



EM/RC54/6

ش م/ل إ 6/54

آب/أغسطس 2007

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة الرابعة والخمسون

البند 7 من جدول الأعمال

تقرير

اللجنة الاستشارية الإقليمية

(الاجتماع الحادي والثلاثون)

المحتوى

الصفحة

1. المقدمة 1
2. متابعة تنفيذ توصيات الاجتماع الثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية 2
3. وفيات الولدان في إقليم شرق المتوسط: محدّدات واستراتيجيات بلوغ المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية 4
4. أسعار الأدوية وإمكانية الحصول على الأدوية في إقليم شرق المتوسط 7
5. التغذية وتسويق الأغذية في إقليم شرق المتوسط: أثرهما على الصحة العمومية 10
6. الحمّيات النزفية الفيروسيّة، تهديد محتمل في إقليم شرق المتوسط: دعوة إلى العمل 12
7. المواضيع المطروحة للمناقشة في الاجتماع الثاني والثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية (عام 2008) 14

الملاحق

1. جدول الأعمال 15
2. أعضاء اللجنة الاستشارية الإقليمية 16

1. المقدمة

عُقد الاجتماع الحادي والثلاثون للجنة الاستشارية الإقليمية في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، بالقاهرة، يومي 11 و12 نيسان/أبريل 2007. وقد حضر الاجتماع أعضاء اللجنة وأمانة المنظمة وعدد من المراقبين. ويرد جدول أعمال الاجتماع في الملحق الأول لهذا التقرير، كما تُرد قائمة المشاركين في الملحق الثاني.

وقد رحّب الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري، المدير الإقليمي، بأعضاء اللجنة الاستشارية الإقليمية. ولاحظ أن عام ألفين وسبعة يوافق الذكرى الستين لمولد منظمة الصحة العالمية والذكرى الثلاثين لصدور إعلان ألما-آتا حول الرعاية الصحية الأولية. وقال إن المديرية العامة قد أعربت عن التزامها بدعم الرعاية الصحية الأولية وتوفير الصحة للجميع. وأضاف سيادته أن الالتزام بالرؤية والمبادئ والقِيم التي أُرسيت في ألما-آتا عام ألف وتسعمئة وثمانية وسبعين لم تتزعزع أبداً في إقليم شرق المتوسط. وسوف يواصل المكتب الإقليمي تركيزه على توفير إمكانيات الحصول العادل على الخدمات الصحية، وتوفير قوة عاملة متوازنة وملتزمة بالرعاية الصحية، وتحسين تنظيم وإدارة النُظُم الصحية، وتعزيز سيطرة المجتمع على مقدراته، والعمل مع سائر القطاعات والشركاء على التعاطي مع المحدّثات الاجتماعية للصحة.

ولاحظ الدكتور الجزائري أن المرامي الإنمائية للألفية قد أصبحت قوة دفع رئيسية خلف سياسات التنمية الوطنية والدولية، مضيفاً أن هذه المرامي طموحة، وأن نصف المرامي ذو علاقة بالصحة. وإذا كانت هذه المرامي ممكنة التحقيق، إلا أن تحقيقها في الواقع هو أبعد من أن يكون مؤكداً. فعلى الرغم مما أعلنته الدول المتقدّمة من التزام بدعم الدول النامية، فإن الدول النامية لم تتلقَ الدعم اللازم لمعاونتها على بلوغ تلك المرامي. وأضاف سيادته أن الرعاية الصحية الأولية القائمة على نُظُم صحية متكاملة، هي الوسيلة الرئيسية لضمان إيتاء الخدمات الصحية للجميع بكفاءة وفعالية. وأكد أن تمكين المجتمع من السيطرة على مقدراته من خلال المبادرات المجتمعية، والعمل مع مختلف القطاعات والشركاء، هما أمران من شأنهما تقوية جهود المنظمة في ما يتعلّق بالمحدّثات الاجتماعية للصحة. كما أكد أن التعاون ضروري للتصدّي لتلك التحدّيات.

ومضى سيادته يقول إن الإقليم قد واجه وعالج في العام الماضي طوارئ معقّدة عديدة تمثّلت في: العدوان على لبنان، ومحنة الشعب الفلسطيني، وإعادة البناء والتأهيل في كل من أفغانستان والسودان والصومال والعراق. ولا يزال التركيز على هذا الجانب يؤتي أثره الإيجابي بوجه عام على العمل التنموي للمنظمة في الإقليم. وذكر أن الصحة والأمن يمثلان شعار يوم الصحة العالمي. وأوضح أن إقليم شرق المتوسط هو أول أقاليم المنظمة الذي أثار قضية الصحة والأمن في عام ألفين واثنيّن. وقال إن التقرير المتعلّق بالصحة في العالم سوف يركّز على ما تتعرّض له الصحة من مخاطر وأخطار ناشئة عن الطُرق التي تتفاعل بها الدول وسكانها على الصعيد الدولي.

واستطرد الدكتور الجزائري قائلاً إن جائحة الإنفلونزا لاتزال احتمالاتها جدية. فقد وقعت في مصر حتى الآن ثلاث وأربعون حالة من إنفلونزا الطيور، وبلغت معدلات الوفاة بينها خمسين بالمئة. وتتوافر بكميات كبيرة الأدوية المضادة للفيروسات، ولكن ثمة بيّنات على مقاومة مستجّدة لتلك الأدوية. وسوف تعزّز المنظمة من تعاونها مع الدول الأعضاء وسائر الوكالات المعنية على وضع خطط وطنية للاستعداد لجائحة الإنفلونزا، وعلى تبيان المسؤوليات المشتركة، وعلى معالجة قضايا من قبيل توافر الأدوية المضادة للفيروسات بتكلفة ميسورة. وذكر سيادته أن اللوائح الصحية الدولية المنقّحة سوف تدخل حيّز النفاذ في شهر حزيران/يونيو، مضيفاً أن معظم بلدان الإقليم قد بدأت بالفعل في تنفيذها، وأن هذا أمر مشجّع على التبليغ والشفافية.

وذكر الدكتور الجزائري أن حملة استئصال شلل الأطفال قد بلغت مراحلها النهائية، وإن كان الوضع لا يزال حرجاً. وأوضح أن العمل الذي تقوم به الدول الأعضاء، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، وسائر الشركاء، هو عمل جدير بالثناء، ولو أن المرمى لم يتحقق بعد. وأوضح أن الفاشيات التي وقعت عام ألفين وخمسة في السودان والصومال واليمن هي الآن تحت السيطرة. غير أنه لا يزال يوجد في الإقليم بلدان اثنان من البلدان الأربعة التي لاتزال موطونة بشلل الأطفال، ولا بد من مواصلة الجهود المبذولة في هذا المضمار. وأكد أن صحة الأم والوليد تمثل أولوية مهمة. وأوضح أن الإقليم بحاجة إلى الاستفادة من خبراته الناجحة وتقوية شبكاته الإقليمية، وإلى التنسيق بين الأطراف المعنية، وتجميع الموارد اللازمة لتقليص وفيات الأمهات والرضع، وتفادي الازدواجية. وقال إن الأمراض السارية لاتزال تمثل أولوية في العديد من بلدان الإقليم. وأكد المدير الإقليمي على الرؤية الإقليمية للقضاء على المرض واستئصاله حيثما أمكن، أو الرؤية الإقليمية لإنشاء مناطق خالية من المرض؛ وإعطاء كل طفل لقاحاً مأموناً ضد كل مرض من أمراض الطفولة يمكن توقيه باللقاح؛ وتحقيق نظام لترصد أشكال العدوى المستجدة ذات الطبيعة الوبائية. وأوضح سيادته أن المكتب الإقليمي يعمل على دعم وتعزيز إنتاج اللقاحات في الإقليم، ولكن نجاحه كان محدوداً فيما يتعلق بمعايير الاختبار المسبق لصلاحية اللقاحات. وتتوافر لقاحات مهمة جديدة ولكن تكلفتها لاتزال أعلى من أن تمكن من توفير هذه اللقاحات المنقذة للحياة لجميع أطفال الإقليم. ولا يزال السل، والملاريا، ومرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وسائر أمراض الفقر، تشكل عبئاً يثقل كاهل البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويتمثل التحدي الرئيسي، في هذا الصدد، في تقوية النظم الصحية من أجل إعداد الأسلوب المتكامل اللازم، والأنشطة المتواشجة.

وقال الدكتور الجزائري إنه في ما يتعلق بالحقبة المالية ألفين وستة - ألفين وسبعة، فإن الميزانية الكلية المتوافرة للإقليم سواء من الميزانية العادية أو غيرها من المصادر المالية قد بلغت حوالي أربعمئة وثلاثين مليون دولار أمريكي، أي بزيادة مقدارها خمسون مليون دولار أمريكي، على الميزانية التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية للإقليم، ومقدارها ثلاثمائة وثمانون مليون دولار أمريكي. غير أن الفائض مخصص بصفة رئيسية للطوارئ. أما بقية الميزانية، فلا يزال توزيعها متفاوتاً، مع التركيز بصفة رئيسية على مجالات برنامجية معينة من قبيل التطعيم، واستئصال شلل الأطفال، والطوارئ الصحية، ومرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والسل والملاريا. وثمة عدد من الأولويات الإقليمية، مثل صحة الطفل، وصحة المرأة، والنظم الصحية، لاتزال تعاني من نقص التمويل. علماً بأن استجلاب المزيد من الموارد لهذه المجالات، وتنسيق الموارد تنسيقاً أفضل، يأتيان على رأس جدول أعمال المكتب الإقليمي.

واختتم الدكتور الجزائري كلمته بتقديم المواضيع التقنية الأربعة المطروحة للمناقشة في اللجنة.

2. متابعة تنفيذ توصيات الاجتماع الثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية

الدكتور عبد الله الصاعدي، مساعد المدير الإقليمي، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

العرض

قدّم مساعد المدير الإقليمي موجزاً للتقرير المتعلق بمتابعة تنفيذ توصيات الاجتماع الثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية الذي كان قد وُزِعَ على الأعضاء. وأُتفق على أن يكون إبداء أي تعليقات إضافية على التقرير قبل اختتام الاجتماع.

المناقشة

ذُكر أنه ينبغي أن تتوفر آلية للمعلومات المرتجعة من الدول الأعضاء إلى اللجنة الاستشارية حول تنفيذ قرارات اللجنة الإقليمية، بما في ذلك توصيات اللجنة الاستشارية. وعلى حين أن آلية ترجمة القرارات إلى سياسات واستراتيجيات إقليمية هي آلية واضحة وتؤدي إلى التغيير في السياسات والاستراتيجيات الوطنية، إلا أنه لا يوجد أي توثيق أو لا يوجد سوى القليل من التوثيق في هذا الصدد. ويفيد اللجنة الاستشارية أن تعرف مدى فائدة توصياتها. ويمكن النظر في إمكانية توقيت اجتماع اللجنة الاستشارية واجتماع المدير الإقليمي. ممثلي المنظمة وموظفي المكتب الإقليمي توقيتاً أقرب لاجتماع اللجنة الإقليمية نفسها، وذلك تقوية للعلاقة التي بين تلك الاجتماعات الثلاثة، وتمكيناً للتفاعل وتبادل الآراء بين اللجنة وبين وزراء الصحة. ويمكن لممثلي المنظمة أيضاً الاجتماع رسمياً مع وزراء الصحة سنوياً قبل اجتماع اللجنة الإقليمية للوقوف على حالة تنفيذ قرارات اللجنة الإقليمية.

وبالعودة إلى الموضوع الذي نوقش في الاجتماع الثلاثين للجنة الاستشارية حول المحددات الاجتماعية للصحة، رُئي أن يكون عمل الهيئة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة بنداً ثابتاً في جدول الأعمال، إذ إنه يؤثر في جميع مجالات الصحة والتنمية الصحية. وثمة عراقيل ومخاطر عديدة تواجه مقدّمي الرعاية الصحية في الإقليم - منها ما هو اجتماعي، ومنها ما هو ثقافي، ومنها ما هو اقتصادي، ومنها ما هو تنظيمي، وما إلى ذلك - لا بد من توثيقها حتى يتسنى للبلدان مراجعة البيانات والاستفادة منها في التخطيط الصحي والتنمية الصحية. ولا بد للمنظمة من مواصلة توسيع شراكاتها مع سائر الأطراف المعنية، بما فيها قطاعات المالية والتنمية الاجتماعية، والقطاع الخاص، والمنظمات اللاحكومية، ووكالات الأمم المتحدة، ضمناً لمشاركاتها في القضايا الصحية والتنمية الصحية. وينبغي لهذه الشراكة أيضاً أن تكون واضحة جلية داخل المنظمة ذاتها، بين مختلف البرامج التقنية. وينبغي للإقليم أن يبذل المزيد من الجهد لاستقطاب الدعم لفوائد البرامج والمبادرات المجتمعية، ولاسيما على الصعيد العالمي، لدى الهيئة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة وسائر الأطراف المعنية. وينبغي أيضاً إشراك أولئك العاملين حالياً مع هذه الهيئة في الإقليم ومشاورتهم. وذكّر أن المدير الإقليمي قد أبلغ الدول الأعضاء بالحاجة إلى مراعاة المحددات الاجتماعية للصحة لدى إعداد خططها وسياساتها الوطنية للتنمية الصحية.

وبالنظر إلى أن العديد من التوصيات ونتائج قرارات اللجنة الإقليمية تُرد في منشورات، فإن من المهم ضمان توزيع المنشورات الإقليمية على جميع القطاعات المعنية، بما فيها القطاع الخاص.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. مواصلة الدعوة إلى إيلاء مزيد من الاهتمام إلى المحددات الاجتماعية للصحة، وفوائد المبادرات المجتمعية، والدعوة، في هذا الصدد، إلى إشراك جميع القطاعات المعنية، بما فيها القطاع الخاص، والمنظمات اللاحكومية، ووكالات الأمم المتحدة.
2. إدراج التقدم المُحرز في عمل الهيئة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة وخبرات بلدان معينة، في جدول أعمال اللجنة الاستشارية الإقليمية بصفة منتظمة.

3. ضمان توزيع منشورات المنظمة وسائر منتجاتها الإعلامية على أكبر عدد من الجهات، بما فيها القطاع الخاص.
4. تعزيز تبادل المعلومات، والكفاءة، والاستمرارية في متابعة تنفيذ توصيات اللجنة الاستشارية وقرارات اللجنة الإقليمية، والنظر في إمكانية توقيت الاجتماعات النظامية المهمة الثلاثة، ألا وهي اجتماع المدير الإقليمي مع ممثلي المنظمة وموظفي المكتب الإقليمي، واجتماع اللجنة الاستشارية الإقليمية، واجتماع اللجنة الإقليمية، توقيتاً مختلفاً عما هو عليه الآن تعزيزاً لتلك العملية.

3. وفيات الولدان في إقليم شرق المتوسط: محدّدات واستراتيجيات

بلوغ المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية

الدكتورة سوزان فرهود، المستشارة الإقليمية المعنية بصحة الطفولة والمراهقة

العرض

تباطأ في السنوات الأخيرة في عدد من بلدان إقليم شرق المتوسط التقدم على درب تحقيق هدف المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية، والمتمثل في تقليص وفيات الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر، والذي التزمت به جميع البلدان. وإذا استمرت الاتجاهات الراهنة، فلن يستطيع العديد من البلدان بلوغ هذا المرمى. وبالنظر إلى أن ما يقرب من 40% من وفيات الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر والتي يبلغ عددها مليون ونصف المليون وفاة في السنة، يقع في الدورة الوليدية - وبخاصة في الأسبوع الأول من العمر - يتضح أنه من دون التعاطي مع هذه المرحلة العمرية، وتقديم استثمارات جديدة، سوف يبقى المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية مرمى بعيد المنال للكثيرين. والقضية في هذا الصدد تتجاوز كونها مجرد قضية بقاء، إذ إن نفس العوامل التي تؤدي إلى وفاة الولدان يمكن أن تؤدي إلى عجز وخيم في الأطفال الناجين من الموت يبقى معهم مدى العمر.

هذا، مع العلم بأن أشكال العدوى التي تصيب الولدان، وخداجهم (أي ولادتهم ولادة مبتسرة)، واحتناقهم أثناء الولادة، واضطراباتهم الخلقية، تتسبب في 94% من وفياتهم. وعلى عكس التصورات العامة، فإن معظم هذه الحالات يمكن تديرها علاجياً عن طريق مداخلات بسيطة ومُسنّدة بالبيّنات وعالية المردود وفعّالة، ولا تتطلب أي مهارات متطورة أو تكنولوجيا معقّدة في البلدان التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأطفال. علماً بأن صحة الوليد مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بصحة الأم، ولاسيّما أثناء الحمل والولادة. فثلاثة أرباع الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، و30% - 40% على الأقل من وفيات الرضع، يمكن توقيها بتحسين صحة الأمومة، والتغذية المناسبة الكافية أثناء الحمل، والتدبير الملائم للولادات، والرعاية الملائمة للرضع الحديثي الولادة. علماً بأن المداخلات السابقة للولادة والمولّدات المتمرّسات تؤثر في صحة المواليد. غير أن ذلك لا يكفي؛ فالرعاية المنزلية والاجتماعية للمواليد لا تقل أهمية عن ذلك. وممارسات الإرضاع من الثدي ممارسة مناسبة، وتدفع الطفل، ومعرفة الوقت الذي يتعيّن فيه التماس الرعاية والتدبير العلاجي للعدوى، يمكن أن تُحدث فرقاً كبيراً بالنسبة إلى بقيا المواليد على قيد الحياة، مع امتداد فوائد ذلك إلى ما بعد هذه المرحلة.

ومن المؤسف أن مستوى تنفيذ المداخلات الحالية العالية المردود، سواء تم في المجتمع أو في المرافق الصحية، هو مستوى منخفض، ولاسيّما حيثما تكون الحاجة إلى هذه المداخلات على أشدها. فأشد السكان فقراً وحرماناً، وأكثرهم عرضة للخطر، تُعوزهم إمكانية الاستفادة من تلك المداخلات. وتفتقر النظم الصحية الضعيفة، في مختلف مستوياتها، إلى الخدمات المنقذة لحياة المواليد. ثم إن التعليم السابق للاتحاق بالخدمة، والذي يمكن أن تكون له نتائج

مستديمة، لا يلقي سوى اهتمام ضئيل بالمقارنة مع أساليب التدريب أثناء الخدمة. وثمة نقص في الدعم اللازم لتحقيق التغطية الشاملة بالمداحلات الفعّالة بموجب استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفولة، ومبادرة زيادة مأمونية الحمل. كما أن ما يُقطع من التزامات سياسية غالباً ما يفتقر إلى إجراءات فعّالة ذات قيمة عملية.

وثمة حاجة إلى ما يلي: ترجمة الالتزامات إزاء المرامي الإنمائية للألفية وصحة الطفولة إلى إجراءات فعّالة، واستثمار موارد مالية وبشرية كافية؛ وإعداد سياسات تمكن الفقراء من الحصول بالعدل والإنصاف على الرعاية السابقة للولادة ورعاية المواليد والرعاية في الدّور التالي للوليدية، واستراتيجيات لضمان وجود متوالية للرعاية أثناء الحمل والولادة، وفي المنزل؛ وتقوية النُظم الصحية، وإدخال المعارف الجديدة وتوفير المهارات في البرامج التعليمية لكليات الطب ومعاهد تخريج المساعدين الطبيّين؛ وتنفيذ المداحلات المجتمعية والمرفقية في إطار استراتيجيات صحة الأمومة والطفولة، بما في ذلك التنقيف والاتصال في المجال الصحي؛ وجمع المعطيات (البيانات) الضرورية للتخطيط.

المناقشة

اتفقت اللجنة على أن الاستراتيجيات العامة المُوصى بها في العرض وإن كانت مقبولة، فإن ثمة حاجة إلى توصيات أوضح وأكثر تحديداً في ما يتعلق بكيفية التصدي لمشكلة وفيات الولدان في فئات معينة من البلدان. ولوحظ أن الأسرة والمجتمع ومنظمة الصحة العالمية والبرامج الصحية الوطنية تنزع إلى التركيز على صحة الأمومة والطفولة ورعايتهما، مع إغفال الدورة الوليدية. ومع إدراك اللجنة للعلاقة الحاسمة بين صحة الأمومة وبقاء الوليد على قيد الحياة، فقد لاحظت أن الدورة الوليدية تحتاج إلى اهتمام أكبر بما يتفق مع أوضاع البلدان واحتياجاتها. ومن وجهة نظر برامجية وعملية في آن، فإن صحة المواليد تبدو في منطقة على الحدود بين صحة الأمومة وصحة الطفولة. والبلدان مسؤولة، كلٌّ على حدة، عن بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، وعن اتخاذ ما يلزم من إجراءات في هذا الشأن. ومن ثمّ، فإنه حتى البلدان ذات المعدلات المنخفضة نسبياً لوفيات المواليد تحتاج إلى تحسين تلك المعدلات. وينبغي في الوقت نفسه، أن تركز المنظمة على البلدان السبعة التي يقع فيها معظم وفيات الولدان، وإيلاء تلك البلدان الأولوية في الدعم.

ولاحظت اللجنة نقص المعلومات والمعطيات (البيانات) المتعلقة بأنماط الولادة ووفيات الولدان في الإقليم، والحاجة إلى إجراء بحوث في الأسباب والعوامل المسؤولة، بما في ذلك الإملاص (أي ولادة الوليد ميتاً). ومن الواضح أن المعلومات المتوافرة حالياً بعيدة عن الواقع وتنزع إلى التهوين من المشكلة. وعلى الرغم من عدم توافر معلومات موثوقة، فإنه يُقدّر أن حوالي ثلثي حالات الإملاص تحدث أثناء الولادة بسبب الاختناق، ومن ثمّ، فإنه يمكن توقيها عن طريق الإنعاش. ومن غير الواضح أثر الاستراتيجيات والمبادرات الحالية على وفيات المواليد، وينبغي لتوثيق ذلك، إجراء بعض البحوث في هذا الصدد. وثمة حاجة أيضاً إلى البحوث في جدوى وتكلفة مختلف الاستراتيجيات الرامية إلى تقليص وفيات الولدان. ولا بد من إيجاد طرق للتصدي لمشكلة التسجيل في الإقليم، بالنظر إلى أن الولدان لا تصدر لهم شهادات ولادة أو شهادات وفاة إذا حدثت الولادة والوفاة في غضون بضعة أسابيع تفصل بين كل منهما. ويتعيّن أن تبين شهادات الوفاة سبب وفاة الوليد، حتى يتسنى جمع معطيات موثوقة. وفي البلدان التي ترتفع فيها معدلات وفيات الولدان، ينبغي تتبع هذه الشهادات باعتبارها مؤشراً من مؤشرات وفيات الأطفال. كما أن قضايا الثقافة والجنود تقوم بدور في الإقليم، ومن الأمثلة على ذلك، الاعتقاد بأن وفاة الوليد هي قدر محتوم (وهو ما قد يؤثّر في اتخاذ قرارات بشأن الإنعاش)، واختلال نسب المواليد الذكور مقابل الإناث، والوضع الاجتماعي للمرأة وما تتلقاه من رعاية صحية.

وينبغي إيلاء اهتمام أكثر تحديداً لتعزيز المداخلات البسيطة العالية المردود، فلا بد من إيلاء اهتمام أكبر للرعاية السابقة للولادة، والرعاية أثناء الولادة، والرعاية في الأيام السبعة الأولى من الحياة. ويمكن إعداد مضمومة من خدمات الولدان لمرحلة الولادة، وللأسبوع الأول من حياة الوليد، تكون ملائمة للبيئة التي تستخدم فيها هذه المضمومة. ولا بد من إيلاء اهتمام أكبر لتحسين معدلات الإرضاع من الثدي (الرضاعة الطبيعية) في الإقليم، على أن يرتبط ذلك بتحسين المباعدة بين الولادات، والتخذييل عن زواج المراهقين وحمل المراهقات، والتي هي من العوامل الرئيسية للحداج وانخفاض وزن الولدان. وهذا لا يتطلب التوعية فحسب، بل يتطلب أيضاً التدريب على مستوى المجتمع. وينبغي إعطاء المزيد من التدريب لمقدمي الرعاية الصحية أيضاً على الإرضاع من الثدي، وتعزيز دور القائمين بالتوعية بأهمية الإرضاع من الثدي. وينبغي إعداد استراتيجيات لدعم الإرضاع من الثدي، تعزيزاً لمعدلات الإرضاع مبكراً على الإرضاع من الثدي، في غضون الساعات الست الأولى من الولادة. وينبغي التأكيد على فوائد الولادة المنزلية، شريطة توافر الدعم المناسب. ويمكن أن يكون للمداخلات المجتمعية دور رئيسي في التصدي لوفيات الولدان ونتائجها، وينبغي بذل الجهود لتعزيز الروابط بين البرامج الصحية والبرامج المجتمعية المناسبة. كما أن التثقيف في ما يتعلق بالأمومة هو من المحددات الإقليمية المهمة التي لا ينبغي إغفالها. ولا بد في بعض البيئات من إيلاء الاهتمام لمراقبة إجراء العمليات القيصرية التي لا داعي لها، وضمان توافر الستيرويدات القشرية corticosteroids لتحسين نتيجة ولادة الخدج (المتسرين).

وينبغي إقامة شراكة بين البلدان ومع مقدمي الرعاية الصحية الإقليميين، دعماً لصحة الطفولة. كما ينبغي إعادة النظر في المفهوم الاستراتيجي لوفيات الولدان، على الصعيد القطري، ويتعين على البلدان أيضاً رصد فعالية المداخلات لتعلم دروس منها. ومن الأمور المهمة أيضاً لرعاية الأطفال، الشراكة مع سائر البرامج الصحية الإقليمية، مثل برنامج الأدوية الأساسية.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. تعزيز البحوث في وفيات الولدان بالإقليم من أجل توفير قاعدة بيانات لمتخذي القرارات، بما في ذلك حجم تلك الوفيات، وأسبابها، ومحدداتها، وحالات الإملاص، ومعدلات الولادة القيصرية، وتأثير الاستراتيجيات والمبادرات الحالية، وجدوى وتكلفة مختلف الاستراتيجيات الرامية إلى تقليص وفيات الولدان، ومشكلة تسجيل الولادات والوفيات في المرحلة الوليدية، وأهمية قضايا الثقافة والجنس في تحديد النتائج الوليدية، ومصداقية المؤشرات الحالية.
2. إعداد استراتيجيات لتقليص وفيات الولدان، تكون ملائمة لحجم المشكلة في مختلف البلدان، مع إيلاء اهتمام خاص للبلدان السبعة التي يقع فيها أكثر من 90٪ من وفيات الولدان في الإقليم.
3. دعوة البلدان إلى جمع المعطيات عن وفيات الولدان وتتبع هذه الوفيات باعتبارها مؤشراً فرعياً للتقدم المحرز نحو بلوغ المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية.
4. الدعوة إلى تعزيز وتوسيع المداخلات البسيطة العالية المردود على صعيد المجتمع، بما فيها رعاية الرضع ذوي وزن الولادة المنخفض، ودعم الاستراتيجيات الرامية إلى تشجيع الإرضاع من الثدي والمباعدة بين الولادات.

5. إقامة شراكات معززة مع مقدمي الرعاية الصحية على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني دعماً لصحة الطفولة، وبين جميع البرامج الصحية الإقليمية المشتملة على عنصر خاص بصحة الطفولة.
6. إعداد مضمومة من خدمات الولدان لمرحلة الولادة، وللأسبوع الأول من حياة الولدان، تكون ملائمة للبيئة التي تستخدم فيها هذه المضمومة.

4. أسعار الأدوية وإمكانية الحصول على الأدوية في إقليم شرق المتوسط

الدكتور ظفر الله ميرزا، المستشار الإقليمي المعني بالمستحضرات البيولوجية والأدوية الأساسية

العرض

يمثل الحصول المضمون على الأدوية عنصراً من عناصر إعمال الحق في الصحة. وتعدُّ أسعار الأدوية عائقاً من العوائق الرئيسية أمام الحصول على الأدوية والرعاية الصحية الأساسية، ولاسيما من أجل الفقراء والمرضى في الإقليم. علماً بأن مفهوم الحصول على الأدوية هو موضوع معقد يُفهم ويُعرَّف ويقاس بطرق مختلفة. غير أن إمكانية المبالغة للحصول على الأدوية هي أهم العوامل في هذا الصدد، وسعر الدواء هو أهم محددات هذه إمكانية بالنسبة إلى العديد من المرضى الذين لا مفرَّ لهم من شراء الرعاية الصحية يدفعون تكلفتها من جيوبهم. ووفقاً لتقديرات المنظمة، فإن ثلث سكان الإقليم لا تتوافر لهم إمكانية الحصول المضمون على الأدوية، بل إن أكثر من نصف سكان البلدان ذات الدخل المنخفض لا تتوافر لهم تلك إمكانية.

وعلى الصعيد العملي، لا بد للجهود المبذولة لتحسين إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية من أن تكون شاملة ومطرَّدة وملائمة للبيئة التي هي مبذولة فيها. وقد صاغت المنظمة إطاراً من أربعة عناصر لتوجيه وتنسيق العمل الجماعي الهادف إلى تحقيق إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية، وهذه العناصر الأربعة هي: الاختيار الرشيد والاستعمال الرشيد للأدوية؛ وعرضها بأسعار ميسورة؛ وضمان التمويل المستمر لها؛ وإنشاء نُظُم موثوقة لتوريد الأدوية. ولهذه العناصر الأربعة جميعها دورٌ مهم في الجهود المبذولة لتحسين إمكانية الحصول على الأدوية، كما أنها وثيقة الارتباط بعضها ببعض. وإذا كان بذل جهد منعزل لتحسين عنصر من هذه العناصر الأربعة ربّما يكون فعّالاً، إلا أنه لن يؤدي إلى تحسين الوضع بوجه عام. وفي ما يتعلّق بالأسعار الميسورة للأدوية، أُجري في الإقليم أحد عشر مسحاً وطنياً لأسعار الأدوية.

وقد استُخدمت في هذه المسوحات منهجية مسحية نموذجية أعدتها المنظمة والشبكة الدولية للعمل الصحي لتجميع أسعار قائمة اختيرت مسبقاً لما يزيد على ثلاثين دواءً أساسياً، من عدد لا يقل عن أربعين من المرافق الصحية العامة والصيديات الخاصة من أربع وحدات جغرافية (مناطق إدارية، مثلاً) تم اختيارها عشوائياً في البلد. وقورنت أسعار تلك الأدوية بالأسعار المرجعية الدولية، في القطاعين العام والخاص، ومن حيث أسماؤها الجينية والتجارية. وتم تسجيل مدى توافر الأدوية وتقدير مدى ميسورية أسعارها بالنسبة للفقراء. ومن العناصر الأخرى لهذه المنهجية، دراسة النُظُم الضريبية ومعدلات هامش الربح على الأدوية. وقد أُجري، على الصعيد العالمي، أكثر من خمسة وأربعين مسحاً وطنياً استُعين فيها بهذه المنهجية.

وقد أظهرت هذه المسوحات أن الوضع في القطاع العام في العديد من البلدان خطير من حيث مدى توافر الأدوية. وتبيّن أن أسعار التوريد العامة للأدوية الجنيصة مقبولة، بمعنى أنها كانت تماثل الأسعار المرجعية الدولية أو تقل عنها في بعض البلدان، على حين أن معطيات سائر البلدان تفاوتت إلى ما يبلغ أربعة أضعاف السعر المرجعي الدولي. ووُجد أن غالبية البلدان التي أُجريت فيها المسوحات تشتري على الأقل بعض الأدوية ذات الأسماء التجارية في النظام العام يتراوح سعرها بين ثلاثة وأربعة أضعاف سعر الأدوية الجنيصة، مما يحدّ من إمكانية الحصول على هذه الأدوية.

ووُجد أن أسعار التجزئة لدى القطاع الخاص مفرطة عموماً سواء بالنسبة إلى الأدوية الجنيصة أو الأدوية ذات الأسماء التجارية، إذ تزيد بمقدار ضعفين ونصف أو أكثر على السعر المرجعي الدولي.

وبحسب هذه المسوحات، فقد قُدّرت ميسورية أسعار الأدوية وفقاً للأجور التي يتقاضاها أرخص عامل حكومي غير ماهر عن عمله، عدداً من الأيام لشراء العلاج العادي لأي من تسعة أمراض شائعة اختيرت مسبقاً، وتبيّن أن معظم المقرّرات العلاجية للأمراض الشائعة الحادة والمزمنة لدى القطاع الخاص ذات أسعار غير ميسورة. كما تمت دراسة عناصر السعر في ستة بلدان، وتبيّن أن البلدان تختلف من حيث طريقة فرض الضرائب على الأدوية. ووُجد أيضاً أن هامش الربح على مبيعات الجملة والتجزئة مفرط في بعض البلدان، مما يشجّع الصيدليات الخاصة على بيع الأدوية ذات الأسماء التجارية الغالية.

ولدى المكتب الإقليمي إمكانية اتخاذ مبادرات عديدة من شأنها تحسين إمكانية الحصول على الأدوية في الإقليم، وذلك بمساعدة بلدان الإقليم في الحصول على أسعار معقولة وتنظيمها تنظيمياً فعّالاً في القطاع الخاص، ومن هذه المبادرات ما يلي: توفير أسعار التوريد العامة على الخط المباشر من خلال إنشاء مركز إقليمي لأسعار الأدوية؛ وتوفير الأسعار المرجعية الدولية على الخط المباشر؛ وإجراء مسوحات لأسعار الأدوية ورصد هذه الأسعار في البلدان؛ وإجراء دراسات وافية للعناصر التي يتألّف منها سعر الدواء؛ وإعداد مضمومات شاملة لسياسات تسعير الأدوية، من أجل البلدان.

المناقشة

إن قضية توفير الأدوية الأساسية قضية معقّدة لا تتعلّق بالتسعير فحسب، بل تتعلّق أيضاً بمراقبة الجودة وبمجموعة كبيرة من العوامل الأخرى. ويقتضي الأمر وجود لوائح دولية نموذجية قبل أن يتسنّى للبلدان التعاطي مع هذه القضايا على الصعيد الوطني. ومن العوامل الأخرى التي تؤثر في تسعير الأدوية، والتغليف، والشحن، والمناولة، وما إليها. كما يتأثّر تسعير الأدوية بعوامل أخرى من قبيل هامش الربح على المواد الخام، والاتفاق المتعلّق بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية (اتفاق التريپس). ولا بد من إقامة روابط أوضح بين أسعار الأدوية وبين سائر الجوانب المتعلّقة بإمكانية الحصول على الأدوية، بما فيها الدور الذي يقوم به القطاع الصيدلاني والسياسات الصحية.

ونوقشت القضية المتعلّقة بما يمكن للبلدان أن تنجزه معاً من حيث تسعير الأدوية وتوريدها، إذ لا يخفى أن الشراء الجماعي للأدوية والتعاون بين البلدان في هذا الصدد يمكن أن يؤدّي إلى تخفيض أسعار الأدوية تخفيضاً كبيراً مع تكيّف منتجي الأدوية مع الطلب على الأدوية. وأثيرت إمكانية الأخذ بنموذج آلية الشراء الجماعي التي يتبّعها مجلس التعاون الخليجي، أو الصندوق الإقليمي للقاحات (صندوق متجدّد الموارد) التابع لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية،

كألية إقليمية لتوريد الأدوية. واقتُرِح إنشاء فريق استشاري إقليمي للتسعير المرجعي. وأثيرت الحاجة إلى تنمية الصناعات الدوائية الوطنية، باعتبار أن الإنتاج المحلي للأدوية من شأنه التحكم في تسعيرها وتوفيرها. ولوحظ أن بلداناً قليلة جداً هي التي تلتزم التزاماً فعلياً بسياسات الأدوية الجنيسة. وتمثّل جمهورية إيران الإسلامية استثناءً في هذا الصدد. والمنظمة والمجتمع العلمي بحاجة إلى بيّنات حول الاقتصاديات الدوائية وتسعير الأدوية، إذ إن شركات صناعة الأدوية تحول دون إجراء دراسات حول تسعير الأدوية، وتحجب عن الناس التكلفة الفعلية للأدوية.

ويقتضي ضَعْف التنظيم في القطاع الخاص الأخذ بأسلوب يستند بدرجة كبيرة إلى البيّنات إزاء تسعير الأدوية وتوفيرها، وقد يتطلّب ذلك، في ما يتطلّب، إنشاء مركز إلكتروني (مركز إلكتروني إقليمي لأسعار الأدوية) يمكن أن تُعلن فيه الأسعار السنوية للعطاء/التوريد على الخط المباشر، إضافةً إلى ضمان توفير الأسعار المرجعية الدولية على الخط المباشر. ويمكن للأسلوب المستند بدرجة أكبر إلى البيّنات أن يشمل تعميم الدروس المستفادة و«أفضل الممارسات».

وينبغي إنفاق موارد محدودة على شراء أهم الأدوية الأساسية فقط، على أن يتم اختيار هذه الأدوية بناءً على كونها مناسبة لمعالجة الأمراض السائدة. ويتعيّن على المنظمة الترويج بمزيد من الفعّالية لمفهوم الأدوية الأساسية.

وينبغي تشجيع اتحادات المستهلكين في الإقليم على الاهتمام بإنتاج الأدوية وتسعيرها، إذ إن اهتمامها حالياً منصبّ بصفة رئيسية على منتجات استهلاكية أخرى.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. تشجيع إجراء البحوث لتحديد نسبة أيّ الأدوية منسّوّه الإنتاج المحلي أو عبّر الوطني أو الاستيراد، إذ تختلف وسائل التعاطي مع كل منها بحسب السياسة المتّبعة.
2. مواصلة الدعوة إلى تنمية الاكتفاء الذاتي من اللقاحات والأدوية على الصعيد الإقليمي، من خلال استكشاف تربيّات إقليمية مختلفة.
3. توسيع قاعدة المعلومات القائمة حول التسعير بحيث تشمل جوانب أخرى تتعلّق بالمحدّدات الاجتماعية للصحة، ولاسيّما العدل، وإقامة روابط أوضح بين أسعار الأدوية وبين سائر الجوانب المتعلّقة بإمكانية الحصول على الأدوية.
4. التشجيع على الأخذ بأسلوب يستند بدرجة أكبر إلى البيّنات في عرض تعقيدات تسعير الأدوية وتوفيرها، مع الاهتمام بالحدّ من عدد الأدوية المسجّلة، وتطبيق مفهوم الأدوية الأساسية تطبيقاً أكثر فعّالية.
5. التشجيع على إعداد سياسة دوائية وطنية في إطار السياسة الصحية الوطنية.
6. تعزيز التعاون مع اتحاد المستهلكين في الإقليم لتوعية الناس وإثارة اهتمامهم بتسعير الأدوية وتوفيرها.
7. توثيق وتبادل أفضل الممارسات في مجال الإدارة الدوائية بالإقليم، ومشايرتها مع الدول الأعضاء.

8. إنشاء هيئة استشارية إقليمية معنية بالقضايا المتعلقة باتفاق التبريس، وبسائر القضايا المتعلقة بالتجارة، والتي تؤثر في السياسة الصحية وفي توفير الرعاية الصحية.

5. التغذية وتسويق الأغذية في إقليم شرق المتوسط: أثرهما على الصحة العمومية

الدكتور عبد الحليم جوندان، المستشار الإقليمي المعني بالثقيف الصحي

العرض

لايزال سوء التغذية يُعدُّ إحدى أخطر المشكلات الصحية، ويُسهم وحده في حدوث أكبر نسبة من وفيات الطفولة بإقليم شرق المتوسط. وتعاني نسبة كبيرة من الأطفال من نقص التغذية، ويعاني ما يزيد على ثلث السكان من عَوَز المُعَدِّيات الزهيدة المقدار على اختلاف أشكاله. وتحدث في الدول الأعضاء زيادات مرتفعة في معدلات الوزن الزائد/السمنة والأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي. ثم إن ظاهرة العبء المزدوج لنقص التغذية وفرط التغذية، تقتضي الآن من النُظُم الصحية الوطنية التصدي للتكلفة المرتفعة لمعالجة الأمراض غير السارية المرتبطة بالنظام الغذائي، والقيام في الوقت نفسه بمكافحة نقص التغذية، بما في ذلك حالات عوز المُعَدِّيات الزهيدة المقدار، والأمراض السارية. وتزايد البيئات على أن الضرر الذي يقع بسبب سوء التغذية خلال المرحلة الجنينية يظهر بادئ الأمر في شكل نقص في التغذية في الصبا (سن الرضاع) والطفولة، ثم في شكل سمنة وأمراض غير سارية في ما يلي من مراحل الحياة.

هذا، مع العلم بأن الافتقار إلى معايير غذائية ملائمة، وإلى آليات للتنظيم والمأمونية، يؤدي إلى انتشار وتسويق الأغذية غير المأمونة وغير الصحية في أغلب الدول الأعضاء. ولا يخفى أن قصور التوعية التغذوية وقلة وعي المستهلكين الأغذية، يحولان دون توصيل المعارف والمعلومات المتعلقة بالغذاء والتغذية إلى السكان. ويُلاحظ أنه في ظل اقتصاديات السوق المستجدة في العديد من الدول الأعضاء، غمّرت السوق أغذية مصنعة كثيفة الطاقة، بالترافق غالباً مع ممارسات تسويقية تجارية شرسة، حالةً بالتدريج محل الأغذية الرئيسية التقليدية.

ومن ناحية أخرى، فإن ضعف التقدم الاقتصادي في العديد من الدول الأعضاء قد أفضى إلى تزايد الفقر، وتناقص القوة الشرائية للمستهلك العادي، والانكماش المطرد في سلّة الأغذية، وازدياد انعدام الأمن الغذائي على مستوى العائلة. وقد بُذلت محاولات لدعم أسعار المواد الغذائية الأساسية، غالباً من خلال نظام التوزيع العام. غير أنه لم يتأكد أن لمثل هذا الإجراء أثراً فعلياً على الوضع الصحي والتغذوي للسكان، ولا سيما على الجانب المثير للانزعاج لما يسمّى «سمنة الفقر» الناجمة عن ميل أفراد الأسر الجائعة إلى معالجة جوعهم بتناول مواد غذائية أسعارها مدعومة وطاقاتها كثيفة.

هذا، وإن النموذج التقليدي الموحد للمداخلات التغذوية لم يُعدُّ صالحاً. ولا بد من إجراء مراجعة دقيقة للسياسات والأولويات العامة المتبعة في التعاطي مع هذه المشكلات، وتغييرها وفقاً للوضع القائم في كل بلد. وما لم يتحقق ذلك، فإن ثمة دلائل قوية على أن المشكلات التغذوية وما يترتب عليها من مشكلات صحية لسكان الإقليم سوف تستفقم باستمرار من حيث حجمها ونطاقها، مؤثرة في الوضع الصحي والتغذوي وفي مأمول العمر، وحائلة بين الدول الأعضاء وبين بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.

المناقشة

أكدت اللجنة على أهمية تبصير متَّخذي القرارات بالنظام الغذائي الصحي ومدخول الطعام المغذي. ويتعيَّن على الحكومات أن تكون على دراية بعيدة المدى بالمخاطر الصحية الخطيرة الناجمة عن أساليب التسويق التي تتبَّعها صناعة الأغذية. وأشارت اللجنة إلى الدَّور المهم الذي يمكن أن تقوم به المدارس في تعزيز التغذية الصحية وأنماط الحياة الصحية. وينبغي للمنظمة أن تعمل مع قطاع التعليم على التوعية بأهمية التغذية والصحة والترقية البدنية وإيلائها مزيداً من الأهمية في المناهج الدراسية. وينبغي استهداف الأطفال بالرسالات الصحية، بمثل ما تستهدفهم صناعة الأغذية.

ويتعيَّن إجراء مزيد من البحوث بشأن عملية التحوُّل التغذوي التي يجتازها الإقليم، وبشأن الاتجاهات التغذوية، وأثر تسويق الأغذية على السلوك التغذوي والنُظُم الغذائية التقليدية. كما يتعيَّن إجراء بحوث بشأن التكلفة الاقتصادية التي يتحمَّلها القطاع الصحي من جرَّاء السلوك التغذوي السيِّئ.

ولوحظ أن منظمات المستهلكين في الإقليم ضعيفة وأنه يمكن للمنظمة أن تقوم بدَّور رائد في التفاعل مع تلك المنظمات، ودعوتها إلى القيام بدَّور في هذا المضمار. وينبغي توثيق تبادل المعلومات والخبرات المتعلقة بالمداخلات الاجتماعية الناجحة في الإقليم، مثل المداخلات المدرسية الناجحة، والخيارات الغذائية الصحية في المطاعم، وتنظيم صناعة الأغذية لحظر استخدام الأحماض الدهنية المفروقة. ويمكن أن تنظر المنظمة أيضاً في إمكانية وضع اتفاقية إطارية دولية لتسويق الأغذية.

وتوجد بالفعل لدى معظم البلدان سياسات وتشريعات تنظِّم الإعلان عن الأغذية العالية الطاقة، غير أن تطبيقها ورصدها على الصعيد العملي يتَّسمان بالضعف. ولا بد من التزام أقوى في هذا الصدد. ويتعيَّن تنظيم دورات تدريبية إقليمية وإعداد دلائل إرشادية إقليمية حول الأغذية الملائمة وحول التشريعات والتوعية في ما يتعلق بالإعلان عن الأغذية.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. زيادة الوعي، من خلال التثقيف، بحاجة الحكومات إلى النظر في خطورة ما تمثَّله صناعة الأغذية وأساليبها في التسويق من خطر على صحة السكان.
2. دعوة الحكومات إلى إعادة النظر في التشريعات واللوائح المتعلقة بتسويق الأغذية، وسنِّ تشريعات ولوائح جديدة عند الاقتضاء، وضمان تنفيذها ورصدها على نحو سليم.
3. الدعوة إلى قيام المدارس بدَّور أساسي في هذا المضمار، باعتبارها شريكاً مهماً في تعزيز أنماط الحياة الصحية والسلوك الغذائي الصحي.
4. إقامة شراكات مع منظمات المستهلكين الإقليمية والوطنية استقطاباً لدعمها لمزيد من تنظيم صناعة الأغذية.
5. تعزيز البحوث المتعلقة بالتغذية واتجاهاتها في الإقليم، وبالتكلفة الاقتصادية التي يتحمَّلها القطاع الصحي من جرَّاء سوء السلوك التغذوي.

6. إعداد دلائل إرشادية ومواد تدريبية إقليمية حول الغذاء الملثم والتشريعات والتوعية المتعلقة بالإعلان عن الأغذية.

6. الحميات النزفية الفيروسية، تهديد محتمل في إقليم شرق المتوسط: دعوة إلى العمل

الدكتور حسن البشري، المستشار الإقليمي المعني بالأمراض المستجدة

العرض

وفقاً للوائح الصحية الدولية، فإن الحميات النزفية الفيروسية، والتي هي مجموعة من الأمراض المستجدة التي يُحتمل أن تفضي إلى الموت، تُعتبر من طوارئ الصحة العمومية ذات الأهمية الدولية. وهي ترتبط بوقوع أوبئة كبرى معدلات إماتة الحالات فيها عالية. وتحدث معظم فاشياتها في المناطق النائية ذات الخدمات الطبية أو الصحية العمومية المحدودة أو المنعدمة، وإن كانت حمى الضنك النزفية تنزع إلى الوقوع في البيئات الحضرية. علماً بأن عدم التشخيص المختبري الآني لهذه الحميات، والافتقار إلى نظام فعال للترصد الوبائي، وقصور ممارسات مكافحة العدوى في مرافق الرعاية الصحية، وضعف برامج مكافحة النواقل، يمكن أن تؤدي إلى وقوع فاشيات متطاولة.

إن ظهور الحميات النزفية الفيروسية وانبعائها من جديد يمثلان شاغلاً متعاضداً على نطاق العالم، بما فيه إقليم شرق المتوسط. وقد شهد الإقليم في العقدَيْن الماضيين العديد من الفاشيات الكبرى لحميات نزفية فيروسية مختلفة. فقد أُبلغ حتى الآن عن وقوع حميات نزفية فيروسية في أكثر من اثني عشر بلداً في الإقليم؛ وتعاني بعض البلدان من أكثر من حمى نزفية فيروسية واحدة. وأهم الحميات النزفية الفيروسية في الإقليم هي الحمى الصفراء، وحمى الوادي المتصدع، وحمى الضنك النزفية، وحمى إيبولا.

ويتعين على بلدان الإقليم إنشاء لجنة تقنية وطنية متعددة القطاعات ورفيعة المستوى تُعنى بالحميات النزفية الفيروسية، من أجل ضمان ما يلي: إعداد خطط وطنية للاستعداد للاكتشاف المبكر لهذه الحميات ومواجهتها مواجهة آنية؛ والتعجيل بتنفيذ اللوائح الصحية الدولية (لعام 2005)؛ والتبادل الآني للمعلومات الوبائية والمختبرية المتعلقة بالحميات النزفية الفيروسية؛ وتحديد الوسائل الملثمة للاتصال بين المستويين المركزي والمحيطي، ولاسيما في البلدان ذات النظم المتحررة من قيود الإدارة المركزية؛ وتزويد النظم المخفّرة للإنذار المبكر والمواجهة، بجميع وسائل الاتصال الضرورية ووسائل النقل الملثمة؛ وإمكان قيام وسائل الإعلام بالكشف المبكر عن الحميات النزفية الفيروسية واستئصالها ومواجهتها على جناح السرعة.

ولابد للبلدان من تقوية قدراتها في مجال الوبائيات والمختبرات، وإعداد ممارسات مناسبة وكافية لمكافحة العدوى، أو تقوية هذه الممارسات إن كانت قائمة وتعزيز تطبيقها في المرافق الصحية، وذلك من خلال تهيئة مناخ تعمه السلامة المؤسسية، وإنشاء برامج فعّالة للتدريب على مكافحة العدوى، مع إيلاء اهتمام خاص لنظافة الأيدي وتوفير إمدادات لا تنقطع من معدات التحصين الشخصية. كما لابد من تقوية البرامج الوطنية لمكافحة النواقل، باعتبار أن ذلك يمثل استراتيجية رئيسية في إطار التدبير المتكامل لنواقل الحميات النزفية الفيروسية. ولابد كذلك من النظر إلى الاستنفار الاجتماعي باعتباره عنصراً مكملاً لاحتواء تلك الحميات. وقد تأكّدت على مدى ما يزيد على ستين عاماً فعالية اللقاحات المضادة للحمى الصفراء.

المناقشة

نوقشت إمكانية استخدام آليات للرصد يتم إنشاؤها عن طريق البرامج العمودية (الرأسية) لمكافحة الأمراض، للتعاطي مع أمراض أخرى، وأثيرت الحاجة إلى إدراج لقاحات لأمراض من قبيل الحمى الصفراء، في برامج التطعيم الروتيني الوطنية. وأوضح أن لفاشيات حمى الضنك النزفية آثار كبرى على النظم الصحية وعلى التشخيص. وقد أتضح ذلك أثناء الفاشية التي وقعت في باكستان عام 2005، عندما قام القطاع الخاص بإثبات التشخيص نظراً لافتقار القطاع العام للمرافق التشخيصية اللازمة. ولوحظ أن الحميات النزفية الفيروسية غير مُدرجة حالياً في الدلائل الإرشادية للتدبير المتكامل لصحة الطفولة، على الرغم من تزايد وقوعاتها في بعض بلدان إقليم شرق المتوسط.

ولوحظ في ما يتعلّق بالترصّد أنه على الرغم من نجاح بعض البرامج العمودية (الرأسية) في تقوية نظام الترصّد في سياقات معيّنة، فإن نظام الترصّد هذا لم يُستخدم على النحو الأمثل في التعاطي مع أمراض أخرى، ولو أنّ من الممكن الاستعانة بهذه البرامج. ولا يخفى أن قدرة البلدان على مواجهة ما يكشفه نظام الترصّد من فاشيات مواجهة آنية ومناسبة، تمثّل قضية رئيسية، نظراً لأنه إذا عجزت الحكومات عن التصدي لمشكلة ما، فسوف يقلّ الاهتمام في بلدان هذه الحكومات بتعزيز نظام الترصّد. ولا بد من إجراء بحوث عن حجم مشكلة الحميات النزفية الفيروسية في الإقليم لتحديد ما إذا كانت تمثّل تهديداً مستجداً، والقيام في تلك الحالة بتحديد العوامل المسؤولة عن ذلك.

وقد كانت البلدان في ما مضى تتردّد في التبليغ عن الأمراض خشية الخسارة الاقتصادية التي قد تحل بالقطاعين السياحي والتجاري. غير أن اللوائح الصحية الدولية (عام 2005) تمثّل خطوة إيجابية إلى الأمام، وتشجّع البلدان على التبليغ عن طوارئ الصحة العمومية ذات الأهمية الدولية.

وقد جرى التأكيد على أهمية التوعية الموجهة إلى متّخذي القرارات وراسمي السياسات والجمهور، إذ إنه من دون جهود التوعية، لن تتغيّر السياسات ولا السلوكيات. ولوحظ أيضاً أن المزاوجة والمشاركة يمكن أن ينجحا في التصدي لمشكلات الصحة العمومية، إذ إن من المفيد للبلدان أن تكافح الأمراض خارج حدودها بمساعدة البلدان المتضررة في هذا الصدد.

كما جرى التأكيد على ضرورة تعزيز المراكز الإقليمية المتميّزة في ما يتعلّق بمشكلات معيّنة؛ وبذلك يمكن لهذه المراكز أن تساعد البلدان الأخرى على التصدي لما يواجهها من مشكلات.

توصيات إلى المكتب الإقليمي

1. الاستفادة من منجزات النظم القائمة لترصّد الأمراض، وتشجيع التكامل. ومن الضروري عقد حلقة عملية إقليمية لاستكشاف أساليب التكامل.
2. تشجيع الرصد المنتظم للحميات النزفية الفيروسية لتحديد أي وقوعات غير عادية منها، ومن ثمّ اتخاذ ما يلزم من إجراءات في الوقت المناسب.
3. تعزيز التعاون بين البلدان المتجاورة، وتوثيق الدروس المستفادة والممارسات الجيدة، وتوزيع المعلومات اللازمة على بلدان الإقليم.

4. استكشاف إمكانية إدراج التطعيم ضد الحمى الصفراء في برامج التطعيم الروتيني الوطنية في البلدان، حيثما اقتضى الأمر ذلك.

5. تشجيع إقامة مراكز تفوق إقليمية معنية بالحميات النزفية الفيروسية.

7. المواضيع المطروحة للمناقشة في الاجتماع الثاني والثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية (عام 2008)

اقترحت اللجنة على المدير الإقليمي إدراج المواضيع التالية في جدول أعمال اجتماعها القادم، إضافةً إلى البنود التي اقترحت في الاجتماع السابق، وذلك كي ينظر سيادته فيها.

• النماء المبكر للطفولة، مع إيلاء اهتمام خاص لأثر الصراعات والكوارث وغيرها من عوامل التأثير البالغة الشدة؛

• توفير الخدمات الصحية لضحايا الصراعات؛

• صحة البيئة، بما في ذلك تأثير تغيّر المناخ، والماء والإصحاح، وتلوّث الهواء على الصحة؛

• دور المجتمعات المدنية بالإقليم في دعم الصحة؛

• التعاون والتكامل بين القطاعات دعماً للصحة العمومية؛

• المجتمع والصحة؛

• الأمراض المستجدة والمنبثقة؛

• المعايير الغذائية، بما في ذلك مخاطر الإشعاع على الصحة؛

• التغذية وسوء التغذية، بما في ذلك عوز المغذيات الزهيدة المقدار؛

• منهجية لتقييم تنفيذ توصيات اللجنة الاستشارية الإقليمية.

الملحق الأول

جدول الأعمال

1. متابعة تنفيذ توصيات الاجتماع الثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية
2. وفيات الولدان في إقليم شرق المتوسط: محدّدات واستراتيجيات بلوغ المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية
3. أسعار الأدوية وإمكانية الحصول على الأدوية في إقليم شرق المتوسط
4. التغذية وتسويق الأغذية في إقليم شرق المتوسط: أثرهما على الصحة العمومية
5. الحمّيات النزفية الفيروسيّة، تهديد محتمل في إقليم شرق المتوسط: دعوة إلى العمل
6. المواضيع المطروحة للمناقشة في الاجتماع الثاني والثلاثين للجنة الاستشارية الإقليمية (عام 2008).

الملحق الثاني

أعضاء اللجنة الاستشارية الإقليمية

الأمين العام لجمعية الهلال الأحمر المصري، القاهرة، مصر	معالي الأستاذ الدكتور ممدوح جبر
أستاذ طب الأطفال والولدان ، ورئيس مجلس أمناء جمعية الإرضاع من الثدي، طهران، جمهورية إيران الإسلامية	معالي الدكتور علي رضا مرندي
استشاري جراحة الأعصاب، عيادة الأردن، وحدة الجراحات الدقيقة، ووزير الصحة الأسبق، عمان، الأردن	معالي الدكتور إسحق مرقّة
رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ووزير الصحة الأسبق، الكويت	سعادة الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي
وزير الصحة العامة، وزارة الصحة العامة، بيروت، لبنان	معالي الدكتور جواد خليفة
أمين مجلس الوزراء، قسم مجلس الوزراء، حكومة باكستان، إسلام آباد، باكستان	السيد إعجاز رحيم
رئيس هيئة العمل الإنمائي « دان»، مدير المؤسسة الدولية للتكنولوجيا والخدمات الإنمائية، الخرطوم، السودان	السيد الدكتور عمر سليمان
وزير الصحة السابق، وزارة الصحة، دمشق، الجمهورية العربية السورية	معالي الأستاذ الدكتور محمد إياد الشطي*
أستاذ طب الأطفال، قسم طب الأطفال، جامعة أغا خان، كراتشي، باكستان	السيد الأستاذ الدكتور ذو الفقار بوتا
مدير معهد باستور التونسي، تونس، الجمهورية التونسية	السيد الأستاذ الدكتور قصيّ الدّلاجي*
رئيس الوزراء السابق، كوالالمبور، ماليزيا	معالي الدكتور محاضر محمد*
المفوض العام السابق، الأنروا، دبلوماسي مقيم، جامعة فوردهام، نيويورك	السيد الأستاذ الدكتور بيتر هانسن

* لم يتمكّن من الحضور.

أعضاء أمانة منظمة الصحة العالمية

المدير الإقليمي	الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري
كبير مستشاري المدير الإقليمي	الدكتور محمد هيثم الحياط
نائب المدير الإقليمي	الدكتور محمد عبيد جامع
مساعد المدير الإقليمي	الدكتور عبد الله الصاعدي
المستشار الخاص للمدير الإقليمي لاستئصال شلل الأطفال	الدكتور محمد حلمي وهدان
المستشار الخاص للمدير الإقليمي لشؤون الأدوية	الدكتور عبد العزيز محمود صالح
المستشار الخاص للمدير الإقليمي لمكافحة الأمراض السارية	الدكتور زهير حلاج
مستشارة المدير الإقليمي المعنية بالجندر وتنمية المرأة	الدكتورة غادة الحافظ
مدير الإدارة العامة	الدكتور هشام العفيف
القائم بأعمال مدير مكافحة الأمراض السارية	الدكتور جواد محجور
مدير تطوير النظم والخدمات الصحية	الدكتور بلقاسم صبري
مديرة حفظ الصحة وتعزيزها	الدكتورة هيفاء ماضي
المستشار الإقليمي المعني بالأمراض المستجدة	الدكتور حسن البشري
المستشارة الإقليمية المعنية بصحة الطفولة والمراهقة	الدكتورة سوزان فهود
المستشار الإقليمي المعني بالتحقيق الصحي	الدكتور عبد الحليم جوخدار
المستشار الإقليمي المعني بالمستحضرات البيولوجية والأدوية الأساسية	الدكتور ظفر الله ميرزا
المستشارة الإقليمية المعنية بتخطيط البرامج ورصدها وتقييمها	الدكتورة سوسن بصيري
محررة	السيدة جين نيكلسون
محررة مساعدة	السيدة سام وورد