Gates Foundation
GOALKEEPERS

تقرير مناصري الأهداف 2025

لا يمكننا الاكتفاء بالاقتراب من الهدف

يكرس مناصرو الأهداف جهودهم لتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

المحتويات

5 جيلٌ من التقدم، وخيارٌ يجب اتخاذه

8 خارطة طريق للتقدم

9 **التقدم عبر الشراكة**
بقلم معالي السيد محمد إنوا يحيى
حاكم ولاية غومبي، نيجيريا

11 **ما زلت في الميدان**
بقلم جوزفين باراسا
عاملة صحة مجتمعية، كيني

14 ابتكارات تزيد أثر كل دولار يُنفق

16 **قوة التحصين**
بقلم د. نافين ثاكر، الهند
استشاري طب الأطفال، مستشفى ديب تشيلدرنز، غانديدام، غوجارات
المدير التنفيذي، الجمعية الدولية لطب الأطفا

18 القضاء على الأمراض نهائيا

20 **مستقبل بلا ملاريا**
بقلم كريستال مويسيجا بيرونغي، أوغندا
باحثة ومسؤولة توعية، برنامج تارغت ملاريا أوغندا

25 دعوة إلى العمل

26 استكشف البيانات

26 مصادر البيانات

النقاط الرئيسية

2025 هو أول عام في هذا القرن يشهد ارتفاعًا في وفيات الأطفال.

لكن لا يزال بإمكاننا إيقاف هذا التراجع قبل أن يتحوّل إلى اتجاهٍ عام، حتى في ظل الميزانيات المحدودة.

وبفضل الجيل التالي من الحلول المبتكرة التي أثبتت جدواها وتحقق نتائج أكبر بموارد أقل، بوسعنا أن ننقذ حياة الملايين من الأطفال، وأن نحمي التقدم الذي طالما كافحنا من أجله، وأن نقضي على الأمراض التي ابتليت بها البشرية لأجيال.

© Gates Foundation/Light Oriye, Nigeria

بقلم بيل غيتس
رئيس مؤسسة غيتس

جيلٌ من التقدم، وخيارٌ يجب اتخاذه

موت طفل هو دائما مأساة.

لكن ما هو أشد إيلامًا هو موت طفل بسبب مرض نعرف كيفية الوقاية منه.

لعقود من الزمان، أحرز العالم تقدما مضطردا في إنقاذ أرواح الأطفال. لكن مع تصاعد التحديات، بدأ مسار التقدم ينعكس.

في عام 2024، توفي 4.6 مليون طفل قبل بلوغهم سن الخامسة. **وفي عام 2025، من المتوقع أن يرتفع هذا العدد للمرة الأولى في هذا القرن، بما يزيد قليلا عن 200,000، ليبلغ نحو 4.8 مليون طفل** .

وهذا يعني وفاة أكثر من 5,000 فصل دراسي من الأطفال قبل أن يتعلموا كتابة أسمائهم أو ربط أحذيتهم.

لا ينبغي أن يكون الأمر على هذا النحو.

ومن وجهة نظري، هناك مساران محتملان للمرحلة التالية.

يمكن أن نكون الجيل الذي حظي بأكثر العلوم والابتكارات تطورًا في تاريخ البشرية، لكنه عجز عن تأمين التمويل اللازم لضمان إنقاذ الأرواح.

وعلى مدى الأشهر الماضية، عملت مؤسستنا مع معهد القياسات الصحية والتقييم (IHME) في جامعة واشنطن لتحديد حجم المخاطر.

وما توصلنا إليه يبعث على القلق.

إذا انخفض تمويل الصحة بنسبة 20%، وهو مستوى التخفيضات التي تنظر فيه بعض الدول المانحة الكبرى حالياً.

فقد يموت 12 مليون طفل إضافي بحلول عام 2045.

وإذا كانت التخفيضات أكبر بنسبة 30%، فسيكون الأمر أسوأ:

قد يموت 16 مليون طفل إضافي بحلول عام 2045.

إذا سلكنا هذا المسار، سنكون الجيل الذي كاد يقضي على وفيات الأطفال التي يمكن الوقاية منها. وكاد يستأصل شلل الأطفال نهائياً. وكاد يمحو الملاريا من الخريطة. وكاد يجعل فيروس نقص المناعة البشرية في طيّ التاريخ.

لا يمكننا الاكتفاء بالاقتراب من الهدف فنتوقف.

نحن نعلم أن الأطفال يموتون ونعلم السبب ونعلم كيف نوقف ذلك.

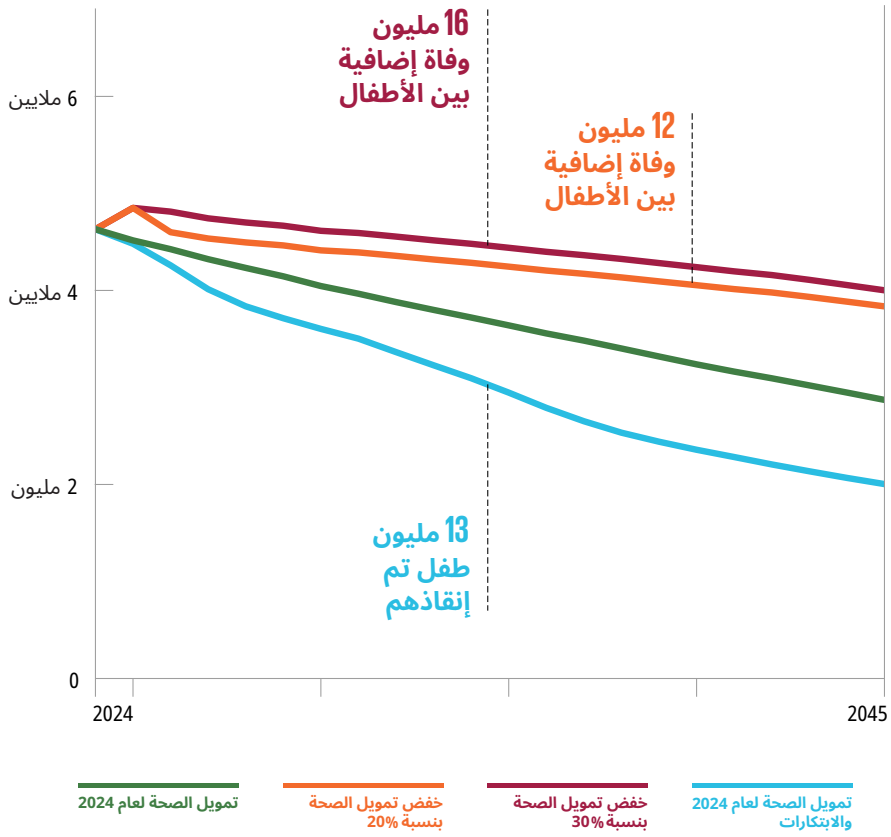
لصالح الإنسانية،

علينا أن نختار المسار الآخر

حيث نستخدم كل ما تعلمناه ونتأكد من وصول الابتكارات إلى الأطفال الذين يحتاجون إليها، بما يسمح بإنقاذ الملايين منهم.

الإنسانية عند مفترق طرق حياة ملايين الأطفال في خطر

الوفيات المتوقعة للأطفال دون سن الخامسة عالمياً



يشير تمويل الصحة إلى المساعدة الإنمائية للصحة، أي المساعدات المقدمة من البلدان ذات الدخل المرتفع والجهات المانحة لتحسين الصحة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. يوضح الرسم البياني الآثار المتوقعة لخفض المساعدة الإنمائية للصحة بنسبة 20% و30%. انظر المنهجية للحصول على التفاصيل.

سأواصل الدفاع عن زيادة التمويل المخصّص لصحة أطفال العالم وعن سُبل تعزيز الكفاءة التي تحسّن نظامنا الحالي، بكل ما أستطيع، وأينما أمكن لي ذلك. لكن ومع وجود ملايين الأرواح على المحك علينا أن نحقق المزيد بموارد أقل، **الآن**.

وهذه الفكرة ليست جديدة على وزراء الصحة حول العالم. فقد اعتادوا منذ زمن طويل على تحقيق أقصى ما يمكن بميزانيات محدودة. لكن اليوم وقد أصبحت العديد من البلدان تنفق على خدمة الدين أكثر مما تنفقه على الصحة أو التعليم، ينبغي لكل دولار أن يحقق أثرًا أكبر.

ولحسن الحظ، هناك استراتيجيات وابتكارات يمكن أن تساعد في تحقيق هذا المبتغى.

هذا التقرير يعدّ خارطة طريق للتقدم: حيث يلتقي الإنفاق الذكي بالابتكار واسع النطاق.

تمنيت لو كنا في وضعية تتيح لنا أن ننجز المزيد بمزيد من الموارد، لأن أطفال العالم يستحقون ذلك. لكن حتى في زمن الميزانيات الضيقة، يمكننا أن نحدث فرقا كبيرًا. فعلى مدى السنوات الخمس والعشرين الماضية، تعلمنا الكثير عن كيفية إنقاذ الأرواح، حتى في ظل شحّ الموارد.

ولا يتعلق الأمر بالمال فحسب، بل يتجاوزه ليشمل السياسات والأولويات والالتزام والخيارات.

أولًا، سنحتاج إلى **تعزيز أكثر التدخلات فعالية:** نظم صحية أولية قوية واللقاحات المنقِذة للحياة.

ثم علينا **إعطاء الأولوية للابتكارات التي تزيد من أثر كل دولار يُنفق إلى أقصى حد.** أنا أتحدث هنا عن حلول مثل اللقاحات التي تتطلب جرعات أقل وتمنح مع ذلك مستوى من الحماية معادلًا للقاحات القديمة، أو أفضل منها، أو عن استخدامات جديدة ذكية للبيانات بما يضمن توجيه أكثر التدخلات فعالية لمكافحة أمراض مثل الملاريا إلى الأماكن الأكثر حاجة إليها.

وأخيرًا، سنحتاج إلى مواصلة **دعم تطوير ابتكارات الجيل القادم** التي تتمتع بفعالية كبيرة لدرجة أنها قد **تضع حدًا نهائيًا لبعض أخطر التهديدات التي تواجه الأطفال**.

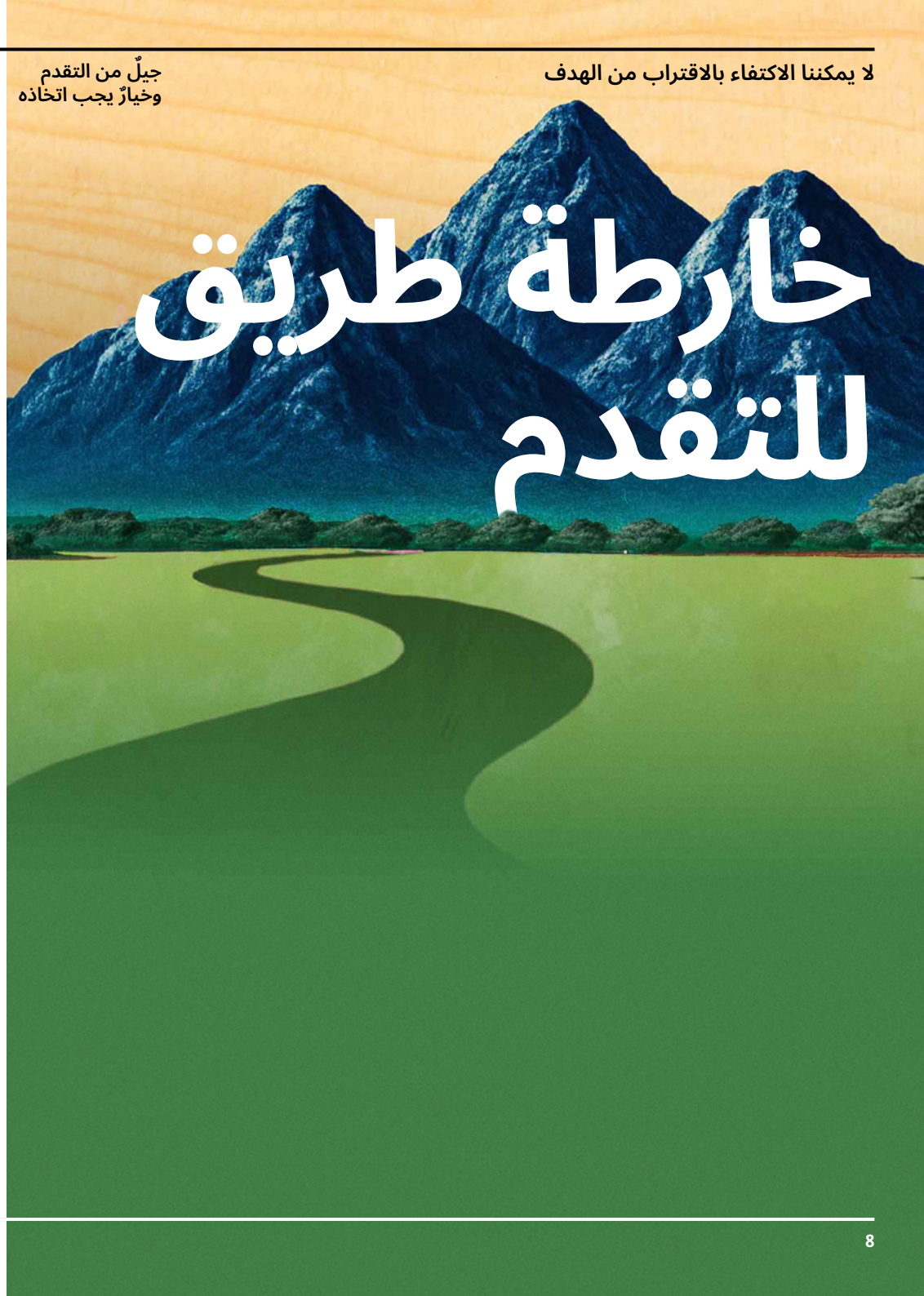
ولن يقتصر أثر ذلك على إنقاذ حياة الأطفال، بل سيُحدث تغييرًا جوهريًا في العالم الذي سيرثونه.

قد يبدو هذا الهدف بعيد المنال، وهو كذلك، غير أن بلوغه لا يزال في متناول أيدينا.

وأملي أنه بحلول نهاية هذا التقرير، لن تكون متفائلًا بإمكانية بلوغ ذلك الهدف فحسب، بل ستكون متحمسًا للعمل من أجله.

أنا متحمّس لذلك بالفعل.

© Gates Foundation/Brian Otieno, Kenya



خارطة طريق للتقدم

أفضل استثمار اليوم هو الرعاي الصحية الأولية

الرعاية الصحية الأوّلية هي آلية العمل الصامتة التي يستند إليها كل نظام صحي؛ **فهي التي تجعل كل شيء ممكنا** وإن كانت لا تتصدر العناوين. وهي التي تساعد الأمهات على وضع أولادهن بأمان. وتكشف الإصابة بالالتهاب الرئوي قبل أن تصبح قاتلة. وتلقح الأطفال قبل تفشي الأوبئة. وترصد التهديدات الجديدة قبل أن يستفحل أمرها.

وهي إلى جانب ذلك شديدة الفعالية من حيث التكلفة. مقابل **أقل من مئة دولار** للفرد سنوياً، يمكن لنظام رعاية صحية أوّلية متين أن **يمنع ما يصل إلى 90 في المئة من وفيات الأطفال**.

وباختصار، يبقى الاستثمار في الرعاية الصحية الأوّلية خيارنا الأنجع لإنقاذ أكبر عدد ممكن من الأرواح بموارد محدودة.

في الصفحات التالية توجد بعض الأمثلة الحقيقية:

في نيجيريا، وأمام عجز مالي صعب، لم ينتظر حاكم ولاية غومبي، محمد إنوا يحيى، توافر الظروف المثالية، بل مضى قدما مركزا على الأساسيات.

ورغم انتكاسات حقيقية، لم يستسلم العاملون في المجال الصحي مثل جوزفين باراسا في كينيا. فهم يبذلون كل ما في وسعهم، حتى مع ندرة الموارد وضعف الدعم، لإنقاذ الأرواح كلّ يوم.

التقدم عبر الشراكة

بقلم معالي السيد محمد إنوا يحيى

حاكم ولاية غومبي، نيجيريا

مقدمة من مكتب الحاكم

عندما تولّيت منصب حاكم ولاية غومبي في شمال نيجيريا عام 2019، كانت الولاية تواجه عجزًا ماليًا تاريخيًا، ونُظُمًا متداعية، وعياداتٍ متعثّرة، ومدارسَ تنهار واحدة تلو الأخرى، في ظل موارد محدودة للغاية لا تكفي لإصلاح ما تضرر.

لم يكن قطاعنا الصحي يحصل سوى على 3.5% فقط من ميزانية الولاية، وكانت البنية التحتية مهترئة، وعدد الكوادر المدربة محدودًا وغالبًا ما يتغيبون، فيما كانت تكاليف الرعاية الصحية تفوق قدرة الفقراء على تحمّلها. كان من السهل أن نؤجّل الإصلاح وأن نتذرع بالعجز، لكنّ الناس لم يعودوا قادرين على الانتظار ولا نحن كذلك.

في كثير من الأحيان، هناك من يظن أن خفض الميزانيات يوفر المال، **لكن ما يوفّر المال ويحفظ الأرواح أيضًا هو الإنفاق برؤية واضحة وانضباط وغرض محدد**.

اتخذنا قرارًا حاسمًا بتوجيه مواردنا نحو إعادة البناء من الأساس، ووضعنا الرعاية الصحية الأولية والتعليم وبناء الثقة في صدارة أولوياتنا. واليوم، بات في كل مقاطعة من مقاطعات ولاية غومبي مركزٌ صحي واحد على الأقل تم بناؤه أو تجديده — أي ما مجموعه 114 مركزًا تقدّم خدماتها على مدار الساعة. كما انضمّ أكثر من 300 ألف شخص إلى خطة التأمين الصحي في الولاية. وإلى جانب ذلك، قمنا ببناء ثلاثة مستشفيات عامة وإعادة تأهيل مستشفى التخصّصات. وكلّ هذا الإنجاز تمّ دون أي تمويل من المانحين، بل اعتماداً على مواردنا الذاتية.

لم تكن المهمة سهلة. ومن أكثر القرارات صعوبةً التي اتخذناها اعتماد نظامٍ بيومتري للتحقق من حضور العاملين في القطاع الصحي. فعلى الورق، بدت مرافقنا مكتملة بالكوادر، لكن زياراتي الميدانية كشفت واقعًا مختلفًا؛ ممرضةٌ واحدة تتولى علاج أعدادٍ مضاعفة من المرضى بموارد محدودة ونصف الفريق فقط. ومن خلال هذا النظام، اكتشفنا وجود 500 موظف وهمي، وبمعالجة هذا الخلل وفّرنا 2.8 مليار نايرا (نحو 1.8 مليون دولار أمريكي. وقد أُعيد استثمار هذا المبلغ بالكامل في تدريب الكوادر الطبية، وتوظيف عاملين جدد، وتوسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية في جميع أنحاء الولاية.

وننظر اليوم إلى هذه الجهود في سياق التحول في تمويل الصحة، بهدف تعزيز الكفاءة من خلال التكنولوجيا ليس فقط لتتبع الحضور، بل لمتابعة تقديم الخدمات أيضًا. **فعندما تعرف أين تكمن الفجوات، تعرف بالضبط ما ينبغي فعله**. كما حسّنّا تنسيق التمويل الخارجي من خلال مستشار خاص يرفع تقاريره مباشرة إليّ، للمساعدة في تعظيم الاستفادة من الموارد.

ما تعلمته من كل هذا هو أن **التقدم لا يحتاج ظروفًا مثالية، بل يقتضي رؤية واضحة والشجاعة للتمسك بها**.

لم ننتظر بلوغ الكمال في غومبي، ولم ننتظر أن يأتي من ينقذنا، ولم نرغب في أن نمضي وحدنا أيضًا. بدأنا بما كان متوفرًا لدينا، وبنينا ما كان ضروريًا، ثم دعونا شركاء للانضمام إلينا لا لأننا كنا نحتاج إليهم أكثر مما يحتاجون إلينا، بل لأن لدينا رؤية واضحة.

فالقيادة ليست سعيًا وراء الاعتراف، بل ضمانًا ألّا يظل الناس يواجهون المعاناة ذاتها التي عرفوها بالأمس

ستواجه خلال مسيرتك القيادية مقاومةً وشكوكًا، غير أنّ تعزيز علاقتك بالناس، والاعتماد على البيانات، والثبات على المبادئ، وممارسة القيادة الهادفة هي عوامل كفيلة بأن تجلب الدعم وتُحوّل التحدّي إلى فرصة. فهكذا فقط يُصنع التغيير الحقيقي ويُترجم الإيمان إلى أثر ملموس

ولن نحقق ذلك وحدنا، بل سنواصل مسيرتنا مع مجتمعاتنا، وحكوماتنا، وشركائنا العالميين، جنبًا إلى جنب. فهذا هو الطريق نحو تغيير حقيقي ودائم .

© Gates Foundation/Andrew Esiebo, Nigeria

ما زلت أحضر في الميدان

بقلم جوزفين باراسا
عاملة صحة مجتمعية، كينيا

© Gates Foundation/Natalia Jidovanu, Kenya

كانوا يطلقون علي" مُرشدة الأمهات".

ذلك كان مسمّى وظيفتي، فأنا عاملة صحة ومدافعة عن النساء اللواتي تعرّضن للعنف القائم على نوع الجنس.

كانت النساء، بل حتى الفتيات، يأتين إليّ طلبًا للمساعدة. فغالبيتهن لم يُتَح لهن أن يعشن براءة الطفولة قبل أن تُفرَض عليهن مسؤولية الأمومة قسرًا، وبعضهن لم يخترن هذا المصير، وكثيرات منهن ذاقن العنف بأشكاله القاسية.

أعرف تمامًا ما يعني أن تتحمل ألمًا لم يكن لك يد فيه. فأنا أيضًا تعرّضت للعنف عندما كنت شابة. لم أكن أرى الألم فحسب. كنت أرى نفسي.

ورافقتهن خلال الحمل وبدايات الأمومة. وكنت إلى جانبهن في لحظات الخوف والارتباك، وأجيب عن الأسئلة التي لم يجب عنها أحد. وكنت أعلّمهن كيفية الحفاظ على صحة أطفالهن: مواعيد اللقاحات، وما ينبغي تناوله، وكيفية الرضاعة، والمحافظة على النظافة، ومتى تتم زيارة العيادة الصحية.

ثم، في ظهيرة أحد أيام يناير، توقف كل شيء.

وصلتني الرسالة الإلكترونية بعد الثانية بقليل، وكانت موجزة.

"نحن آسفون. لم نعد بحاجة إلى خدماتك".

تجمدت. ثم التزمت الصمت. لم أتفوه بكلمة لأربعة أيام. ولم أغادر سريري. لم أقدر على ذلك. فلأن حياتي كانت قائمة على الكلام والإرشاد وتقديم المساعدة، شعرت وكأنني فقدت صوتي.

وبعد خمسة أيام من تلقي الرسالة، دعونا أنا وفريقي لاجتماع تقييم. وبينما كنا نتحدث وسط ذلك الانهيار، بدأت الكلمات تعود إليّ شيئًا فشيئًا. وأدركت حينها أنه كان **بإمكانهم أن يقطعوا عني الدعم، لكن لم يكن باستطاعتهم أن يبعدوني عن نسائي**.

ولذا عدت في فبراير، بشكل غير رسمي، ومن دون أجر، وبمبادرة شخصية. وما زلت أحضر في الميدان كل يوم. وما زلت أتابع حالات النساء المعرضات للعنف القائم على نوع الجنس. وما زلت أقدّم التوعية الصحية والرعاية الأساسية لأطفالهن. وما زلت أصغي. **قد تكون أنظمة الدعم قد اختفت، لكن الحاجة إلى ذلك لم تختف. وكما لم تختفِ الحاجة، لم أختفِ أنا أيضًا**.

ونحن نحاول سد الفجوات بكل ما نستطيع. ذهبنا إلى الكنائس والمساجد والمراكز المجتمعية لنشرح ما نقوم به، ونطلب تبرعات بسيطة أو مكانًا للاجتماع، أي شيء من شأنه أن يساعدنا على الاستمرار في رعاية الأطفال ودعم أمهاتهم. أحيانًا نحصل على دعم بسيط. وأحيانًا يُطلب منا العودة لاحقًا. لكننا نواصل المحاولة.

وقد تدخلت الحكومة الكينية حيث أمكنها ذلك. وبدأت الحكومة في تحسين التواصل والاستجابة لبعض الفجوات العاجلة في خدمات صحة الأم. إنها بداية جيدة

ورغم كل شيء، لم أفقد الأمل. لقد رأيت ما يحدث عندما تتلقى المرأة الدعم، وكيف تغيّر حياتها، وحياة طفلها، وحياة مجتمعها أيضًا. إن لم نقم نحن النساء بما ينبغي علينا القيام به، فقد لا تنمو مجتمعاتنا ولا تتغير

لكنني أؤمن بأنها قادرة على ذلك. وأؤمن بأنها ستتغير. **وكل يوم أحضر فيه، أختار ذلك المستقبل لنفسي، ولأطفالي، وللفتيات اللواتي ما زلن يتعلمن كيف يصبحن أمهات** .

© Gates Foundation/Natalia Jidovanu, Kenya

يظل التحصين الروتيني أفضل استثمار في مجال الصحة العالمية

ومنذ عام 2000، تمكن العالم من خفض وفيات الأطفال إلى النصف. وما هو السبب الأكبر؟ اللقاحات التي تعطى للأطفال الذين هم في أمسّ الحاجة إليها.

وكل دولار أُنفق على التحصين أدرّ على البلدان عائداً قدره 54 دولاراً.

بطريقة ما، فإن هذا العائد لا يعبّر عن الأثر الحقيقي الذي يحدثه كل دولار. فكل استثمار في الصحة لا ينقذ أرواحاً فحسب، بل يغير حياة أصحابها أيضاً. فالطفل السليم يستطيع الذهاب إلى المدرسة والتعلّم. والوالدان السليمان يستطيعان العمل وإعالة أسرتهما. والمجتمعات السليمة تكون أقوى اقتصادياً وأكثر قدرة على الاستثمار في أبنائها.

بالنسبة للناس في البلدان الغنية، يصعب اليوم تذكر كيف كانت الحياة قبل أن تصبح اللقاحات شائعة.

أما الدكتورة آوا ماري كول سيك، وزيرة الصحة السنغالية السابقة التي تولت المنصب مرتين، فما زالت تتذكر جيداً.

فقد ذكرت أنه في ثقافتها كان من المعتاد القول إنك لم تُرزق بطفل حقًّا حتى يبلغ الخامسة وينجو من الحصبة.

كانت المستشفيات في السنغال تشهد في السابق أجنحة مكتظة بالأطفال المصابين بالحصبة، إذ كان كثيرون منهم يعانون من تلفٍ دماغي، فيما لم يتمكّن عدد كبير منهم من العودة إلى منازلهم أبدًا.

بفضل دعم غافي التحالف العالمي للقاحات والتحصين، تمكنت السنغال من تعزيز نظام التحصين الروتيني. ومع وصول اللقاحات إلى مزيد من الأطفال عاماً بعد عام، تراجعت الحالات بشكل حاد، من ذروة بلغت 24 ألف حالة في عام 2000 إلى بضع مئات أو أقل في السنوات الأخيرة. واليوم، أُغلقت أبواب كثير من المستشفيات التي كانت تعج سابقاً بالأطفال المصابين بالحصبة.

إنه لتقدم مذهل. لكنه يظل هشا، لأن أي تراجع في التحصين الروتيني يمكن أن يفتح الباب أمام عودة تلك الأمراض الفتاكة. كما أن تكلفة تدارك التأخر أعلى بكثير من تكلفة البقاء على المسار الصحيح.

ولهذا فإن الوصول إلى الأطفال اليوم ليس استثماراً في مستقبلهم فحسب، بل استثمار في مستقبل أمم بأكملها.

© Gates Archive/Mansi Midha, Indonesia

ابتكارات تزيد أثر كل دولار يُنفق

في إطار الجهود العالمية لمكافحة الملاريا، بدأت الدول توجّه مواردها الأكثر فاعلية نحو المناطق الأشد احتياجاً

اليوم، ما زالت مجتمعاتٌ عديدة في أرجاء أفريقيا جنوب الصحراء تواجه الخطر نفسه مع كل موسم أمطار: الكائنَ الأكثر فتكًا على وجه الأرض بعوض الأنوفيلس والمرضَ الذي يحمله وينقله، **الملاريا**.

فالملاريا مرضٌ شائع إلى حدٍّ أن معظم الناس أُصيبوا به في مرحلةٍ ما من حياتهم، وفتّاكٌ إلى درجةٍ أن كلَّ فردٍ تقريبًا يعرف من فقده بسببه طفلًا، أو أحد الوالدين، أو صديقًا عزيزًا.

تكمن إحدى أكبر التحديات في أن الملاريا لا تتصرّف بالطريقة نفسها في كل مكان، بل تختلف أنماط انتشارها من مجتمعٍ إلى آخر، بل وحتى داخل البلد الواحد. ولهذا فإن الاعتماد على نهجٍ موحّد للجميع لا يُعدّ استراتيجيةً فعّالة لإنقاذ الأرواح.

وهنا يبرز دور ما يُعرف بـ«تكييف التدخلات الصحية بحسب الخصائص المحلية»، وهي مقاربة تعتمدها الدول لتحديد تدخّلات مكافحة الملاريا الأنسب من حيث النوع والمكان والتوقيت ومستوى الكثافة.

والنتيجة؟ تقليص عدد حملات مكافحة الملاريا، مع تركيز الجهود على المناطق ذات الأولوية القصوى.

بفضل الأموال التي تُوفَّر نتيجة توجيه هذه الحملات لأماكن محددة، تستطيع البلدان تنفيذ تدخلات متعددة في الوقت نفسه، مما يمنح الأطفال (وأسرهم) حماية أكبر.

ومن خلال تكييف استجاباتها لتحقيق أكبر أثر ممكن، يمكن **للبلدان زيادة عدد الأرواح التي تُنقَذ مقابل كل دولار**.

في زامبيا، أدى اعتماد خريطة رقمية ذكية لتوجيه فرق الرش إلى المناطق الأكثر عرضة للخطر إلى خفض التكلفة لكل حالة ملاريا مُنعت بنسبة تجاوزت 20 في المئة.

ومع انخفاض حالات الملاريا تزداد القدرة على علاج أمراض أخرى أيضاً، إذ يصبح تزويد المراكز الصحية باللوازم والكوادر أسهل بكثير عندما لا تكون غارقة تماماً في حالات الملاريا طوال أربعة أشهر من كل عام.

بفضل اللقاحات التي توفر القدر نفسه من الحماية بعدد أقل من الجرعات، أصبح لدى البلدان مزيد من الأموال التي يمكنها استثمارها في الأنظمة الصحية.

تساعد لقاحات المكورات الرئوية المقترنة (PCV) في حماية الأطفال من الالتهاب الرئوي، وهو أكثر الأمراض المعدية فتكا بالأطفال دون سن الخامسة.

وفي مارس من هذا العام، قامت منظمة الصحة العالمية بتحديث إرشاداتها المتعلقة بهذه اللقاحات. وفي البلدان التي لديها برنامج قائم للقاحات PCV، أدرجت المنظمة جدول جرعات مخفضا. فبدلاً من اضطرار الأطفال لتلقي ثلاث جرعات كما جرت العادة (جرعتين أوليتين تليهما جرعة مُعزِّزة)، يكفي أن يتلقوا جرعة أولية واحدة من PCV تليها جرعة مُعزِّزة واحدة ليحصلوا على حماية قوية.

الاستغناء عن جرعة واحدة قد لا يبدو تغييراً كبيراً، لكنه في الواقع يغير المعادلة تماما. فهو لا يقلل التكاليف ويُبسّط الجوانب اللوجستية فحسب، بل يخفف أيضاً الضغط على الأنظمة الصحية، مع الحفاظ على سلامة الأطفال.

وإذا انتقلت البلدان المؤهلة إلى جدول الجرعتين، فقد توفّر ما يقرب من مليارَي دولار بحلول عام 2050. ومع الأموال التي تُوفَّر من تقليص جدول الجرعات، يمكن للبلدان إعادة الاستثمار في توسيع نطاق التغطية باللقاحات—أو إدخال لقاحات جديدة لمكافحة أمراض أخرى تتسبب بوفاة أعداد كبيرة من الأطفال.

© Gates Foundation/Brian Otieno, Kenya

قوة التحصين

بقلم الدكتور نافين ثاكر، الهند
استشاري طب الأطفال، مستشفى ديب للأطفال، غانديدام، غوجارات
المدير التنفيذي، الرابطة الدولية لطب الأطفال

© Gates Foundation/Mansi Midha, India

بعض الاكتشافات تحتاج إلى أجيالٍ كاملة لتترك بصمتها، لكن الأمر لم يكن كذلك مع اللقاحات. فعلى مدى أربعة عقودٍ من عملي طبيبَ أطفال، شاهدتُ أثرها يتجلّى أمام عينيّ مباشرةً — إذ أعادت اللقاحات رسم ملامح الطفولة خلال جيلٍ واحد فقط.

في طفولتي في مدينة ساتنا بالهند، لم يكن غريبًا أن نسمع من يقول: "كنا سبعة وأصبحنا خمسة الآن". كانت الأسر تنجب عددًا كبيرًا من الأطفال — ليس بدافع الرغبة وحدها، بل إدراكًا ضمنيًا بأن بقاء الجميع على قيد الحياة لم يكن أمرًا مضمونًا فمعظم أبناء جيلي يحملون القصة نفسها: أخٌ رحل مبكرًا بسبب الحمى، أو الالتهاب الرئوي، أو مرضٍ غامضٍ ظهر فجأة وخطفه دون إنذار.

اليوم يستطيع الوالدان اختيار إنجاب طفل أو طفلين لأنهما يثقان بأنهما سيعيشان.

عندما بدأت فترة الإقامة الطبية، كان جناح المستشفى مكتظا بالأطفال المصابين بالكزاز الوليدي والدفتيريا والالتهاب الرئوي والفيروس العجلي. وأتذكر فترة لاحقة رأيت فيها 55 حالة شلل أطفال خلال شهر واحد. وكان يُنظر إلي باعتباري خبيرا في التهاب السحايا فقط لأنني عالجت عددا كبيرا جدا من الأطفال المصابين به. كانت المعاناة التي أشاهدها يوميا شديدة. لم ينجُ كثير من الأطفال، ومن نجا منهم كان يعاني غالبا من مشاكل صحية مدى الحياة

أما اليوم، فقد اختفت هذه الأمراض إلى حد كبير من ممارستي الطبية.

لماذا؟ بفضل اللقاحات.

في الهند، ساعد إدخال اللقاح خماسي التكافؤ، الذي يحمي الأطفال من الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي والتهاب الكبد "ب" والمستدمية النزلية "ب"، إضافة إلى لقاحات الفيروس العجلي، في خفض وفيات الالتهاب الرئوي والإسهال، وهما من أبرز مسببات وفيات الأطفال، بنحو النصف. وفي عام 2024، تلقى 94 في المائة من الأطفال المؤهلين اللقاح خماسي التكافؤ، وهو من أعلى معدلات التغطية في المنطقة.

ويهدف برنامج "ميشن إندردهانوش"، وهو مبادرة التحصين الوطنية الرئيسية في الهند التي أطلقت في عام 2014، إلى ضمان حصول كل طفل دون سن الثانية وكل امرأة حامل على التحصين الكامل ضد جميع الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات، مع التركيز على المناطق منخفضة التغطية. وقد وصلت الحملة حتى الآن إلى أكثر من 50 مليون طفل و12 مليون امرأة حامل. وساعدت في سد فجوات تحصين الأطفال استنادا إلى دروس القضاء على شلل الأطفال، بما في ذلك التخطيط الدقيق، والوصول إلى المجتمعات، والمشاركة المجتمعية. وأصبح معدل التغطية بالتحصين الكامل الآن في أكبر دولة في العالم يزيد على 90 في المائة.

وكانت استثمارات حكومة الهند المستمرة في تعزيز سلسلة الإمداد والقوى العاملة في الرعاية الصحية على الخطوط الأمامية، مع الاستفادة من الأدوات الرقمية، عاملا أساسيا في هذا النجاح. وبالاستفادة من الدروس المستخلصة من جهود التطعيم ضد كوفيد 19، قامت الهند بتحويل نظام التحصين رقمياً بالكامل، إذ سجلت أكثر من 79 مليون مستفيد و292 مليون جرعة لقاح، مما يجعلها من أكبر السجلات الإلكترونية للتحصين في العالم. وتتجلى الآثار بوضوح، ليس في الإحصاءات فحسب، بل في وجوه الأطفال الذين يزدهرون اليوم.

وفي وقتٍ تتعرّض فيه الميزانيات الصحية لضغوطٍ متزايدة حول العالم، يظلّ التحصين الروتيني أحد أذكى الاستثمارات الممكنة. فاللقاحات لا تُنقذ الأرواح فحسب، بل تمنع تفشّي الأمراض التي تُثقل كاهل المستشفيات، وتُعطّل التعليم، وتستنزف الموارد المخصّصة لأولوياتٍ أخرى. وكل دولارٍ يُستثمر في التحصين يدرّ عوائد كبيرة تتمثل في خفض تكاليف العلاج وزيادة الإنتاجية. وبعبارةٍ أخرى، ليست اللقاحات عبئًا ماليًا، بل أداة فاعلة لتقليل التكاليف وتحقيق مردودٍ إيجابي .

وإذا أردنا رؤية مزيد من الأطفال الأصحاء، فإن جعل اللقاحات ميسورة الكلفة عامل أساسي لتحقيق ذلك. فقد كان هذا العامل محركا رئيسيا لنجاح الهند وساهم في جانب كبير مما نشهده من تقدم في صحة الأطفال حول العالم. وتنتج الهند 60 في المائة من لقاحات العالم، مما يجعل التحصين ميسور الكلفة ومتوفرا عالميا، ويسهم في إنقاذ الأرواح في الهند وكذلك في أفريقيا وجنوب شرق آسيا. ومن الأمثلة البارزة: إدخال لقاح المكورات الرئوية المتقارن الذي طوره معهد الأمصال الهندي بسعر دولارين للجرعة؛ كما خفض لقاح الفيروس العجلي المطور في الهند السعر إلى نحو دولار واحد للجرعة، مما أتاح استخدامه على نطاق واسع في أفريقيا وآسيا .

عندما بدأت ممارسة الطب، رأيت عددا لا يحصى من الأطفال يكافحون من أجل البقاء على قيد الحياة بسبب أمراض لا تصمد اليوم أمام اللقاحات.

يمكن أن يتغير الكثير خلال حياة واحدة .

وهذه هي قوة التحصين.

© Gates Foundation/Mansi Midha, India

القضاء على الأمراض نهائيا

بحلول أربعينيات هذا القرن، قد يضع العلم الجديد حدا للملاريا من خلال القضاء على الأمراض نهائيا التي ينقلها البعوض والتي تودي بحياة أكثر من 400000 طفل دون سن الخامسة كل عام.

تتضافر سلسلة من الابتكارات لتشكيل درع ثلاثي الطبقات يحول دون أن تفتك الملاريا بالناس :

قبل اللدغة. يمكن للأبحاث المتعلقة بجيل جديد من اللقاحات أن تسد فجوات حرجة وتحمي الأطفال الأكبر سنا والذين تعرضوا بالفعل للمرض، وخاصة في المناطق ذات العبء المرتفع مثل أفريقيا جنوب الصحراء حيث تحدث 94 في المائة من حالات الملاريا .

أثناء التعرض. قبل نحو عقدين، أدى الانتشار الواسع للناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية في أفريقيا جنوب الصحراء إلى أسرع انخفاض في وفيات الملاريا في التاريخ.

ولكن مع تحسن وسائل دفاعنا، تكيف البعوض.

ففي غضون 18 شهرًا فقط، يمكن لمجموعة واحدة من البعوض أن تمرّ بما يصل إلى عشرين جيلًا متعاقبًا، وهو ما يمنحها فرصًا متكرّرة لتطوير مقاومةٍ فعّالة للمبيدات المستخدمة في تلك الناموسيات.

ولهذا السبب، ابتكر العلماء ناموسياتٍ ثنائية المبيدات تجمع بين نوعين مختلفين من المبيدات الحشرية، بهدف التغلّب على مقاومة البعوض وتعزيز الفاعلية الوقائية. وقد أثبتت هذه الناموسيات نجاحها المبكر في سبعة عشر بلدًا أفريقيًا، حيث أسهمت بالفعل في الوقاية من أكثر من 13 مليون حالة إصابة بالملاريا.

ورغم أن التخفيضات العالمية في التمويل قد أبطأت وتيرة توزيعها، فإن الحقيقة جليّة: **فبتكلفةٍ لا تتجاوز دولارًا واحدًا للشخص، يمكننا إنقاذ عشرات الآلاف من الأرواح كل عام**.

ولكن هذا ليس كل شيء. فقد طورت إحدى الشركات الرائدة في تصنيع المواد الطاردة للحشرات طاردا مكانيا صغيرا يشبه الملصق، عبارة عن مربع يثبت على الحائط ويبعد البعوض على مدار الساعة. ويبدو كأنه شيء قد تراه على جدار غرفة طفل، ربما بجانب ملصق لأحد الأبطال الخارقين. غير أن هذا الملصق هو بطل خارق بالفعل: إنه ينقذ الأرواح. بعد الإصابة. أصبح العلاج أكثر بساطة بشكل جذري.

بعد الإصابة. أصبح العلاج أكثر بساطة بشكل جذري. فالعلاج بجرعة واحدة سيقدر على القضاء على أنواع معينة من الملاريا، ليحل محل العلاجات التي تستمر عدة أيام بحبة واحدة فقط.

ومع هذه الابتكارات من الجيل التالي، إضافة إلى الثقة القوية والشراكة مع الحكومات المحلية والخبراء، يمكننا أن نوقف الملاريا حتى لا تكون أمرا شائعا ومتوقعا، ولا حتى مميتا.

ونحن نمضي على الطريق نحو القضاء على الملاريا نهائيا في حياتنا.

إنها فكرة جريئة، والعلماء الأفارقة يقودون الطريق.

بحلول عام 2045،

يمكن إنقاذ 5.7 ملايين طفل

بفضل أدوات الملاريا من الجيل التالي

مستقبل بلا ملاريا

بقلم كريستال مويسيجا بيرونغي، أوغندا

باحثة ومسؤولة توعية، برنامج" تارغت ملاريا أوغندا"

© Gates Foundation/Zahara Abdul, Uganda

من أقدم الذكريات التي لدي هي عندما كان شقيقي الأصغر يرتجف من الحمى ووالدتي تحاول يائسة تبريد جسده. كان مصابًا بالملاريا. كنّا نعلم أن العلاج موجود، لكننا لم نكن قادرين على تحمّل تكلفته. لم يكن أمامنا إلا الدعاء.

ولم يعانِ مرة واحدة، بل مرارًا وتكرارًا. وكنتُ أشعر بالرعب والعجز وأنا أشاهده يتألم. وعندما أصبتُ أنا أيضًا بالملاريا، كان الألم لا يُحتمل إلى درجة أنني كنت أحيانًا أتمنى لو ينتهي كل شيء. **هذه هي حقيقة الملاريا: لا يمكنك تفاديها عندما تضرب، وإذا أصابتك فقد لا تنجو** .

في ذلك الوقت، لم تكن الناموسيات في متناول أسرتي. قالت لي أمي ذات مرة: "الناموسيات للأغنياء". كانت تواجه خيارات مستحيلة: البقاء في المنزل لرعاية طفل مريض وترك الأسرة تحت تهديد الجوع، أو الخروج للعمل مع خطر فقدان طفلها. وما زال العديد من الآباء في أوغندا يواجهون هذه الخيارات إلى يومنا هذا .

لكن كل شيء تغيّر عندما وصل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا إلى بلدي، وكنتُ آنذاك في الرابعة عشرة من عمري. فجأة، أصبحت الناموسيات والأدوية تُوزَّع مجانًا. وأصبحت عاملات الصحة المجتمعية قادرات على تشخيص الملاريا وعلاجها في أحيائنا. ولأول مرة، لم يعد الفقر يعني أن الإصابة بالملاريا تؤدي حتمًا إلى الموت. في البلدان التي يستثمر فيها الصندوق العالمي، بما فيها بلدي، انخفضت وفيات الملاريا بنسبة 29% خلال أقل من عقدين. **ولولا هذه البرامج لتضاعفت وفيات الملاريا خلال الفترة نفسها** .

لقد منحتني تلك التدخلات مستقبلًا وهدفًا. واليوم أنا عالمة حشرات أعمل مع "تارغت ملاريا" في معهد أبحاث الفيروسات الأوغندي على تطوير تقنيات وراثية جديدة للحد من عدد البعوض الذي ينقل هذا المرض. عندما بدأت أدرس علم الوراثة في سن المراهقة، أدركت مدى قوته. قال لي كثيرون إن حلمي باستخدام علم الوراثة لمكافحة الملاريا مستحيل. لكن أمي قالت غير ذلك. وكانت محقة .

لقد تطور العلم كثيرًا منذ طفولتي. واليوم تتوفر للعالم مجموعة أوسع من الأدوات لمكافحة الملاريا. فبفضل ناموسيات حديثة وأكثر فعالية، إلى جانب الرش داخل المنازل، والأدوية، واللقاحات، أُنقِذت ملايين الأرواح. لكن لكل منها نقائص. فالبعوض يطوّر مقاومة للمبيدات. والطفيليات تطوّر مقاومة للأدوية. واللقاحات، وإن كانت تنقذ الأرواح، ليست قوية بما يكفي لوقف الانتقال وحدها. ولا يكفي أي منها للقضاء على الملاريا نهائيًا. ولهذا نحتاج إلى ابتكارات جديدة من شأنها أن تكسر سلاسل الانتقال بالكامل .

ندرس حالياً إمكانات تقنية "الدفع الجيني" — وهي أداة مبتكرة تمكّن سمة وراثية محددة من الانتشار داخل مجموعة سكانية بوتيرة تفوق المعدّل الطبيعي — وكيف يمكن تسخيرها في مكافحة مرض الملاريا. فهناك أنواع معينة فقط من البعوض تحمل طفيلي الملاريا وتنقله. ويستكشف العلماء الأفارقة، بمن فيهم العاملون في "تارغت ملاريا" حيث أعمل، ما إذا كان تعديل جينات بعوض الملاريا يمكن أن يجعله أقل قدرة على التكاثر أو يمنعه من نقل الطفيلي إلى البشر. عادةً تُورَّث هذه التغيّرات الوراثية بنسبة تقارب النصف، لكن مع الدفع الجيني يمكن انتقال السمات إلى جميع النسل تقريبًا، مما يقلل انتقال الملاريا أو يقضي عليه في المنطقة المحلية.

ومن المهم التذكير بأن البحث لا يقوم على العلم وحده، بل على الثقة أيضًا. لذلك نعمل إلى جانب شركائنا يدًا بيد مع المجتمعات، فنصغي ونشرح ونسعى إلى أن يتشكل عملنا وفق رؤيتهم.

وما يحفزني للقيام بهذا العمل أمر بسيط: ما زال الأطفال يموتون إلى يومنا هذا من المرض الذي طاردني في طفولتي. لقد نجوت لأن هناك من استثمر في مستقبلي. والآن جاء دوري لأفعل الشيء نفسه لصالح الآخرين.

منذ عام، بلغ ابني الخامسة من عمره. بالنسبة للعديد من الآباء، يمثّل هذا العمر المحطة الأخيرة قبل دخول المدرسة. أما بالنسبة لي، فكانت محطة مهمة في معركة البقاء. في أوغندا يموت طفل من كل خمسة وعشرين طفلًا قبل بلوغ سن الخامسة، ومعظمهم بسبب الملاريا. وعندما نفخ ابني شمعات عيد ميلاده، كان كل ما فكرت فيه: هو على قيد الحياة. لقد نجا.

كل طفل يستحق تلك الفرصة. **القضاء على الملاريا نهائيًا ليس ممكنًا فحسب، بل ضرورة ملحّة أيضًا.** نحن الباحثون الأفارقة ندرك ذلك، ونحن من يقود الطريق. نحن نملك الابتكارات. ونملك المعرفة. ونواصل تعميق فهمنا للعلم حتى نصل إلى خط النهاية.

© Gates Foundation/Zahara Abdul, Uganda

بحلول أواخر أربعينيات هذا القرن، قد تقضي ابتكارات جديدة فعليا على الوفيات الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، الذي كان يوما الجائحة الأكثر فتكا في العالم.

تخيل أن السنة هي 2044. تعرف فتاة مراهقة في بوتسوانا ما هو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ولكن لا هي ولا أي شخص في سنها يعرف شخصا توفي بسببه.

عندما كان أجدادها أطفالا، كان الوضع مختلفا تماما. لم تكن هناك علاجات فعالة أو ميسورة التكلفة لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وكان التشخيص يكاد يعني حكما بالموت وكان انتقال العدوى شبه مؤكد.

وبحلول الوقت الذي أصبح فيه والداها في ريعان الشباب، كان فيروس نقص المناعة البشرية قد أصبح أكثر قابلية للإدارة. فقد أتاح العلاج اليومي المضاد للفيروسات القهقرية — وهو مزيج من أدوية مكافحة الفيروسات يُتناول في حبةٍ واحدة يوميًا — للمصابين أن يعيشوا حياةً طويلة وصحية رغم المرض. كما ساعدت حبوب الوقاية قبل التعرّض على منع العدوى لدى الأشخاص الأكثر عرضةً للخطر. وكانت هذه الأدوات في السابق باهظة التكلفة وصعبة المنال، لكن بفضل جهودٍ عالمية رائدة مثل خطة طوارئ رئيس الولايات المتحدة للإغاثة من الإيدز (PEPFAR) والصندوق العالمي، أصبحت أكثر توافرًا وإتاحةً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

ومع ذلك، لم يكن الحصول على هذه العلاجات أمرا سهلا دائما. فغالبا ما كانت العيادات بعيدة. وكانت الوصمة تمنع الناس من طلب الرعاية. ولم يتمكن بعض الأشخاص، بمن فيهم الأطفال، من تجنب العدوى. فقد نقلت الأمهات الفيروس إلى أطفالهن. وكثير من أولئك الأطفال لم ينجوا.

ولكن ذلك عالم لا تكاد مراهقتنا تتخيله. تفتح هاتفها وتنقر على تطبيقها الصحي. إنه مساعد ذكي يعمل بالذكاء الاصطناعي يساعدها في كل شيء من الصحة النفسية إلى وسائل منع الحمل.

واليوم يقدم لها إرشادات بشأن الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.

فتتعرف على مخاطرها وعلى مجموعة واسعة من الخيارات للوقاية الموثوقة والميسورة وطويلة الأمد من فيروس نقص المناعة البشرية، سواء كانت حبة شهرية أو حقنة سنوية أو لقاحا فعالا.

وتختار واحدا منها.

وفي غضون ساعات، يصبح متاحا.

إنها حقنة واحدة، وهي حقنة تسمى لیناکابافیر. جرعة واحدة في السنة. هذا كل شيء.

قد يبدو هذا المستقبل بعيدا. لكنه ليس كذلك.

فدواء لیناکابافیر موجود بالفعل، وعندما يتاح منه دواء جنيس في السنوات القليلة المقبلة سيصبح أكثر إتاحة. وهو ليس الآن حقنة واحدة سنويا، رغم أن ذلك قد يتحقق بحلول عام 2028. أما الآن فهي حقنتان في السنة، وهو ما يزال أقل بـ 363 جرعة من الحبة اليومية التي يعتمد عليها الناس اليوم، وحتى تلك الحبة تشهد تطورا: فنسخة شهرية من الوقاية قبل التعرض الفموية هي الآن في المراحل الأخيرة من التجارب

وفي عصر شح الموارد، لم يكن لهذا النوع من الابتكار أهمية أكبر. فإيصال النسخة التي تعطى مرتين سنويا إلى 4 في المائة فقط من المناطق عالية الإصابة يمكن أن يمنع ما يصل إلى 20 في المائة من الإصابات الجديدة.

وذلك يغيّر الحياة للجميع، وخاصة للأطفال. **فانخفاض عدد النساء المصابات يعني انخفاض عدد الأطفال الذين يولدون بالفيروس.**

واللقاحات الجديدة التي تعطى للأمهات وتحمي الأطفال قبل ولادتهم تمنحنا فرصة لضمان ألا تكون الأشهر الأولى من حياة الطفل هي آخرها.

وسوف تساعد كل هذه الابتكارات في إنقاذ ملايين الأطفال.

ولكن هناك فئة من المآسي لم نحلها بعد. **فنحو نصف وفيات الأطفال تحدث في الشهر الأول من الحياة.**

بحلول عام 2045،

يمكن إنقاذ 3.4 مليون طفل

من خلال توسيع استخدام منتجات التحصين الجديدة ضد فيروس المخلوي التنفسي والالتهاب الرئوي

ويعد فيروس المخلوي التنفسي أحد هذه التهديدات. فهو في البلدان المنخفضة الدخل والدول ذات الدخل المرتفع على حد سواء السبب الرئيسي للالتهاب الرئوي لدى الرضع وأحد الأسباب الرئيسية لدخول المواليد الجدد إلى المستشفى وهم يعانون من صعوبة في التنفس.

وليس هذا فحسب، فأولئك الذين يدخلون المستشفى بسبب هذا الفيروس في الأشهر الستة الأولى من حياتهم يكونون أكثر عرضة بثلاث مرات للإصابة بعدوى متكررة في الجهاز التنفسي السفلي لاحقا في الطفولة.

ثم هناك المكورات العقدية من المجموعة "ب"، وهو مرض أكثر خفاء لكنه مميت أيضا. تحمل العديد من النساء الحوامل هذه البكتيريا دون ظهور أعراض. ولكن عندما تنتقل إلى الطفل المولود حديثا، يمكن أن تؤدي إلى عدوى في الدم أو تلف في الدماغ أو الوفاة خلال ساعات من الولادة. ولا يوجد حاليا لقاح يقي منها.

وفي أواخر العقد الأول من الألفية، كشف العلماء البحث في نهج مختلف: **إذا لم نتمكن من حماية الأطفال بالسرعة الكافية، فماذا لو قمنا بتحصين أمهاتهم بدلا من ذلك؟**

إن الفكرة بسيطة لكنها قوية. فعندما تتلقى المرأة الحامل اللقاح، تنقل الأجسام المضادة إلى طفلها عبر المشيمة، مما يوفر حماية قبل ولادته. إنه أشبه بتزويد مولود جديد بدرع واق.

وتستخدم اللقاحات الموجهة للأمهات بالفعل للوقاية من التيتانوس والسعال الديكي. ولكن اللقاحات الجديدة المضادة لفيروس المخلوي التنفسي والمكورات العقدية من المجموعة "ب" يمكن أن تعيد تعريف ما يمكن أن يحققه التحصين الموجه للأمهات.

والسلامة تأتي أولا في جميع اللقاحات، وخاصة تلك التي تعطى للحوامل، ولهذا استغرق هذا النهج سنوات من التقدم المتأني.

وإذا كنت قد أنجبت حديثا في الولايات المتحدة أو المملكة المتحدة أو كندا، فقد تكونين أنت وطفلك قد استفدتما بالفعل من لقاح فيروس المخلوي التنفسي.

فالأمهات والأطفال في كل مكان يستحقون أفضل حماية ممكنة. وقد بدأ طرح هذا اللقاح في البلدان ذات الدخل المرتفع قبل عامين. والآن سيصبح متاحا في البلدان المدعومة من التحالف العالمي للقاحات والتحصين لحماية الأطفال في البلدان منخفضة الدخل حيث تحدث معظم الوفيات .

أما بالنسبة للمكورات العقدية من المجموعة "ب" ، فهناك لقاح قيد التطوير قد يغير قواعد اللعبة. وإذا نجح، فسيكون أول لقاح على الإطلاق للوقاية من عدوى هذه البكتيريا لدى المواليد الجدد .

ويجري العمل على تطوير طرق إيصال هذه اللقاحات لتلبية احتياجات البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط على وجه التحديد. وتدعم مؤسسة غيتس حاليا تطوير قوارير متعددة الجرعات، وهي حاويات تحتوي على كمية تكفي من اللقاح لما بين شخصين إلى عشرين شخصا. وتساعد هذه القوارير في خفض التكاليف وجعل عملية التوزيع أكثر كفاءة، وخاصة في الأماكن التي تكون فيها الموارد شحيحة والطلب مرتفعا .

وتتميّز هذه الابتكارات بتعدد فوائدها، إذ تحفظ الأرواح وتوفّر الموارد المالية، وتُحرّر الطاقات والإمكانات لتُوجَّه نحو أولوياتٍ حيويةٍ أخرى

وبالنسبة للأطفال الذين تُنقذ حياتهم، يمكن لهذه الابتكارات أن تغير كل شيء، ليس فقط في تلك الأشهر الأولى الثمينة من حياتهم، بل في كل ما يأتي بعدها .

© Gates Archive/Mansi Midha, India

دعوة إلى العمل

بلغت السبعين هذا العام، وهي سنّ يتقاعد فيها كثير من الناس. لكنني لا أنوي التوقف في المستقبل القريب، لأنني متيقن من أننا نستطيع أن نحدث أثراً أكبر في حياة أطفال العالم خلال الأعوام العشرين المقبلة.

لكلّ منا دور يؤديه.

إذا كنت من صنّاع القرار:

- وجّه تمويل الصحة نحو أفضل الاستثمارات، وموّل البرامج التي أثبتت نجاحها مثل "غافي" و "الصندوق العالمي".
- واحمِ ووسع الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية والتحصين الروتيني.
- وادعم تطوير الابتكارات الصحية واعتمادها لتسريع الأثر.

وإذا كنتَ مواطناً ناشطاً:

- فاستخدم صوتك لتذكير القادة بما يوحّدنا جميعاً: الإيمان العميق بأن لكل طفلٍ الحق في أن يعيش وينمو ويزدهر، بغضّ النظر عن المكان الذي وُلد فيه أو الظروف التي تحيط به.

وقد أثبت الجيل السابق أنه بالإبداع والالتزام يمكن إنقاذ حياة ملايين الأطفال.

يمكننا أن نكرّر ذلك ولكن هذه المرّة بوتيرة أسرع، وبأساليب أذكى، وبتكلفة أقل.

لأن الآباء يستحقون أن تتاح لهم الفرصة ليعرفوا ماذا سيفعل أطفالهم حين يكبرون، لا أن يتساءلوا عمّا إذا كانوا سيكبرون أم لا.

ونحن قادرون على منحهم تلك الفرصة.

وإذا استطعنا اليوم أن نُنجز المزيد بموارد أقل، وأن نمهّد الطريق نحو عالمٍ تُكرَّس فيه موارد أكبر لصحة الأطفال وازدهارهم، فسنكون — بعد عشرين عاماً — قادرين على رواية قصة مختلفة تماماً؛ قصةٍ تُجسّد انتصار الإنسان على المعاناة، وتروي كيف ساعدنا مزيداً من الأطفال على النجاة عند الولادة، وفي سنوات الطفولة الأولى.

مزيد من الأطفال يتلفظون بكلماتهم الأولى ويخطون خطواتهم الأولى ويعيشون يوم دخولهم المدرسة لأول مرة.

ومزيد من الشموع على كعكات عيد الميلاد.

ومزيد من الأطفال الذين يبلغون كامل إمكاناتهم، لا بفضل الحظ بل نتيجة خطة مسبقة.

لأن كل حياة نحميها هي مستقبل نصنعه. وذلك يستحق أن نقاتل من أجله.

استكشف البيانات

في عام 2015، اتفق 193 من قادة العالم على 17 هدفاً من أهداف التنمية المستدامة لإنهاء الفقر، ومكافحة عدم المساواة، وتحسين الصحة بحلول عام 2030. ويعمل مناصرو الأهداف على تسريع وتيرة التقدم المُحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة، مع التركيز على الأهداف 1 إلى 6.

يرصد تقرير مناصري الأهداف سنوياً 18 مؤشراً رئيسياً، من الفقر إلى التعليم، ويعرض أحدث التقديرات بشأن المجالات التي تسهم فيها الابتكارات والاستثمارات في دفع التقدم، وتلك التي نشهد فيها تراجعاً. وتذكرنا هذه البيانات بأن التقدم ممكن ولكنه ليس حتمياً.

ومع بقاء خمس سنوات فقط، فإن العالم يسير في الاتجاه الخاطئ. وفي هذا العام، جعلت تخفيضات تمويل الصحة تحقيق أهداف التنمية المستدامة أبعد وصولاً.

تدمج المؤشرات الصحية الثلاثة عشر التي نتابعها مع شريكنا، معهد القياسات الصحية والتقييم، الأثر المتوقع لتخفيضات محتملة في تمويل الصحة، بافتراض خفض بنسبة 20% في المساعدة الإنمائية للصحة في عام 2026 مقارنة بمستويات التمويل لعام 2024.

من الواضح: ثمة حاجة ملحّة إلى اتخاذ إجراءات عاجلة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة وخلق مستقبل أكثر عدلاً وأماناً للجميع بحلول عام 2030.

التفاعل مع البيانات

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني للاطلاع على نسخة تفاعلية من هذه الرسوم البيانية والوصول إلى البيانات الأولية.
https://gates.ly/ExploretheData

الفقر

توقف النمو، الزراعة

وفيات الأمهات، وفيات الأطفال دون سن 5، وفيات المواليد، فيروس نقص المناعة البشرية، داء السل، الملاريا، الأمراض المدارية المهملة، تنظيم الأسرة، التغطية الصحية الشاملة، التدخين، اللقاحات

التعليم

المساواة بين الجنسين

الصرّف الصحي

الأنظمة المالية الشاملة

الفقر

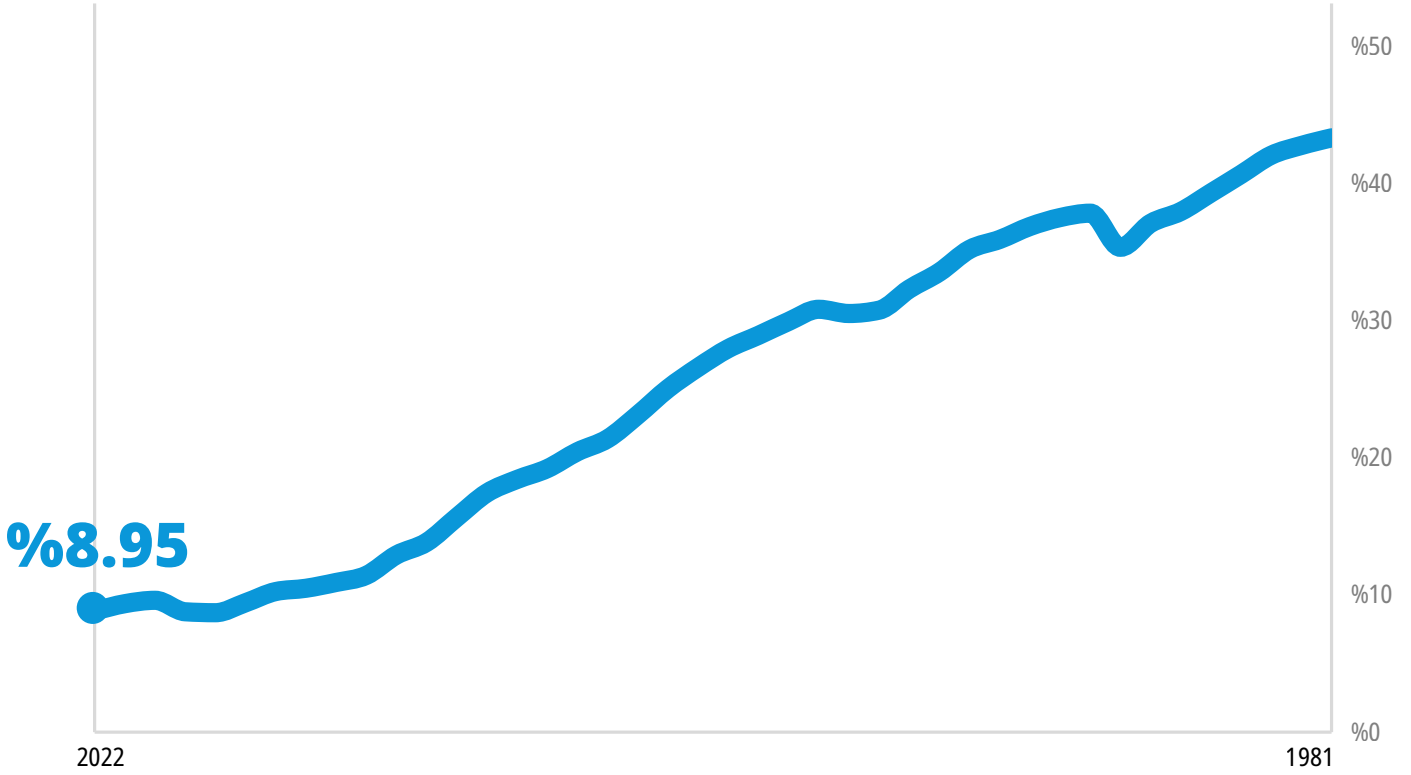
مقصد الهدف 1.1

القضاء على الفقر المدقع للناس أجمعين أينما كانوا.

تسعة في المئة من السكان على مستوى العالم أي 712 مليون شخص عاشوا على أقل من 2.15 دولار أمريكي في اليوم في عام 2022. وفق الوتيرة الحالية سيظل نحو 7 في المئة من سكان العالم في فقر مدقع بحلول عام 2030، أي 574 مليون شخص في فقر مدقع.

(سيجري استخدام خط الفقر العالمي الجديد للبنك الدولي في النسخة القادمة من هذا التقرير.)

نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الدولي (2,15 دولار أمريكي في اليوم)



مفتاح الرسم البياني

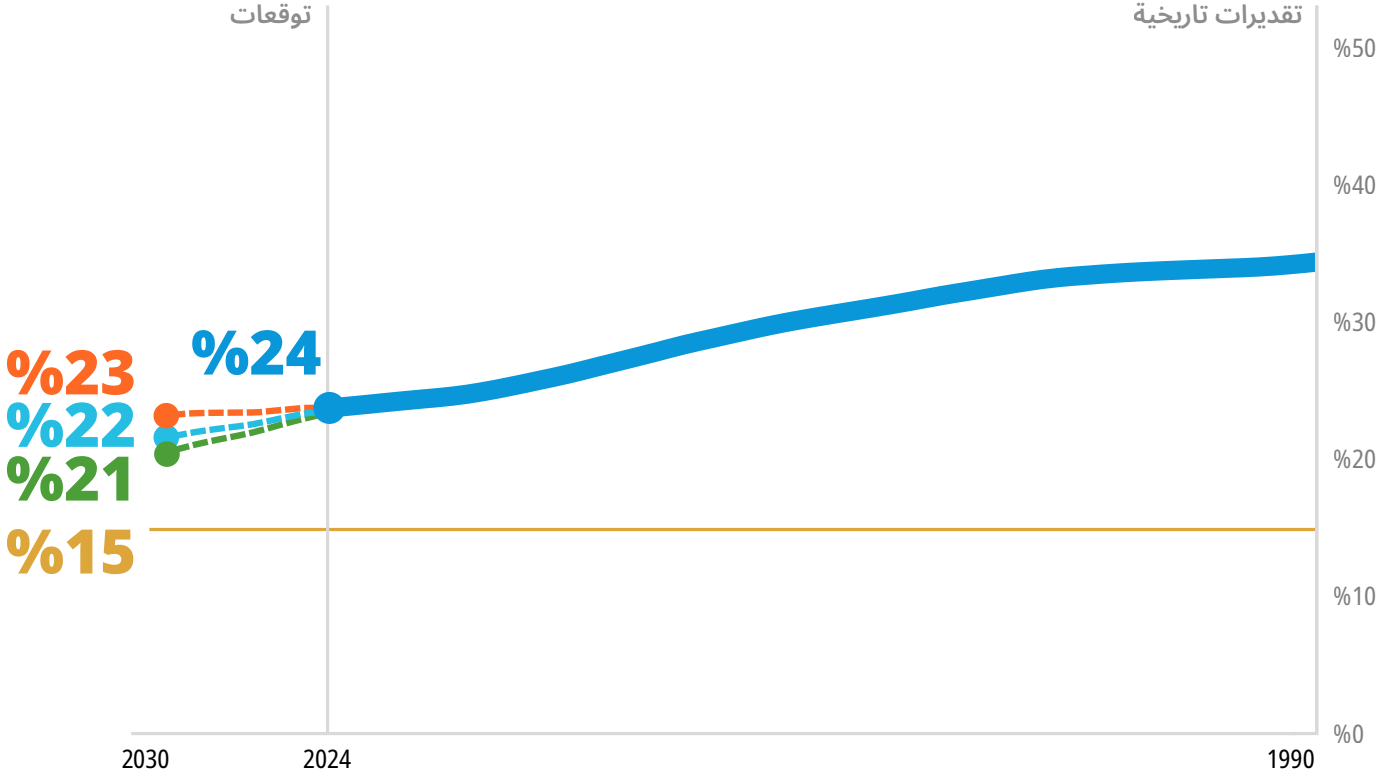
متوسط تاريخي

توقف النمو

مقصد الهدف 2.2

وضع حد لجميع أشكال سوء التغذية، بما في ذلك تحقيق الأهداف المتفق عليها دوليا بحلول عام 2025 بشأن توقف النمو والهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة.

انتشار توقف النمو بين الأطفال دون سن الخامسة



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

استقرت نسبة الأطفال المصابين بتوقف النمو عند 24 في المئة عام 2024. تشير توقعات عام 2030 إلى أن 22 في المئة من الأطفال دون سن الخامسة سيعانون من توقف النمو، مما يعني عدم تحقيق هدف عام 2030 البالغ 15 في المئة.

الزراعة

القضاء التام على الجوع

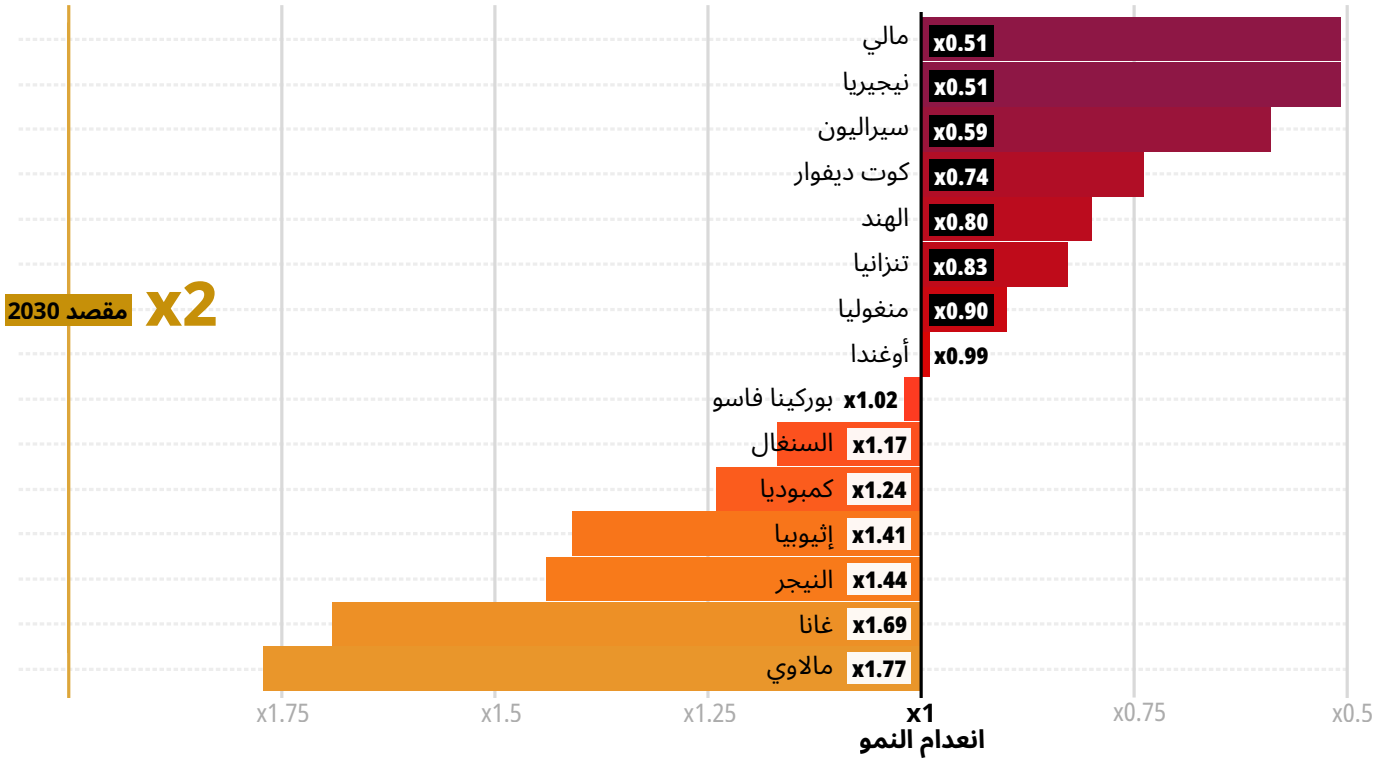
مقصد الهدف 2.3

مضاعفة الإنتاجية الزراعية ودخل منتجي الأغذية أصحاب الحيازات الصغيرة، ولا سيما النساء وأفراد الشعوب الأصلية والمزارعين الأسريين والرعاة والصيادين.

يتخلف المنتجون أصحاب الحيازات الصغيرة عن كبار المنتجين ويواجهون أزمة في الدخل والإنتاجية. هناك حاجة إلى ابتكارات تمكّن المزارعين الصغار من تحقيق المزيد بمواردهم المحدودة، وذلك في بيئة تشكل فيها الظواهر الجوية القصوى والنزاعات والتقلبات الاقتصادية تحديات خطيرة لأمنهم الغذائي. تُبذل حاليا جهود لتوسيع نطاق جمع الإحصاءات الزراعية بهدف مواصلة اكتساب مزيد من المعرفة.

ملاحظة:
لا يمكن مقارنة معدلات نمو البلدان لأنها تُحسب على نطاقات زمنية مختلفة. يمكن العثور على جميع النطاقات الزمنية في مصادر البيانات.

معدل نمو متوسط الدخل السنوي من الزراعة لمنتجي الأغذية أصحاب الحيازات الصغيرة



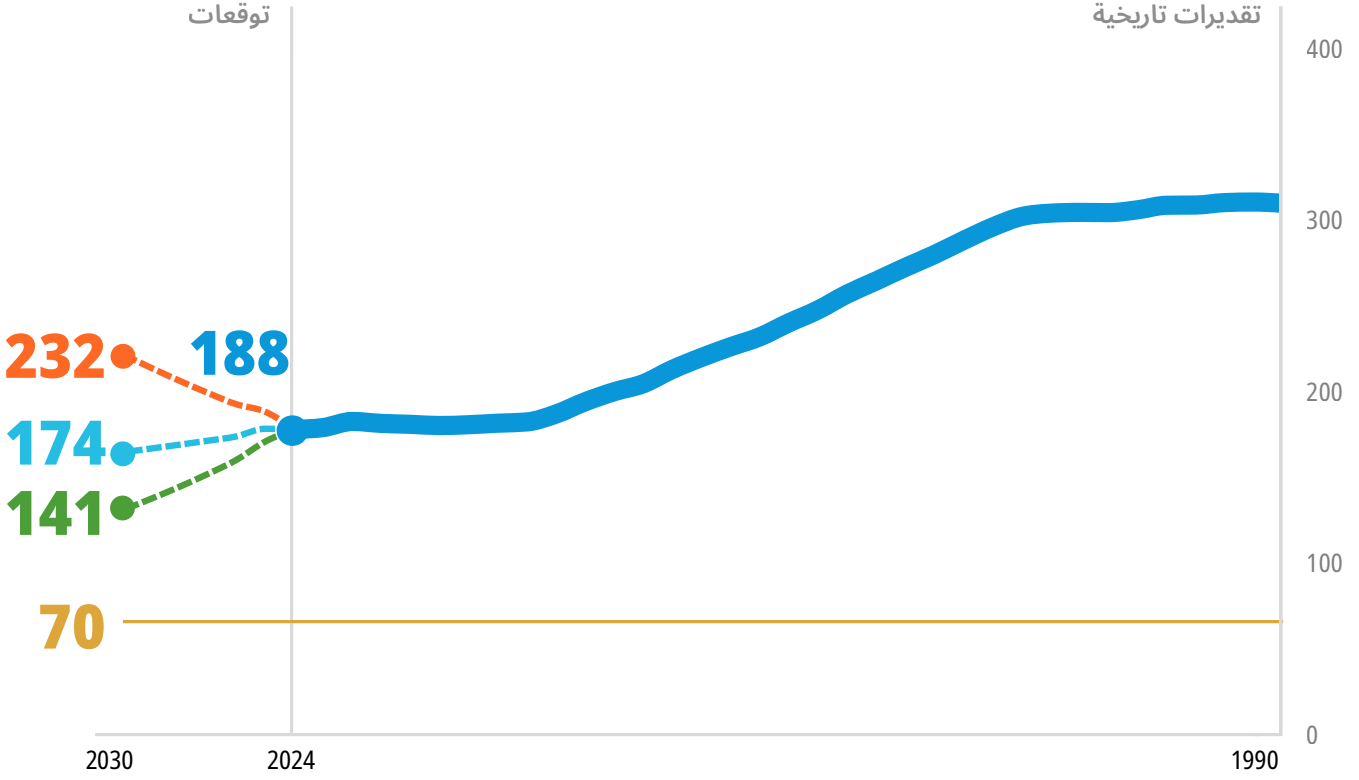
وفيات الأمهات

مقصد الهدف 3.1

خفض معدل الوفيات النفاسية على الصعيد العالمي إلى أقل من 70 حالة وفاة لكل مائة ألف مولود حي.

لم يحرز أي تقدم بشأن خفض معدل الوفيات النفاسية على الصعيد العالمي منذ عام 2016، حيث بلغ 188 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي في عام 2024. تشير توقعات عام 2030 إلى 174 حالة وفاة للأمهات لكل 100 ألف ولادة حية. يتطلب تحقيق الهدف بحلول عام 2030 معدل انخفاض سنوي بنسبة 15 في المئة، وهو معدل أسرع بكثير من الاتجاهات التاريخية.

وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

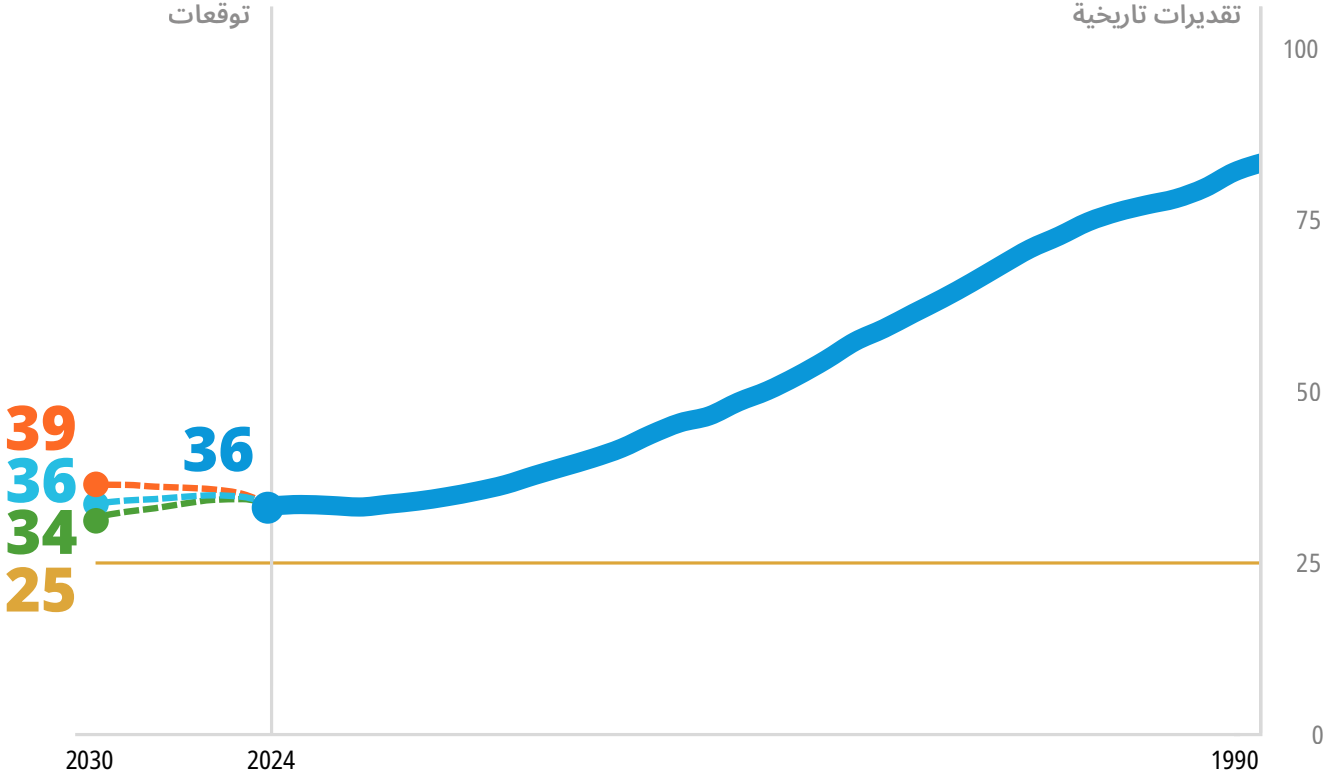
وفيات الأطفال دون سن الخامسة

مقصد الهدف 3.2

وضع حد لوفيات الأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي.

منذ عام 2021 ظل معدل وفيات الأطفال عند 36 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية. بحلول عام 2030 سيظل معدل وفيات الأطفال المتوقع عند 36 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية، مما يعني عدم تحقيق الهدف البالغ 25 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية.

وفيات الأطفال دون سن الخامسة في كل 1000 مولود حي



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

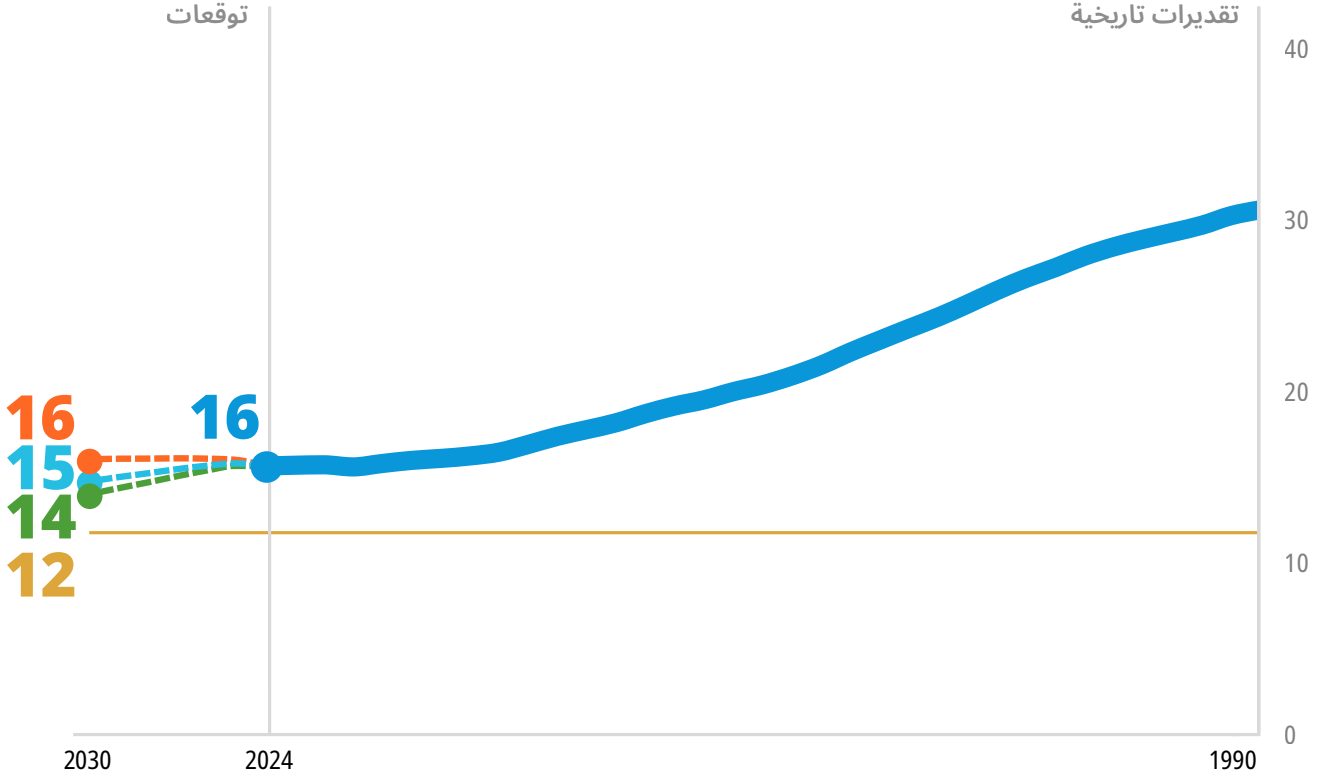
وفيات المواليد

مقصد الهدف 3.2

وضع حد لوفيات المواليد التي يمكن تفاديها، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي.

منذ عام 2021 ظل معدل وفيات المواليد عالميا عند 16 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية. بحلول عام 2030 سيبلغ المعدل المتوقع 15 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية، مما يعني عدم تحقيق الهدف البالغ 12 حالة وفاة لكل ألف ولادة حية.

وفيات المواليد في كل 1000 مولود حي



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

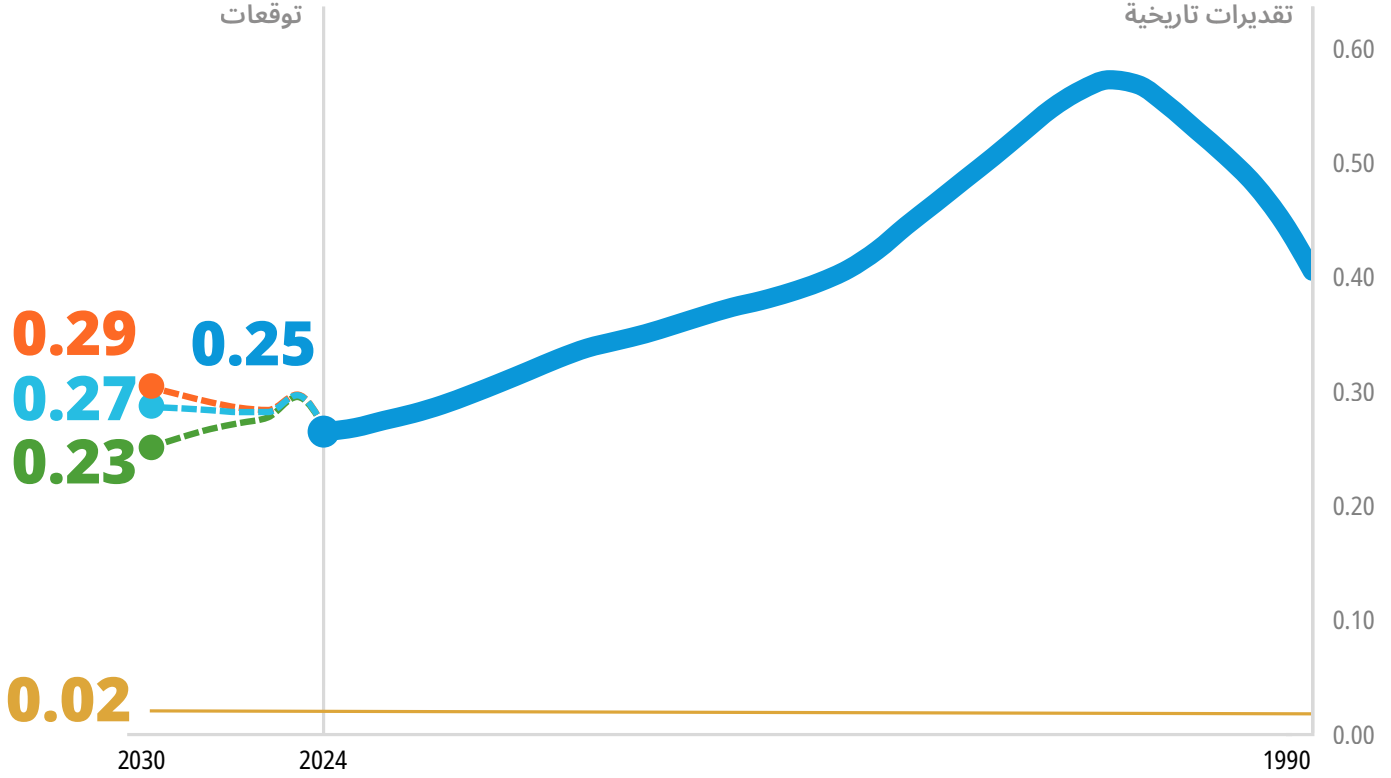
فيروس نقص المناعة البشرية

مقصد الهدف 3.3

القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى.

على مستوى العالم تراجع معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بشكل مطّرد منذ ذروته، مسجلا مستوى منخفضا عند 0.25 في عام 2024. غير أن الاضطرابات الأخيرة في تمويل وبرامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية عكست هذا الاتجاه، وأصبح من المتوقع أن يرتفع المعدل إلى 0.27 لكل ألف شخص بحلول عام 2030، أي أكثر من عشرة أضعاف الهدف البالغ 0.02 لكل ألف شخص.

حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 شخص



مفتاح الرسم البياني

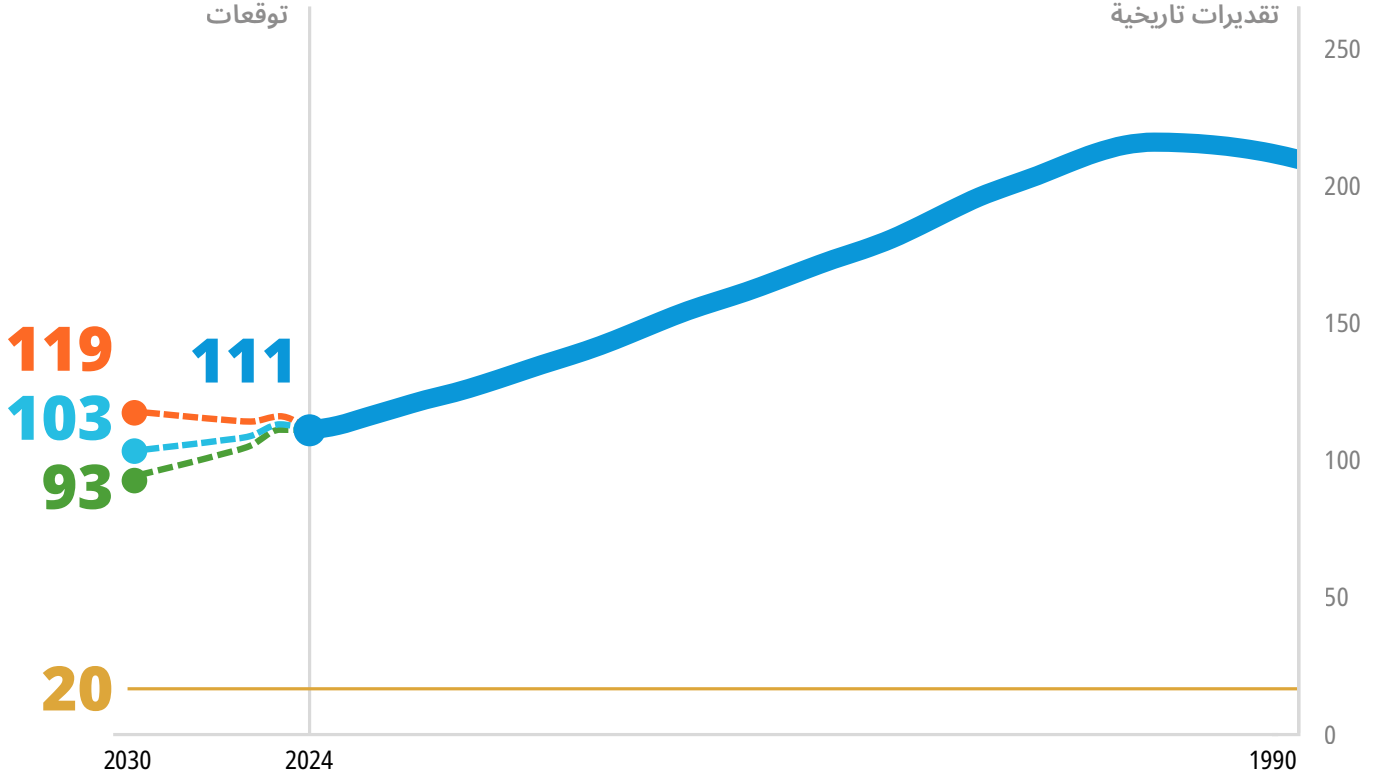
مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

داء السل

مقصد الهدف 3.3

القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى.

حالات الإصابة الجديدة بالسل لكل 100 ألف شخص



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

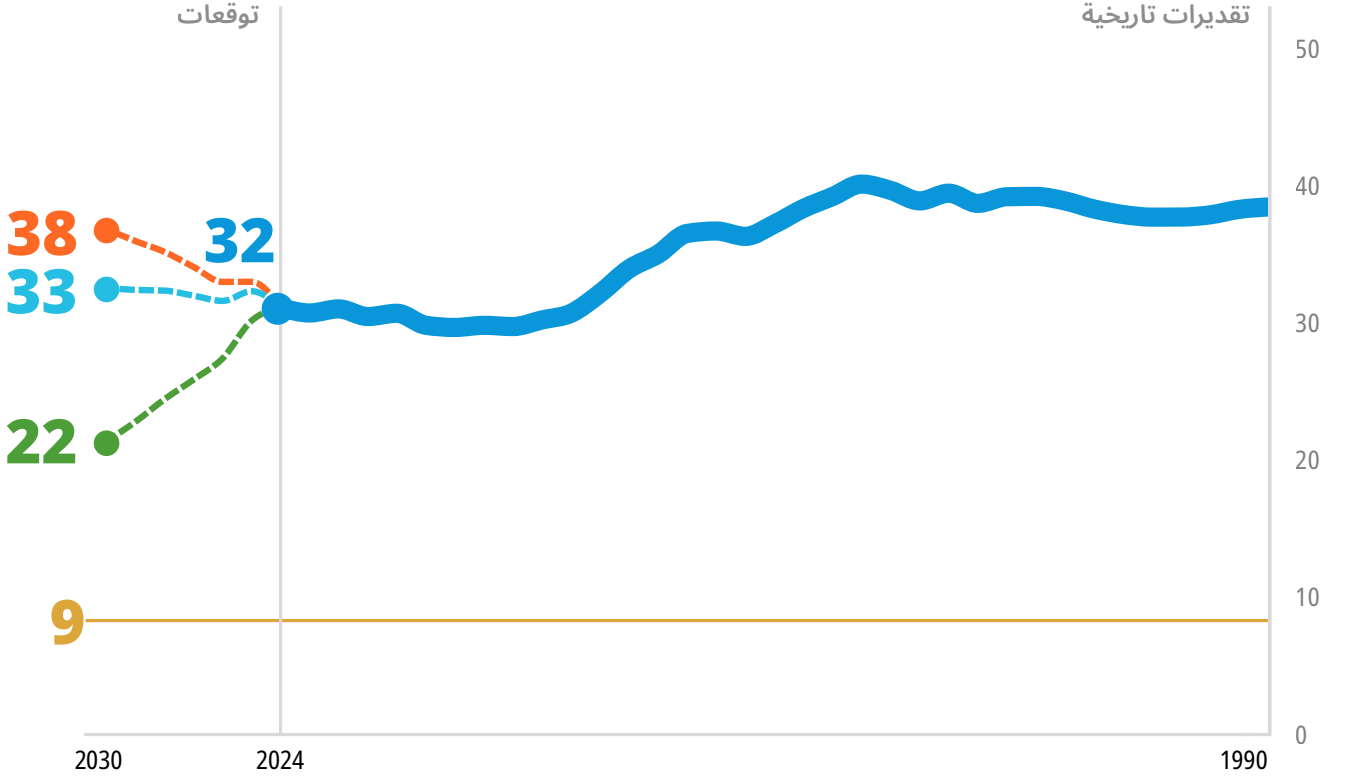
على مستوى العالم سُجّلت 111 حالة إصابة جديدة بالسل لكل 100 ألف شخص في عام 2024. تشير التقديرات إلى احتمال ثبات التقدم ابتداء من عام 2025، مع وصول الإصابات الجديدة بالسل إلى 103 لكل 100 ألف شخص في عام 2030، أي أكثر من خمسة أضعاف الهدف البالغ 20 حالة جديدة لكل 100 ألف شخص.

الملاريا

مقصد الهدف 3.3

القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى.

حالات الإصابة الجديدة بالملاريا لكل 1000 شخص



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

توقف التقدم في خفض عدد الإصابات الجديدة بالملاريا، وبلغ 32 حالة لكل ألف شخص في عام 2024. تشير توقعات عام 2030 إلى انعكاس مسار التقدم، مع ارتفاع الحالات الجديدة إلى 33 حالة لكل 1000 شخص بحلول عام 2030.

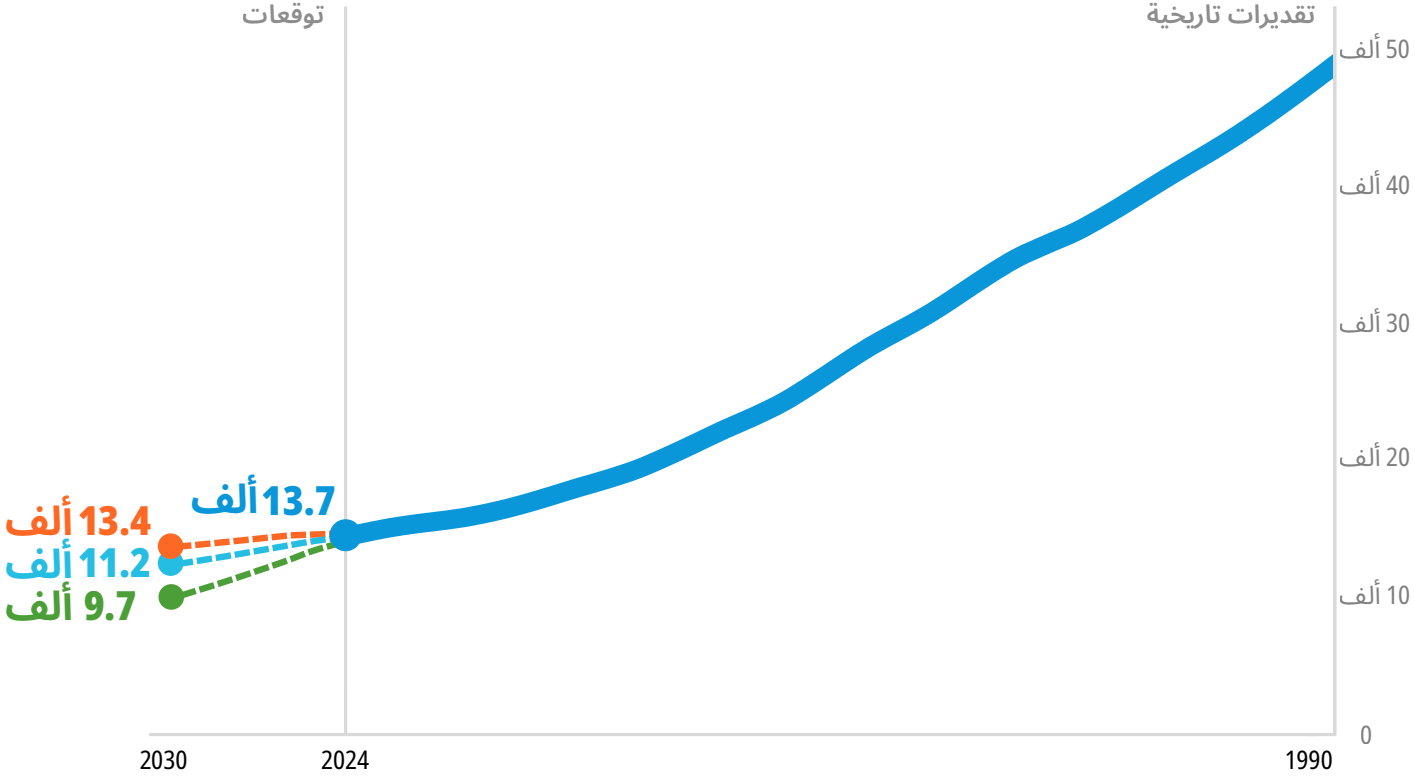
الأمراض المدارية المهملة

مقصد الهدف 3.3

القضاء على أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى.

بالنسبة إلى 15 من الأمراض المدارية المهملة تُقدّر الإصابة الإجمالية بأنها انخفضت عالميا في عام 2024 إلى 13,697 حالة لكل 100 ألف شخص، مقارنة بـ 14,171 حالة لكل 100 ألف شخص في عام 2023. من المتوقع أن يستمر انخفاض انتشار هذه الأمراض المدارية المهملة الـ 15 ليصل إلى 11,165 لكل 100 ألف شخص بحلول عام 2030.

انتشار حالات الإصابة بـ 15 مرضًا من الأمراض المدارية المهملة لكل 100 ألف شخص.



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

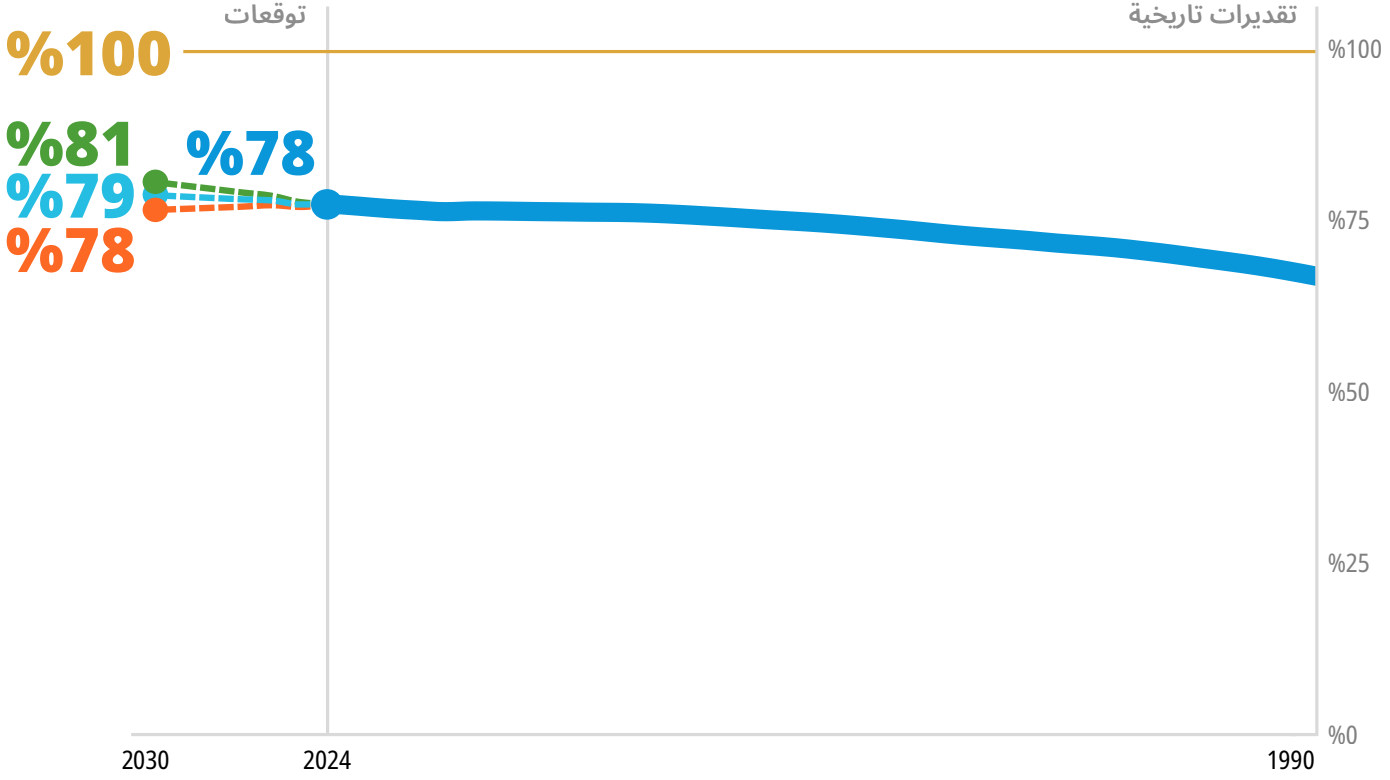
تنظيم الأسرة

غاية هدف التنمية المستدامة 3.7

ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة.

على الصعيد العالمي، تشير التقديرات إلى أن نحو ثماني نساء ممن هن بحاجة إلى وسائل منع الحمل يستخدمن وسيلة حديثة لتحقيق أهدافهن الإنجابية. تشير التوقعات إلى أن وتيرة التقدم سوف تبقى على حالها حتى عام 2030 - ما يعني الإخفاق في تحقيق المقصد المتعلق بحصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية بنسبة 100%.

النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (15-49) اللواتي تم تلبية احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

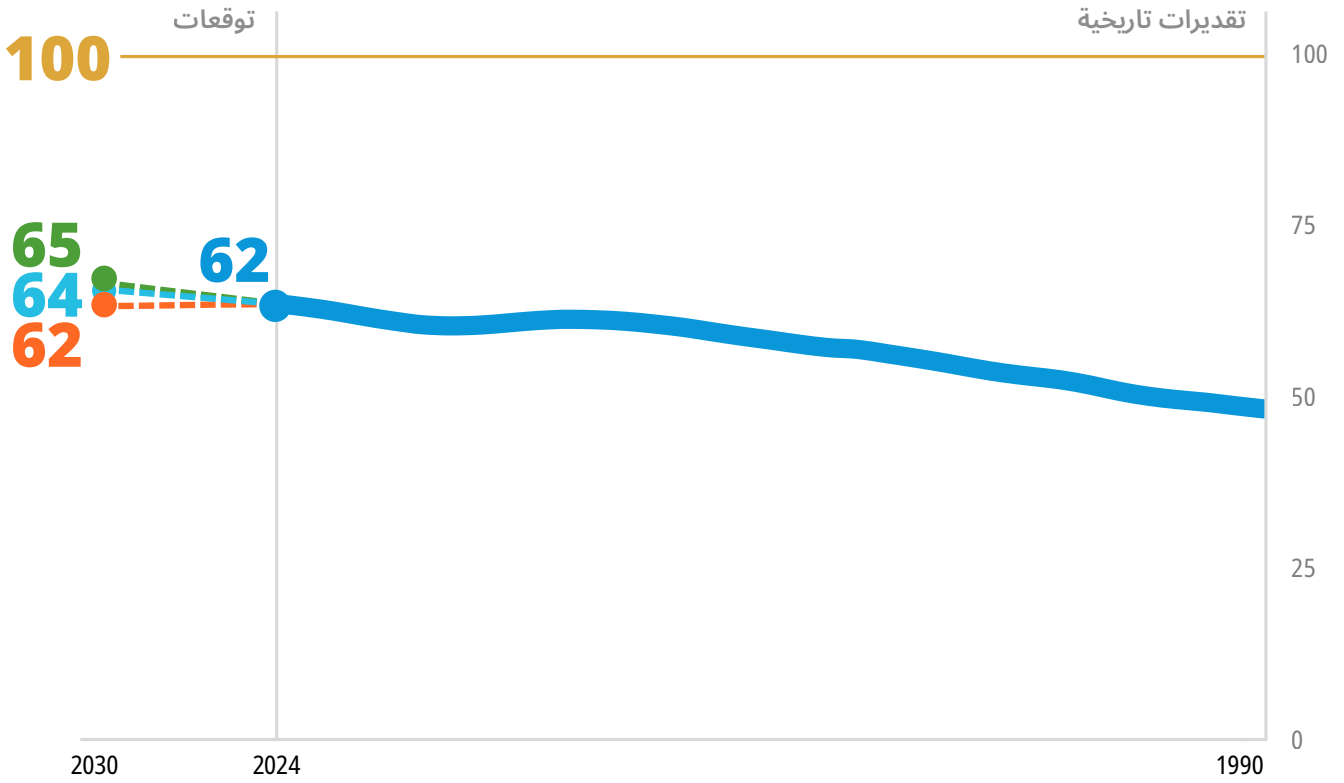
التغطية الصحية الشاملة

غاية هدف التنمية المستدامة 3.8

تحقيق التغطية الصحية الشاملة للجميع.

لا يزال نطاق الخدمات الصحية الأساسية يتعافى بعد الانتكاسات المرتبطة بالجائحة، إذ ارتفع من درجة مؤشر تبلغ 60 في عام 2020 إلى 62 في عام 2024. يُقدّر أن يرتفع المؤشر قليلا إلى 64 بحلول عام 2030، مما يشير إلى الحاجة إلى المزيد من العمل لضمان التغطية الصحية الشاملة للجميع.

درجة أداء مؤشر التغطية الفعلية للتغطية الصحية الشاملة



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

التدخين

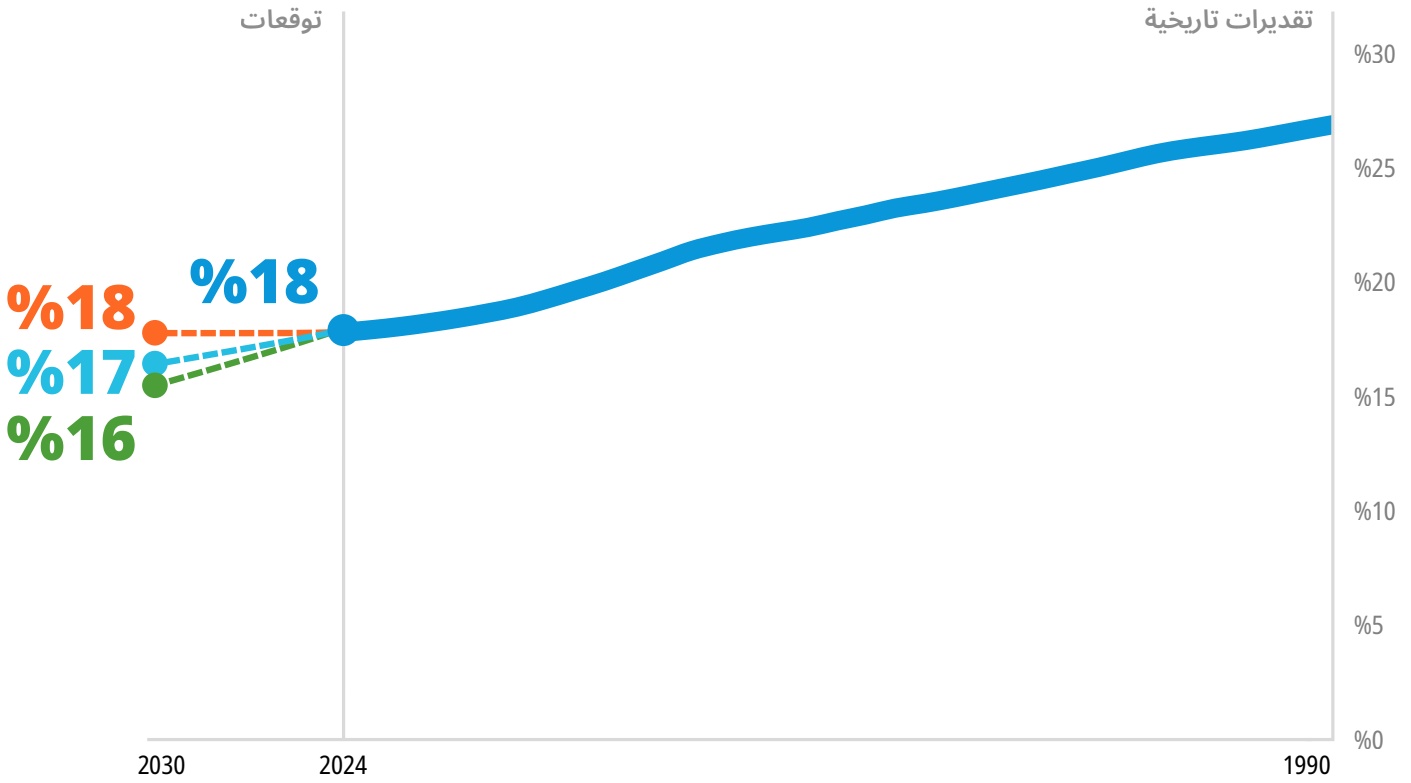
غاية هدف التنمية المستدامة أ.3

تعزيز تنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية لمكافحة التبغ في جميع البلدان.

على مستوى العالم تراجعت نسبة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 عاما فما فوق ويستخدمون أي منتج من منتجات التبغ خلال العقد الماضي، لتصل إلى 18 في المئة في عام 2024. وتشير التوقعات إلى تواصل انخفاض هذه النسبة إلى 17% بحلول عام 2030.

ووفقا لأحدث تقرير عالمي لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ، بات 6.1 مليارات شخص الآن مشمولين بسياسة واحدة على الأقل قائمة على الأدلة من اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية لمكافحة التبغ.

انتشار التدخين المعياري حسب السن بين الأشخاص البالغين من العمر 15 عامًا فما فوق.



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

اللقاحات

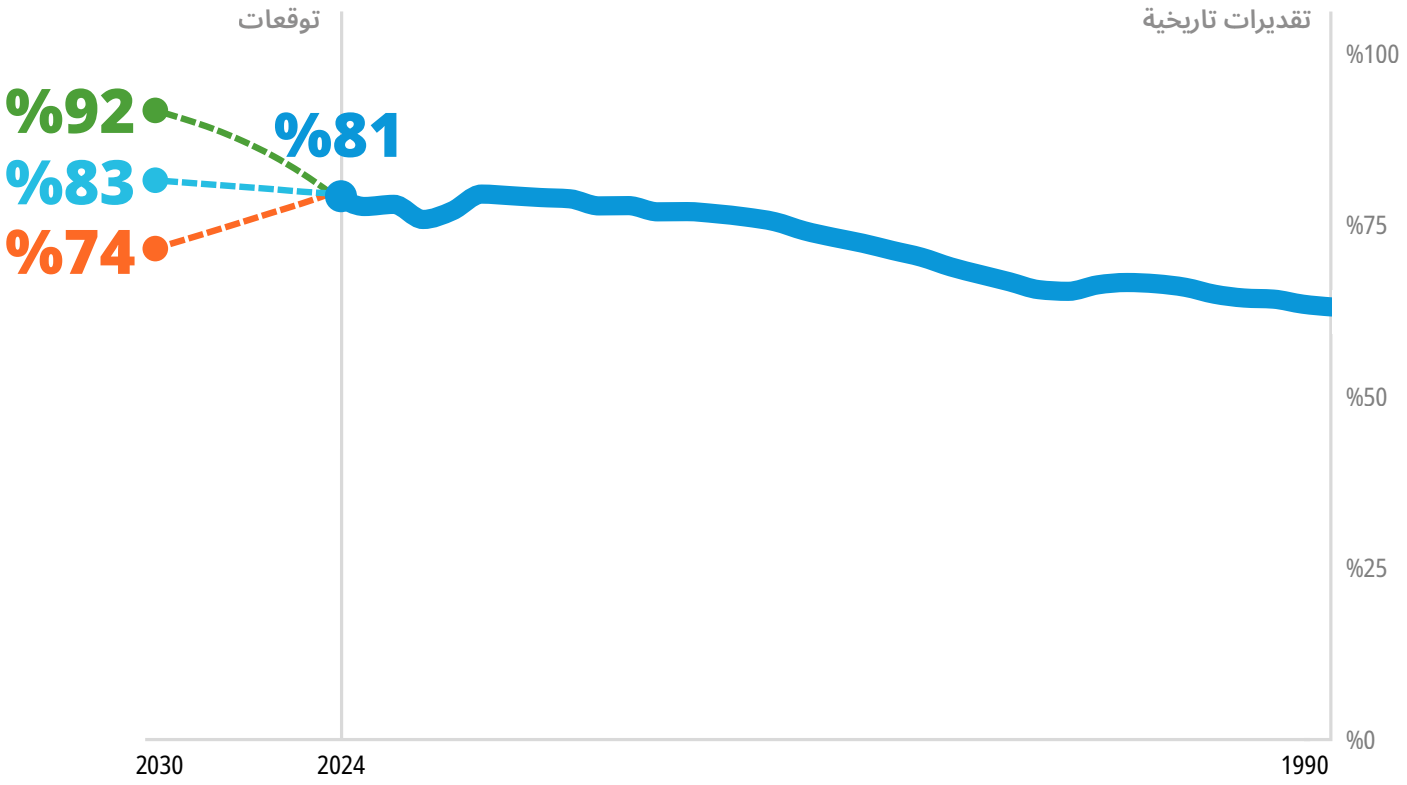
غاية هدف التنمية المستدامة ب.3

دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة.

في عام 2024 بلغ التقدير العالمي للتغطية بالجرعة الثالثة من لقاح الخناق والكزاز والسعال الديكي (DTP) نسبة 81 في المئة. بحلول عام 2030 تُقدّر التغطية بالجرعة الثالثة من لقاح DTP بنحو 83 في المئة.

تُخفي هذه التقديرات العالمية اختلافات كبيرة على المستوى دون الوطني، وهي اختلافات ينبغي فهمها بصورة أفضل لمعالجة أوجه عدم المساواة في التغطية باللقاحات.

التغطية بلقاح الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (الجرعة الثالثة)



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

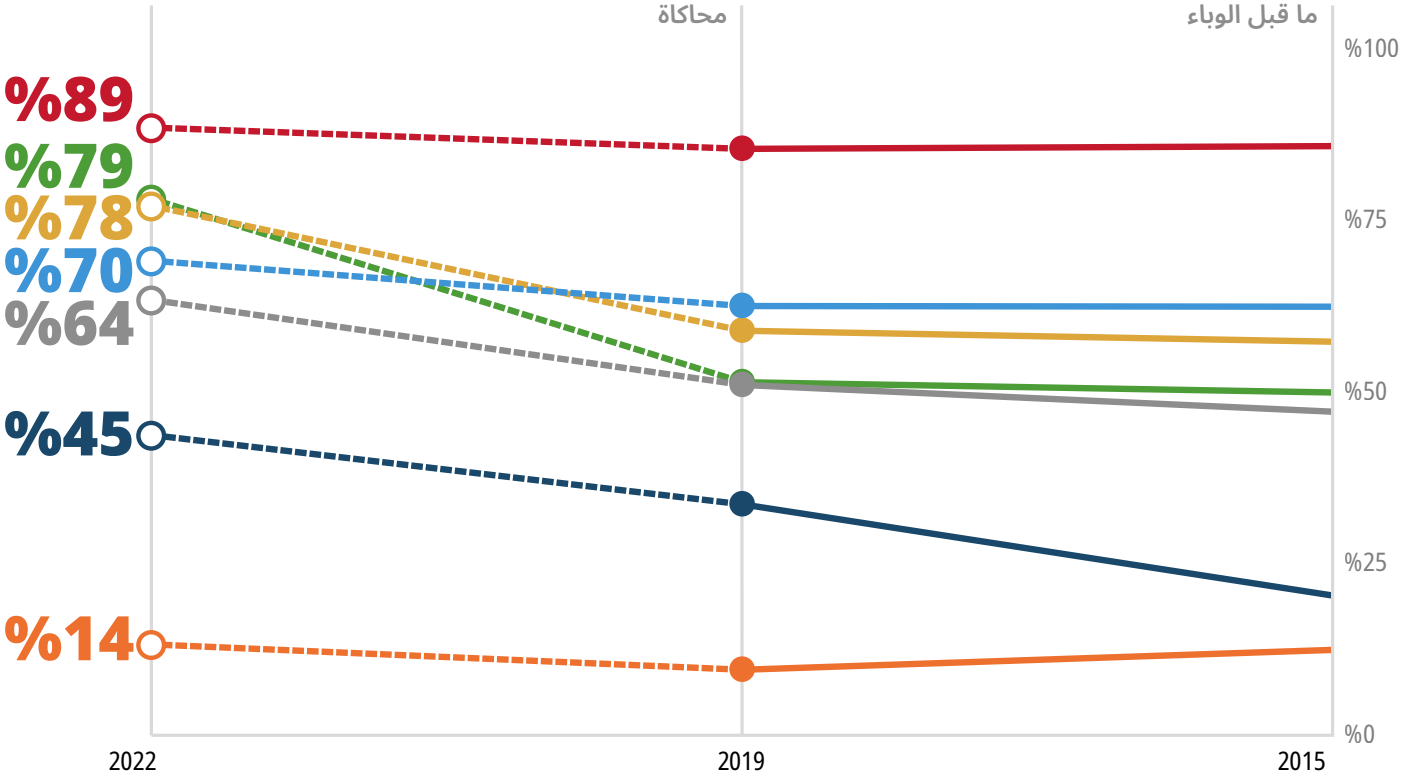
التعليم

غاية هدف التنمية المستدامة 4.1

ضمان أن يتمتّع جميع البنات والبنين والفتيات والفتيان بتعليم ابتدائي وثانوي مجاني ومنصف وجيّد، مما يؤدي إلى تحقيق نتائج تعليمية ملائمة وفعالة.

تشير أحدث عمليات المحاكاة إلى أن 70 في المئة من الأطفال في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط غير قادرين على القراءة وفهم نص بحلول سن العاشرة، حتى وإن كانوا ملتحقين بالمدرسة.

نسبة الأطفال الذين لا يستطيعون قراءة نص بسيط وفهمه في سن 10



مفتاح الرسم البياني

العالم | أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى | أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي | جنوب آسيا

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا | شرق آسيا والمحيط الهادئ | أوروبا وآسيا الوسطى

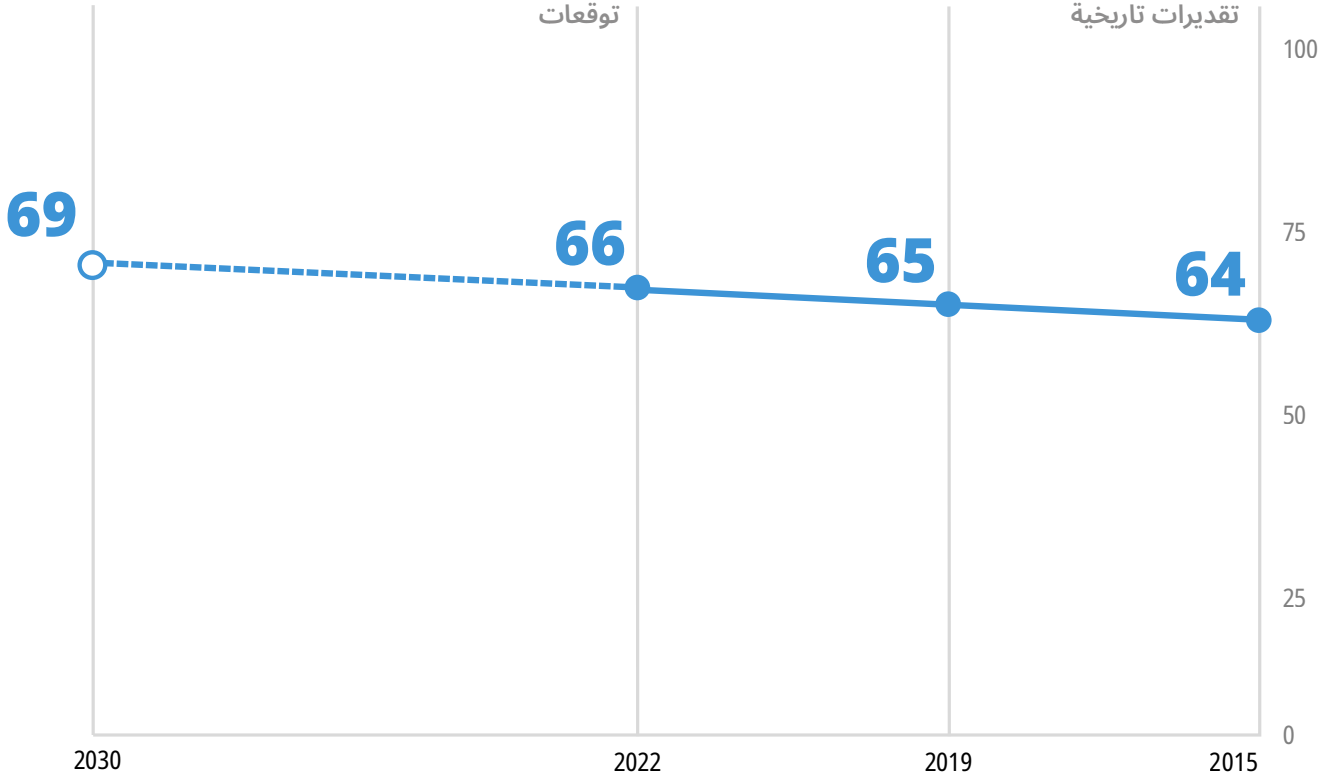
المساواة بين الجنسين

مقصد الهدف 5

تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات.

تعتمد ما يقرب من ثلاثة أرباع الأهداف، ولا سيما تلك الواردة تحت الهدف 1 (الفقر)، والهدف 4 (التعليم)، والهدف 5 (المساواة بين الجنسين)، والهدف 8 (العمل اللائق)، على المساواة بين الجنسين. لا يوجد أي بلد يسير على المسار الصحيح لتحقيق المساواة بين الجنسين عبر أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030. إذا استمرت الاتجاهات الحالية فلن تتحقق المساواة بين الجنسين عالميا إلا في القرن الثاني والعشرين.

درجة مؤشر أهداف التنمية المستدامة المتعلق بالجنسين



مفتاح الرسم البياني

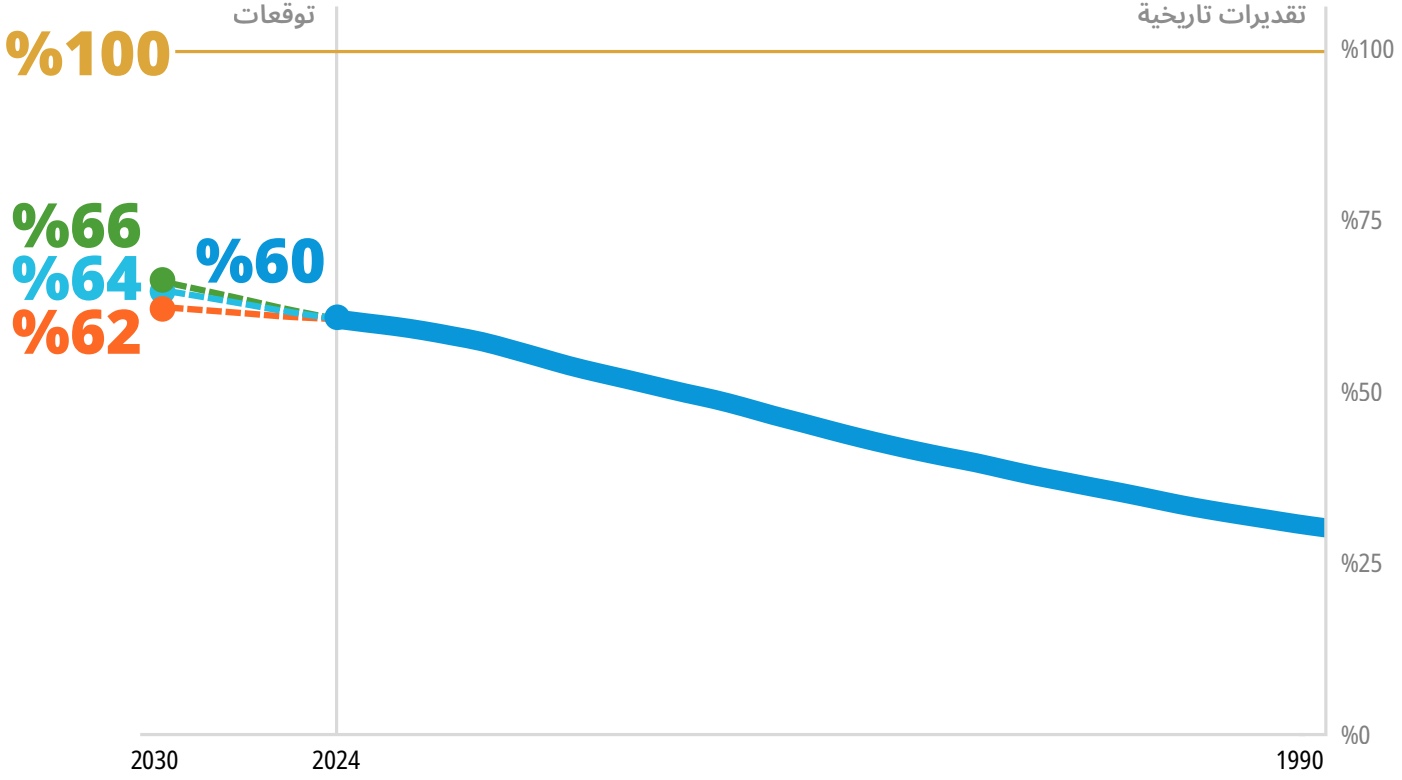
عالمي

الصرّف الصحي

غاية هدف التنمية المستدامة 6.2

تحقيق هدف حصول الجميع على خدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية ووضع نهاية للتغوط في العراء، وإيلاء اهتمام خاص لاحتياجات النساء والفتيات ومن يعيشون في ظل أوضاع هشة.

نسبة السكان الذين يستخدمون مرافق الصرف الصحي المدارة بأمان



مفتاح الرسم البياني

مقصد 2030 | متوسط تاريخي | أفضل | مرجع | أسوأ

تزداد نسبة السكان الذين يستخدمون خدمات الصرف الصحي المُدارة بشكل آمن. في عام 2024 استخدم 60 في المئة من سكان العالم خدمات الصرف الصحي المُدارة بشكل آمن. بحلول عام 2030 يُقدّر أن يرتفع التقدم ببطء إلى 64 في المئة من سكان العالم، مما يعني عدم تحقيق الهدف المتمثل في ضمان الصرف الصحي الآمن للجميع.

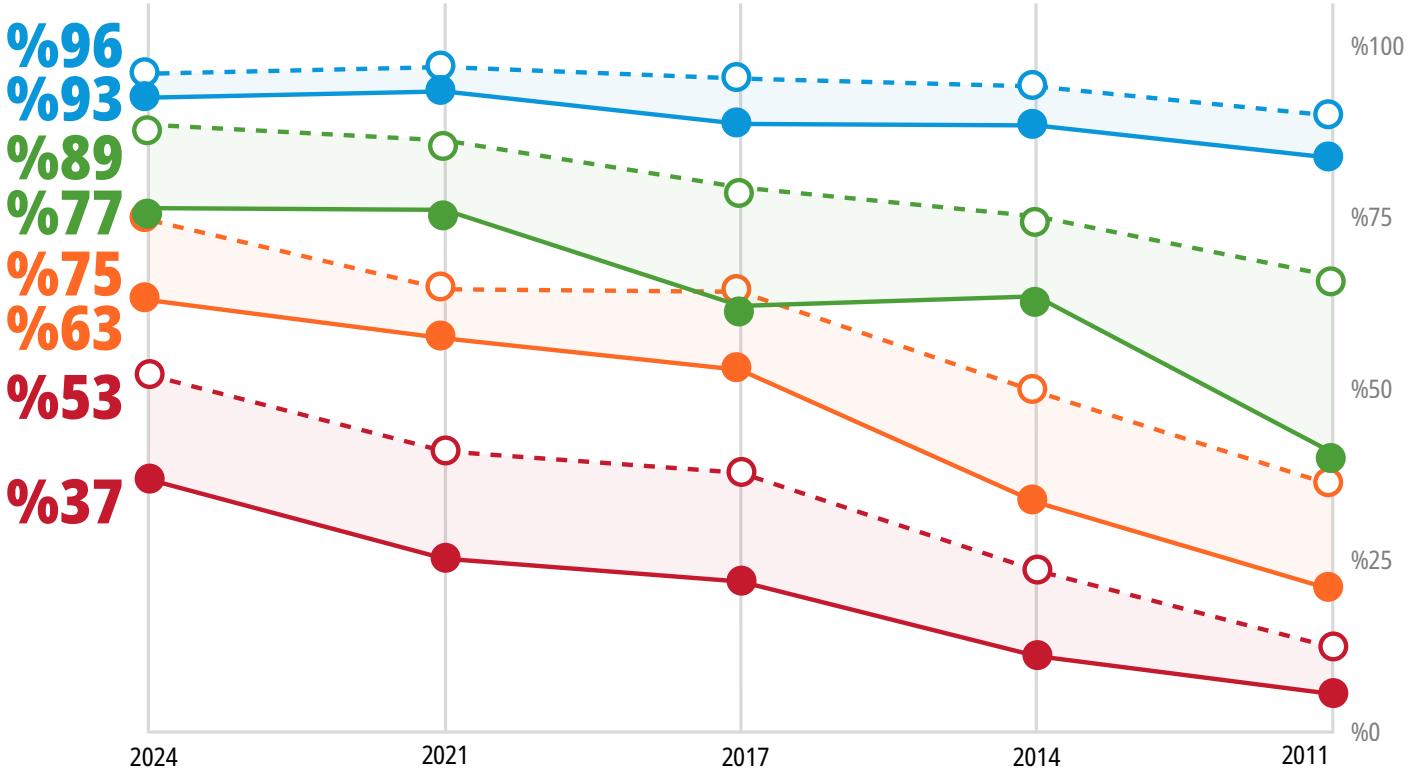
الأنظمة المالية الشاملة

غاية هدف التنمية المستدامة 8.10

تعزيز قدرة المؤسسات المالية المحلية على تشجيع إمكانية الحصول على الخدمات المصرفية والتأمين والخدمات المالية للجميع، وتوسيع نطاقها.

على مدى العقد الماضي، أحرز العالم تقدما سريعا في توسيع نطاق الإدماج المالي. وعلى الصعيد العالمي، بات 79% من البالغين يملكون الآن حسابا ماليا، بعد أن كانت هذه النسبة تبلغ 51% في 2011.

النسبة المئوية للبالغين (15 عامًا فما فوق) الذين لديهم حساب في مصرف أو أي مؤسسة مالية أخرى أو لدى مقدم خدمات أموال متنقلة. الأغنى والأفقر



مفتاح الرسم البياني

البلدان ذات الدخل المرتفع | البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى | البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى | البلدان ذات الدخل المنخفض

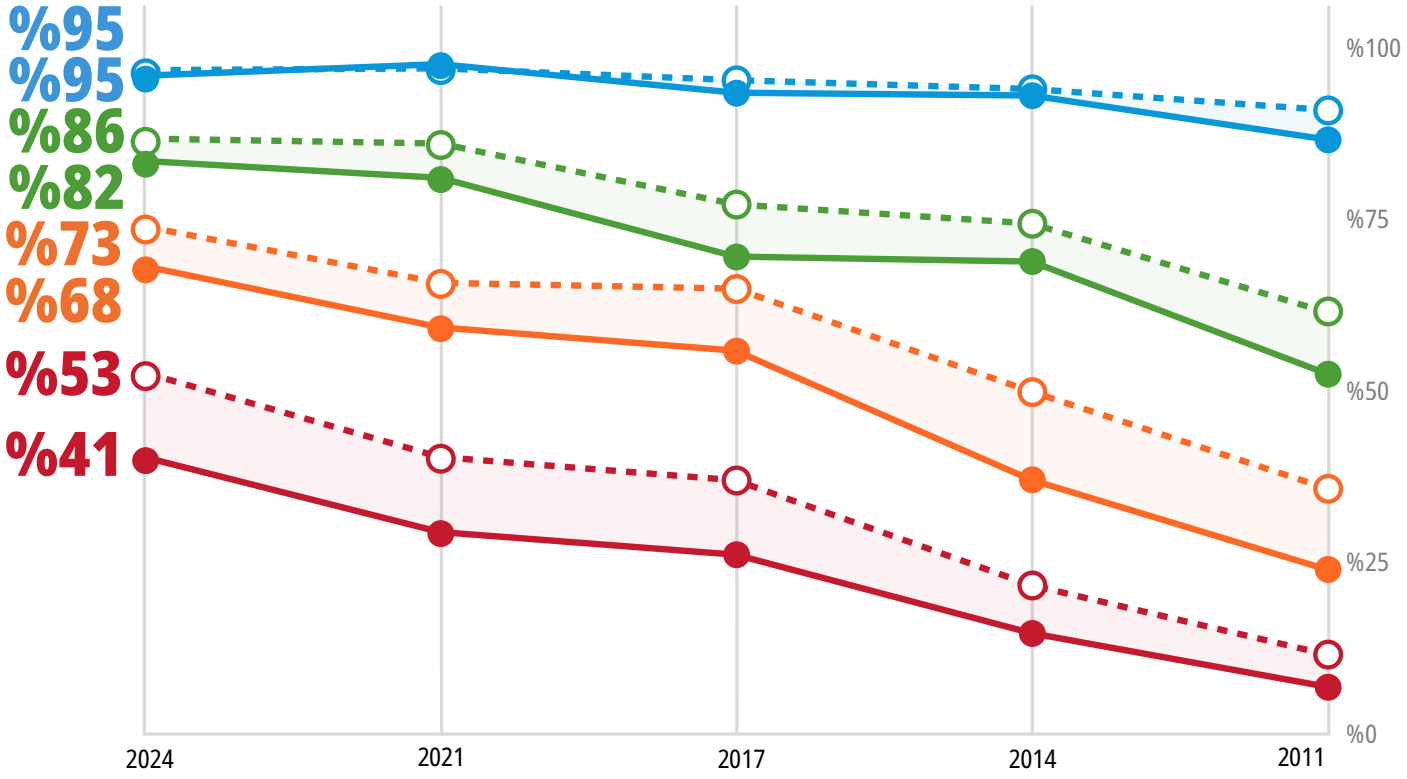
الأفقر ——— الأغنى - - - -

الأنظمة المالية الشاملة

غاية هدف التنمية المستدامة 8.10

تعزيز قدرة المؤسسات المالية المحلية على تشجيع إمكانية الحصول على الخدمات المصرفية والتأمين والخدمات المالية للجميع، وتوسيع نطاقها.

النسبة المئوية للبالغين (15 عامًا فما فوق) الذين لديهم حساب في مصرف أو أي مؤسسة مالية أخرى أو لدى مقدم خدمات أموال متنقلة. رجال ونساء



مفتاح الرسم البياني

البلدان ذات الدخل المرتفع
البلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى
البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى
البلدان ذات الدخل المنخفض

نساء ——— رجال - - - -

من المهم الإشارة إلى أن الفجوة بين الجنسين في ملكية الحسابات المالية تتناقص.

مصادر البيانات 2025

ترد هنا قائمة مصادر البيانات للحقائق والأرقام الواردة في تقرير مناصري الأهداف 2025 مصنفة حسب الأقسام. وتم إدراج ملاحظات منهجية موجزة متعلقة بالتحليلات غير المنشورة. ستجدون الاستشهادات الكاملة والروابط التي يمكن من خلالها الاطلاع على المصادر ومراجع إضافية على موقع مناصري الأهداف https://gates.ly/2025GKDataSources.

لا يمكننا الاقتراب من الهدف فنتوقف

جيل من التقدم، وخيار يجب اتخاذه

جميع الإشارات إلى خفض التمويل العالمي للصحة الواردة في هذا التقرير تحيل إلى التخفيضات التي أعلنتها حكومات الدول المانحة عام 2025 في المساعدات الإنمائية الخارجية. وهذه الدول هي: أستراليا، النمسا، بلجيكا، كندا، الصين، الدنمارك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، اليونان، إيرلندا، إيطاليا، اليابان، لوكسمبورغ، هولندا، نيوزيلندا، النرويج، البرتغال، جمهورية كوريا، إسبانيا، السويد، سويسرا، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة. يفترض معهد القياسات الصحية والتقييم أن انخفاض المساعدة الإنمائية الخارجية يؤثر بشكل متناسب على المساعدة الإنمائية للصحة.

معهد القياسات الصحية والتقييم، أكتوبر 2025. [نمذجة مخصصة. ترد المنهجية الكاملة بالتفصيل أدناه].

تظهر تقديرات أخرى أيضا انخفاضا في وفيات الأطفال دون سن الخامسة في كل عام من 2000 إلى 2024، بما في ذلك البيانات الصادرة عن فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال.

تفترض هذه العملية الحسابية، المستخدمة لأغراض توضيحية فقط، أن تعدادا طلابيا يبلغ 200 ألف طالب مع متوسط 40 طالبا في الصف الواحد يعادل تقريبا 5 آلاف صف دراسي.

الإنسانية عند مفترق طرق: حياة ملايين الأطفال في خطر

معهد القياسات الصحية والتقييم، (أكتوبر 2025). [نمذجة مخصصة. ترد المنهجية الكاملة بالتفصيل أدناه].

يعرض الرسم البياني العدد المتوقع لوفيات الأطفال دون سن الخامسة من عام 2024 حتى عام 2045. تعكس تقديرات عام 2025 أفضل الافتراضات المتاحة حاليا في ظل التخفيضات التمويلية المعروفة والمعلنة حتى 17 أكتوبر 2025. تظهر تقديرات الفترة 2026–2045 انخفاضات بنسبة 20 في المئة و30 في المئة في المساعدات الإنمائية العالمية للصحة مقارنة بمستويات عام 2024.

12 مليون: قد تحدث 12.5 مليون حالة وفاة إضافية بين الأطفال بحلول عام 2045 إذا انخفضت المساعدة الإنمائية للصحة بنسبة 20 في المئة مقارنة بمستويات عام 2024. ويفترض هذا السيناريو استجابة حكومية متوسطة لسد فجوات التمويل.

16 مليون: قد تحدث 16.3 مليون حالة وفاة إضافية بين الأطفال بحلول عام 2045 إذا انخفضت المساعدة الإنمائية للصحة بنسبة 30 في المئة مقارنة بمستويات عام 2024. ويفترض هذا السيناريو استجابة حكومية متوسطة لسد فجوات التمويل.

13 مليون: يمكن إنقاذ ما يصل إلى 13.2 مليون طفل بحلول عام 2045 إذا عادت المساعدة الإنمائية للصحة إلى مستويات تمويل عام 2024 وتم توسيع نطاق الابتكارات الجديدة لمكافحة الملاريا والالتهابات التنفسية السفلية وأمراض الإسهال والاضطرابات المتعلقة بالأمهات وحديثي الولادة.

برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2023،
A world of debt: A growing burden to global prosperity,
https://unctad.org/publication/world-debt-2023

خارطة طريق للتقدم

أفضل استثمار اليوم هو الرعاية الصحية الأولية.

The Lancet Child Survival Series, (2003), www.iycn.org/resource/the-lancet-series-on-child-survival.

World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care—Now More Than Ever*, Primary Health Care Performance Initiative, 2018, www.paho.org/sites/default/files/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf.

يظل التحصين الروتيني أفضل استثمار في مجال الصحة العالمية.

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, (2023), *Levels and Trends in Child Mortality*: Report 2023, https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2023/.

World Health Organization, (2023), Immunization coverage fact sheet, www.who.int/data/gho/data/themes/topics/immunization-coverage.

Ozawa, S., Clark, S., Portnoy, A., Grewal, S., Brenzel, L., & Walker, D. G. (2016), "Return on investment from childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011–20." *Health Affairs*, www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.1086.

World Health Organization, (2023), Measles cases by country – Senegal, www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/measles---number-of-reported-cases.

ابتكارات تزيد أثر كل دولار يُنفق

لمكافحة الملاريا، باتت البلدان توجه أكثر الموارد فاعلية إلى المناطق الأشد حاجة إليها.

World Health Organization, (2018), *High burden to high impact: A targeted malaria response*, www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-GMP-2018.25.

Winters, A., et al, (2024), "Cost and cost effectiveness of geospatial planning and delivery tools added to standard health campaigns in Luapula Province, Zambia," *Oxford Open Digital Health*, www.academic.oup.com/oodh/article/2/Supplement_2/ii66/7911916.

World Health Organization, (2023), Pneumonia in children fact sheet, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia.

بفضل اللقاحات التي توفر القدر نفسه من الحماية بعدد أقل من الجرعات، أصبح لدى البلدان مزيد من الأموال التي يمكنها استثمارها في النظم الصحية.

Our World in Data, Causes of death in children under five, World (2021), www.ourworldindata.org/grapher/causes-of-death-in-children-under-5.

World Health Organization, (2025), *Pneumococcal conjugate vaccine reduced-dosing schedule: A systematic review and meta-analysis*, www.who.int/publications/m/item/report_who_sage_pcv_2025 who.int.

Gates Foundation, Integrated Portfolio Management, (2025), *Budgetary impact of WHO's SAGE recommendation on reduced (1+1) PCV dosing*, [Unpublished, internal document].

قوة التحصين

مكتب الإعلام الصحفي لوزارة الصحة ورعاية الأسرة في الحكومة الهندية. (2025). انخفضت نسبة الأطفال الذين لم يتلقوا أي جرعة لقاح من إجمالي عدد السكان في الهند من 0,11% في عام 2023 إلى 0,06% في عام 2024، مما يجعلها نموذجا يحتذى به عالميا في صحة الطفل، كما أشار إلى ذلك فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال في تقريره لعام 2024, www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2140343.

القضاء على الأمراض نهائيا

بحلول أربعينيات هذا القرن، قد يتوصل العلم إلى القضاء على الملاريا، والتخلص بذلك من مرض ينقله البعوض ويودي بحياة أكثر من 400 ألف طفل دون سن الخامسة كل عام.

World Health Organization, (2023), *World malaria report 2023*, www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2023.

World Health Organization, (2021), *World malaria report 2021*, www.who.int/publications/i/item/9789240040496.

CDC, (2024), Life cycle of *Anopheles* mosquitoes, www.cdc.gov/mosquitoes/about/life-cycle-of-anopheles-mosquitoes.html.

The Global Fund, (2024, April 17), "New Nets Prevent 13 Million Malaria Cases in Sub-Saharan Africa," Geneva: The Global Fund, www.theglobalfund.org/en/news/2024/2024-04-17-new-nets-prevent-13-million-malaria-cases-sub-saharan-africa.

The Global Fund, (2023), "Accelerating the introduction of new nets through Global Fund grants," www.resources.theglobalfund.org/en/updates/2023-10-11-accelerating-the-introduction-of-new-nets-through-/global-fund-grants.

SC Johnson, (2023), "SC Johnson and partners pilot new spatial repellent to protect communities from mosquitoes in malaria-endemic regions," www.scjohnson.com/en/news-stories/press-releases/major-milestone-breakthrough-mosquito-repellent-tool.

GSK plc, (2024), "First single-dose medicine for P. vivax malaria prequalified by WHO and included in WHO Guidelines," www.gsk.com/en-gb/media/press-releases/first-single-dose-medicine-for-p-vivax-malaria-prequalified-by-who.

بحلول عام 2045، يمكن إنقاذ 5,7 ملايين طفل بفضل أدوات الجيل الجديد لمكافحة الملاريا

معهد القياسات الصحية والتقييم، (أغسطس 2025). [نمذجة مخصصة. ترد المنهجية الكاملة بالتفصيل أدناه].

تظهر تحليلات جديدة (غير منشورة صادرة عن مؤسسة غيتس) تغطي مجموعة واسعة من الابتكارات الجديدة لمكافحة الملاريا أنه إذا استُخدمت هذه الأدوات على نحو فعال ونفذت على نطاق واسع، فيمكن إنقاذ حياة 5,7 ملايين طفل بحلول عام 2045. يفترض هذا التوقع مسار ابتكار يقترب من مستوى الأثر الوسيط. تشمل الأدوات المدرجة في النمذجة ابتكارات في مجال مكافحة ناقلات الأمراض (ناموسيات معالجة بمبيد حشري بمكونين نشطين، رش موضعي جديد للأماكن المغلقة، وطعوم سكرية جذابة وموجهة، وتقنية الدفع الجيني)؛ والأدوية (علاج جذري في زيارة واحدة، تركيبات دوائية مزدوجة جديدة، دواء طويل المفعول قابل للحقن، أجسام مضادة أحادية النسيلة، مبيدات الطفيليات الداخلية والخارجية)؛ واللقاحات (لقاح الملاريا من الجيل التالي)؛ والتشخيص (اختبار تشخيص سريع مبتكر، وأداة تشخيصية غير جراحية).

بحلول أواخر أربعينيات هذا القرن، قد تقضي ابتكارات جديدة فعليا على الوفيات الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، الذي كان يوما الجائحة الأكثر فتكا في العالم.

Gilead, (June 2024), "Gilead's Twice-Yearly Lenacapavir Demonstrated 100% Efficacy and Superiority to Daily Truvada® for HIV Prevention," www.gilead.com/news/news-details/2024/gileads-twice-yearly-lenacapavir-demonstrated-100-efficacy-and-superiority-to-daily-truvada-for-hiv-prevention.

Merck, (2025), "Merck to Initiate Phase 3 Trials for Investigational Once-Monthly HIV Prevention Pill," www.merck.com/news/merck-to-initiate-phase-3-trials-for-investigational-once-monthly-hiv-prevention-pill/.

Institute for Disease Modeling, (2025), *Geographic HIV risk-prioritization for delivery of long-acting PrEP*, [Unpublished internal document], Gates Foundation.

Wu, L., Kaftan, D., Wittenauer, R., Arrouzet, C., Patel, N., Saravis, A.L., Pfau, B., Mudimu, E., Bershteyn, A., and Sharma, M. (2024), "Health and budget impact, and price threshold for cost-effectiveness of lenacapavir for PrEP in Eastern and Southern Africa: a modeling analysis," *medRxiv*, www.doi.org/10.1101/2024.08.20.24312137.

Lynch, S., Cohen, R.M., Kavanagh, M., Sharma, A., Raphael, Y., Pillay, Y., and Bekker, L. (2025), "Lessons for long-acting lenacapavir: catalysing equitable PrEP access in low-income and middle-income countries," *The Lancet HIV*, www.doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00161-4.

إن اللقاحات الجديدة التي تُعطى للأمهات لحماية أطفالهن قبل الولادة تمثل فرصة حقيقية لتفادي وفيات الأطفال في أشهرهم الأولى.

UNICEF, (2025), Levels and trends in child mortality 2024, www.data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/.

Gavi, (March 2025), "Gavi welcomes first-ever prequalification of a maternal RSV vaccine," www.gavi.org/news/media-room/gavi-welcomes-first-ever-prequalification-maternal-rsv-vaccine.

Madhi, S. A., Anderson, A. S., Absalon, J., Radley, D., et al. (2023), "Potential for maternally administered vaccine for infant group B streptococcus," *The New England Journal of Medicine*, www.doi.org/10.1056/NEJMoa2116045.

بحلول عام 2045، يمكن إنقاذ حياة 3,4 ملايين طفل من خلال توسيع نطاق استخدام منتجات تحصين جديدة ضد الفيروس المخلوي التنفسي والالتهاب الرئوي.

معهد القياسات الصحية والتقييم، (أغسطس 2025), [نمذجة مخصصة. ترد المنهجية الكاملة بالتفصيل أدناه].

منهجية النمذجة المخصصة لتقرير مناصري الأهداف لعام 2025

قياس أثر تخفيض المساعدات الخارجية على وفيات الأطفال

لتقدير أثر التخفيضات الأخيرة في المساعدات، اضطلع معهد القياسات الصحية والتقييم بعملين رئيسيين: (1) نمذجة وتقدير أثر التخفيضات في التمويل عبر جميع المصادر ذات الصلة في توقعات المساعدة الإنمائية للصحة (DAH) وإجمالي الإنفاق الصحي؛ و(2) تقدير الأثر المرتبط بتخفيض الإنفاق الصحي على مؤشرات أهداف التنمية المستدامة في تقرير مناصري الأهداف 2025.

قياس تخفيضات التمويل في المساعدات الخارجية وآثارها على أهداف التنمية المستدامة

لقياس تخفيضات المساعدات الخارجية بصورة شاملة، سواء على الصعيد الوطني أو الدولي، جمع معهد القياسات الصحية والتقييم تقديرات الإنفاق على الصحة العالمية من مصادر بيانات متنوعة ووحدها، بما في ذلك التعهدات والصرف الفعلي في سجلات مشاريع التنمية، والميزانيات السنوية، والبيانات المالية، وتقارير الإيرادات. وقد جرى تعديل تقديرات المساعدة الإنمائية للصحة وإجمالي الإنفاق الصحي (THE) لاستيعاب الإعلانات الصادرة عن الجهات المانحة والتخفيضات في الميزانيات. وأُعدت توقعات طويلة الأجل للمساعدة الإنمائية للصحة حتى عام 2045 باستخدام أهداف الجهات المانحة، والاتجاهات التاريخية، وأساليب التنبؤ المستندة إلى إجمالي الناتج المحلي، في حين جرى توقع إجمالي الإنفاق الصحي في المستقبل باستخدام نماذج جماعية تقيس مؤشرات رئيسية مثل إنفاق الحكومات والمدفوعات المباشرة من الأفراد. تستند تقديرات وتوقعات معهد القياسات الصحية والتقييم بشأن المساعدات الخارجية إلى البيانات المتاحة للجميع حتى 17 أكتوبر/تشرين الأول 2025. ترد المنهجيات التفصيلية في الملحق المنهجي المتاح على الإنترنت لتقرير Financing Global Health 2025 report: www.healthdata.org/research-analysis/library/financing-global-health-2025-cuts-aid-and-future-outlook.

وقد أُعدّت سيناريوهات التمويل التالية:

السيناريو	الوصف
التمويل قبل عام 2025	نموذج تجميعي للاتجاهات السابقة قبل عام 2025
خفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة	استنادا إلى تخفيضات التمويل المقدرة لعام 2025، وتم تطبيق تخفيض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية العالمية للصحة لكل بلد مستفيد، مقارنة بمستويات عام 2024، وذلك اعتبارا من عام 2026 فصاعدا.
تخفيض بنسبة 30 في المئة للمساعدة الإنمائية للصحة	استنادا إلى تخفيضات التمويل المقدرة لعام 2025، وتم تطبيق تخفيض بنسبة 30 في المئة في المساعدة الإنمائية العالمية للصحة لكل بلد مستفيد، مقارنة بمستويات عام 2024، وذلك اعتبارا من عام 2026 فصاعدا.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية على مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، قام معهد القياسات الصحية والتقييم بتحليل العلاقة بين كل مؤشر والإنفاق الصحي التاريخي، مستخدما طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللا معلمي حيث يمثل "الحد" أفضل نتيجة ممكنة (مثل أقل عدد من حالات السل الجديدة) لمستوى معين من الإنفاق الصحي. يفترض النموذج أن هذه "الكفاءة" تستمر في المستقبل لحساب التكلفة الحدية لانخفاض التغطية الصحية، أو الأرواح المفقودة، أو الحالات الإضافية الناجمة عن تخفيض التمويل. بالنسبة لكل مؤشر من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة الواردة في هذا التقرير، وُضعت توقعات استنادا إلى سيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة، في حين أُعدّ لكل من سيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة وبنسبة 30 في المئة ما يتعلق بوفيات الأطفال دون سن الخامسة.

قياس أثر الابتكارات الجديدة على وفيات الأطفال دون سن الخامسة

حلل معهد القياسات الصحية والتقييم أيضا عدد الأرواح التي يمكن إنقاذها في حال تطبيق حزمة من الابتكارات الجديدة بفعالية ضمن إطار سيناريوهات الصحة المستقبلية. شملت هذه الابتكارات مجموعة من المنتجات وأحجام تأثيرها على الوفيات بحسب الأسباب، باستخدام عمليات محاكاة من مؤسسة غيتس. واستخدم المعهد أحجام التأثيرات تلك لتقدير عدد الأرواح التي يمكن إنقاذها بين الأطفال دون سن الخامسة، حسب السبب وإجمالا، من خلال أنشطة الابتكار.

السبب	المنتجات
الملاريا	• مكافحة النواقل: ناموسيات معالجة بمبيد حشري بمكونين نشطين؛ رش موضعي جديد للأماكن المغلقة؛ طعوم سكرية جذابة وموجهة؛ تقنية الدفع الجيني. • الأدوية: علاج جذري يُعطى في زيارة واحدة؛ تركيبة دوائية مزدوجة جديدة؛ دواء طويل المفعول قابل للحقن؛ أجسام مضادة أحادية النسيلة، مبيدات الطفيليات الداخلية والخارجية. • لقاح من الجيل التالي ضد الملاريا • التشخيص: اختبار تشخيصي سريع مبتكر؛ أداة تشخيصية غير جراحية.
اضطرابات حديثي الولادة	• لقاح ضد العقديات من المجموعة B • الوقاية من الولادة المبكرة: مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة / مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة بلس (MMS/MMS)؛ فحص مخاطر مقدمات التسمم الحملي / دواء للوقاية منها؛ تشخيص / دواء علاج مقدمات التسمم الحملي / تدخلات مخصصة لمنع وعلاج متلازمة الضائقة التنفسية (RDS)؛ تصوير الموجات فوق الصوتية المعزز بالذكاء الاصطناعي؛ الكورتيكوستيرويدات السابقة للولادة (ACS)؛ الضغط الإيجابي في المسالك الهوائية (CPAP)؛ مؤثر على التوتر السطحي الرئوي. • الوقاية: مستشعرات أثناء المخاض تعتمد على الذكاء الاصطناعي لتمكين استهداف ملائم للمخاطر في ما يتعلق باللجوء إلى الولادة القيصرية؛ Bifidobacterium longum subspecies infantis. • العلاج: Amoxicillin / Gentamicin
الإسهال	• الجيل التالي من لقاح روتافيروس • لقاح ضد الشيغيلا
عدوى الجهاز التنفسي السفلي	• جسم مضاد وحيد النسيلة ضد الفيروس المخلوي التنفسي؛ لقاح للأمهات ضد الفيروس المخلوي التنفسي. • لقاح متقارن رئوي 20 التكافؤ بلس (+PCV 20)
التهاب السحايا	• لقاح متقارن رئوي 20 التكافؤ بلس (+PCV 20)

المراجع:
فريق المتعاونين على إعداد توقعات دراسة العبء العالمي للأمراض 2021 (,,2024). GBD 2021 Forecasting Collaborators. “Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: A forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021,” The Lancet, doi: 10.1016/S0140-6736(24)00685-8.

استكشف البيانات

منهجية معهد القياسات الصحية والتقييم

قام شريك البيانات الأساسي لدينا، وهو معهد القياسات الصحية والتقييم، بإنتاج تقديرات وتوقعات لـ 13 مؤشرا من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة المدرجة في تقرير مناصري الأهداف 2025. وقد تعاون معهد القياسات الصحية والتقييم مع العديد من الشركاء واستخدم أساليب جديدة لإعداد مجموعة من التقديرات الحديثة، بعضها كجزء من مشروع العبء العالمي للأمراض. قد تختلف تقديرات المؤشرات الواردة هنا عن تلك الصادرة عن مصادر أخرى، خاصة على المستوى دون الوطني، وذلك نتيجة لاختلافات في النماذج الإحصائية ومدخلات البيانات والافتراضات المستخدمة بين مختلف فرق النمذجة. وترد في القسم أدناه تفاصيل عن كيفية تقدير كل مؤشر.

المؤشرات المقدرة من قبل معهد القياسات الصحية والتقييم

قام معهد القياسات الصحية والتقييم بوضع تقديرات وتوقعات لـ 13 مؤشرا من مؤشرات أهداف التنمية المستدامة المدرجة في تقرير مناصري الأهداف. وترد في القسم أدناه تفاصيل عن كيفية تقدير كل مؤشر.

توقف النمو

من خلال مقارنة طول الطفل بعمره، حيث يعتبر الطفل مصاباً بتوقف النمو إذا كان طوله أقل بمرتين من الانحراف المعياري عن متوسط الطول المرجعي على منحنى نمو الطول والعمر، وذلك وفقاً لمعايير النمو لمنظمة الصحة العالمية لعام 2006 للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و59 شهراً. اعتمدت التقديرات على جملة من الأساليب والتحسينات في معالجة البيانات، بما في ذلك تنبؤات النموذج التجميعي لانتشار توقف النمو حسب الشدة ومتوسط الدرجات المعيارية للطول بالنسبة للعمر، بالإضافة إلى المزيد من التفصيل للفئات العمرية دون سن الخامسة واعتماد منهجية موحّدة لتقسيم البيانات حسب العمر والجنس.

كانت توقعات انتشار توقف النمو مدفوعة بالسيناريوهات المناخية للأيام التي تزيد فيها درجة الحرارة عن 30 درجة مئوية، والدخل، والمؤشر الاجتماعي الديموغرافي، والعوامل العشوائية الخاصة بكل موقع. أعدت السيناريوهات الأفضل والأسوأ استنادا إلى المعدل المئيني الخامس والثمانين والمعدل المئيني الخامس عشر اللذين لوحظا عبر السنوات والمواقع في الماضي وتطبيق معدلي التغيير المذكورين على جميع المواقع في المستقبل.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، استخدمنا طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللا معلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض إجمالي الإنفاق الصحي، بما في ذلك المساعدة الإنمائية من برنامج الأغذية العالمي، والمتفاوت بحسب البلدان والسنوات، من زيادة حالات توقف النمو، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفق سيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

معدل الوفيات النفاسية
تعرّف نسبة وفيات الأمهات على أنها عدد وفيات الأمهات بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة خلال فترة زمنية محددة لكل 100 ألف مولود حي خلال نفس الفترة الزمنية. وهي توضح احتمال وفاة الأمهات نسبة إلى عدد المواليد الأحياء للحصول على رقم تقريبي لخطر الوفاة أثناء الحمل. تمت نمذجة التوقعات حتى عام 2030 باستخدام نهج التجميع للتنبؤ بمعدل الوفيات النفاسية، وذلك باستخدام المؤشر الاجتماعي الديموغرافي كعامل رئيسي.

تُعزى الفروق في تقديرات نسبة وفيات الأمهات مقارنة بتقرير مناصري الأهداف لعام 2024 أساسا إلى التغيرات في نطاق الوفيات لجميع الأسباب وإدراج مصادر إضافية من بيانات الإدخال. أتاحت التحسينات المنهجية في تقدير الوفيات لجميع الأسباب إضافة مصادر أكثر تفصيلا لبيانات الإدخال بحسب الفئة العمرية، مما أدى عموما إلى ارتفاع تقديرات الوفيات لجميع الأسباب بين النساء في سن الإنجاب. وتبرز زيادات الوفيات لجميع الأسباب بشكل خاص في أفريقيا جنوب الصحراء، مما يفضي إلى ارتفاع تقديرات نسبة وفيات الأمهات. وعلى النقيض من ذلك، كانت تقديرات الوفيات لجميع الأسباب بين النساء في سن الإنجاب أقل بشكل ملحوظ في أفغانستان مقارنة بالتقارير السابقة، مما أسفر عن انخفاض تقديرات نسبة وفيات الأمهات.

وتغطي البيانات المضافة منذ التقرير السابق سنوات إضافية من الجائحة في مواقع مختلفة. وقد ظهرت آثار كوفيد-91 على وفيات الأمهات في البيانات الخاصة بالعديد من المواقع وانعكست في تقديرات النماذج الناتجة، بما في ذلك بلدان في منطقة البحر الكاريبي وأمريكا اللاتينية، وأمريكا اللاتينية الجنوبية، وأمريكا الشمالية المرتفعة الدخل، وآسيا الوسطى، وأوروبا الوسطى، وجنوب شرق آسيا.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، استخدمنا طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللا معلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى زيادة وفيات الأمهات، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة هو احتمال الوفاة بين الولادة والسنة الخامسة من العمر. ويعبر عنه بعدد الوفيات لكل 1000 مولود حي. استخدمت التقديرات جميع البيانات المتاحة من سجلات الأحوال المدنية، وتسجيل العينات، والدراسات الاستقصائية، والتعدادات، والتي تم نمذجتها باستخدام نموذج إحصائي جديد لمعدلات الوفيات بحسب العمر يجمع بين الأساليب المعلمية وغير المعلمية. وجرى تقدير معدلات الوفيات بحسب العمر للفترات العمرية 6-0 يوم، و27-7 يوم، و5-1 شهر، و11-6 شهر، و2-1 سنة، و4-2 سنة تقديرا مشتركا في النموذج، ثم حُولت إلى معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (U5MR). استندت التوقعات إلى مجموعة من العوامل الرئيسية، بما في ذلك عوامل الخطر المرتبطة بالعبء العالمي للأمراض، وتدخلات مختارة (مثل اللقاحات)، والمؤشر الاجتماعي الديموغرافي. وترجع التغييرات في تقديرات معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في هذا التقرير إلى بيانات وفيات جديدة ومضافة أُدرجت منذ صدور تقرير مناصري الأهداف السابق، فضلا عن النموذج الإحصائي الجديد.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية، قام معهد القياسات الصحية والتقييم باستخدام طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللامعلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى زيادة وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وعدّل التوقعات وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

المراجع:
Schumacher, A.E., et al. (2024), "Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950–2023: A demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023," *The Lancet*. Unpublished manuscript.

معدل وفيات المواليد
يعرّف معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي معدل وفيات المواليد بأنه احتمال الوفاة في أول 28 يوما مكتملا من حياة الطفل. ويعبر عنه بعدد الوفيات لكل 1000 مولود حي. استخدمت التقديرات جميع البيانات المتاحة من سجلات الأحوال المدنية، وتسجيل العينات، والدراسات الاستقصائية، والتعدادات، والتي تم نمذجتها باستخدام نموذج إحصائي جديد لمعدلات الوفيات بحسب العمر يجمع بين الأساليب المعلمية وغير المعلمية. جرى تقدير معدلات الوفيات بحسب العمر للفئتين العمريتين 6-0 يوم و27-7 يوم، تقديرا مشتركا في النموذج، ثم حُولت إلى معدل وفيات المواليد. استندت التوقعات إلى مجموعة من العوامل الرئيسية، بما في ذلك عوامل الخطر المرتبطة بالعبء العالمي للأمراض، وتدخلات مختارة (مثل اللقاحات)، والمؤشر الاجتماعي الديموغرافي. معظم التغييرات في تقديرات وفيات المواليد في تقرير مناصري الأهداف لهذا العام هي نتيجة لبيانات جديدة والتغييرات المنهجية التي نوقشت فيما يخص تقديرات معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، استخدمنا طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللامعلمي (على

النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى زيادة وفيات المواليد، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

المراجع:
Schumacher, A.E., et al. (2024), "Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950–2023: A demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023," *The Lancet*, .Unpublished manuscript

فيروس نقص المناعة البشرية

يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية باعتبار الإصابات الجديدة لكل 1000 نسمة. ترتبط التغييرات معدلات الإصابة في تقرير هذا العام إلى التحديثات التي تم إجراؤها خلال تقدير عبء الأمراض العالمي لعام 2023، والتي تعكس تحديثات كبيرة للبيانات الواردة من المصادر التالية. الدراسة الاستقصائية لتقييم أثر فيروس نقص المناعة البشرية على السكان (PHIA): نشرت خمسة بلدان أول تقاريرها على الإطلاق للفترة 2020-2023، وقدمت سبعة بلدان بيانات جزئية جديدة. الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية: قدمت 13 دولة دراسات استقصائية جديدة. تقارير الحالة: تم تحديث بيانات 54 بلداً، وقد أضافت السنوات الأخيرة 546 سنة-بلد إضافية. برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز: قدمت 145 دولة سلاسل زمنية محدثة في ملفات Spectrum الخاصة بكل بلد.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، استخدمنا طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللامعلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى انخفاض تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية. يؤثر نطاق التغطية بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية في معدلات الوفيات ومعدلات الإصابة في نموذجنا، ولذلك تتأثر هذان المؤشران الوبائيان بالتغيرات التي تطرأ على هذا العلاج. واستخدمنا التراجعات المقدرة في نطاق التغطية بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية لمحاكاة أثرها ضمن إطار التنبؤات لدينا.

داء السل

يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم حالات الإصابة بالسل الجديدة والانتكاسات التي تم تشخيصها في غضون سنة تقويمية معينة (حالات الإصابة) باستخدام بيانات مستمدة من الدراسات الاستقصائية الخاصة بانتشار المرض، والإبلاغ عن الحالات، وتقديرات الوفيات الناجمة عن أسباب محددة، كمدخلات لنموذج إحصائي يفرض الاتساق الداخلي بين التقديرات. على الصعيد العالمي، تُظهر تقديرات معدلات الإصابة بالسل الواردة في هذا التقرير اتجاهاً تنازلياً أكثر حدة بقليل مقارنة بتقديرات العام الماضي. يتأثر هذا الاتجاه بتحديث المسار الزمني لوفيات السل، الذي يشمل غلافاً محدثاً للوفيات لدورة دراسة العبء العالمي للأمراض 2025، ومتغيرات مصاحبة محدَّثة مستندة إلى بيانات حديثة، وبيانات جديدة عن أسباب الوفاة أصبحت متاحة مؤخراً.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، استخدمنا طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللامعلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى زيادة حالات السل، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

الملاريا

يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي معدل الإصابة بالملاريا بعدد الحالات الجديدة لكل 1000 نسمة. وتشمل تقديرات الملاريا نقاط بيانات جديدة أضيفت منذ العام الماضي، من بينها ثلاث دراسات استقصائية وطنية جديدة في غانا وليبيريا وموزامبيق. وفضلاً عن التحديثات الروتينية للبيانات، جرى لأول مرة منذ عدة سنوات تحديث بيانات اكتمال الإبلاغ أيضاً. وقد أثرت هذه التحسينات في النتائج بعدة بلدان، من بينها كوت ديفوار وغانا وليبيريا وموزامبيق والسنغال وغويانا. ويمكن عزو الارتفاعات الكبيرة في التقديرات الخاصة بميانمار وإثيوبيا وباكستان وزيمبابوي إلى فاشيات معروفة.

واستُخدمت في التنبؤات حتى عام 2030 نماذج التنبؤ بالملاريا التي وُضعت من أجل نماذج سيناريوهات المناخ. وباختصار، تتألف هذه النماذج من خمسة مكونات، جميعها ملائمة للمستوى الإداري الثاني. النموذج 1: نمذجة معدل انتشار المتصورة المنجلية بين الفئة العمرية 2-10 سنوات (pfpr2-10). النموذج 2: نمذجة معدل الحالات لجميع الأعمار استناداً إلى معدل الانتشار pfpr2-10. النموذج 3: نمذجة معدل الحالات حسب العمر والجنس استناداً إلى معدل الحالات لجميع الأعمار. النموذج 4: نمذجة معدل الوفيات لجميع الأعمار استناداً إلى معدل الانتشار pfpr2-10. النموذج 5: نمذجة معدل الوفيات حسب العمر والجنس استناداً إلى معدل الوفيات لجميع الأعمار. واستخدم كل نموذج بيانات مستوى الإدارة الثانية للفترة من 2000 إلى 2022 بشأن نتائج الملاريا، إضافة إلى الجزء المرجح من السنة الذي تكون فيه درجة الحرارة ملائمة لانتقال المرض (مع الترجيح بحسب مستوى الملاءمة)، وعدد أيام الفيضانات السنوية لكل فرد، والناتج المحلي الإجمالي للفرد، والإنفاق على مكافحة الملاريا ضمن المساعدة الإنمائية للصحة.

استندت توقعاتنا المرجعية إلى التقديرات المتوقعة لكل متغيّر مشارك، باستخدام سيناريو RCP 4.5 للمتغيّرات المشاركة المناخية، وإلى التقديرات المرجعية للإنفاق الإنمائي على مكافحة الملاريا.

المراجع:
World Health Organization, (2022), T*hird round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic (November – December 2021)*, www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1.

الأمراض المدارية المهملة

يقيس معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي مجموع انتشار 15 مرضا من الأمراض المدارية المهملة لكل 100 ألف التي يجري قياسها حاليا في الدراسة السنوية للعبء العالمي للأمراض: داء المثقبيات الأفريقي البشري، داء شاغاس، مرض المشوكات الكيسي، داء الكيسات المذنبة، حمى الضنك، داء الديدان المثقوبة المنقولة بالأغذية، دودة غينيا، الديدان المعوية المنقولة عن طريق التربة (الدودة الشصية (دودة الأنكلستوما) وداء المسلكات (العدوى السوطية) وداء الأسكاريس)، داء الليشمانيات، والجذام، وداء الفيلاريات اللمفاوي، وداء كلابية الذنب، وداء الكلب، وداء البلهارسيا، والتراخوما. استخدمت التوقعات حتى عام 2030 نموذجا تجميعياً يستند إلى الاتجاهات الماضية وإلى توقعات المؤشر الاجتماعي الديموغرافي.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، استخدمنا طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللامعلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى زيادة انتشار الأمراض المدارية المهملة، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

تنظيم الأسرة

يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (49-15 عاما) اللواتي تم تلبية حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بوسائل منع الحمل الحديثة. تشمل وسائل منع الحمل الحديثة الاستخدام الحالي للتعقيم الذكري أو الأنثوي، والواقي الذكري أو الأنثوي، والعازل المانع للحمل، وأغطية عنق الرحم، وإسفنجة منع الحمل، ومبيدات النطاف، والحبوب الهرمونية الفموية، واللصقات، والحلقات، والغرسات، والحقن، واللولب الرحمي، ووسائل منع الحمل الطارئة. تُعرَّف الحاجة وفق التعريف المعتمد في الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية. استخدمت التوقعات حتى 2030 نموذج المجموعة اعتماد على الاتجاهات الماضية وتوقعات المؤشر الاجتماعي الديموغرافي، وهو يتضمن اضطرابات ناجمة عن جائحة كوفيد19 بشأن دخل الفرد والتعليم.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، استخدمنا طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللا معلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى انخفاض تلبية الحاجة لوسائل منع الحمل الحديثة، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

المراجع:
Performance Monitoring for Action, (2020), Performance Monitoring for Action (PMA) Survey, www.pmadata.org/data.

Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff, (2012), *Revising Unmet Need for Family Planning, DHS Analytical Studies*, 25, ICF International, www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25[12June2012].pdf.

التغطية الصحية الشاملة

مؤشر التغطية الفعلية للتغطية الصحية الشاملة هو مقياس يتألف من 23 مؤشرا للتغطية الفعالة وهي تغطي الفئات العمرية للسكان على مدار دورة الحياة بأكملها (مجموعات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، والأطفال دون سن الخامسة، والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات و19 سنة، والبالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و64 سنة، والبالغين الذين يبلغون من العمر 65 سنة أو أكثر). وتقع هذه المؤشرات ضمن العديد من مجالات الخدمات الصحية: تعزيز الصحة، والوقاية، والعلاج.

تشمل مؤشرات تعزيز الصحة للنظام الصحي تلبية الحاجة إلى تنظيم الأسرة بوسائل منع الحمل الحديثة.

تشمل مؤشرات الوقاية الخاصة بالنظام الصحي نسبة الأطفال الذين يتلقون الجرعة الثالثة من لقاح الخناق والكزاز والسعال الديكي والأطفال الذين يتلقون الجرعة الأولى من لقاح الحصبة. تعتبر الرعاية السابقة للولادة الخاصة بالأمهات والرعاية السابقة للولادة الخاصة بالأطفال حديثي الولادة من مؤشرات خدمات الوقاية والعلاج التي يقدمها النظام الصحي ضد الأمراض التي تصيب الأم والطفل.

تتمثل مؤشرات علاج الأمراض المعدية في نسب الوفيات إلى معدلات الإصابة المعدلة فيما يتعلق بالتهابات الجهاز التنفسي السفلي والإسهال والسل، فضلاً عن تغطية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. تشمل مؤشرات علاج الأمراض غير المعدية نسب الوفيات إلى الإصابات المعدلة المرتبطة باللوكيميا الليمفاوية الحادة والتهاب الزائدة الدودية والعلوص الشللي وانسداد الأمعاء وسرطان عنق الرحم وسرطان الثدي وسرطان الرحم وسرطان القولون والمستقيم. تشمل مؤشرات علاج الأمراض غير المعدية أيضًا نسب الوفيات إلى عدد الإصابات المعدلة المتصلة بالسكتة الدماغية وأمراض الكلى المزمنة والصرع والربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن والسكري والمعدل الموحد حسب الخطر للوفيات الناجمة عن مرض القلب الإقفاري. وترجح مؤشرات التغطية الفعالة في المؤشر وفقا

للمكاسب الصحية المحتملة التي يمكن أن يحققها كل بلد إذا قام بتحسين تغطية ذلك المؤشر.

لوضع توقعات لمؤشر التغطية الصحية الشاملة من عام 2025 إلى عام 2030، تم مواءمة النموذج الحدودي العشوائي للتغطية الصحية الشاملة، باستخدام توقعات إجمالي الإنفاق الصحي للفرد كمتغير مستقل. ثم استخرجت أوجه القصور الخاصة بكل بلد وسنة من النموذج وتم توقعها حتى عام 2030 باستخدام انحدار خطي مع عوامل وزن أسية عبر الزمن لكل مستوى من مستويات البلدان. تم استبدال أوجه القصور المتوقعة، إلى جانب التقديرات المتوقعة لإجمالي الإنفاق الصحي للفرد، في الحد الذي تمت مواءمته مسبقًا للحصول على التغطية الصحية الشاملة المتوقعة لجميع البلدان في الفترة 2025-2030.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، استخدمنا طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللامعلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى انخفاض التغطية الصحية الشاملة، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

التدخين

يقيس معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي مدى انتشار أي استهلاك حالي حسب العمر للتبغ المدخن ضمن الفئة البالغة من العمر 15 سنة فما فوق. يجمع المعهد المعلومات الواردة من الدراسات الاستقصائية المتاحة التي تعتمد على عينات تمثيلية والتي تتضمن أسئلة حول الإبلاغ الذاتي عن التعاطي الحالي للتبغ، ومعلومات عن نوع منتجات التبغ المدخن (بما في ذلك السجائر والسيجار والغليون والنرجيلة ومنتجات التبغ المحلية). يقوم المعهد بتحويل كافة البيانات إلى تعريفه القياسي لأي تدخين حالي في غضون الثلاثين يوما الأخيرة، بحيث يمكن إجراء مقارنات ذات معنى عبر المواقع وعبر الزمن. استخدمت التوقعات حتى 2030 المؤشر الاجتماعي الديموغرافي كعامل رئيسي، وهو يتضمن توقعات بشأن نصيب الفرد من الدخل والتعليم، والتأثيرات المترتبة على جائحة كوفيد-91.

اللقاحات

يقدم قياس تغطية أنظمة التطعيم الذي يجريه معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي مجموعة واسعة من البيانات المرتبطة بالتغطية المتعلقة باللقاحات التالية بشكل منفصل: اللقاح بثلاث جرعات ضد الخناق والكزاز والشاهوق (DTP3) والجرعة الثانية للقاح ضد الحصبة (MCV2) واللقاح الثلاثي المزدوج لداء المكورات الرئوية (PCV3).

قدّر معهد القياسات الصحية والتقييم آثار فترة الجائحة (2020-2023) على تغطية اللقاحات بالاستناد إلى الاتجاهات المسجّلة في التغطية التي أبلغت عنها البلدان. ولهذه الغاية، وسع معهد القياسات الصحية والتقييم الإطار النمذجي المستخدم لرصد الاضطرابات الزمنية الحادة الأخرى في التغطية، أي التراجعات، الناجمة عن نفاد المخزون أو غيره من الأحداث المماثلة. وفي هذا الإطار، قام معهد القياسات الصحية والتقييم أولاً بنمذجة حجم الاضطرابات في سنوات كل لقاح في كل بلد التي أبلغ فيها عن حالات نفاد المخزون عبر نموذج الإبلاغ المشترك لعام 2025 أو غيرها من أحداث الاضطراب المحددة. ولتحقيق ذلك، قدّر المعهد أولاً التغطية الافتراضية التي أبلغت عنها البلدان باستخدام نماذج تستبعد سنوات كل لقاح في كل بلد التي سُجلت فيها اضطرابات، ثم قارن هذه التقديرات الافتراضية بالقيم التي أبلغت عنها البلدان لتلك السنوات. ثم أُدرجت مقادير الاضطرابات كمتغيّر مشارك في نمذجة تغطية اللقاحات. ولأخذ الاضطرابات الناجمة عن جائحة كوفيد-91 في الاعتبار، اعتبر المعهد جميع سنوات اللقاحات الخاصة بالبلدان خلال الفترة 2020–2023 مرشحة لاحتمال وجود اضطرابات. وبالنسبة لسنوات اللقاحات خلال الجائحة التي لا تتوفر عنها بيانات بلدانية مُبلّغ عنها، فقد جرى تقدير مقادير الاضطرابات اعتماداً على توزيعات خاصة بكل لقاح وسنة في المواقع التي تتوفر فيها بيانات.

تعكس هذه التقديرات أيضًا أساليب جديدة لمراعاة التوسع السريع في تغطية الجرعة الثانية للقاح ضد الحصبة (MCV2) واللقاح الثلاثي المزدوج لداء المكورات الرئوية (PCV3) بشكل أفضل في السنوات التي تلت عمليات الإدخال الخاصة بكل بلد، باستخدام نماذج الشرائح الهرمية. ولكل لقاح قدّر النموذج أولاً أنماط التوسع العالمية، ثم استخدم هذه الأنماط كقيم أولية لنماذج التوسع الخاصة بكل بلد. وتُسهم هذه المقاربة في تمثيل أدق للتوسع الخاص بكل بلد عند توفر البيانات، وفي الوقت نفسه الاستفادة من الأنماط العالمية لتوجيه التقديرات في الحالات التي تكون فيها البيانات ناقصة.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، قام معهد القياسات الصحية والتقييم باستخدام طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللامعلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض الإنفاق، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى انخفاض تغطية اللقاحات، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

المراجع:

World Health Organization, (July 2025), “Global childhood vaccination coverage holds steady, yet over 14 million infants remain unvaccinated,” news release, www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef.

GBD 2023 Vaccine Coverage Collaborators, (2024), "Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023," *The Lancet*, www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01037-2/abstract.

الصرّف الصحي

يقوم معهد القياسات الصحية والتقييم بتقدير نسبة السكان الذين يتمتعون بإمكانية استخدام مرافق صرف صحي تدار بأمان. وكما هو محدد في برنامج الرصد المشترك، يجب أن تستوفي المرافق التي تدار بأمان ثلاثة معايير، ألا وهي: 1) ألا تشترك في استخدامه العديد من الأسر المعيشية، 2) أن يكون مرفق صرف صحي محسناً، 3) أن يتم التخلص من مياه الصرف الصحي الصادرة عنها بأمان (منظمة الصحة العالمية. يمكن أن يتم التخلص الآمن من مياه الصرف الصحي عن طريق معالجتها والتخلص منها في الموقع، أو تخزينها مؤقتا لمعالجتها خارج الموقع، أو نقلها عبر قنوات الصرف الصحي لمعالجتها (منظمة الصحة العالمية، 2021). يجب أن تخضع مياه الصرف المعالجة والمدارة بأمان لعلاج ثان على الأقل (منظمة الصحة العالمية، 2021). قام معهد القياسات الصحية والتقييم بعمليات قياس شملت الأسر التي تتوفر على مرافق صرف صحي مزودة بأنابيب (موصلة بالمجاري أو بخزان الصرف الصحي) ؛ والأسر التي لديها مرافق صرف صحي محسنة غير موصلة بالمجاري (مرحاض حفرة، مرحاض محسّن مع تهوية، مرحاض حفرة مع بلاطة، مرحاض تسميد) ؛ والأسر التي ليس لديها مرافق صرف صحي محسنة (مرحاض بخزان ماء غير موصول بالمجاري أو بخزان الصرف الصحي، مرحاض حفرة بدون بلاطة أو حفرة مفتوحة، دلو، مرحاض معلق ، عدم وجود أي مرفق) ؛ ونوع معالجة مياه الصرف الصحي للمنازل الموصولة بالمجاري، على النحو المحدد في برنامج الرصد المشترك لإمدادات المياه والصرف الصحي.

بالنسبة لتقرير مناصري الأهداف 2025، وضع معهد القياسات الصحية والتقييم نماذج لتقدير ثلاثة مكوّنات لمرافق الصرف الصحي المدارة بأمان: 1) نسبة مياه الصرف الصحي التي تخضع لعلاج ثان على الأقل، 2) نسبة مرافق الصرف الصحي الموصولة بالمجاري والتي تدار بأمان، 3) نسبة المرافق المحسّنة غير الموصولة بالمجاري ولكنها تدار بأمان.

استُخلصت البيانات اللازمة لتقدير نسبة مياه الصرف المعالجة التي تخضع على الأقل للمعالجة الثانوية من يوروستات، وقاعدة بيانات Aquastat، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، والدراسات الاستقصائية الوطنية. وقد استُخلصت البيانات المتعلقة بتقدير نسبة المرافق الموصولة بالمجاري والمدارة بأمان من المكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية، ونظام المعلومات العالمي بشأن المياه والزراعة (AQUASTAT)، والدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية (DHS)، والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات لليونيسف (MICS)، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، والدراسات الاستقصائية الوطنية (جمهورية كوريا، وسنغافورة، وأندورا، والنمسا، وأيرلندا). واستُخلصت البيانات المتعلقة بتقدير نسبة المرافق المحسّنة غير الموصولة بالمجاري والمدارة بأمان من الدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات لليونيسف، والدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية، والدراسات الاستقصائية الوطنية (كندا، والنرويج، والولايات المتحدة).

وقدر معهد القياسات الصحية والتقييم نسبة إجمالي السكان الذين لديهم مرافق صرف صحية تدار بأمان، كمجموع نسبة السكان الذين لديهم مرافق موصولة بالمجاري وتدار بأمان ونسبة السكان الذين لديهم مرافق محسّنة غير موصولة بالمجاري وتدار بأمان.

لتقدير حجم تأثير التخفيضات في المساعدة الإنمائية للصحة، قام معهد القياسات الصحية والتقييم باستخدام طريقة التحليل الحدودي العشوائي اللامعلمي (على النحو المبين في قسم «قياس التخفيضات في المساعدة الإنمائية وتأثيرها على أهداف التنمية المستدامة» أعلاه) لنمذجة الكيفية التي يؤدي من خلالها انخفاض المساعدات الإنمائية الحكومية والخارجية للمياه والصرف الصحي والنظافة، المتفاوت بحسب البلدان والسنوات، إلى انخفاض نسبة السكان الذين يتمتعون بإمكانية استخدام مرافق صرف صحي تدار بأمان، وقمنا على هذا الأساس بتعديل توقعاتنا وفقا لسيناريو الخفض بنسبة 20 في المئة في المساعدة الإنمائية للصحة لكل بلد حتى عام 2030.

المراجع:

World Health Organization & UNICEF Joint Monitoring Programme, (2021), *WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP) | UN_Water*, www.washdata.org/sites/default/files/2022-01/jmp-2021-metadata-sdg-621a.pdf.

مصادر مؤشرات معهد القياسات الصحية والتقييم

ترد أدناه معلومات عن مصادر البيانات لكل مؤشر. يمكن الاطلاع على تقرير مفصل عن مصادر البيانات لتقديرات GBD 2021 عبر هذا الرابط: https://ghdx.healthdata.org/gbd-2021/sources.

المؤشر ومكوناته	إجمالي مصادر دراسة العبء العالمي للأمراض 2023
وفيات الأطفال	24,025
توقف نمو الأطفال	1,748
تنظيم الأسرة (الاحتياجات الملباة)	1,119
الملاريا	13,099
وفيات الأمهات	8,107
وفيات المواليد	24,025
فيروس نقص المناعة البشرية	6,320
المرض المداري المهمل شاغاس	1,199
داء الليشمانيات الحشوي	5,815
داء الليشمانيات المخاطي الجلدي	1,503
داء المثقبيات الأفريقي	3,075
داء البلهارسيات	3,855
داء الكيسات المذنبة	3,901
داء المشوكات الكيسي	3,731
داء الفيلاريات اللمفية	496
داء كلابية الذنب	351
التراخوما	109
حمى الضنك	3,950
داء الكلب	4,058

داء الصَّفَر (الأسكارس)	4,599
داء المسلكات	868
داء الدورة الشصية	873
الديدان المثقوبة المنقولة بالأغذية	57
الجذام	1,595
داء دودة غينيا	458
الصرف الصحي المدار بأمان	1,243
معدل انتشار التدخين	3,859
داء السل	8,422
اضطرابات الأمومة في إطار التغطية الصحية الشاملة	8,107
الاحتياجات الملباة في إطار التغطية الصحية الشاملة	1,123
الولادات الحية في إطار التغطية الصحية الشاملة	15,981
وفيات الأحياء حديثي الولادة في إطار التغطية الصحية الشاملة	24,025
الخناق في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,185
السعال الديكي في إطار التغطية الصحية الشاملة	9,667
الكزاز في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,421
التطعيم الثلاثي ضد الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس (PTD) في إطار التغطية الصحية الشاملة	9,005

الحصبة في إطار التغطية الصحية الشاملة	11,333
التطعيم ضد الحصبة في إطار التغطية الصحية الشاملة	8,893
عدوى الجهاز التنفسي السفلي في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,594
الإسهال في إطار التغطية الصحية الشاملة	6,087
علاج فيروس نقص المناعة البشرية في إطار التغطية الصحية الشاملة	6,320
داء السل في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,578
ابيضاض الدم اللمفاوي في إطار التغطية الصحية الشاملة	3,518
الربو في إطار التغطية الصحية الشاملة	3,106
داء السكري في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,368
علاج مرض القلب الإقفاري في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,348
السكتة الدماغية في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,373
مرض الكلى المزمن في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,592
داء الانسداد الرئوي المزمن في إطار التغطية الصحية الشاملة	3,123
سرطان عنق الرحم في إطار التغطية الصحية الشاملة	5,261

سرطان الثدي في إطار التغطية الصحية الشاملة	5,264
سرطان الرحم في إطار التغطية الصحية الشاملة	5,237
سرطان القولون والمستقيم في إطار التغطية الصحية الشاملة	5,327
الصرع في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,131
التهاب الزائدة الدودية في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,213
علاج الشلل المعوي وانسداد الأمعاء في إطار التغطية الصحية الشاملة	4,086
التغطية بالتطعيم الثلاثي (الجرعة الثالثة من لقاح PTD)	9,005
التغطية بالجرعة الثانية من لقاح الحصبة (2VCM)	3,266
التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح المكور الرئوي المتقارن (3VCP)	1,897

المؤشرات التي تم تقديرها من مصادر أخرى

الفقر

World Bank, (2025), Poverty headcount ratio at $2.15 a day (2017 PPP) (% of population), [Data set], www.data360.worldbank.org/en/indicator/WB_PIP_HEADCOUNT_IPL.

For methodology, see: World Bank, (2025), *Poverty and inequality platform methodology handbook*, www./datanalytics.worldbank.org/PIP-Methodology

يستخدم هذا التقرير خط الفقر الدولي وبيانات تعادل القوة الشرائية التي كانت سارية قبل التحديث الذي أجراه البنك الدولي في يونيو 2025. وسيُدرج خط الفقر الجديد وبيانات تعادل القوة الشرائية في الطبعة القادمة من هذا التقرير لضمان الاتساق وقابلية المقارنة مع مرور الوقت.

الزراعة

Food and Agriculture Organization of the United Nations, (2025), Average annual income from agriculture, [Data set], www.dataexplorer.fao.org

تُدرج معدلات نمو دخل صغار المنتجين الغذائيين في البلدان المختارة التي تتوافر لها إدخالات لا تقل عن مرتين في مجموعة البيانات. وفي جميع البلدان التي لا تتوافر لها بيانات لعامي 2014 و2019، استُخدم أقدم عام وأحدث عام متاحين لحساب نمو الدخل. يُحسب نمو دخل صغار المنتجين الغذائيين في كل بلد باستخدام السنوات المبينة أدناه:

الموقع	النطاق الزمني (السنوات)
بوركينا فاسو	2019-2014
كمبوديا	2021-2009
كوت ديفوار	2019-2008
إثيوبيا	2019-2014
غانا	2017-2013
الهند	2012-2005
ملاوي	2020-2011
مالي	2019-2014
منغوليا	2019-2014
النيجر	2019-2011
نيجيريا	2019-2013
السنغال	2022-2011
سيراليون	2018-2011
تنزانيا	2021-2009
أوغندا	2020-2010

التعليم

World Bank, UNESCO Institutes for Statistics, UNICEF, USAID, Bill & Melinda Gates Foundation, & Foreign, Commonwealth, and Development Office, (2022), *The State of Global Learning Poverty: 2022 Update* [Conference edition], www.unicef.org/media/122921/file/StateofLearningPoverty2022.pdf.

مصدر عمليات محاكاة فقر التعلم 2022:

Azevedo, J. P., Demombynes, G., & Wong, Y. N. (2023), "Why has the pandemic not sparked more concern for learning losses in Latin America? The perils of an invisible crisis," *Education for Global Development*,

www.blogs.worldbank.org/en/education/why-hasnt-pandemic-sparked-more-concern-learning-losses-latin-america-perils-invisible.

المساواة بين الجنسين

مؤشر المساواة بين الجنسين في أهداف التنمية المستدامة لعام 2030 الذي وضعته منظمة Equal Measures 2030 هو الأداة العالمية الأكثر شمولاً لقياس التقدم المحرز نحو المساواة بين الجنسين بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة. ويتتبع المؤشر 56 مؤشرا من المؤشرات الجنسانية الرئيسية التي تقدم "الصورة الكبرى" عبر 14 من أهداف التنمية المستدامة الـ 17 وداخلها.

وهو المؤشر الوحيد الذي يضيف منظوراً جنسانيا لكل هدف من هذه الأهداف، بما في ذلك العديد من أهداف التنمية المستدامة التي تفتقر إلى مثل هذا المنظور في الإطار الرسمي. إن تجاوز الهدف 5 من أهداف التنمية المستدامة (الهدف الوحيد المكرس للمساواة بين الجنسين) أمر مهم في التقاط الاتجاهات الأوسع نطاقاً التي تؤثر على التقدم في مجال المساواة بين الجنسين وتسليط الضوء على كيفية تأثير قضايا مثل الجوع والفقر وتغير المناخ على الفتيات والنساء.

ويغطي مؤشر عام 2024 139 بلداً، تمثل 96 في المائة من النساء والفتيات في العالم. يتتبع المؤشر النتائج لثلاث سنوات مرجعية: 2015 و 2019 و 2022 ويتوقع سيناريو لعام 2030 استناداً إلى الاتجاهات الحالية.

هذا هو الإصدار الثالث لمؤشر مؤشر المساواة بين الجنسين في أهداف التنمية المستدامة - تم إصداره سابقاً في عامي 2019 و2022. وهو واحد من المؤشرات العالمية القليلة المتعلقة بالمساواة بين الجنسين التي يتم تدقيقها رسمياً من قبل مركز الكفاءة المعني بالمؤشرات المركبة ولوحات التتبع (JRC-COIN) في مركز الأبحاث المشترك التابع للاتحاد الأوروبي.

تم تطوير المؤشر من قبل تحالف من القادة الوطنيين والإقليميين والعالميين من الشبكات النسوية والمجتمع المدني والتنمية الدولية.

المراجع:
لتحميل بيانات مؤشر 2024 وأحدث تقرير عن المؤشر، والحصول على مزيد من المعلومات عن منهجية المؤشر، انظر: www. equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index

للاطلاع على عروض تفاعلية لبيانات المؤشر، انظر: www. equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index/ /explore-the-data

للاطلاع على المراجعة التقنية التي أجراها مركز COIN التابع لمركز الأبحاث المشترك التابع للاتحاد الأوروبي، انظر: www. equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index/ /about-the-index

Equal Measures 2030, (2024), *A gender equal future in crisis? Findings from the 2024 SDG Gender Index*, www. equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index.

الأنظمة المالية الشاملة

تشير مقارنة "الدخل" إلى ما يعتبره البنك الدولي كملكية للحسابات لأغنى 60 في المئة من الأسر المعيشية مقابل أفقر 40 في المئة من الأسر المعيشية.

Klapper, L., Singer, D., Starita, L., & Norris, A. (2025), "The Global Findex Database 2025: Connectivity and Financial Inclusion in the Digital Economy," World Bank, www.hdl.handle.net/10986/43438.

World Bank, (2025), "Account ownership at a financial institution or with a mobile-money-service provider (% of population ages 15+)," [Data set], Global Findex Database, www.genderdata.worldbank.org/en/indicator/fx-own-totl-zs

لتعرف على المنهجية، انظر:
World Bank, (2025), Survey methodology, I*n The Global Findex Database 2025: Connectivity and Financial Inclusion in the Digital Economy*, 267–294, www.worldbank.org/en/publication/globalfindex/ methodology.