WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

اللجنة الإقليمية
لشـرق المتوسط

EM/RC54/INF.DOC.2
ش م/ل إ54/وثيقة إعلامية/2

الدورة الرابعة والخمسون

آب/أغسطس 2007

البند 4 (ب) من جدول الأعمال

الأصل: بالعربية

تقرير مرحلي

حول

استئصال شلل الأطفال

المحتوى

الصفحة

1. المقدِّمة 1

2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط 1
1.2 التقدُّم الـمُحْرَز على صعيد الإقليم 1
2.2 معلومات أساسية حول البلدان التي يتوطَّنها شلل الأطفال والتي عاودتها عدواه 2

3. تطبيق استـراتيجيات استئصال شلل الأطفال 4
1.3 التطعيم الروتيني 4
2.3 أنشطة التطعيم التكميلي 4
3.3 ترصُّد الشلل الرخو الحاد 5

4. قضايا المراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال 6
1.4 الاحتواء المختبري للفيروس البري لشلل الأطفال والمواد المحتملة الإعداء 6
2.4 الإشهاد على استئصال شلل الأطفال 6

5. تقديم الدعم التقني والمالي إلى البلدان 6

6. الالتـزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال 7

7. التحدِّيات والتوجُّهات المستقبليَّة 8

1. المقدِّمة

في عام 1988، اتَّخذت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط قرارها ذا الرقم: ش م/ل إ35/ق – 14، الذي اعتمدت فيه مرمى استئصال شلل الأطفال. وقد أدَّى تنفيذ استراتيجيات استئصال المرض، منذ ذلك الحين، إلى تقليص عدد البلدان الموطونة بشلل الأطفال في إقليم شرق المتوسط من 22 بلداً إلى بلدَيْن اثنَيْن (أفغانستان وباكستان) بنهاية عام 2006.

وبحلول نهاية عام 2006، توقَّفت تماماً في كلٍ من السودان واليمن أوبئة المرض الواسعة النطاق التي وقعت في عامَيْ 2004 و2005 بسبب توافُد فيروس شلل الأطفال من نيجيريا.

2. الوضع الراهن في إقليم شرق المتوسط

1.2 التقدُّم الـمُحْرَز على صعيد الإقليم

في عام 2006، كان عدد حالات شلل الأطفال التي أُبلغت في إقليم شرق المتوسط هو أدنى عدد سُجِّل في تاريخ الإقليم (107 حالات). وكان معظم الحالات (71 حالة) من البلدَيْن الموطونَيْن بالمرض، و36 حالة من بلدان دخلتها عدوى المرض مجدَّداً. وبنهاية شهر أيار/مايو 2007، كانت سراية الفيروس البري لشلل الأطفال في الإقليم قد تم حصرها في مناطق محدودة بباكستان (9 حالات) وأفغانستان (حالتان). كما أُبلغ عن 8 حالات من مناطق في الصومال يُعْرَفُ أن الفيروس ينتقل فيها على الحدود مع إثيوبيا. ولايزال برنامج مكافحة شلل الأطفال يواجه في هذه المناطق العديد من التحدِّيات، ولاسيَّما في ما يتعلَّق بالأمن.

وقد قام الإقليم في العام الماضي بدَوْر قيادي في إدخال وسائل جديدة معزِّزة لتأثير استراتيجيات استئصال المرض، منها استخدام لقاح شلل الأطفال الفموي الأحادي التكافؤ، والطرائق المختبرية الجديدة لتقليص الوقت اللازم لإثبات التشخيص.

وعلى الرغم من استمرار سراية الفيروس في البلدَيْن اللذين لايزال يتوطَّنهما شلل الأطفال في الإقليم، فقد تحقَّق تقدُّم ملحوظ، تجلَّى في تقلُّص تنوُّع الفيروسات السارية، والحصر الجغرافي لانتقال الفيروس، ومرور فترات أطول بين وقوعات الحالات. ونظراً لما بين هذين البلدَيْن من تقاليد عرقية وثقافية مشتركة وروابط اجتماعية وتجارية قوية جداً، فإن حركة السكان في ما بينهما هي حركة كبيرة. كما أن الأنماط الوبائية والجينية للفيروسات المستفرَدة من كلٍ من البلدَيْن تقدِّم بيِّنات على أن البلدَيْن كلَيْهما ينتميان إلى نفس الكتلة الوبائية. ومن ثَـمَّ، فلن يتحقَّق وقف انتقال الفيروس إلا من خلال جهود مشتركة بين البلدَيْن تتَّسم بمستوى عالٍ من التنسيق.

وقد أوضحت المجموعات الاستشارية التقنية الوطنية والإقليمية والعالمية، أن ثَـمَّة فرصة قوية لوقف انتقال الفيروس في أفغانستان وباكستان خلال عام 2007.

2.2 معلومات أساسية حول البلدان التي يتوطَّنها شلل الأطفال والتي عاودتها عدواه

أفغانستان

بعد مرور ما يزيد على السنة والنصف من دون وقوع أي حالات ناجمة عن الفيروس البري لشلل الأطفال من النمط الأول، بلغ انتقال هذا الفيروس نسباً وبائية في المنطقة الجنوبية في عام 2006، مـمَّا أدَّى إلى حدوث 26 حالة. كما وقعت ثلاث حالات أخرى ناجمة عن النمط الأول أيضاً في مناطق أخرى؛ حالة واحدة في كلٍ من فرح وباغلان ونانغرهار. وأُبلغ عن حالتَيْن ناجمتَيْن عن فيروس شلل الأطفال من النمط الثالث في المنطقة الجنوبية في عام 2006، وبذلك يكون هذا النمط من الفيروس قد عاود دخول أفغانستان من باكستان. وبحلول حزيران/يونيو من عام 2007، لم يُبلَّغ إلا عن حالتَيْن اثنتَيْن ناجمتَيْن عن الفيروس من النمط الأول، وقعتا في المنطقة الجنوبية.

وكانت الأسباب الرئيسية وراء الفاشية التي وقعت في المنطقة الجنوبية، هي: الوضع الأمني المضطرب، وعدم الاستقرار، مـمَّا انعكس على مستوى الأداء الذي ساء في جميع برامج الصحة العمومية في الجنوب، بما في ذلك الأداء في ما يتعلَّق بجهود استئصال شلل الأطفال. غير أنه تَوَاصَل بذل جهود جيدة وتحقيق نجاحات ملموسة في مناطق أخرى من البلد. ويجري ترصُّد الشلل الرخو الحاد على المستوى العالمي، والأرجح أن برنامج مكافحة شلل الأطفال لا تفوته أي حالة من حالات انتقال الفيروس.

وتم في عام 2006 تنظيم خمسة من أيام التطعيم الوطنية، وستة من أيام التطعيم دون الوطنية، والتي استهدف معظمها المنطقة الجنوبية. وفي عام 2007، وحتى كتابة هذه الوثيقة، تم تنظيم يومَيْن من أيام التطعيم الوطنية وثلاثة من أيام التطعيم دون الوطنية، والتي استهدفت المنطقة الجنوبية. وكانت معدلات التغطية الإجمالية المبلغة مرتفعة جداً بوجه عام، وهو ما أعاد تأكيده مراقبون مستقلون، غير أن الوصول إلى بعض المناطق لايزال يمثِّل تحدِّياً، مما يؤثِّر سلباً على جودة الإشراف والرصد.

وتشمل الجهود المبذولة للتصدِّي لهذا التحدِّي في أفغانستان، التوعية لضمان الدعم والمشاركة على الصعيد السياسي. وقد قام الرئيس حامد كرزاي بتشكيل مجموعة وطنية للعمل من أجل استئصال شلل الأطفال من أفغانستان، وأوعز إلى محافظي المناطق بتعزيز دعمهم لجهود استئصال المرض. كما تُبذل الجهود لتحقيق أيام للموادعة بين الأطراف المتصارعة، وإن لم تفلح هذه الجهود في عام 2006. وبدأ تطبيق «استراتيجية التركيز على المناطق» بإجراء عمليات اليوم الواحد، مع استخدام فِرَق التطعيم القروية اغتناماً للفرص السانحة، وتعزيزاً للمشاركة المجتمعية. واستُخدم لقاح شلل الأطفال الفموي الأحادي التكافؤ في أربع من الحملات التي نُفِّذت عام 2006 للتطعيم التكميلي، وفي حملتَيْن للتطعيم التكميلي نُفِّذتا في عام 2007، وأضيف لقاح شلل الأطفال الفموي إلى حملات التطعيم ضد الحصبة والكزاز في المنطقتَيْن الجنوبية والجنوبية الشرقية.

باكستان

من بين 28 حالة وقعت في عام 2005، كانت هنالك حالة واحدة ناجمة عن فيروس شلل الأطفال من النمط الثالث. وتَوَاصَل استخدام لقاح شلل الأطفال الفموي الأحاديّ التكافؤ، والذي أُدخل في أواخر عام 2005، في الحملات التي نُفِّذت في بعض المناطق بهدف وقف انتقال الفيروس البري لشلل الأطفال من النمط الأول. وقد نجحت

هذه الاستراتيجية في تقليص عدد الحالات الناجمة عن الفيروس من النمط الأول. غير أن الفيروس من النمط الثالث، والذي كان يبدو هاجعاً، انبعث من مرقده، ولاسيَّما في المناطق التي يتَّسم فيها التطعيم الروتيني بالضَعْف، مثل مقاطعة السند (8 حالات)، ومقاطعة بالوشستان (6 حالات). وبلغ إجمالي الحالات التي أُبلغت عام 2006 من باكستان 40 حالة متوزّعة بالتساوي بين الفيروسات من النمطَيْن الأول والثالث. وفي عام 2007 وحتى كتابة هذه الوثيقة، أُبلغ عن 9 حالات فقط: ثلاث ناجمة عن الفيروس من النمط الأول وست ناجمة عن الفيروس من النمط الثالث. وقد تم حصر سراية الفيروس من النمط الثالث في شمال السند والمناطق المجاورة في بالوشستان.

وظلَّت أنشطة ترصُّد شلل الأطفال تُنفَّذ بالمستوى الذي يتطلَّبه الإشهاد على استئصال المرض، وواصل مختبر شلل الأطفال أداءه بمستوى بالغ الارتفاع مقدِّماً خدماته لكلٍ من أفغانستان وباكستان. كما أن تحديد المتواليات الجينية للفيروسات المستفرَدة من كلا البلدَيْن يُظهر تناقُصاً واضحاً في التنوُّع الجيني لفيروسات شلل الأطفال. إذْ تَنَاقَصَ من 10 مجموعات فرعية في عام 2005 إلى 7 في عام 2006 ثم إلى 3 في عام 2007 (حتى الآن).

وتم في عام 2006، تنظيم ست جولات من أيام التطعيم الوطنية وست من أيام التطعيم دون الوطنية. وتم في عام 2007 حتى الآن، تنظيم يومَيْن من أيام التطعيم الوطنية وثلاثة من أيام التطعيم دون الوطنية. وعلى الرغم من تحسُّن جودة هذه الحملات، فإن جودة الحملات في المناطق المعروفة بانتقال الفيروس فيها، لم تبلغ بعد المستوى اللازم لوقف هذا الانتقال. ويعود ذلك بصفة رئيسية إلى العوائق التي تحول دون الوصول إلى معظم هذه المناطق، وقصور مشاركة بعض السلطات على مستوى المقاطعات والمناطق.

وللتصدِّي لهذه التحدِّيات التي تواجه برنامج مكافحة شلل الأطفال، تم تركيز الجهود على ضمان المشاركة الكاملة للقيادات الوطنية على جميع المستويات، وتحديد المناطق والسكان الذين ينتقل الفيروس بينهم من أجل تركيز أنشطة التطعيم عليهم، مع استخدام المزيج الملائم من اللقاحَيْن الأحاديّ التكافؤ والثلاثيّ التكافؤ.

الصومال

بعد مرور ثلاث سنوات على خلوّ الصومال من شلل الأطفال، اكتُشف في مقديشو في تموز/يوليو 2005، أول فيروس بري لشلل الأطفال من النمط الأول. وكان هذا الفيروس مرتبطاً جينياً بفيروس كان يسري في اليمن آنذاك. وبلغ إجمالي الحالات التي أُبلغ عنها في عام 2005 من شلل الأطفال 185 حالة (85٪ منها من مقديشو). وتواصلت السراية في عام 2006، إذْ اكتُشفت 35 حالة (19٪ منها في مقديشو). وتنتمي جميع الحالات المبلغة من تموز/يوليو إلى كانون الأول/ديسمبر 2006 إلى منطقة واحدة (منطقة بوراو) في محافظة جوهر شمال غرب الصومال. وقد أصابت الفاشية 14 محافظة من محافظات البلد التسع عشرة، ومن الواضح أن الفاشية تنحسر، إذْ لم يبلغ إلا عن 8 حالات حتى نهاية أيار/مايو 2007.

وتم تنفيذ عدَّة جولات من أنشطة التطعيم التكميلي في الصومال قبل بداية الفاشية وفي أعقابها، باستخدام لقاح شلل الأطفال الفموي الأحاديّ التكافؤ. وتواصلت الأنشطة في عام 2007، إذْ تم حتى الآن تنظيم يومَيْن من أيام التطعيم الوطنية وثلاثة من أيام التطعيم دون الوطنية، استُخدم فيها جميعاً اللقاح الفموي الأحاديّ التكافؤ. وكان معدل التغطية المبلغ مرتفعاً بوجه عام. غير أن المعطيات (البيانات) المحدودة المنبثقة عن التقييم اللاحق لحملات التطعيم تشير إلى وجود فجوات ملموسة في جودة بعض الحملات، وهو ما يرجع بصفة رئيسية إلى صعوبة الوصول إلى

السكان الرُحَّل، ورفض أعداد كبيرة في المدن الكبيرة لتلقِّي التطعيم، وأداء فِرَق التطعيم والمشرفين عليها الذي كان دون المستوى المنشود.

وتُبذل أيضاً الجهود لتنسيق الأنشطة في القرن الأفريقي، حيث تُنظَّم معظم حملات التطعيم بالتزامن مع نظائرها في الصومال والإقليم الصومالي لإثيوبيا، وشمال شرق كينيا، وجيبوتي. وقد تم إنجاز جميع مؤشِّرات الترصُّد الرئيسية على الصعيد الوطني في عام 2006. ويُعقِّد من الوضع في الصومال، الافتقارُ السائد للأمن، وشحّ البِنْيَة الأساسية، وسوء التطعيم الروتيني، وضخامة تعداد البدو من السكان، والحدود غير المحكمة، مع الحركة الكثيفة للسكان عَبْرها. ولايزال التحدِّي الرئيسي يتمثَّل في الوضع الأمني الذي يؤثِّر سلباً على تنفيذ أنشطة عالية للجودة للتطعيم التكميلي وترصُّد الشلل الرخو الحاد.

3. تطبيق استراتيجيات استئصال شلل الأطفال

1.3 التطعيم الروتيني

تمثِّل التغطية العالية بالتطعيم الروتيني إحدى الاستراتيجيات الأساسية لاستئصال شلل الأطفال. فالتغطية العالية بالتطعيم الروتيني تقوم بدَوْر بالغ الأهمية تؤكِّده الخبرات المكتسبة من توافُد فيروس شلل الأطفال، حيثما يؤدِّي توافُد الفيروس إلى وقوع فاشيات كبيرة في البلدان التي ينخفض فيها معدل التغطية بالتطعيم الروتيني، مقارنةً بوقوع حالات فرادية من دون انتشار ثانوي في البلدان التي يرتفع فيها هذا المعدل.

وما فتئت أنشطة استئصال شلل الأطفال تدعم وتعزِّز أنشطة التطعيم الروتيني. كما أن القوى العاملة في مجال استئصال شلل الأطفال تساعد على تقوية أنشطة التطعيم الروتيني. ثم إن الاستثمار الملموس لبرنامج استئصال شلل الأطفال في ما يقدِّمه للعاملين الصحيِّين على اختلاف مستوياتهم من تدريب على التخطيط التفصيلي، وتنفيذ الحملات ورصدها وتقييمها، قد عزَّز من قدرتهم على دعم برامج التطعيم.

وقد ثبت أن هَيْكَلية الترصُّد التي أُنشئت لترصُّد الشلل الرخو الحاد يمكنها دعم سائر البرامج الموسَّعة للتمنيع، مثل برنامج التخلُّص من الحصبة. وتقوم حالياً شبكة المختبرات التي أُنشئت لاستئصال شلل الأطفال بتوسيع نطاق الخدمات المختبرية بما يغطِّي الأمراض التي تُعنَى بها البرامج الموسَّعة للتمنيع، وسائر الأمراض التي تهم الصحة العمومية.

2.3 أنشطة التطعيم التكميلي

تَوَاصَل إيلاء أولوية الاهتمام إلى تنفيذ أنشطة التطعيم التكميلي، لضمان تطعيم جميع الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر ضد شلل الأطفال، ولاسيَّما في البلدان التي ينخفض فيها معدل التغطية بالتطعيم الروتيني.

ففي عام 2006، أُعطي ما يزيد على 342 مليون جرعة من لقاح شلل الأطفال الفموي في حملات التطعيم على المستويَيْن الوطني ودون الوطني. وقام كلٌّ من أفغانستان وباكستان والصومال بتنفيذ أنشطة للتطعيم التكميلي على مدار العام على فترات تتراوح بين أربعة أسابيع وستة. واتِّقاءً لانتشار شلل الأطفال بعد توافُد فيروسه، عمدت

بعض البلدان الخالية من المرض إلى تنظيم حملات استهدفت بصفة رئيسية المناطق العالية الاختطار، والمناطق ذات التغطية المنخفضة بالتطعيم الروتيني.

وأُجريَت الحملات من منزل إلى منزل، مستهدفةً جميع الأطفال الذين هم دون الخامسة من العمر. وبُذلت جهود موسَّعة لضمان ارتفاع مستوى الجودة. واستُخدمت أساليب تتعاون على تنفيذها قطاعات عديدة لإشراك القطاعات الحكومية واللاحكومية، شملت أنشطة مكثَّفة للاستنهاض الاجتماعي والإشراف. وأُعِدَّت خطط تفصيلية وخرائط استُعين بها في الوصول إلى كل طفل، مع التركيز بشكل خاص على المناطق المختطرة والفئات السكانية التي يصعب الوصول إليها. واستُخدم اللقاح الأحاديّ التكافؤ لتعظيم الاستجابة المناعية التي تخصّ نمطاً معيَّناً. واستُخدم أسلوب توسيم الأصابع لضمان عدم تفويت أي طفل. وقام راصدون مستقلون بمراقبة الحملات، وساعدت ملاحظاتهم على تحديد مشكلات قامت بحلِّها السلطات المسؤولة. وتم تنسيق أيام التطعيم الوطنية بين البلدان، وواصلت أنشطة التطعيم التكميلي تنمية القدرات الوطنية على كل المستويات، واستُعين بها أيضاً في تقديم خدمات أخرى، منها إعطاء الفيتامين "أ" المنقذ للحياة.

3.3 ترصُّد الشلل الرخو الحاد

جميع بلدان الإقليم، سواء تلك التي أصابتها عدوى شلل الأطفال أو تلك الخالية من المرض، تحافظ على المستوى المطلوب لحساسية نظام ترصُّد الشلل الرخو الحاد، وقد بلغ المعدل الإقليمي للشلل الرخو الحاد غير الناجم عن شلل الأطفال 3.8 لكل 000 100 نسمة دون الخامسة عشر من العمر في عام 2006. و لم يتم بعد بلوغ الحد الأدنى المطلوب ومقداره 1 لكل 000 100 نسمة في ثلاثة بلدان، يُتوقَّع حدوث عدد قليل من الحالات في كلٍ منها.

وكما هو معلوم، فإن مؤشِّر الجودة الرئيسي الثاني للترصُّد هو النسبة المئوية لحالات الشلل الرخو الحاد، مع أخذ عيِّنات كافية من البراز. وفي عام 2006، ظل هذا المؤشِّر أعلى من المستوى المطلوب على الصعيد الإقليمي ومقداره 80٪ (إذْ بلغ 89.2٪)، وفي 18 من بلدان الإقليم الاثنَيْن والعشرين .

وقد أكَّدت مراجعات أنشطة ترصُّد الشلل الرخو الحاد، التي أُجريت في عام 2006، جودة نُظُم الترصُّد وقدرتها على اكتشاف أي فيروس بري لشلل الأطفال يمكن أن ينتقل.

وتُواصل شبكة مختبرات شلل الأطفال الإقليمية أداءها بالمستوى الذي يتطلَّبه الإشهاد على استئصال شللٍ الأطفال. ففي عام 2006، اجتازت جميع مختبرات الشبكة اختبار المنظمة للكفاءة، واعتُمدت جميعها اعتماداً كاملاً، باستثناء المختبر الوطني الكويتي، الذي اعتُمد اعتماداً مبدئياً.

وجاءت جميع مؤشِّرات أداء المختبرات في عام 2006 متجاوزة بكثيرة الأهداف المقرَّرة، باستثناء المؤشِّر المتعلِّق بنقل العيِّنات في غضون ثلاثة أيام من أخذها، إذْ إنه أدنى قليلاً من الهدف المقرَّر، وذلك بسبب بعض التحدِّيات اللوجستية والأمنية. وتَحسَّن كثيراً توقيت الإبلاغ عن نتائج الاستقصاء الفيرولوجي، من بداية الشلل إلى النتائج النهائية، ولاسيَّما في ما يتعلَّق بتطبيق خوارزمية الاختبار الجديدة. إذْ يمكن الآن الحصول على النتائج النهائية في أقل من أسبوعَيْن من تلقِّي عيِّنات البراز في المختبر. وقد أُدخلت خوارزمية الاختبار في المختبر الباكستاني وسوف يتم تطبيقها في كل الشبكة في أواسط عام 2007.

ووفقاً لهدف استئصال شلل الأطفال، فإن من الأهمية بمكان الحفاظ على حساسية وجودة نظام ترصُّد الشلل الرخو الحاد في جميع بلدان الإقليم. فهذا من شأنه توفير المعلومات اللازمة لتوجيه أنشطة برنامج استئصال شلل الأطفال الرامية إلى وقف انتقال الفيروس في البلدان الموطونة والبلدان التي عاودتها العدوى، والقيام في الوقت المناسب باكتشاف ومواجهة أي توافُد للفيروس البري لشلل الأطفال في البلدان الخالية من شلل الأطفال.

4. قضايا المراحل النهائية لاستئصال شلل الأطفال

1.4 الاحتواء المختبري للفيروس البري لشلل الأطفال والمواد المحتملة الإعداء

أتمّ ستة عشر بلداً المرحلة الأولى من أنشطة الاحتواء (المسح والجرد المختبري)؛ والبلدان الستة المتبقِّية هي بسبيلها إلى إتمام المسح. وقد تم حتى الآن مسح 858 21 مختبراً ووُجد أن سبعة منها فقط تختزن مواد خاصة بالفيروس البري لشلل الأطفال.

2.4 الإشهاد على استئصال شلل الأطفال

إضافةً إلى الوثائق الوطنية الأساسية، قُبلت الوثائق الوطنية النهائية للاستئصال على الصعيد الإقليمي من اثني عشر بلداً ظلَّت خالية من شلل الأطفال مدة خمس سنوات أو أكثر، وأتمَّت المرحلة الأولى من الاحتواء المختبري. وقامت اللجنة الإقليمية للإشهاد على استئصال شلل الأطفال بمراجعة الوثائق الوطنية المبدئية المقدَّمة من البلدان التي لايزال فيروس شلل الأطفال سارياً فيها (أفغانستان وباكستان والصومال)، وسوف تواصل جميع البلدان تقديم تقارير سنوية بالمستجدَّات ريثما يتحقَّق الإشهاد على استئصال شلل الأطفال من الإقليم.

5. تقديم الدعم التقني والمالي إلى البلدان

يتواصل تقديم الدعم التقني إلى البرنامج الإقليمي لاستئصال شللِ الأطفال، باستخدام حوالي مئة موظف دولي وما يزيد على 900 موظف وطني معنيِّين بشلل الأطفال، إضافةً إلى فِرَق الخبراء التي تتألف منها المجموعات الاستشارية التقنية الإقليمية والقُطرية، التي تُسدي المشورة إلى البرامج الوطنية حول التوجُّهات الاستراتيجية. ويقوم جميع الموظفين المعنيِّين بشلل الأطفال بتقديم الدعم إلى البرنامج الموسَّع للتمنيع فضلاً عن المساعدة في التعاطي مع برامج صحية أخرى ذات أولوية على الصعيد القُطري.

ويجري تقديم الدعم التقني والتنسيق للبلدان المجاورة التابعة لأقاليم المنظمة الأخرى. فقد عُقدت في عام 2006 عدَّة اجتماعات تنسيقية للقرن الأفريقي، كما شُرع في إصدار نشرة القرن الأفريقي، ويجري حالياً إصدارها بانتظام. كذلك، تم إنشاء مجموعة استشارية تقنية للقرن الأفريقي، اجتمعت في آب/أغسطس 2006 ثم في نيسان/أبريل 2007. وتَحسَّنت كثيراً عمليتَا تنظيم الأنشطة في توقيت واحد وتبادُل المعلومات بين البلدان. غير أنه لايزال هنالك مجال لمزيد من تحسين عملية التنسيق المباشر على الصعيد المحلِّي. وتتواصل عملية ميكاكار (بلدان الشرق الأوسط وجمهوريات القوقاز وآسيا الوسطى) بين البلدان المتجاورة لإقليم شرق المتوسط والإقليم الأوروبي، وقد وُسِّع نطاقها ليشمل أيضاً التخلُّص من الحصبة.

ونظراً إلى استمرار خطر توافُد فيروس شلل الأطفال من نيجيريا، واصل المكتب الإقليمي تقديم دعمه التقني للجهود المبذولة لاستئصال شلل الأطفال في نيجيريا. إذْ أُوفد العديد من خبراء الإقليم للمعاونة في تخطيط وتنفيذ أنشطة استئصال شلل الأطفال في شمال نيجيريا. كما واصل المكتب الإقليمي دعمه لجهود مكافحة الشائعات حول اللقاح والتطعيم، ملتمساً من كبار علماء الدين بيانات تدعو الآباء والمجتمعات إلى تطعيم أطفالهم، وتدحض الشائعات غير القائمة على أساس حول اللقاح والتطعيم.

وتقوم الدول الأعضاء بتوفير موارد كبيرة لجهود استئصال المرض، ولاسيَّما في ما يتعلَّق بالتطعيم الروتيني. كما تم توفير موارد مالية خارجية كبيرة لدعم الأنشطة اللازمة لبلوغ الهدف، ولاسيَّما في ما يتعلَّق بتوفير اللقاحات، والنفقات التشغيلية، والدعم التقني اللازم لتكثيف أنشطة التطعيم التكميلي، ومواصلة أنشطة الترصُّد. وكانت الاحتياجات التقديرية من الموارد الخارجية، وفقاً للخطة الاستراتيجية لعام 2006، في حدود 100.7 مليون دولار أمريكي؛ 41 مليون دولار منها للّقاح، و40.2 مليون دولار للنفقات التشغيلية، و7.5 مليون دولار لأنشطة الترصُّد والمُختبرات، و12 مليون دولار لتغطية تكاليف الموظفين الوطنيِّين والدوليِّين. وكانت النفقات الفعلية على العمليات وأنشطة الترصُّد في عام 2006 أعلى بنسبة 10٪ من المبلغ التقديري.

وكان المساهمون الرئيسيون في هذه الأموال هم إدارة التنمية الدولية التابعة للمملكة المتحدة، ومنظمة الروتاري الدولية، وحكومة الولايات المتحدة الأمريكية، ومؤسسة بيل وبيلندا غيتس، وفرنسا، وألمانيا، والمملكة العربية السعودية، ومؤسسة الأمم المتحدة. وقد نجحت الجهود التي بُذلت مؤخراً لحشد الموارد في باكستان، إذْ أسفرت عن مساهمة الحكومة الباكستانية بتكاليف اللقاح الفموي لشلل الأطفال المقرَّر استخدامه في أنشطة التطعيم التكميلي المُزمع القيام بها في عام 2007. كما قامت بعض الدول الأعضاء، كالكويت، بتقديم إسهامات مالية إضافية في عام 2007 لدعم أنشطة برنامج استئصال شلل الأطفال.

6. الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال

نظراً إلى أن مرمى وقف انتقال فيروس شلل الأطفال في الإقليم قد أصبح أقرب ممَّا كان في أي وقت مضى، فإن مستوى الالتزام الإقليمي باستئصال شلل الأطفال قد بلغ الآن أعلاه، مع إبداء السلطات الوطنية في البلدان الموطونة بشلل الأطفال والبلدان الخالية منه المزيد والمزيد من الالتزام.

ثم إن الاهتمام المتواصل والاستعراض المنتظم للوضع من قِبَل اللجنة الإقليمية، مع الإرشادات المتواصلة المعبَّر عنها في قرارات اللجنة الإقليمية، تمثِّل قوة الدفع نحو بلوغ هذا الهدف على الصعيد الإقليمي. ويواصل المكتب الإقليمي جهوده في مجال التوعية، ببث المعلومات اللازمة ونشر تقارير منتظمة بمستجدَّات الوضع، وتنبيه السلطات الوطنية إلى ما يقع من تطوُّرات. وقد واصل المدير الإقليمي زياراته إلى البلدان ذات الأولوية، والتقى فيها برؤساء الدول، ورؤساء الوزراء، ووزراء الصحة، وغيرهم من كبار المسؤولين الوطنيِّين، الذين أكَّدوا له التزامهم المستمر بدعم جهود استئصال شلل الأطفال.

وأعيد تأكيد التزام البلدَيْن الموطنَيْن بالمرض، أفغانستان وباكستان، بذلك، في المشاوَرَة التي عُقدت للأطراف المعنيَّة في جنيف في شباط/فبراير 2007، وخلال الزيارة التي قامت بها المديرة العامة للمنظمة والمدير الإقليمي إلى

البلدَيْن، وفي اجتماعات لاحقة عُقدت مع كبار المسؤولين، بمن فيهم الرئيس الأفغاني حامد كرزاي، ورئيس الوزراء الباكستاني شوكت عزيز.

7. التحدِّيات والتوجُّهات المستقبليَّة

تتمثَّل التحدِّيات التي يواجهها برنامج استئصال شلل الأطفال في: توفير الموارد اللازمة سواء من الموارد الوطنية أو الخارجية، واستمرار الاهتمام والالتزام من قِبَل السلطات الوطنية وجمهور الناس، والوصول باللقاح الضروري إلى الأطفال الذين يعيشون في مناطق الأمن فيها مضطرب.

وفي ما يلي تبيان الأولويات الإقليمية في ما يتعلَّق باستئصال شلل الأطفال خلال عام 2007:

- وقف انتقال الفيروس بحلول نهاية عام 2007 في البلدَيْن اللذين لا يزالان موطونَيْن بالمرض. ولا مندوحة عن المداومة على الالتزام السياسي على جميع المستويات، ومواصلة التنسيق بين أفغانستان وباكستان، وضمان مشاركة القيادات على جميع المستويات، والتفاوض بشأن تنظيم فترات للموادعة في المناطق التي تتَّسم باضطراب الأمن فيها. كما أن من المهم مواصلة أنشطة التطعيم التكميلي بنفس الكثافة، والتركيز على المناطق المعروفة بانتقال الفيروس فيها بحملات جيدة للتطعيم الاجتثاثي؛

- وقف انتقال الفيروس في الصومال، ومواصلة تحسين جودة أنشطة التطعيم التكميلي، وضمان الوصول إلى الأطفال، والتصدِّي لمشكلات رفض التطعيم، وتنفيذ خطط خاصة للسكان البدو؛

- تحاشي الفجوات المناعية الكبيرة في البلدان الخالية من شلل الأطفال، وذلك من خلال تحسين أنشطة التطعيم الروتيني وتنفيذ أنشطة التطعيم التكميلي، ولاسيَّما في البؤر التي تنخفض فيها مناعة السكان؛

- المداومة على الترصُّد بالمستوى الذي يتطلَّبه الإشهاد على استئصال شلل الأطفال، مع التركيز على الأداء والمؤشِّرات على الصعيد دون الوطني، وبين المناطق العالية الاختطار وسكانها؛

- تقوية أنشطة التنسيق بين البلدان المتجاورة، ولاسيَّما بين أفغانستان وباكستان، وفي القرن الأفريقي، بما في ذلك تَزَامُن الأنشطة، وتبادُل المعلومات، والتخطيط والتنسيق على الصعيد المحلي؛

- مواصلة أنشطة الاحتواء والإشهاد؛

- الوصول بالتعاون مع البرنامج الموسَّع للتمنيع إلى المستوى الأمثل؛

- إتاحة الموارد المالية اللازمة لتنفيذ خطة الاستئصال الإقليمية.