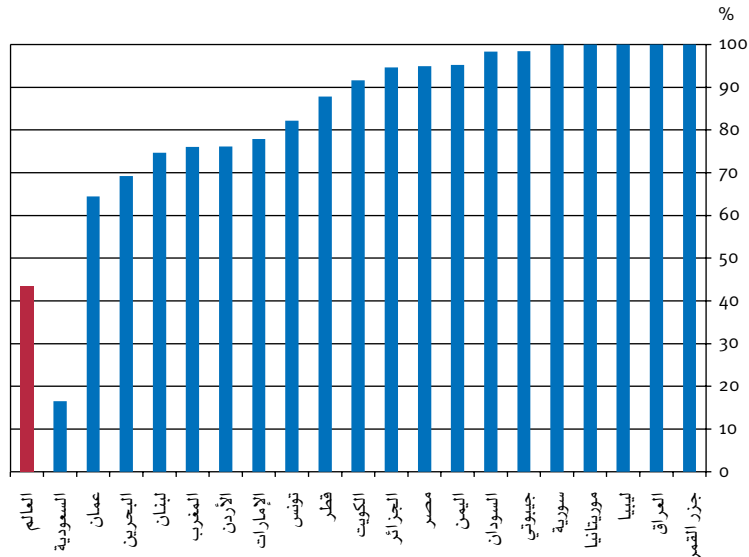
نصيب الإنفاق على الصحة العامة من إجمالي الإنفاق الحكومي (%) في 20 بلداً عربياً، 2005



المصدر: البنك الدولي 2008 (بالإنجليزية).

الشكل 12-7

نصيب الإنفاق الشخصي على الصحة من الإنفاق الصحي الخاص (%) في 20 بلداً عربياً، 2005



المصدر: البنك الدولي 2008 (بالإنجليزية).

*ملاحظة: يعني الإنفاق الشخصي كل ما تدفعه الأسرة، بما في ذلك المنح والدفوعات العينية، للأطباء ومزودي الأدوية والمعدات العلاجية، وأية سلع أو خدمات أخرى ترمي أساساً إلى الإسهام في استعادة الأوضاع الصحية للأفراد أو الجماعات السكانية أو تعزيزها، وهي جزء من النفقات الصحية الخاصة.

- مراقبة الأوضاع الصحية وتحليلها.
- وضع الأنظمة والتعليمات الصحية وتطبيقها.
- رصد الأخطار ومصادر الضرر التي تؤثر في الصحة العامة وضبطها واستقصاؤها.
- تقييم إمكان الحصول على الخدمات الصحية الضرورية، وضمان الوصول إليها في واقع الممارسة.
- الارتقاء بمستوى الصحة والوعي العام للقضايا الصحية.
- تنمية العاملين المتخصصين في المجال الصحي وتدريبهم.
- تشجيع مشاركة المجتمعات المحلية وتمكين المواطنين من الحصول على الخدمات الصحية.
- ضمان الجودة النوعية للخدمات الصحية.
- رسم السياسات وتنمية المهارات المؤسسية في مجالات التخطيط، والإدارة، والتنسيق في المجال الصحي.
- إجراء الدراسات لإيجاد الحلول المبتكرة لمشكلات الصحة العامة، وتطبيق مثل هذه المبادرات.
- التخفيف من الآثار المتعلقة بالصحة في حالات الطوارئ والكوارث.

المصدر: فريق التقرير.

5. إشكالية الإدارة في النظم الصحية

تعاني الإدارة في مؤسسات النظم الصحيّة العربية من بيروقراطية هرمية قاصرة، ذات أهداف سياسية غالباً ما تتعارض مع النهوض بالصحة العامة. فكبار المسؤولين أصحاب النفوذ والمصالح خارج المستشفيات والعيادات يمارسون نفوذهم في داخلها أيضاً. وغالباً ما تتحكم في إدارة هذه المؤسسات توجيهات ومعايير ونظم بالية، قليلة المعرفة، وأحياناً بلا قيمة. أما الحوافز في هذه النظم فتعمل عكس المطلوب، ما يؤدي إلى كبح الابتكار والمبادرة والارتقاء بمستوى الكفاءة. يضاف إلى ذلك أن التسلسل الهرمي للرقابة قد لا يسمح للمؤسسات الصحية بالتكيف والتجاوب مع المشاركة الشعبية والتمكين الضروري لتحقيق أهداف أمن الإنسان.

6. افتقار الرؤية الواضحة لمحددات الصحة الأساسية

النظم الصحية العربية الراهنة لا تؤكد بدرجة كافية المحددات الصحية المهمة وغير المباشرة المتعارف عليها في أوساط المعنيين بالتنمية الإنسانية، مثل الجودة النوعية ودرجة التغطية في مجالات التعليم، وتمكين المرأة، والعدالة الاجتماعية والاقتصادية. وهي غير مهياً، ذهنياً، للتعامل مع العوامل الرئيسية التي تؤثر تأثيراً واضحاً في أمن الإنسان، مثل الجنوسة، والطبقة الاجتماعية، والهوية والاعتبارات الإثنية.

من النفقات الإجمالية في هذا المجال، لا تنفق الحكومات إلا القليل على القطاع الصحي. وتعدّ جيبوتي ولبنان من الحالات الاستثنائية المتميزة، حيث الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من النفقات الحكومية الإجمالية، يتجاوز المعدل العالمي. أما من حيث مستويات التمويل المطلقة، فإن البلدان المنتجة للنفط تستثمر مبالغ مالية ضخمة، بيد أن تلك الاستثمارات لا تترجم نفسها كتغطية صحية منصفة وعادلة لجميع السكان.

إن إنفاق القطاع الخاص على الصحة لا يعوّض النقص في الإنفاق الإجمالي، ذلك أن برامج التأمين الصحي الخاصة بالموظفين، وهي التي تمثل في البلدان المتقدمة القنوات الرئيسية للتمويل الخاص للخدمات الصحية، لا تقدم إلا ميزات طفيفة ما يلقي على كاهل المواطنين العرب وأسرهم عبئاً ثقيلاً من النفقات المتصلة بالصحة.³¹ وكما يوضح الشكل 7-12، فإن الإنفاق الشخصي في 19 بلداً عربياً من أصل 20 بلداً شملتها الدراسة مرتفع جداً مقارنةً بمثيله في بقاع أخرى من العالم. ولذلك تأثير كبير في أوضاع الأسر ذات الدخل المنخفض، حيث إن وقوع رب الأسرة فريسة لمرض خطير أو مكلف سيدفع بالعائلة إلى هاوية الفقر، بل إن العائلات في البلدان ذات الدخل المتوسط معرضة للمخاطر لأن قدرتها الشرائية محدودة مع استمرار الكلفة الصحية بالتصاعد نتيجة التوسع في اتباع سياسات السوق في هذا القطاع، وهي سياسات لا تأخذ بالحسبان مستويات الدخل بين مختلف الفئات.

4. تعاني نظم الصحة العامة نقص الموارد، وتدني مستوى الأداء

تعاني نظم الصحة في البلدان العربية أحياناً ضعف القدرات في مجال الصحة العامة، وثمة خصائص عدة تدل على هذه الظاهرة مثل الأداء المتدني للعديد من مؤسسات الصحة العامة، وعدم صلاحية البنية الحالية لنشر الوعي العام حول شؤون الصحة، وندرة المهنيين في مجال الصحة العامة، وإيلاء الصحة العامة القليل من الأهمية في عملية صنع القرار. وينعكس هذا الوضع، بدوره، في الانطباعات والمدرجات الشعبية السلبية التي تشكلت بين الناس عن أداء قطاع الصحة العامة. ونظراً إلى نواحي القصور هذه، يصبح القطاع الصحي غير مهياً بما فيه الكفاية لأداء المهمات المطلوبة لضمان الأمن الصحي العام.

تستمر الكلفة الصحية بالتصاعد

7. عدم المساواة في توزيع المهنيين

والمعاونين في المجال الصحي

باستثناء البلدان العربية الأكثر فقراً، مثل السودان والصومال واليمن (حيث يقل عدد الأطباء عن خمسين لكل مائة ألف من السكان)، تتمتع معظم البلدان العربية بأعداد مقبولة نسبياً من الأطباء بالنسبة إلى عدد السكان، مع أن غالبية الأطباء العاملين في بلدان الخليج هم من العمالة الوافدة. ومع ذلك، فإن الأطباء لا يتوزعون توزيعاً منصفاً في بلدانهم الأصلية، حيث يتمركز معظمهم في المناطق الحضرية. وثمة نقص شديد في أعداد العاملين في مجال الصحة العامة، وفي أعداد أطباء الأسنان والممرضين والمعاونين الطبيين، الذين لا يتوزعون توزيعاً منصفاً على الإطلاق بين المناطق الحضرية والريفية، وبين المستشفيات والمراكز الأساسية. وتعاني المنطقة العربية ارتفاع معدلات «هجرة الأدمغة»، وبخاصة في أوساط المهنيين في المجال الصحي، سواء أمن البلدان الدخل المنخفض أم المتوسط إلى البلدان العربية المرتفعة الدخل أم إلى دول أميركا الشمالية وأوروبا.

مرض نقص المناعة المكتسب/ الإيدز: تهديد يقلق الجميع³²

تفيد بيانات منظمة الصحة العالمية أن مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز في المنطقة العربية يبقى أقل انتشاراً من أمراض عديدة أخرى

بما فيها الملاريا، والفشل الكبدي، والأمراض التنفسية. فعدد المصابين بمرض السل، مثلاً، يزيد 400 مرة عن عدد المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز في المنطقة.³³ بل إن مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز في البلدان العربية قد يكون أقل انتشاراً منه في سائر مناطق البلدان النامية. ومع ذلك فإن هذا لا يدعو بالضرورة إلى الاستكانة. فهذا الفيروس الخطير لا يمكن مواجهته إلا بالمزيد من التوعية العامة، وباستخدام الأساليب العلمية للوقاية. يضاف إلى ذلك، أن هناك أسباباً وجيهة للنظر بصورة جدية إلى طبيعة هذا المرض وخصائص انتشاره في البلدان العربية.

خطر عنيد وسهل الانتشار ويشوبه سوء الفهم

إن الإيدز، أو متلازمة نقص المناعة المكتسب، مرض قاتل يسببه فيروس نقص المناعة البشرية، وهو يدمر قدرة الجسم على مقاومة العدوى والمرض، وقد يفضي آخر الأمر إلى الموت. ويتوافر في الوقت الحاضر مضاد للفيروسات المغلفة قد يبطل استنساخ الفيروس ويحسن من نوعية الحياة إلى حد بعيد، غير أنه لا يقضي على المرض. وفي نهاية العام 2006 بلغ العدد التراكمي للمصابين بالإيدز منذ اكتشافه في العام 1981 نحو 65 مليوناً، بينما وصل العدد الإجمالي للوفيات المتعلقة بالإيدز في العالم إلى نحو 32 مليوناً، أي أكثر مما فعله أي مرض آخر على مدى التاريخ البشري.³⁴

والبلدان العربية ليست بمنأى عن هذا الخطر؛ فوفقاً لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، توفي أكثر من 31,600 طفل وبالغ في العام 2007 بسبب الإيدز في هذه البلدان (منهم 80 في المائة في السودان). وما على المرء إلا أن يلاحظ الارتفاع النسبي في عدد الإصابات الجديدة، إذ يقدر أن 90,500 حالة جديدة من الإصابة بالإيدز قد ظهرت في البلدان العربية في الفترة ما بين العامين 2001 و2007، منها 50,000 حالة في السودان فقط.

القوة التدميرية لمرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز لا تكمن في قوّة الفيروس المسبب له فحسب، بل كذلك في وصمة العار الاجتماعي التي تصاحبه. إذ يُجرّم المصابون أحياناً من حقوقهم الإنسانية الأساسية: ويمكن أن يطردوا من عملهم، ويحرموا من التدريب

تعاني المنطقة العربية

ارتفاع معدلات

«هجرة الأدمغة»

في أوساط المهنيين

في المجال الصحي

يُجرّم المصابون

بمرض نقص المناعة

المكتسب/الإيدز

من حقوقهم

الإنسانية الأساسية

الجدول 1-7 العدد التقديري للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة، 12 بلداً عربياً، 2007

البلد	العدد التقديري 2007	[تقديرات دنيا-علياً]
الأردن	> 1,000	[> 2,000]
البحرين	> 1,000	[> 2,000]
الكويت	> 1,000	[> 2,000]
لبنان	3,000	[1,700-7,200]
تونس	3,700	[2,700-5,400]
مصر	9,200	[7,200-13,000]
موريتانيا	14,000	[8,300-26,000]
جيبوتي	16,000	[12,000-19,000]
المغرب	21,000	[15,000-31,000]
الجزائر	21,000	[11,000-43,000]
الصومال	24,000	[13,000-45,000]
السودان	320,000	[220,000-440,000]

المصدر: منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز 2008 (بالإنجليزية).

الجدول 2-7 النسب المقارنة للحصول على معالجة حالات مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، كانون الأول/ديسمبر 2003 وحزيران/يونيو 2006

البلدان	نسبة من يحصلون على المعالجة
كل البلدان	24%
أميركا اللاتينية وجزر الكاريبي	75%
أفريقيا جنوب الصحراء	23%
شرق وجنوب شرق آسيا	16%
أوروبا/آسيا الوسطى	13%
شمال أفريقيا/الشرق الأوسط	5%

المصدر: منظمة الصحة العالمية و برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز 2006 (بالإنجليزية).

العربي، وهذا ما قد يفسّر انخفاض عدد الأرقام في المنطقة الفرعية الأخيرة.

وعلى سبيل المثال، فإن برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، يقدر أن عدد المصابين بهذا المرض كان في العام 2007 أقل من 1,000 في كل من الأردن والبحرين والكويت. ومقابل هذه المعدلات المتدنية تقف الأعداد التقريبية للمصابين في العام 2007 في كل من جيبوتي (16,000)، والمغرب (21,000)، والجزائر (21,000) والصومال (24,000). وفي حالة السودان، تبلغ الأعداد التقديرية مستوى أعلى من ذلك، فتصل إلى 320,000.

وفق تصنيفات علماء الأوبئة، إما أن تكون الأوبئة «معمّمة» الانتشار (أي أنها تشمل أكثر من واحد في المائة من إجمالي السكان)، أو «مكتفة» (أي أنها تشمل أكثر من خمسة في المائة من بعض فئات السكان في مناطق معينة). في المنطقة العربية كانت البلدان التي وصل فيها الوباء طور الانتشار «المعمّم» في العام 2007 تضم السودان (1.4 في المائة) وجيبوتي (3.1 في المائة).³⁶ ويتركز أغلب الأوبئة في شرائح سكانية محددة معرضة للخطر، كالذين يتعاطون المخدرات بالحقن الوريدية أو بائعات/بائعي الهوى وزبائنهم والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال،³⁷ والسجناء، والفتيات اللواتي يتزوجن قبل بلوغهن الثامنة عشرة، وبخاصة من يتزوجن رجالاً أكبر سنّاً منهن بكثير.³⁸

ومن الملاحظات ذات الدلالة حول السودان أن فيه نسبة متّوية عالية من النساء اللواتي ثبتت إصابتهن بفيروس نقص المناعة. فالمقارنة بمعدل عالمي بلغ 48 في المائة في العام 2007، تُبيّن أن 53 في المائة من المصابين بفيروس نقص المناعة في السودان هم من النساء. أما في البلدان العربية الأخرى فتسببة النساء من بين

والترقية، كما يحرم أطفالهم من فرص ثمينة، وربما يرفض الأطباء معالجتهم، وقد يتعرضون للإهانة وسوء المعاملة.

هذا فضلاً عن أن الأشخاص المصابين قد لا يكونون على وعي بحالتهم إلا بعد انتقال العدوى إليهم بوقت طويل، وفي مثل هذه الحالات يظل الفيروس خبيثاً في الجسم لمدة طويلة. والذين يساورهم الشك في انتقال العدوى إليهم غالباً ما يتحاشون القيام بالفحوص الطبية الضرورية خجلاً من حالتهم أو خشيةً من أن يوصموا بالعار أو يتعرضوا للتمييز ضدهم في المعاملة. أما من يعرفون عن أوضاعهم فقد يتورعون عن إبلاغ أقرب المقربين إليهم، بمن فيهم شركاء العمر، الذين قد تنتقل إليهم العدوى بدورهم.

وفي ظلّ ظروف مجتمعية تفتقر إلى الشفافية، يواصل فيروس الإيدز انتشاره، ولا توضع أو تطبق تقريباً أية برامج في تلك الأثناء للوصول إلى الفئات الأكثر تعرضاً للخطر كالذين يتعاطون المخدرات بالحقن الوريدية أو بائعات/بائعي الهوى أو الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. وعندما ندرك أن بواعث الخطر المسببة لهذا المرض تتصل كذلك بالفقر، والنزوح، وأوضاع اللاجئين، والهجرة الدائمة أو المؤقتة، وحقوق المرأة، يتّضح لنا أن مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز يمثّل تحدياً كبيراً وداهماً موجهاً إلى أمن الإنسان. ولا يمكن مواجهة مثل هذه الأخطار إلا بانتهاج سياسة تنمية متعددة المسارات والمستويات تتصدى لجذور انتشار هذا الوباء وتتجاوز، على هذا الأساس، مجرد التوعية الصحية بمعناها التقليدي.

إعادة تقييم البيانات

وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز،³⁵ بلغ عدد المصابين بفيروس نقص المناعة في البلدان العربية 435,000 شخص في العام 2007، وكان 73.3 في المائة منهم في السودان. والملاحظة المهمة في هذا السياق هي أن أعداد المصابين بهذا المرض في بلدان المغرب العربي (وبخاصة تونس والجزائر والمغرب) تزيد كثيراً عنها في المشرق العربي (الذي يضم الأردن وسورية ومصر). وربما كان لذلك صلة بوجود أعداد أكبر من مراكز الفحص والمشورة الطوعية ووسائل المراقبة الأخرى في المغرب العربي، وهي في كل الأحوال أكثر فاعليةً من نظيراتها في المشرق

في ظلّ ظروف مجتمعية تفتقر إلى الشفافية، يواصل فيروس الإيدز انتشاره

تحتل المنطقة العربية المرتبة الأخيرة بين مناطق العالم من حيث ارتفاع المصابين بفيروس الإيدز بما حققه الطب من تقدم

الصحة منطلق جوهري لتحقيق الاستقرار الاجتماعي والنمو الاقتصادي

أحد أفراد الجنس الآخر. وثبت أن وسيلة الانتقال هذه هي التي حملت العدوى إلى 67 في المائة من الحالات المعروفة في المنطقة العربية، وهي تراوح بين 90 في المائة في السعودية، و83 في المائة في المغرب، و64 في المائة في مصر.⁴² وفي هذا السياق، تجدر الإشارة إلى أن أعداداً كبيرة من النساء المصابات بفيروس نقص المناعة في المنطقة قد تعرضن للعدوى في نطاق منزل الزوجية. والوسيلة الأخرى الأكثر شيوعاً للانتقال العدوى هي المشاركة في الإبر الملوثة المستخدمة لحقن المخدرات وتمثل، على الصعيد الإقليمي، 6 في المائة من حالات انتقال الوباء.⁴³ وفي المقابل لا يشكل انتقال الفيروس جزءاً من المعاشرة الجنسية غير المأمونة بين رجلين نسبة عالية في أي بلد عربي، غير أن برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز ومنظمة الصحة العالمية يعتقدان أن هناك ميلاً للتقليل من هذا العامل. ويمثل انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل السبب الثالث الأكثر شيوعاً للعدوى. أما من حيث انتقال الفيروس عن طريق نقل الدم أو استخدام الأدوات الطبية الملوثة، وعلى الرغم من أنه كان يمثل 12 في المائة من الحالات في العام 2000، فإن النسبة انخفضت إلى 3 في المائة في العام 2005.⁴⁴ وربما يعود انخفاض معدل الإصابة بالمرض عبر هذه الوسيلة إلى التحسن في أساليب التقييم - التي يمكن اتباعها بسهولة نسبية في ما يتعلق بهذا الفيروس - كما يعود إلى إجراء فحوص أكثر دقة لمخزون الدم ومشتقاته.

الصحة السليمة شرط لتحقيق أمن الإنسان

تتميز الصحة، كما يتضح لنا في هذا الفصل، بعدد من الخصائص الفريدة التي تجعل منها مدخلاً ملائماً لمناقشة ومعالجة موضوعات تتصل بأمن الإنسان. فالصحة منطلق جوهري لتحقيق الاستقرار الاجتماعي والنمو الاقتصادي وشرط أساسي لتحقيق أمن الإنسان والأمن القومي - وذلك ما توضحه آثار انتشار مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز في بعض البلدان - لأن الصحة تتقاطع مع كثير من مكونات أمن الإنسان الأخرى. بناءً عليه، يتطلب التدخل الصحي الفعال تعاوناً وثيقاً بين مجموعة من التخصصات والقطاعات والشركاء والهيئات.

المصابين بالمرض لم تتعد 30,4 في المائة في العام نفسه،³⁹ أي أنها قريبة من النسبة المقابلة في أوروبا الغربية. وثمة دلائل على أن 80 في المائة من إصابات النساء بالمرض في البلدان العربية تحدث في منزل الزوجية، وتشير دراسات أجريت في السعودية، مثلاً، إلى أن أغلبية النساء المصابات بالمرض كن متزوجات، وأن العدوى انتقلت إليهن من أزواجهن.⁴⁰

يمكن تزايد معدلات العدوى بين النساء في المنطقة أن يكون انعكاساً لضعف وضع المرأة العربية داخل أسرتها. فليس بمقدور النساء، لأسباب اقتصادية وثقافية واجتماعية مطالبة أزواجهن بإجراء الفحوص للكشف عن مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز، أو باستخدام الواقي الذكري إذا ما ساورهن الشك بتعرضهم لفيروس المرض. وتلك هي نقطة التداخل الرئيسية بين دور التوجهات والمعتقدات السائدة في تشجيع الممارسات التي تلحق الضرر بصحة النساء على العموم، كما أسلفنا، وفي التأثير المحدد الذي تحدثه هذه التوجهات والمعتقدات في زيادة درجة تعرض المرأة لمرض الإيدز.

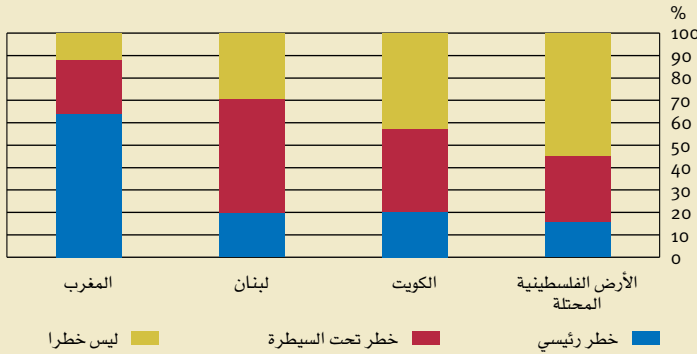
وتتجلى حقيقة مهمة أخرى في هذا المجال في انخفاض نسبة المصابين بفيروس نقص المناعة ممن يتلقون المعالجة الثلاثية أو الأدوية المضادة للفيروس المغلف في المنطقة. وهذا يجعل المنطقة العربية في المرتبة الأخيرة بين مناطق العالم من حيث الانتعاش بما حققه الطب من تقدم. ففي العام 2006 لم يحصل على العلاج إلا 5 في المائة فقط ممن يحتاجون إليه في البلدان العربية، مقارنةً بـ 75 في المائة في أميركا اللاتينية. وحتى في بلدان جنوبي الصحراء في أفريقيا، وهي أقل دخلاً من بلدان المنطقة العربية، ويبلغ عدد الذين ثبتت إصابتهم بمرض نقص المناعة فيها نحو 25 مليون شخص، فإن 23 في المائة ممن يحتاجون إلى العلاج يحصلون عليه.⁴¹ وما يضيف على هذا الوضع مسحة استثنائية هو أن الأدوية التي تتعامل مع هذا المرض متوافرة ومجانية للمصابين في معظم البلدان العربية.

سبل انتقال فيروس نقص المناعة في البلدان العربية

ينتقل فيروس نقص المناعة في المنطقة أساساً عن طريق المعاشرة الجنسية غير المأمونة مع

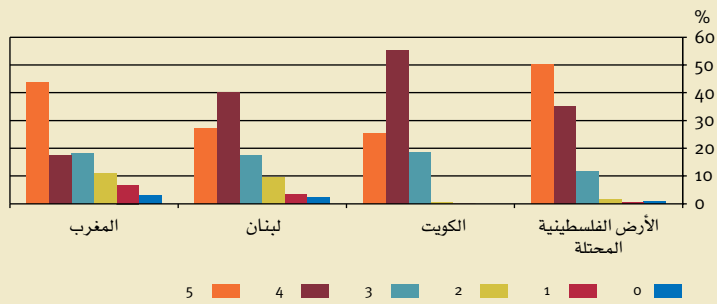
ما مدى خطورة مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز في بلدكم؟

المغرب هو البلد الوحيد الذي اعتبرت أغلبية المستجيبين فيه أن مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز يشكل تهديداً خطيراً (60 في المائة). وفي المقابل، أعربت نسبة مماثلة في الأرض الفلسطينية المحتلة عن اعتقادها بأن هذا المرض لا يشكل خطراً على الإطلاق. وباستثناء المغرب، أفادت نسبة 20 في المائة في البلدان الثلاثة الأخرى أن الإيدز يمثل تهديداً خطيراً. ويرى نصف المستجيبين الذين شملهم الاستطلاع في لبنان أن المرض هو تهديد خاضع للسيطرة، بينما تباينت الآراء في الكويت بين من يرون أنه لا يمثل أية مخاطر، ومن يعتقدون أنه خاضع للسيطرة.



كم عدد الوسائل التي ينتقل بها مرض نقص المناعة المكتسب/الإيدز؟

من اللافت أنه على الرغم من اعتقاد الفلسطينيين أن الفيروس لا يمثل أية مخاطر، فإنهم الأكثر معرفة بسبل انتقاله بالعدوى. وقد حدد نصف الفلسطينيين المشمولين بالاستطلاع خمسة أساليب لانتقال الفيروس؛ وذكر 35 في المائة منهم أربعة منها. وفي المقابل، كانت نسبة من أظهروا معرفتهم بخمسة وسائل لنقل المرض نحو 44 في المائة في المغرب، و27 في المائة في لبنان، و25 في المائة في الكويت. وكانت النسبة العليا لمن حددوا أربع وسائل لانتقال العدوى في الكويت، يليها لبنان. ومع الإقرار بصغر حجم العينات، فإن من الملاحظات الميدانية التي يمكن استخلاصها منها أن ثمة رابطة حقيقية بين المعرفة العامة بكيفية انتقال الإيدز من جهة، والمعدلات المنخفضة للعدوى بالمرض من جهة أخرى.



الوقاية أكثر فاعلية
وأقل كلفة من التعامل
مع المشاكل الصحية
بعد حدوثها

- زيادة السبل الكفيلة بتقديم البيانات والحصول عليها واستخدامها.
- تحديد مداخلات معقولة الكلفة تستهدف مشكلات صحية محورية.
- تطوير برامج لتعزيز المستوى الصحي.
- دعم المبادرات المجتمعية.
- حماية الصحة والحفاظ عليها في حالات الطوارئ والكوارث.

ثم إن الصحة، باعتبارها قيمة متعارفاً عليها عالمياً، قد تسهم في بناء تحالفات عريضة تتجاوز الحدود الوطنية والثقافية والإثنية. وفي وسع هذه التحالفات، بدورها، أن تخلق الفرص لتعزيز النطاق الأوسع لأمن الإنسان.

أولويات النظم الصحية في البلدان العربية

من المتعارف عليه بصورة عامة أن الوقاية من المشكلات المتعلقة بالأمن أكثر فاعلية وأقل كلفة من التعامل معها بعد حدوثها. وبالنظر إلى أهمية الوقاية في التدخلات المرتبطة بالصحة، فإنها تشكل نقطة انطلاق مثالية لمناقشة أمن الإنسان. فالوقاية قد تمهد لوضعي السياسات والمهنيين العاملين في مجال الصحة السبيل الأمثل لاستحداث وتطبيق مقاربات تؤمن مستويات صحية مرتفعة لمصلحة المزيد من المواطنين في البلدان العربية. فالإنسان هو المنتفع الأساسي وهو أداة التغيير الرئيسة في ميداني الصحة وأمن الإنسان. من هنا فإن أكثر برامج الصحة فاعلية هي التي تجعل الأفراد والمجتمعات يشعرون بملكيته لهذه البرامج. ويصح الأمر نفسه على التدخلات الخاصة بأمن الإنسان، التي تؤكد أهمية الصحة باعتبارها من المستلزمات الأساسية له.

يضاف إلى ذلك أن التشديد على كون الصحة واحداً من حقوق الإنسان هو من أهم الأولويات المحورية للتدخلات في مجالات الصحة والأمن. فالدساتير في عدة بلدان عربية تنص صراحة على الحق في التمتع بالصحة، وقد أن الأوان لتفعيل هذا الحق بالتركيز على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للصحة، وإصلاح النظم الصحية بتوجيه اهتمام خاص إلى وجوه التفاوت في تمتع جميع المواطنين بهذا الحق بسبل ميسرة مع الحرص على الجودة النوعية لمستوى الخدمات الصحية. وينبغي التركيز على أولويات تتسجم مع المجالات التي حددها المكتب الإقليمي لغرب البحر المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية، ونوجزها في ما يلي:

- تنمية القدرات الإدارية لوزارات الصحة.
- رصد مخصصات مالية منصفة وكافية لتمويل النظم الصحية.
- تقديم موارد بشرية متوازنة في مجال الصحة.
- تمكين الناس جميعاً من الحصول على الخدمات الصحية الأساسية.

تركز معظم الإصلاحات في نظم الصحة على الجوانب الفنية

يجب تعزيز الإنصاف والمساواة في المجال الصحي

• تحليل العوامل غير المتصلة بالصحة، والتي تؤثر في المحددات الصحية، مثل العولمة والفقر والجنوسية والبيئة، مع الانتفاع بالدروس المستفادة منها.

لقد تركز معظم الإصلاحات في نظم الصحة حتى الآن على الجوانب الفنية في الإصلاح، وعلى وضع السياسات وتقديم الخدمات والاعتبارات الوطنية للصحة. وتؤكد مشروعات الإصلاح الصحي في البلدان العربية عمومًا أنها تستهدف تحسين التوازن بين الكلفة والفاعلية والإنصاف، غير أن المهنيين في المجال الصحي لاحظوا في الواقع أن العاملين الأوليين (وهما الكلفة والفاعلية) قد حظيا باهتمام أكبر مما يتلقاه العامل الثالث (وهو الإنصاف). كما يرى واضعو هذا التقرير أن عنصر الإنصاف والمساواة هو المجال الذي ينبغي التدخل فيه إذا كان القصد منه هو تعزيز أمن الإنسان. وسيكون المستفيد الأول من هذه المقاربة الفئات المهمشة مثل الفقراء ومعييهم، وبخاصة الأطفال والمسنون، وكذلك الفئات الأضعف والتي تعاني الإقصاء مثل اللاجئين والعمال المهاجرين وذوي الاحتياجات الخاصة والأقليات والنساء.

هناك الكثير من الفوائد التي يمكن جنيها من خلال التحالفات المتعلقة بالصحة العامة لتشمل منظمات المجتمع المدني وأفراد الجمهور الذين يتلقون الخدمات. كما سيفيد البلدان قيامها باعتماد نظم لاتخاذ القرار يشارك فيها العاملون في المجال الصحي أنفسهم، وإعطاء الأولوية للصحة العامة مع توثيق التعاون والتكامل في مجال تزويد الخدمات الطبية بين البلدان العربية والمؤسسات الطبية وفي ما بين هذه المؤسسات على حد سواء.

كما ينبغي أن يشجع مفهوم المشاركة في الجهود الرامية إلى مكافحة الممارسات الراسخة في

الثقافة الشعبية والتي تلحق الضرر بصحة المرأة. ومن شأن التضامن والتعاون بين المؤسسات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني ورجال الدين ووسائل الإعلام والجمعيات النسائية أن يمهدا السبل أمام البلدان العربية للتخلص من تراكمات الجهل والسلبيات في الثقافة الشعبية والتحيز ضد المرأة التي أسهمت كلها في استدامة هذه الأوضاع. ويؤدي التعليم دورًا حاسمًا في نشر الوعي لأخطار تلك الممارسات، فيما يتوجب اللجوء إلى سلطة الدولة ونصوص القانون لحظر الممارسات التي تضر بصحة الأطفال والنساء، مع إيقاع العقوبة بكل من يشجع عليها أو يشارك فيها.

وعلى هذا المنوال، يتعين على الاستراتيجيات الوطنية لمكافحة مرض نقص المناعة المكتسب/ الإيدز أن تنظر إلى ما هو أبعد من الجوانب المتصلة بالصحة وحدها. فهذا المرض يتحرك في سياق ثقافي واجتماعي واقتصادي كذلك. ويتوجب التخلي عن التوجهات السابقة تجاه مرض نقص المناعة المكتسب/ الإيدز، ففي هذا المجال زاد من تفاقم الوضع في البلدان العربية الفشل في إعطاء هذا التحدي ما يستحقه من أولوية، وإنكار وجوده وكبح النقاش العام حوله، وإرجاع أسبابه إلى الأجانب، واستغلال المخاوف التي تساور عامة الناس لزيادة معاناة الضحايا عبر الممارسات التمييزية ضدهم. ويجب أن يبدأ نموذج العمل الجديد بتفسير هذا التحدي كخطر متعاضم يهدد أمن الإنسان الفردي والجماعي في المنطقة. ويجب أن يحظى أيضًا بتعاطف المجتمع، ويدعم بالمعرفة، ويرتكز على عملية تثقيفية عامة. ويجب أن يرسخ أسس الفحوص الطوعية، وتقديم المشورة والمعالجة المجانية لمن يحملون فيروس نقص المناعة كأولوية قصوى. يضاف إلى ذلك ضرورة تعزيز التعاون الإقليمي والدولي في هذا المجال.

- 1 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 1994 (بالإنجليزية).
- 2 لجنة أمن الإنسان 2003.
- 3 Fidler 2003.
- 4 Kelle 2007.
- 5 منظمة الصحة العالمية 2005.
- 6 Kelle 2007.
- 7 Gutlove 2002.
- 8 محمّد فؤاد وسامر جيّور 2004.
- 9 Tabutin and Shoumaker 2005.
- 10 ما لم يحدد مصدر آخر، فإن البيانات المذكورة في هذا الجزء مستمدة من «تقرير التنمية البشرية 2008/2007» الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وقد تختلف بعض الأرقام هنا عما ورد في مصادر أخرى، كمنظمة الصحة العالمية/المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، على سبيل المثال لا الحصر، غير أن هذه الاختلافات ليست مهمة.
- 11 اليونيسف 2007 (بالإنجليزية).
- 12 منظمة الصحة العالمية 2007 (بالإنجليزية).
- 13 وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن الأمراض المعدية والأمراض القابلة للانتقال تسببها الكائنات الحيّة المجهرية الناقلة للعدوى، مثل البكتيريا أو الفيروسات أو الطفيليات أو الفطريات؛ وقد تنتشر الأمراض، مباشرة أو بشكل غير مباشر، من شخص إلى آخر. وأمراض الحيوانات هي أمراض معدية قد تسبب العدوى إذا انتقلت إلى البشر. ومن الأمراض القابلة للانتقال: الكوليرا، التهاب الكبد «ب» و«ج»، الملاريا، السل.
- 14 http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en.
- 15 Iqbal 2006.
- 16 Sibai and Alam 1991.
- 17 Al-Jawadi and Shatha 2007.
- 18 ينبغي التشديد هنا على أن أهمية الآثار المترتبة على مثل هذا الوضع لا تقتصر على الموت المبكر أو المرض للمعيلين الرجال، بل تشمل النساء اللواتي يقدمن خدمات لا تقدر بثمن لتعزيز الأمن والرفاهة لأسرهن، مع أنهن لا يؤدّين بالضرورة دوراً في الاقتصاد النظامي.
- 19 تُعرّف النفقات الصحية الباهظة بأنها تلك التي تعادل أو تتجاوز 40 في المائة من الدخل المتوافر للأسرة.
- 20 تعرّضت هذه الحركة للنقد من جانب أوساط المجتمع المدني والناشطين في المجال الصحي لأنها تدعو إلى اعتبار الصحة مجرد سلعة من السلع لا حقاً من حقوق الإنسان.
- 21 منظمة الصحة العالمية 2003 (بالإنجليزية).
- 22 منظمة الصحة العالمية 2005أ (بالإنجليزية).
- 23 لفنية السبع، ورقة خلفية للتقرير.
- 24 منظمة الصحة العالمية 2008.
- 25 منظمة الصحة العالمية 2004 (بالإنجليزية).
- 26 Abdullatif 2006.
- 27 Jha and Chaloupka 2000.
- 28 منظمة الصحة العالمية 2000.
- 29 منظمة الصحة العالمية 2006ب (بالإنجليزية).
- 30 منظمة الصحة العالمية 2005ب (بالإنجليزية).
- 31 منظمة الصحة العالمية 2005ب (بالإنجليزية).
- 32 خديجة معلا، ورقة خلفية للتقرير.
- 33 البنك الدولي 2008ب (بالإنجليزية).
- 34 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز 2006 (بالإنجليزية).
- 35 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية 2008 (بالإنجليزية).
- 36 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية 2008 (بالإنجليزية).
- 37 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية 2005أ (بالإنجليزية).
- 38 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية 2006ج (بالإنجليزية).

- 39 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية 2008
(بالإنجليزية).
- 40 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية 2005ج
(بالإنجليزية).
- 41 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية 2006ج
(بالإنجليزية).
- 42 منظمة الصحة العالمية 2008 (بالإنجليزية).
- 43 منظمة الصحة العالمية 2008 (بالإنجليزية).
- 44 برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومنظمة الصحة العالمية 2008
(بالإنجليزية).