

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

التقرير السنوي للمدير الإقليمي
2014

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

التقرير السنوي للمدير الإقليمي
2014

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط: التقرير السنوي للمدير الإقليمي 2014 / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي
لشرق المتوسط

ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في القاهرة (ISBN: 978-92-9022-068-8)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-069-5)

(ISSN: 1020-9166)

صدرت الطبعة الفرنسية في القاهرة (ISBN: 978-92-9022-114-2)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-113-5)

(ISSN: 1816-2061)

1. التخطيط الصحي الإقليمي 2. تقديم الرعاية الصحية 3. المرض المزمن - وقاية ومكافحة 4. مكافحة الأمراض السارية 5. التغطية الشاملة 6. التوعية الصحية 7. سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية 8. التخطيط للكوارث - طرائق 9. منظمة الصحة العالمية - تنظيم و إدارة أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WA 541) (ISBN: 978-92-9022-111-1)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-112-8)

(ISSN: 9220-1020)

© منظمة الصحة العالمية، 2015

جميع الحقوق محفوظة

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكّل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يباينها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميّز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسؤولية تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسؤولية عما يترتب على استخدامها من أضرار.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة التوزيع والمبيعات، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: +202 2670 2535؛ فاكس رقم: +202 2670 2492؛ عنوان البريد الإلكتروني: emrgoksp@who.int). علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه: البريد الإلكتروني: emrgoegp@who.int.

المحتويات

5	المقدمة وأبرز ما في التقرير.....
14	تقوية النُظْم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.....
22	تعزيز الصحة في جميع مراحل العمر.....
32	الأمراض غير السارية.....
38	الأمراض السارية.....
48	التأهب للطوارئ والاستجابة لها.....
54	تنفيذ الإصلاحات الإدارية لمنظمة الصحة العالمية.....
58	الخاتمة.....

أن حجم الأزمات التي يمرُّ بها هذا الإقليم هو حجم غير مسبق، حيث يُقدَّر عدد المتضرِّرين حالياً من هذه الأزمات بـ 58 مليون شخص، من بينهم نحو 16 مليون لاجئ أو نازح داخلي. ودعّمت المنظمة الاستجابات الإنسانية الجادّة في الأردن، وفلسطين، والجمهورية العربية السورية، والعراق، ولبنان، وليبيا، واليمن، في الوقت الذي تحافظ فيه على الجهود التي تبذلها بالتعاون مع شركائها، من أجل تعزيز مرونة النُظُم الصحية وقدرتها على التكيف في البلدان التي تمر بحالات طوارئ معقّدة طويلة الأمد. وكان للتدمير الذي طال المرافق الصحية، وعدم إمكانية الوصول إلى مناطق كثيرة للحفاظ على وجود إمدادات طبية كافية للحالات المرضية الحادّة والمزمنة، فضلاً عن هروب العاملين في مجال الرعاية الصحية وأسْرهم، تداعيات خطيرة خلال العام المنصرم على قدرة عدد من البلدان على مواصلة تقديم الخدمات. وعلى حين واصل بعض المانحين التزامهم الإنساني ودعمهم السخي، فإن التحديّ الرئيسي أمام قدرتنا على الحفاظ على وجود استجابة كافية، نحن وشركاؤنا في مجال الصحة، يتمثّل في غياب التمويل المستدام. وقد نجم عن ذلك إيقاف عدد من البرامج والأنشطة الصحية، في 2015، في العراق، كما أن تقديم الخدمات والبرامج الصحية، في أماكن أخرى، مهددٌ أيضاً بالتوقُّف.

ومع ذلك، فقد واصلنا تكثيف دعمنا، مع تكشُّف فصول الأزمات، حيث قامت المنظمة بتيسير تسليم الأدوية والمستلزمات الطبية إلى المستشفيات والمرافق الصحية في غزّة في 2014، سواء إبّان النزاع أو بعده، كما قادت مجموعة الصحة في إجراء التقييم المشترك للقطاع الصحي بالتعاون مع الشركاء. وعلى جانب آخر، تم تعزيز قدرات مكتب المنظمة القطري في العراق من خلال نشر عدد إضافي لموظفين دوليين من ذوي الخبرة في جميع المجالات، وإنشاء محاور و/أو مراكز اتصال للمنظمة في جميع المحافظات التسعة عشر. هذا إلى جانب نشر 10 عيادات متنقلة في شمال العراق، حيث تم، مع حلول أيار/ مايو 2015، تمكين 3.5 ملايين شخص للحصول المباشر على الأدوية الأساسية والمعدات الطبية، كما تم تطعيم ما يزيد على 5 ملايين طفل ضد شلل الأطفال. وفي الجمهورية العربية السورية، اتّخذت المنظمة تَهجاً مبتكراً بشأن العمل



Photo: ©WHO

المقدّمة وأبرز ما في التقرير

يسرُّني أن أقدم تقرير السنوي عن أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط، الذي يغطي عام 2014 والفترة الأولى من عام 2015. وعلى غرار ما حدث في العامين الماضيين، يركّز التقرير على الأولويات الاستراتيجية التي أقرتها اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط عندما تولّيت مهام منصبني في عام 2012⁽¹⁾، وتمثّل هذه الأولويات الاستراتيجية في تقوية النُظُم الصحية صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وصحة الأمومة والطفولة، والوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، والأمن الصحي ومكافحة الأمراض السارية، والتأهّب لحالات الطوارئ والاستجابة لها. وإلى جانب هذه الأولويات الاستراتيجية الخمس، التي تمثّل التحديات الرئيسية التي تواجه التنمية الصحية في هذا الإقليم، أُولى اهتمام كبير بعملية الإصلاح الإداري، وتحسين العمليات الإدارية، وتعزيز الامتثال والشفافية.

وظلّت أعمال المنظمة خلال العام المنصرم تهيّون عليها أوضاع الطوارئ والحالات الإنسانية المتصاعدة. وغنيٌّ عن القول

¹ يمكن الحصول على خمسة مرفقات تتعلق بالهيكل التنظيمي للمكتب الإقليمي، والتوظيف، والاجتماعات، والمنشورات، والمراكز المتعاونة مع المنظمة، وذلك على الموقع الإلكتروني:

<http://www.emro.who.int/about-who/annual-reports/>

وتوفير المستلزمات والمعدات الطبية الحيوية للبلدان التي تمرّ بحالات طوارئ داخل هذا الإقليم وخارجه. وأنشئ الصندوق الإقليمي للتضامن في حالات الطوارئ، والذي سيتم تمويله بمبلغ 4.9 ملايين دولار أمريكي للشائبة 2016-2017، أي ما يوازي نسبة 1٪ من ميزانية المنظمة التي تخصص للبلدان، وسيترك المجال مفتوحاً لأي مساهمات طوعية أخرى. وفي سياق متصل، تم بناء قدرات مراكز الاتصال المعنية بحالات الطوارئ، وسيواصل ذلك بصفة سنوية، مع استمرارنا في إنشاء القائمة الإقليمية التي تضم خبراء أكفاء يمكن نشرهم على وجه السرعة في حالات الطوارئ.

وعقب المناقشات والقرارات التي اتُخذت في جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2015، بعد اندلاع فاشية مرض فيروس إيبولا في 2014، وفي ما يتصل بإصلاح وتعزيز قدرات المنظمة على التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها، قُمنّا بإجراء مراجعة وثيقة لقدراتنا في هذه المجالات، وأجرينا، على أثر ذلك، مزيداً من إجراءات الإصلاح عن طريق إعادة هيكلة وتعزيز القدرات التقنية والإدارية في هذا الشأن، من أجل ضمان الاستعداد والاستجابة المناسبين على المستويين القطري والإقليمي، فضلاً عن التنسيق الفعّال في هذا الإطار. وأنشأنا، بفضل الدعم الذي قُدّم من الحكومة الأردنية، مركزاً إقليمياً للطوارئ واستئصال شلل الأطفال في العاصمة عمّان. ويجري حالياً إنشاء وحدة ينصبُّ تركيزها على ضمان استعداد المنظمة،

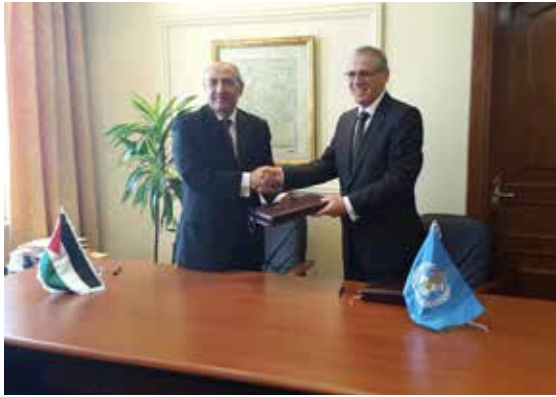


Photo: ©WHO

↑ حكومة الأردن ومنظمة الصحة العالمية توقعان اتفاقاً لإنشاء المركز الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للطوارئ واستئصال شلل الأطفال



Photo: ©Palestinian National Authority/President's Office

↑ المدير الإقليمي يلتقي فخامة الرئيس محمود عباس في طريق عودته من زيارة قطاع غزة

مع طيف من الشركاء لضمان الوصول إلى المناطق التي كان يصعب الوصول إليها، حيث جرى توفير العلاج الطبي لأكثر من 13.8 مليون حالة؛ ثلثها في مناطق يصعب الوصول إليها. وتمكّننا من حشد ما يربو على 17 000 من العاملين في الرعاية الصحية للقيام بحملات التمنيع ضد الحصبة وشلل الأطفال. أما في اليمن، ففي أعقاب تصاعد النزاع، قامت المنظمة، في الفترة ما بين آذار/ مارس ونهاية تموز/ يوليو 2015، بتوزيع 181 طناً من الأدوية والمستلزمات الطبية، وما يزيد على 500 000 لتر من الوقود، بالإضافة إلى توفير المياه المأمونة ومجموعات من لوازم النظافة الصحية، لضمان استمرار عمل البنية الأساسية والمنشآت الصحية لخدمة المجتمعات السكانية والنازحين الداخليين.

وأقرّت اللجنة الإقليمية أهمية الحاجة إلى تعزيز التأهب للطوارئ والاستجابة لها، من خلال اعتماد نهج مواجهة جميع الأخطار وتبني نهج متعدد القطاعات. وكانت 19 بلداً قد تلقت، بنهاية 2015، دعم المنظمة في مجال مراجعة خططها الوطنية القائمة، بهدف اعتماد النهج الشامل في هذا الشأن. وقد أكمل بلدان اثنان الآن خططها الوطنية في هذا المجال. وأبرمت المنظمة، من خلال عملها الوثيق مع المدينة العالمية للخدمات الإنسانية، في دبي، اتفاقاً مع الإمارات العربية المتحدة لإنشاء مركز للمنظمة مخصص للعمليات الإنسانية/ الخدمات اللوجستية، والذي سيدعم عمليات الشراء السريع



↑ انخفاض معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الإقليم بمقدار 46٪ بين عامي 1990 و2013

دعم تنفيذ التدابير التي تتسم بالفعالية لقاء التكاليف والعالية التأثير خلال الثنائية المقبلة، فسيتم أيضاً إيلاء مزيد من الاهتمام إلى دعم الدول الأعضاء في مجابهة التحديات التي تواجه النظم الصحية وتنفيذ التدخلات المجتمعية.

وتحسّن الوضع بعض الشيء في ما يتعلق بسوء التغذية في الإقليم، غير أن التقدم الحاصل في هذا المجال غير كاف، ومازال هناك المزيد مما ينبغي عمله لضمان حصول جميع الأمهات والأطفال في كل البلدان على التغذية الكافية من أجل الحفاظ على الصحة والتنمية. ووفقاً للإحصاءات الصحية العالمية 2014، فقد شهد الإقليم في المتوسط انخفاضاً في معدلات انتشار نقص التغذية من 22.6٪ عام 1991 إلى 13.6٪ في عام 2012. ومنذ عام 1990، حققت 13 بلداً من بلدان الإقليم، أي أكثر من نصف عدد البلدان، غاية الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثل في خفض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع بمقدار النصف. ومع ذلك، فإن بلديْن اثنين فقط من هذه البلدان (عمّان والكويت) هما اللذان حققا أيضاً الغاية التي حددها مؤتمر القمة العالمي للأغذية في 1996، رغم أن تونس أوشكت على بلوغ هذه الغاية كذلك. وماتزال معدلات الإصابة بفقر الدم مرتفعة في الإقليم ولاسيماً بين النساء في سن الإنجاب وبين الأطفال. وكذلك هو الحال بالنسبة لمعدلات التقرّم وانخفاض وزن المواليد. وعلى نفس القدر من الأهمية بالنسبة للأطفال، وللصحة على المدى الطويل، فإن نسبة النساء اللائي يقتصرن على الرضاعة

في هذا المركز في عمّان، من أجل بناء القدرات وضمان استعداد المنظمة للاستجابة لطوارئ الصحة العمومية في هذا الإقليم. وثمة كيان ثانٍ، مقرّه القاهرة، يتألف من وحدتين، هما: وحدة التأهب للطوارئ ووحدة التنسيق، والذي سيتولى القيادة والتنسيق وضمان وجود آلية للاستجابة الفعّالة وتقديم الدعم في الوقت المناسب للبلدان التي تواجه أزمات.

وحقق الإقليم انخفاضاً كبيراً في معدّلات وفيات الأمهات والأطفال منذ عام 1990، وفقاً لما توضحه أحدث بيانات الرصد الخاصة بالأهداف الإنمائية للألفية. وعلى الرغم من ذلك، فإن معدّلات الانخفاض ليست كافية لبلوغ المعدّلات التي حددها المهدفان الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية بنهاية 2015. فعلى المستوى الإقليمي، انخفض معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 46٪ خلال الفترة من 1990 إلى 2013 (أقل من معدّل الانخفاض العالمي البالغة نسبته 49٪)، بمتوسط انخفاض سنوي مقداره 2.6٪. ومع ذلك، فإن هذا المعدّل يقل عن نسبة الانخفاض البالغة 67٪ المطلوب تحقيقها من أجل بلوغ الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية بحلول 2015. وعلى الجانب الآخر، انخفض معدّل وفيات الأمهات بنسبة 50٪ خلال الفترة من 1990 إلى 2013 (ما يتجاوز نسبة الانخفاض على المستوى العالمي البالغة 45٪)، بمتوسط انخفاض سنوي مقداره 3٪. وهذا المعدّل يقل أيضاً عن نسبة الانخفاض البالغة 75٪ المطلوب تحقيقها من أجل بلوغ الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية بحلول 2015. وتم توفير الدعم اللازم للبلدان التسعة التي تنوء بالعبء الأكبر من وفيات الأمهات والأطفال في تنفيذها لخطط تسريع وتيرة التقدم من أجل تخفيف هذا العبء بشكل أكبر. يُبد أنه من غير المرجح أن تتبلّغ غالبية هذه البلدان تلك الأهداف بنهاية 2015. وعلى الرغم من أن ضعف النظم الصحية وحالات الطوارئ ونقص التمويل تشكل عقبات رئيسية لا بد من التصدي لها بصورة ملائمة، فإنه يتعيّن إيلاء اهتمام أكبر ومستوى أعلى من الالتزام والدعم السياسي لقضايا خفض وفيات الأمهات والأطفال في هذه البلدان، كما أن هناك حاجة إلى الدعم الفعّال من جانب الأطراف المعنية على الصعيدين العالمي والإقليمي. وبينما ستواصل المنظمة

الطبيعية لمدة 6 أشهر على الأقل ما تزال منخفضة جداً. وتقوم المنظمة، بالتنسيق مع شركاء الأمم المتحدة، بدعم الدول الأعضاء بشأن أفضل السبل لتنفيذ الأهداف العالمية للمنظمة في مجال التغذية والتوصيات الصادرة عن المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية الذي عُقد في عام 2014. والعمل جارٍ حالياً لإعداد إطار عمل إقليمي في هذا الشأن، والذي سيتألف من مجموعة من الخيارات السياسية والتدخلات العالية المردود من أجل تعزيز التغذية في الإقليم.

وفي ما يخص بالهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية فعلى الرغم من إحراز تقدّم كبير في الوقاية من فيروسات نقص المناعة البشرية والسل والملاريا، ومكافحتها، فإن هذا التقدّم غير كافٍ لتحقيق الغايات المطلوبة. وهناك عاملان رئيسيان يؤثّران في إحراز المزيد من التقدّم في هذا الخصوص، أولهما التحديات التي تواجه قدرات النظم الصحية في الإقليم، بصفة عامة، ولاسيّاً في البلدان التي تنوء بالعبء الأكبر من الأمراض السارية، وثانيهما تأثير حالات الطوارئ المعقّدة في الإقليم.

ويظل المعدّل العام لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية منخفضاً في هذا الإقليم بالمقارنة مع الأقاليم الأخرى. إلا أنه من المهم إدراك أن عدد حالات الإصابة الجديدة يواصل الارتفاع بين الفئات السكانية الرئيسية التي ترتفع لديها مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. كما أن نسبة تلقّي العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، التي تُعدّ حاسمة في الحفاظ على جودة الحياة والوقاية من حدوث حالات عدوى جديدة، ما تزال تقل كثيراً جداً عن النسبة المحددة في الأهداف العالمية. واستمر دعمنا للبلدان، خلال عام 2014، لتنفيذ المبادرة الإقليمية لوضع نهاية لأزمة علاج فيروس نقص المناعة البشرية، وعلى الدول الأعضاء مواصلة التركيز على ذلك.

وانخفض العبء الإقليمي من الملاريا انخفاضاً كبيراً، كما قل عدد الوفيات الناجمة عنها بمقدار النصف منذ عام 2000، وكذلك عدد البلدان المتضرّرة. وحققت سبعة بلدان الغاية ذات الصلة بالملاريا ضمن غايات الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية، في حين يتعدّر إجراء تقييم موثوق

لاتجاهات هذا المرض في خمسة بلدان، نظراً لعدم الاتساق في تبليغ المعلومات الخاصة بالملاريا فيها. وتم إعداد خطة عمل إقليمية لتنفيذ الاستراتيجية العالمية للملاريا 2016-2030، بهدف وقف سراية الملاريا في المناطق التي يمكن تحقيق ذلك فيها وتخفيف العبء بأكثر من 90% في المناطق التي لا يمكن التخلص من الملاريا فيها بشكل فوري.

وفي حين حقق الإقليم غايات الأهداف الإنمائية للألفية، المتعلقة بوقف حالات وقوع السل وبدء انحسارها، فإنه لم يصل بعد إلى تحقيق غايات استراتيجية دحر السل المتمثلة في خفض معدّلات انتشار السل، والوفيات الناجمة عنه، بمقدار النصف. وهناك خمسة بلدان مسؤولة عن 84.5% من العبء الإقليمي للسل. ومن الأهمية بمكان ملاحظة أن التقديرات تشير إلى أن 40% من الحالات ما تزال إما لم تُكتشف أو لا يبلغ عنها. ولهذا الأمر تداعيات خطيرة بالنسبة لمكافحة هذا الداء بشكل عام. وقد أعدت المنظمة في 2014 توجيهات وإرشادات حول مكافحة السل في حالات الطوارئ المعقّدة، إضافةً إلى حزمة من الخدمات لمرضى السل العابر للحدود. ويحدونا الأمل في أن تُمضي البلدان التي تنوء بعبء كبير من هذا المرض قُدماً في تنفيذ هذه التدابير المهمة في 2015.

واستمر الوضع في ما يتعلق باستئصال شلل الأطفال يثير القلق في 2014، في ظل بقاء هذا الإقليم موطوناً بهذا الداء ومسؤولاً عن 99% من جميع الحالات التي تم الإبلاغ عنها على مستوى العالم خلال النصف الثاني من العام. ومع ذلك، فقد تم، في عام 2014، وضع الأسس اللازمة لإحراز تقدّم في مجال استئصال شلل الأطفال من هذا الإقليم خلال 2015. وقام كل من أفغانستان وباكستان بوضع خطط لتسريع وتيرة التقدّم في هذا المجال خلال موسم السراية المنخفضة بفيروس شلل الأطفال، ويقوم البلدان حالياً بتنفيذ هذه الخطط. وكانت استجابة الإقليم للفاشية التي وقعت في الشرق الأوسط خلال 2013 سريعة ورفيعة الجودة، حيث تم تطعيم نحو 25 مليون طفل، من خلال حملات متعددة تمّت في ثمانية بلدان. وتم احتواء الفاشية خلال 36 أسبوعاً، على الرغم من أوضاع الطوارئ المعقّدة التي يمرّ بها الإقليم، وكانت آخر حالة تم



↑ يوم الصحة العالمي 2014

وأوضحت التقييمات وجود نقاط ضعف حرجة في مجالات الوقاية والاكتشاف المبكر والاستجابة. وتم تنفيذ خطة عمل بعد ذلك على مدى 90 يوماً في الإقليم، بدءاً من أيار/مايو 2015، لمساعدة البلدان على سد الثغرات المُملحة. ويتعلق الكثير من الثغرات التي حددها التقييم بمدى قدرة البلدان عموماً على تنفيذ القدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005). ويحين الموعد النهائي للتحقق من توافر القدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ اللوائح، في حزيران/يونيو 2016. وما تزال هناك مواطن ضعف موجودة، وعلى جميع البلدان تعزيز جهودها في ضوء التقييمات من أجل معالجة الثغرات التي تم تحديدها. ويتضمن التركيز الاستراتيجي للمنظمة في مجال دعم البلدان، التأكيد على التنفيذ المتعدد القطاعات الذي سيكون ذا أهمية حاسمة في معالجة هذه الثغرات. وستتم، خلال الاجتماع السنوي الرابع للأطراف المعنية باللوائح الصحية الدولية والذي سيعقد في أواخر عام 2015، مراجعة تنفيذ الخطط الوطنية والإقليمية

الإبلاغ عنها، في نيسان/أبريل 2014، وقد مرّ الآن أكثر من عام دون وجود أي حالات أخرى مؤكّدة، كما أدّت الاستجابة للفاشية التي وقعت في القرن الأفريقي إلى خفض السراية بنهاية 2014 لتتخسر في جيب صغير.

وحافظت البرامج الوطنية في أفغانستان وباكستان على التزامها باستئصال شلل الأطفال، وواصل العاملون الصحيون والمتطوعون إظهار شجاعة عظيمة لدى قيامهم بأنشطة التمنيع في ظل ظروف صعبة. وأبلغت باكستان وأفغانستان معاً، حتى 19 آب/أغسطس 2015، عن 36 حالة ناجمة عن فيروس شلل الأطفال البرّي، مقابل 123 حالة مؤكّدة حتى نفس التاريخ في 2014، ما يشير إلى انخفاض عام بمعدّل يقارب 70٪. ومع انحصار وجود فيروس شلل الأطفال البرّي في باكستان وأفغانستان فقط، فإن التقدّم سيقتى هشاً إلى أن يتم الوصول إلى جميع الأطفال في هذه البؤر الأخيرة التي ينتشر فيها الفيروس بشكل متوطّن، ومن ثمّ تمنيعهم. ويبقى التنفيذ الكامل لخطط تسريع الوتيرة يمثل خطوة حاسمة من أجل إحراز تقدّم نحو استئصال هذا الداء في 2015. والبلدان في الإقليم ملتزمة بالخطة العالمية للشوط الأخير لاستئصال شلل الأطفال، في ظل مُضي جميع تلك البلدان التي تستخدم حالياً لقاح شلل الأطفال الفموي فقط، نحو إدخال لقاح شلل الأطفال المعطلّ في 2015.

وواصل الأمن الصحي احتلاله موقعاً متقدماً على سلم أولويات جدول الأعمال على مدى العام المنصرم، وقد أدركت الحكومات والعامّة مجدداً أهميته مع انتشار فاشيات مرض فيروس إيبولا في ثلاثة بلدان في غرب أفريقيا. وأثارت إمكانية وفادة هذا المرض إلى الإقليم مخاوف كبيرة لدينا. وفي إطار الاستجابة لتوصية من اللجنة الإقليمية، أجرت المنظمة على نحو عاجل تقييماً شاملاً لقدرات الدول الأعضاء على التعامل مع الوفاة المحتملة لفيروس الإيبولا، وأجرت الأفرقة التقنية بالمنظمة، خلال المدة من تشرين الثاني/نوفمبر 2014 إلى شباط/فبراير 2015، تقييمات سريعة لمستويات التأهب وتدابير الاستعداد في 20 بلداً.

أجل احتواء تفشي هذين المرضين في المستشفيات. ومن جهة أخرى، أُجري عدد من أنشطة بناء القدرات، ما أدى إلى استكمال خطط التأهب والتنفيذ السريع لها من أجل تعزيز ترصد هذه الأمراض واكتشافها بالسرعة المطلوبة، وتحسين ممارسات الوقاية من العدوى بمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية الناجمة عن فيروس كورونا، وغيره من الأمراض التنفسية الجديدة ومكافحتها في جميع مرافق الرعاية الصحية في الإقليم. وتم إعداد خطط الإبلاغ عن المخاطر وتوسيع نطاقها على نحو عاجل لرفع مستوى الوعي العام بين الحجاج والعاملين في الرعاية الصحية ولدى الجمهور ومنع انتشار هذه الأمراض على الصعيد الدولي، ولاسيما خلال موسم الحج. ونحن نواصل السعي لرأب الفجوات المعرفية حول فيروس كورونا، المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، بعرض تعزيز فهم العاملين في مجال الصحة العمومية للوضع الوبائي للفيروس وطرق انتقاله، ومن ثمّ تحسين فعالية الاستجابة الصحية العالمية. وقمنا، في أيار/ مايو 2015 بعقد الاجتماع الرابع، في سلسلة اجتماعات علمية دولية حول هذا الموضوع منذ 2013. وقد ساعدت هذه الاجتماعات المجتمع العلمي الدولي على التعرف بدقة على الثغرات التي نواجهها في ما يتعلق بالمعارف والمعلومات حول طرق انتقال هذه العدوى الفيروسية المستجدة إلى الإنسان، والعوامل التي تساعد على هذا الانتقال، فضلاً عن تحديد التدابير الأكثر أهمية في مجال الصحة العمومية من أجل وقف سراية هذا الفيروس وانتشاره بالفاعلية المتوخاة.

وتشكل مقاومة مضادات الميكروبات خطراً يتزايد بشكل سريع على الأمن الصحي العالمي، والذي بدأت الدول الأعضاء في هذا الإقليم لتوّه إدراكه والتسليم به. ولهذا المشكلة تداعيات خطيرة في هذا الإقليم وتستوجب اتخاذ إجراء عاجل. واستمراراً للعمل الذي بدأه في عام 2013 بشأن مقاومة مضادات الميكروبات، شهد عام 2014 إجراء تقييم فطري عاجل بشأن الوضع في الإقليم، ولم يُسهم فيه سوى 12 بلداً. وأظهرت النتائج وجود ثغرات كبيرة في النظم والإجراءات اللازمة على المستوى البلدي لمواجهة هذا التهديد. ويُبرز تقرير المنظمة العالمي الذي صدر في وقت



Photo: ©WHO

↑ نشر فريق من منظمة الصحة العالمية في المملكة العربية السعودية خلال موسم الحج للإشراف على تنفيذ تدابير الصحة العمومية المناسبة

لتعزيز تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في السياق الخاص بمرض الإيبولا.

وفي حين مثل مرض إيبولا تهديداً صحياً واضحاً وحقيقياً من خارج الإقليم، فقد كانت هناك تهديدات صحية أخرى أكثر إلحاحاً من داخل هذا الإقليم. فمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية الناجمة عن الفيروس التاجي كورونا (MERS-CoV)، وفيروس إنفلونزا الطيور (H5N1)، يمثلان تهديدَيْن صحيَيْن مستجدين، ينبغي أن تستعد لهما البلدان نظراً لإمكانية تحولهما إلى جائحة. وقد حدث ارتفاع كبير في حالات الإصابة بمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية الناجمة عن الفيروس التاجي - كورونا في بلدين من هذا الإقليم في عام 2014، والتي تعود بشكل أساسي للإصابة بالعدوى الثانوية وعدوى المستشفيات داخل مرافق الرعاية الصحية، وهو الأمر الذي أبرز مدى الحاجة إلى ضمان سلامة المرضى والعاملين في الرعاية الصحية، وإلى تحسين تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها في المستشفيات وغيرها من المرافق الصحية، والحاجة أيضاً إلى بناء القدرات لتوفير الرعاية للمرضى المصابين بحالات عدوى شديدة الخطورة.

وفي ضوء هذين التهديدَيْن الصحيَيْن المستجدين، أرسلت المنظمة بعثات تقنية إلى العديد من البلدان على مدى عام 2014 وأوائل عام 2015، لتقييم المخاطر وتقديم الدعم من

البلدان. وتم إعداد بيانات للسياسات ودلائل إرشادية حول تقليل استهلاك الملح والدهون، تسترشد بها البلدان حالياً في اتخاذ الإجراءات المناسبة استناداً إلى أفضل الممارسات. وأُطلق نظام رصد لتتبع التقدم الذي تحرزه بلدان الإقليم في هذا الشأن. وتم تنظيم اجتماع بلدان لاستعراض الخبرات الدولية في إدماج الحالات الشائعة ضمن الرعاية الصحية الأولية. وسوف يتواصل هذا العمل في 2015، مع التركيز بشكل خاص على إعداد إرشادات تقنية تستند إلى البيّنات والبراهين وإلى أفضل الممارسات في مجال الرعاية الصحية. ونعمل أيضاً مع خبراء دوليين، بما في ذلك جامعة جورج تاون، من أجل دعم تحديث التدخلات المالية والقانونية للمساعدة على مكافحة عوامل الخطر وتعزيز توفير رعاية أفضل.

وبعد أن أقرّت اللجنة الإقليمية في دورتيها لعام 2012 وعام 2013، الاستراتيجيات والإجراءات الخاصة بتقوية النظم الصحية، حثّ المكتب الإقليمي للبلدان، في عام 2014، على تنفيذ إطار العمل من أجل التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. واتخذت بلدان عدة خطوات مهمّة في هذا الشأن. وجميع البلدان لديها الآن صورة أوضح حول ما ينبغي عمله لمواجهة التحديات في هذا المجال. وتعرّزت هذه المعرفة بعد إعداد المرتسمات القطرية الخاصة بالقطاعات الدوائية، التي أبرزت وجود ثغرات في مجالات أساسية ذات صلة بتنظيم الأدوية والحصول عليها واختيارها وشرائها وصرّفها واستعمالها على نحو رشيد.

لاحق، غياب المعلومات الخاصة بالوضع في بلدان الإقليم. وفي حين يتواصل العمل على إجراء تحليل مفصّل عن الوضع القطري يغطي صحة الإنسان والحيوان، فقد بدأنا العمل أيضاً على وضع إطار تشغيلي لدعم البلدان في إعداد خطط عمل، تمهيداً لمناقشتها في اجتماع وزاري متعدد القطاعات رفيع المستوى، نعتزم تنظيمه مطلع 2016.

واعترفت الدول الأعضاء، من خلال اللجنة الإقليمية، بالحجم الخطير الذي بلغته الأمراض القلبية الوعائية وأمراض السرطان والسكري وأمراض الرئة المزمنة، واعتمدت إطار عمل إقليمياً يستند إلى الإعلان السياسي للأمم المتحدة الصادر في عام 2011. ومع ذلك، وعلى الرغم من الحاجة الملحة لإطلاق إجراءات قوية وشاملة، فلا يزال تنفيذ الالتزامات السياسية المنصوص عليها في إطار العمل الإقليمي غير كاف بوجه عام، ولا يتناسب مع خطورة المشكلة في هذا الإقليم. وتعمل المنظمة مع الدول الأعضاء على العديد من المبادرات المهمة من أجل تنفيذ الالتزامات الأساسية الواردة في المجالات الأربعة لإطار العمل الإقليمي: الحوكمة، والترصد، والوقاية، والرعاية الصحية.

وعلى صعيد آخر، أفضت الأعمال التي قامت بها المنظمة في عام 2014 إلى إعداد إرشادات تقنية لتنفيذ التدابير التي ثبتت جدواها من حيث الفعالية لقاء التكاليف أو «أفضل الصفقات» في مجال الوقاية، كما قدّم الدعم التقني إلى كثير من



Photo: ©WHO

↑ وزراء وممثلو الدول الأعضاء من مختلف القطاعات المشاركون في منتدى إقليمي رفيع المستوى حول إرساء نهج يمدد طيلة العمر لتعزيز النشاط البدني

وهناك دراسة استقصائية معمّقة حول التعليم الطبي تُقدّم معلومات قيّمة أيضاً حول سُبل المضيّ قُدماً بالنسبة للبلدان لتحسين التخطيط للاحتياجات المستقبلية في القطاع الصحي. ومن المجالات التي تشكّل تحدياً نوعياً في هذا المجال، النقص الحاد في أطباء الأسرة في معظم بلدان الإقليم، والحاجة إلى توسيع نطاق إعداد وتخريج هؤلاء الأطباء. كما تُبذل جهود من أجل تحديد التدخّلات قصيرة وطويلة الأمد المسندة بالبيّنات والبراهين، التي يمكن من خلالها التغلب على النقص الحاصل في هذه الفئة من مقدمي الرعاية الصحية. وأجرّت المنظمة مراجعة شاملة، في عام 2015، لأوضاع التمريض والقبالة في الإقليم من أجل وضع توجّهات استراتيجية واضحة لتقوية هذا المجال من مجالات العمل. وسترفع توصية بوضع إطار يضم قائمة بالإجراءات ذات الأولوية، مع مراعاة نطاق التحدّيات التي تواجهها مجموعات البلدان المختلفة. وسيواصل اعتبار تعزيز خدمات التمريض والقبالة أولوية بالنسبة للمنظمة في 2015، وعلى مدار الثنائية المقبلة.

وتحقّق إنجازان في مجال المعلومات الصحية وهو الأمر الذي يمثّل أهمية حاسمة بالنسبة للتخطيط الصحي وإعداد السياسات وتنفيذها. فقد اتّخذت اللجنة الإقليمية، في عام 2014، خطوة مهمّة، بإقرارها الإطار الخاص بنُظُم المعلومات الصحية والمؤشرات الأساسية ذات الصلة. وكان ذلك ثمرة لعمل مكثّف، تم على مدى العامين الماضيين، مع مختلف القطاعات في الدول الأعضاء، ومع خبراء دوليين في هذا المجال. وينبغي لجميع البلدان أن تعزّز نُظُم المعلومات الصحية لديها. ويتمثّل التحدّي بالنسبة لها جميعاً في تنفيذ الإطار ومعالجة الثغرات في ما يختص بإنتاج البيانات واستخدامها بالنسبة للمؤشرات الأساسية البالغ عددها 68 مؤشراً. وستكون مساعدة البلدان في أداء هذه المهمة، المسعى الأساسي للمنظمة خلال الثنائية المقبلة.

أما الإنجاز الثاني، فيتمثّل في العمل الذي أنجز حتى الآن في مجال تقوية نُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، مع التركيز بوجه خاص على تحسين الإبلاغ عن الوفيات التي تُعزى لأسباب محددة. وتم إجراء تقييمات سريعة في جميع

البلدان، وتقييمات شاملة في 17 بلداً. ويمتلك إقليمنا حالياً المعلومات الأكثر شمولاً عن حالة تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية في الدول الأعضاء. وتم إبلاغ البلدان بالثغرات القائمة وحثها على رآها وفقاً للاستراتيجية الإقليمية التي أقرتها اللجنة الإقليمية في دورتها الستين. وفي حين نقوم بتوسيع نطاق القدرات الإقليمية، بالتعاون مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى، فلا تزال الحاجة قائمة إلى مزيد من التركيز، داخل النُظُم الصحية، على استحداث بيانات دقيقة عن الوفيات، وعن أسبابها.

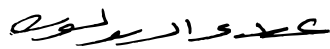
ومثّل عام 2014 فترة مهمة بالنسبة لإصلاح المنظمة، حيث واصلنا تنفيذ التزامنا بمزيد من الفعالية والمساءلة والشفافية. وقد أثمر إعداد الميزانية البرمجية للثنائية 2016-2017 في الوقت المناسب والإشراك المبكّر للشركاء من خلال النهج الذي ينطلق من القاعدة إلى القمة، عن تحسن عملية التخطيط المشترك، ووضع عدد أكثر تركيزاً من الأولويات المحددة، وتخصيص الميزانية وفقاً لأولويات البلدان. وكان هناك تحسّن واضح في عملية تحديد الأولويات ومهارات التخطيط.

وواصلنا تقديم الدعم لتعزيز مشاركة الدول الأعضاء في تسيير شؤون المنظمة، وتقديم إحاطات رفيعة المستوى إلى ممثلي الدول الأعضاء وبعثاتها الدائمة في جنيف قبل كل اجتماع من الاجتماعات الكبرى للأجهزة الرئاسية العالمية للمنظمة. وهي جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي. وقد أثبتت هذه الإحاطات قيمتها من خلال إسهامات الدول الأعضاء في الإقليم في النقاشات العالمية حول الصحة وحول عمل الأجهزة الرئاسية.

وتواصلت أيضاً الجهود الرامية إلى تعزيز وجود المنظمة على المستوى القطري، مع التركيز على تحسين الخبرات التقنية ومهارات الإدارة الشاملة. وجرى تقييم القدرات في المكاتب القطرية، في ما يتعلق بفئات العمل الست، لضمان توافر القدرات القيادية في المجالات الاستراتيجية والتقنية. وشهد عام 2014 توسعاً كبيراً في القدرات التقنية في العديد من المكاتب القطرية، بينما انصبّ تركيزنا في عام 2015، على تحسين القدرات الإدارية والتنظيمية العامة في الميدان. وتم وضع

الصحة العمومية، الذين يمكنهم القيام بأخذ زمام المبادرة في حل المشكلات الصحية الوطنية والمحلية التي تؤثر تأثيراً مباشراً على صحة السكان، والقيام بأدوار فعّالة في مجالات الصحة العمومية على الصعيد العالمي. وقد حققت الدورة الأولى، التي قُدِّمت على مدى أربعة أسابيع، وأجريت على مرحلتين في مكانين مختلفين (جنيف ومسقط)، نجاحاً باهراً، وصنّفها المشاركون فيها تصنيفاً عالياً. وستبدأ الدورة الثانية مع أواخر عام 2015.

وواصلنا أيضاً استضافتنا للندوات الإقليمية السنوية حول الدبلوماسية الصحية. وقد نجحت هذه الندوة نجاحاً عظيماً في جمع ممثلين عن الصحة والشؤون الخارجية والبرلمانات والأوساط الأكاديمية في نقاشات حول نقاط التماس بين الصحة وغيرها من القطاعات الأخرى. وأظهرت الندوات المتعاقبة التي عُقدت في هذا الإطار أهمية استمرار هذا النوع من الحوار من أجل رفع مستوى الوعي، وتفهم القضايا الصحية الرئيسية التي تواجه عالمنا، والدور المنوط بجميع القطاعات في مجال الدبلوماسية الصحية على المستوى العالمي والإقليمي والوطني. وسوف نواصل دعمنا للبلدان في جهودها المبذولة لبناء هذا النوع من القدرات، وأيضاً في جهودها الرامية إلى تحسين صحة الناس في هذا الإقليم.



الدكتور علاء الدين العلوان

المدير الإقليمي

لنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

استراتيجية نوعية لزيادة الامتثال في عدد من مجالات عملنا في جميع مكاتبنا، بما في ذلك إدارة الأداء، والامتثال لللائحة الموظفين والنظام الأساسي للموظفين. وستبقى قضية تحسين الامتثال على رأس الأولويات على مدى السنوات القادمة.

وعلى جانب آخر، يظل تشابك القضايا التشغيلية والأمنية يشكّل تحديات ويضع عراقيل أمام عمليات المنظمة على الصعيدين التقني والإداري. كما كان للوضع العام في الإقليم تأثير سلبي أيضاً على قدرتنا على جذب موظفين جدد من ذوي الخبرة من أجل التعامل مع عبء العمل المتصاعد ومتطلبات الاستجابة في جميع مجالات عملنا مع الدول الأعضاء. وفي حين نقوم باتخاذ خطوات لمعالجة ذلك، فقد اتخذنا أيضاً خطوات لدعم الاحتياجات المستقبلية للبلدان في عدّة مجالات رئيسية.

وظلت قضية تعزيز قدرات الصحة العمومية في الدول الأعضاء تحظى بالأولوية. ففي أعقاب إطلاق مبادرة إقليمية في عام 2013 لتقييم قدرات الصحة العمومية في البلدان، تم بنجاح، وبدعم من المنظمة ومن فريق من الخبراء الدوليين في مجال الصحة العمومية، إجراء تقييم قطري في بلدين اثنين. وتمّت مراجعة أداة التقييم، في أوائل عام 2015، والتي ستخضع لمزيد من الصقل قبل مدّ نطاق تنفيذ هذه المبادرة. وهناك طلب من عدد متزايد من الدول الأعضاء لإجراء المنظمة التقييم لديها ومساعدتها على تنفيذ التوصيات التي تنبثق عنه.

وأطلق أيضاً، مطلع عام 2015، برنامج للقيادة من أجل الصحة بهدف إعداد قادة المستقبل وتنمية مهاراتهم في مجال

تقوية النظم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

التغطية الصحية الشاملة

انصّب تركيز منظمة الصحة العالمية، في عام 2014، على تقديم الدعم التقني للدول الأعضاء، من أجل تنفيذ التزاماتها وفقاً لما ورد في قراري اللجنة الإقليمية، ش م/ل إ 59/ق-3 (2012) و ش م/ل إ 60/ق-2 (2013). وكان إطار العمل بشأن التقدّم صَوَّب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والربط بين مختلف الالتزامات، قد حظي بدعم اللجنة الإقليمية، وذلك في دورتها الحادية والستين، التي عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر 2014.

التمويل الصحي

يُعدّ وجود استراتيجيات للتمويل الصحي تستند إلى البيّنات ومحددة السياق، أمراً ضرورياً، بل ولازماً لمتابعة تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة. ويؤدّي نقص المعلومات المتعلقة بالترتيبات المؤسسية والتنظيمية لُنْظُم التمويل الصحي، وتدقق الأموال في العديد من بلدان الإقليم، إلى عرقلة الجهود في مجال وضع استراتيجيات للتمويل الصحي مُسنّدة بالبيّنات. وعلاوة على ذلك، فإن الخبرات الوطنية المحدودة في مجال التمويل الصحي بوجه عام، وتلك الخاصة بترتيبات محددة في مجال التمويل الصحي، مثل التمويل الصحي الاجتماعي، على وجه الخصوص، تُعدّ أمراً بالغ الأهمية من أجل المضيّ قدماً في هذا المجال.

وقد شمل الدعم الذي قدّمته المنظمة في مجال وضع استراتيجيات التمويل الصحي، بناء القدرات الوطنية في مجال إنتاج المعلومات الكميّة من خلال اتباع الحسابات الصحية الوطنية، والمعلومات النوعية من خلال اعتماد أداة التقييم التنظيمي لتحسين التمويل الصحي. وقد تحوّل محور الدعم

التقني من الدعوة إلى التمويل الصحي إلى تنمية المهارات في بعض المجالات مثل إنشاء برامج التأمين الصحي الاجتماعي، والشراء الاستراتيجي، والتعدد القطاعي، والتغطية الصحية الشاملة، وذلك من خلال عقد المشاورات الإقليمية وإعداد وثائق السياسات في هذا المجال. وتجرى تنمية القدرات لدى مجموعة من الخبراء والباحثين في مجالات قياس الحماية من المخاطر المالية، وذلك في إطار رصد التقدّم المحرّز في ما يتعلق بتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وإجراء دراسات التقييم الاقتصادي.

وعلى مستوى البلدان، قدّم المكتب الإقليمي الدعم التقني للعديد من البلدان لصياغة رؤية واستراتيجية وخارطة طريق وطنية من أجل المضيّ قدماً صَوَّب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وقد سبق ذلك إجراء العديد من الدراسات التشخيصية في ما يتعلق بالوظائف المختلفة للتمويل الصحي.

وسيتواصل التركيز في العمل، خلال 2015، على التداخلات الرئيسية للعمل على تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك وضع رؤية، واستراتيجية وخارطة طريق وطنية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، تكون مدرجة إدراجاً كاملاً في إطار السياسات الوطنية، وتوسيع نطاق الحماية المالية ليشمل الشرائح الصحية الاجتماعي، ومدّ نطاق الحماية المالية ليشمل الشرائح السكانية العاملة في القطاع غير الرسمي والشرائح السكانية المعرّضة للمخاطر، والحدّ من إنفاق الأشخاص المباشر من أموالهم الخاصة.

الحوكمة في مجال الصحة وحقوق الإنسان

تمثل السياسات والاستراتيجيات والخطط المستتيرة بالبيّنات حجر الزاوية بالنسبة إلى التقدّم صَوَّب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ولا تمتلك وزارات الصحة في معظم البلدان القدرات المناسبة التي تمكّنها من صياغة سياسات وخطط استراتيجية مستتيرة بالبيّنات. كما أن قدرتها محدودة أيضاً في الحصول على معلومات رفيعة الجودة، واستخدامها للاسترشاد بها في إعداد السياسات والاستراتيجيات الخاصة بها. وعدم الاستقرار السياسي الحالي والأزمات الاجتماعية التي تشهد مناطق

وقد ساعدت مراجعة البيّنات والثغرات القائمة، والدعوة المتواصلة في هذا المجال، على تعزيز إدماج المساواة بين الجنسين ومراعاة حقوق الإنسان في جميع أعمال المنظمة. وتم إعداد دورة تدريبية عن الصحة وحقوق الإنسان، وتم تجربتها في مصر، وذلك بالتعاون مع الجامعة الأمريكية في القاهرة. كما تم إجراء تقييم خارجي لهذه الدورة، ويجري حالياً تقديمها في باكستان، كما تم تقديمها في بلدان أخرى خلال عام 2015.

وهناك حاجة إلى تحديث القوانين والتشريعات الخاصة بالصحة العمومية، فضلاً عن الحاجة إلى تعزيز قدرات وزارات الصحة في مجالات إعداد وتنفيذ ورصد التشريعات. وتم الانتهاء من مراجعة الأوضاع والقدرات الخاصة بتنظيم القطاع الصحي الخاص، وذلك في أربعة بلدان. ويجري، بالتعاون مع المقر الرئيسي للمنظمة، إعداد دليل خاص بذلك. وعلى جانب آخر، تم، بالتعاون مع معهد أونيل التابع لجامعة واشنطن، إعداد لوحة متابعة تلخص البيّنات العالمية ذات الصلة بقوانين الصحة العمومية في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، والتي سيتم تقديمها إلى البلدان كدليل إرشادي لاستحداث تدخلات تنظيمية لعلاج الأمراض غير السارية.

وسيتم التركيز، خلال 2015، على بناء قدرات وزارات الصحة في مجالات التخطيط الاستراتيجي، وذلك من خلال تدريب الموظفين الوطنيين، ومن خلال تقديم التوجيهات يسيرة الاستخدام، من أجل وضع خطط استراتيجية فعّالة. وسوف يُولى الاهتمام اللازم لبناء القدرات في مجال سنّ التشريعات الصحية، وإعداد اللوائح والأنظمة، ووضع المعايير وإنفاذها، مع التركيز على القطاع الخاص. وسيتم إجراء تقييم لمدى فعالية المساعدات الخارجية، وحالة تدفق المعونات في البلدان، ولاسيما تلك التي تواجه أوضاع النزاعات.

واستجابة لطلب الدول الأعضاء، أطلقت المنظمة، في عام 2013، مبادرة إقليمية لتقييم قدرات الصحة العمومية في البلدان، وذلك من خلال تحديد الوظائف الأساسية للصحة العمومية ذات الصلة بالسباق الخاص بالإقليم. وأجرت المنظمة، في عام 2014، تقييماً لبلدين اثنين هما قطر والمغرب، بدعم من المنظمة ومن فريق من الخبراء الدوليين في مجال

عديدة في هذا الإقليم، إضافة إلى محدودية التنسيق والمواءمة بين شركاء التنمية لدعم خطة صحية وطنية واحدة، بعضاً من التحديات الإضافية التي يواجهها العديد من بلدان المجموعتين الثانية والثالثة⁽²⁾.

وعلى صعيد آخر، وفّرت الجهود المتواصلة لتقييم أوضاع التخطيط الصحي الوطني صورة أفضل لمواضع القوة ومواطن الضعف بشكل عام، والتحديات التي تواجه السياسات الصحية والتخطيط الصحي في وزارات الصحة. وفي إطار الجهود المبذولة لبناء القدرات في المكاتب القطرية للمنظمة، من أجل دعم البلدان في عمليات صياغة السياسات الصحية الوطنية والتخطيط الصحي، حضر كبار الموظفين في المنظمة حلقات عمل حول التخطيط الصحي الاستراتيجي، عُقدت بالتعاون مع كلية نوفيلد للصحة العمومية، ومركز التنمية الدولية التابع لجامعة ليدز، بالملكة المتحدة. ومن المقرر بناء القدرات الوطنية في مجال التخطيط الصحي الاستراتيجي، وتنظيم القطاع الصحي، وكذلك مراجعة أوضاع التنسيق بين شركاء التنمية، وفاعلية المساعدات الخارجية، وذلك في عدد من البلدان.

ويواجه الإقليم تحديات طويلة الأمد في ما يتعلق بالمساواة بين الجنسين، والإنصاف، ومراعاة حقوق الإنسان في مجال الصحة. ومن بين العوامل المهمة المؤدية إلى ذلك، الصراعات الممتدة، ومعدلات الفقر المتنامية، والمستويات المتفاوتة في الأجور وعدم المساواة، ووجود الفئات المعرّضة للمخاطر والمهمّشة. ولا يزال هناك نقص في البيانات المصنّفة وتقييم درجة التأثير بالمخاطر، التي يُستهدى بها في رسم سياسات الصحة العمومية، ويُستردّدها في الإجراءات التي تُتخذ من خلال «منظور حقوق الإنسان».

² هناك مجموعات ثلاث من البلدان تم تصنيفها في هذا الإقليم استناداً إلى الحصائل الصحية لسكان وأداء النظام الصحي ومستوى الإنفاق الصحي، وذلك على النحو التالي: بلدان المجموعة الأولى: الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمّان، وقطر، والكويت، والمملكة العربية السعودية؛ بلدان المجموعة الثانية: الأردن، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، ولبنان، وليبيا، وفلسطين، ومصر، والمغرب؛ بلدان المجموعة الثالثة: أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن.

وأعيد النظر في مجال التعليم الطبي، بعد توقُّف دام ما يقارب عقدين من الزمن، وأُجري مسح شامل عبر شبكة الإنترنت استهدف ما يربو على 300 كلية من كليات الطب. وقد أكَّد المسح، ضمن جملة أمور، على ضرورة التحرك صَوَّب تخصصة التعليم الطبي، كما أظهر عدم الكفاية من حيث التنظيم، وغياب نُظْم الاعتماد، ووجود مقررات دراسية تعتمد على المُعلِّم، واستخدام طرق تقييم تقليدية لا ترتبط بحصائل التعلم والكفاءات. وقد عُرضت هذه النتائج في اجتماع صَمَّ قيادات إقليمية ودولية في مجال التعليم الطبي. وتم وضع خارطة طريق لتوجيه كليات الطب لأن تصبح أكثر قابلية للمساءلة الاجتماعية، ولأن تكون موجَّهة لخدمة المجتمع ومعتمدة، وذلك دعماً لمسعى التغطية الصحية الشاملة. وستقوم اللجنة الإقليمية، في دورتها الثانية والستين، بمناقشة موضوع التعليم الطبي، حيث يُتَظَر، في أعقاب ذلك، أن تقوم البلدان بتكثيف إطار العمل الإقليمي بما يتلاءم والأولويات الوطنية في هذا المجال.

ويجرى حالياً إعداد الخطط لتنفيذ مراجعة شاملة لأوضاع التمريض والقبالة في بلدان الإقليم. ويتمثل الغرض من هذه المراجعة في تقديم توجيهات استراتيجية واضحة تركز على إجراءات عملية وفعَّالة وتستند إلى البيِّنات والبراهين، وتسترد بمعلومات موثوقة وممارسات جيدة.



Photo: ©WHO

↑ مشاركة المدير الإقليمي في الاجتماع السنوي التاسع للجمعية الدولية للمعاهد الوطنية للصحة العمومية في المغرب لتشجيع إقامة الشبكات ووضع البرامج التعاونية في الإقليم

الصحة العمومية. ومن خلال هذا التقييم، سيكون بمقدور البلدان، بقيادة وزارات الصحة فيها، التعرف على مواضع القوة في نظمها الصحية العمومية، وكذلك المجالات التي تتطلب تعزيزاً. وقامت المنظمة، في أيار/ مايو 2015، بتنظيم اجتماع صَمَّ مجموعة صغيرة من الخبراء الدوليين في مجال الصحة العمومية، إلى جانب ممثلين من البلدَيْن اللدَيْن أجريا التقييم، وذلك لمناقشة هذه التجربة ومراجعة أداة التقييم، وصقل عملية التقييم ومتابعتها. وتجرى حالياً عملية تنقيح لأدوات التقييم لجعلها يسيرة الاستخدام، وسيعقب ذلك طرح هذه المبادرة على بلدان أخرى.

تنمية القوى العاملة الصحية

لا يزال وضع القوى العاملة الصحية يعكس الاتجاهات العالمية في ما يختص بالنقص العددي، والتوزيع غير العادل، والاحتفاظ بالعاملين، والأداء. فالكثافة العددية للقوى العاملة الصحية عموماً تقع دون المستوى الأمثل، كما أن سوء التوزيع، والاحتفاظ بالعاملين، وهجرتهم، والاعتماد الزائد على القوى العاملة الصحية الأجنبية، تمثل تحديات مفزعة تعرقل خطوات التقدُّم صَوَّب تحقيق التغطية الصحية الشاملة في العديد من البلدان. ويمثل غياب القدرات المؤسسية للتخطيط في مجال القوى العاملة الصحية الوطنية عقبة أخرى، إلى جانب عدم كفاية مصادر المعلومات.

وعلى حين تبدو الثغرات في مجال تنمية القوى العاملة الصحية واضحة جليَّة، فإن الحلول لمعالجة هذه الثغرات لا تكون دائماً على نفس القدر من الوضوح. وسعيًا إلى مجابهة هذا التحدي، فقد تم وضع إطار عمل استراتيجي إقليمي للقوى العاملة الصحية، وذلك في أعقاب استعراض نقدي أجراه فريق من الخبراء الدوليين واجتماع تشاوري إقليمي وذلك بهدف المساعدة على دفع جدول أعمال القوى العاملة الصحية قُدماً. وسيكون إطار العمل هذا متسقاً مع الاستراتيجية العالمية للقوى العاملة الصحية التي يعكف على إعدادها حالياً المقرر الرئيسي للمنظمة والتحالف العالمي للعاملين في مجال الصحة.



↑ برنامج منظمة الصحة العالمية للقيادة في مجال الصحة الذي يهدف إلى تنمية القيادات المستقبلية في مجال الصحة العمومية في الإقليم وعقد شراكة مع كلية هارفرد للصحة العمومية وعُقد في جنيف وعمّان

فعّالة في مجال الصحة العمومية على الصعيد العالمي. وقد قُدّم هذا البرنامج على جزئين في كل من جنيف ومسقط، وأثنى المشاركون والميسرون على كلا العنصرين. واستناداً إلى النجاح الأولي الذي أحرزه البرنامج، والطلب الكبير عليه، فسوف تبدأ الدورة الثانية منه في تشرين الثاني/ نوفمبر 2015.

وسوف يُولى اهتمام خاص في عام 2015، إيلاء اهتمام خاص لمساعدة البلدان على وضع استراتيجيات وخطط عمل وطنية خاصة بالقوى العاملة الصحية، وتنفيذ الاستراتيجيات الرامية إلى تقوية التعليم الطبي والتمريض والقبالة. وسوف تتضمن المبادرات الجديدة تقييم أنشطة التنمية المهنية المستمرة للأطباء، وتحسين تقارير الإبلاغ الواردة من البلدان حول تنفيذ مدونة منظمة الصحة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي.

الأدوية والتكنولوجيات الأساسية

أبرزت المرتسمات القطرية للقطاعات الدوائية، التي أعدت في عام 2014، وجود ثغرات في مجالات أساسية ذات صلة

وتم تقديم الدعم التقني للمنظمة العربية للتنمية الإدارية، التابعة لجامعة الدول العربية، وذلك من خلال المؤتمر حول هجرة القوى العاملة الصحية. وشارك المكتب الإقليمي في الاجتماع السنوي التاسع للجمعية الدولية للمعاهد الوطنية للصحة العمومية، الذي عُقد لأول مرة في إقليم شرق المتوسط، وعُقد على هامشه اجتماع للمعاهد الإقليمية للصحة العمومية، وذلك للتشجيع على إقامة الشبكات وإعداد البرامج التعاونية لتعزيز الصحة العمومية في هذا الإقليم.

وواصل برنامج البعثات الدراسية دعم البلدان في بناء القدرات الوطنية في المجالات الخمسة ذات الأولوية في الإقليم، حيث استفاد 74 مبعوثاً من جميع أنحاء الإقليم من هذا البرنامج. وكان انخراط هذا البرنامج وثيقاً في تنظيم برنامج القيادة من أجل الصحة، وذلك بالتعاون مع كلية الصحة العمومية بجامعة هارفرد. وكان قد تم إطلاق هذا البرنامج مطلع عام 2015، بهدف تنمية مهارات قادة المستقبل في مجال الصحة العمومية بما يمكنهم من القيام، بصورة استباقية، بالتصدّي للمشكلات الصحية الوطنية والمحلية التي تؤثر تأثيراً مباشراً على صحة السكان، والقيام بأدوار



Photo: ©WHO

↑ دورة تدريبية بدعم من منظمة الصحة العالمية حول ممارسات التصنيع الجيدة لمفتشي المنشآت الصيدلانية الجدد بالمملكة العربية السعودية

بشأن تنمية القدرات الوطنية لتقييم التكنولوجيا الصحية. وأجري مسح إقليمي من أجل رسم خارطة لموارد تقييم التكنولوجيا الصحية. وقد أظهر هذا المسح، الذي استهدف المسؤولين والرواد في مجال التكنولوجيا الصحية في 15 بلداً، أن 52٪ من الكيانات الإقليمية تجري أنشطة شبيهة بالتقييم، والتي تتعلق بشكل أساسي بقياس مدى الفعالية السريرية والتقييم الاقتصادي للأجهزة الطبية والأدوية. وأوضح المسح كذلك أن هناك حاجة إلى إعادة تنظيم و/أو البدء في القيام بأنشطة تقييم في هذا الإقليم لتهيئة المجال لاستثمارات رشيدة في تكنولوجيايات صحية تكون متاحة لغالبية السكان.

وقامت المنظمة، في عام 2014، بإجراء الاختبار المسبق للصلاحيّة لأول منتجين طبيين لشركة مستحضرات صيدلانية محلية في مصر، وكذلك لأول مختبر لمراقبة جودة الأدوية في القطاع الخاص في باكستان. وهناك مختبرات وطنية لمراقبة جودة الأدوية في بلدين آخرين أو شُكّت على اجتياز الاختبار المسبق للصلاحيّة الذي تجريه المنظمة.

وسيتّم التركيز، في عام 2015، على تنفيذ قرارات جمعية الصحة العالمية بشأن تقوية النُظُم التنظيمية للمنتجات الطبية، بما يشمل تعزيز أنشطة التقيُّظ الدوائي. كما سيتم تعزيز أنشطة الإبلاغ عن المنتجات الطبية المزيفة. وسيتم أيضاً تقديم الدعم لوضع خطط العمل الوطنية لتعزيز ترصُّد مقاومة مضادات الميكروبات، واستعمال الأدوية المضادة للميكروبات على نحو

بالسلطات المعنية بتنظيم الأدوية، بما يشمل الهيكل التنظيمي والقدرات التقنية؛ والسياسات الدوائية الوطنية؛ والشفافية والمساءلة في مجال تنظيم وتوريد المنتجات الطبية؛ وآليات احتواء مقاومة مضادات الميكروبات؛ والترويج للمنتجات الطبية والإعلان عنها؛ وإتاحة الأدوية الخاضعة للمراقبة، بما في ذلك الأدوية المستخدمة في التدبير العلاجي للألام.

ونوقشت أساليب تقوية القدرات التنظيمية الخاصة بالأدوية والأجهزة الطبية، وذلك خلال مؤتمر سلطات تنظيم الدواء في إقليم شرق المتوسط، الذي عُقد في أيار/ مايو 2014. وكان قد أُجري، فُيبل انعقاد هذا المؤتمر، مسح على 17 من السلطات التنظيمية الوطنية، والذي أظهر أن لدى غالبية هذه السلطات (80٪) مهاماً تنظيمية أساسية قائمة، وأنها جميعاً مسؤولة عن تسجيل المنتجات الطبية، وأن 40٪ فقط من السلطات التنظيمية الوطنية يقوم بتسجيل الأدوية الخاضعة لاختبار المنظمة المسبّق للصلاحيّة، عبر المسار السريع، بينما يقوم نحو 80٪ من هذه السلطات بتسجيل اللقاحات عبر هذا المسار السريع.

وشهد العمل في مجال الإدارة (الحوكمة) الرشيدة للأدوية تقدماً في 16 بلداً من بلدان الإقليم. وكان قد تم التركيز، في أحد الاجتماعات الإقليمية على إدارة تضارُب المصالح باعتبارها قضية ذات أولوية في سياسات الحوكمة. ويُعدّ برنامج الإدارة الرشيدة للأدوية في هذا الإقليم، البرنامج الأكثر تطوراً بين جميع أقاليم المنظمة، في ظل وجود 6 بلدان في المرحلة الأولى من هذا البرنامج، و7 بلدان في المرحلة الثانية، وثلاثة بلدان في المرحلة الثالثة منه. وقد أظهرت المرتصات المحدثة للقطاع الدوائي في جميع البلدان أن فرص الحصول على الأدوية الخاضعة للمراقبة لعلاج الألام والاضطرابات النفسية، ما تزال محدودة جداً، الأمر الذي يجعل المرضى يعانون، بينما لا ينبغي لهم أن يعانون من ذلك. وتقدّم العمل كذلك في مجال تقييم وتنظيم وإدارة التكنولوجيا الصحية، في ظل إنشاء الشبكة الإقليمية لتقييم التكنولوجيا الطبية في إقليم شرق المتوسط، من أجل تشاطُر المعلومات وتبادل المعارف في هذا المجال. وجاء ذلك كمحصلة للاجتماع البلداني الثاني



↑ بعثة منظمة الصحة العالمية إلى جمهورية إيران الإسلامية تجري تقييماً لتقديم الخدمات على مستوى المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأولية

غير مدرّبين في مجال طب الأسرة. وهناك أقسام خاصة بطب الأسرة متوافرة في 13 بلداً، ويبلغ عدد أطباء الأسرة المتخرجين منها سنوياً 700 طبيباً، يأتي معظمهم من بلدان المجموعة الأولى.

وتم وضع خارطة طريق لتعزيز تقديم الخدمات من خلال نهج طب الأسرة، وهي تتسق مع إطار العمل المعد من أجل التقدّم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وستواصل الدعوة، خلال 2015، للعمل على توسيع نطاق نهج طب الأسرة باعتباره النهج الرئيسي لتوفير الخدمات المتكاملة التي تركز على الناس. وسيكون تبادل البيّنات حول كيفية التوسّع في تخرج لأطباء الأسرة على الأمدّين القريب والمتوسط، من بين المهام الأساسية في هذا المجال.

وقد أُجريت دراسات عديدة أيضاً من أجل الحصول على فهم أفضل للقطاع الصحي الخاص، بما في ذلك تقييم جودة وتكلفة الرعاية في القطاع الصحي الخاص، وذلك في ستة بلدان، ولأوضاع تنظيم القطاع الخاص في أربعة بلدان، علاوة على استعراض الدروس المستفادة من الشراكة بين القطاعين العام والخاص. وعُرّضت نتائج هذه الدراسات في أحد الاجتماعات التشاورية الإقليمية، الأمر الذي أفضى إلى تحديد عدد من الأولويات في ما يتعلق بالعمل مع القطاع الخاص.

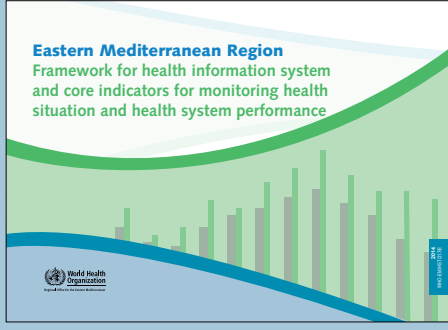
مسؤول، وذلك تماشياً مع خطة العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات.

تقديم الخدمات المتكاملة

على الرغم من التزام معظم البلدان في الإقليم بتعزيز طب الأسرة، يتيسر تنفيذ هذا الالتزام بالتفاوت وعدم الاتساق. فقد أظهر تقييم أجري لوضع طب الأسرة، وجود فجوات كبيرة من حيث الالتزام السياسي، وتسجيل المرضى، وحزم الخدمات الصحية الأساسية، وقوائم الأدوية الأساسية، ونظم الإحالة، والموظفين. ومن بين التحديات الكبيرة الأخرى في هذا المجال، النقص الحاصل في أعداد الأطباء المدربين على ممارسة طب الأسرة، وعدم قدرة برامج التدريب الحالية على تلبية القدر الهائل من الاحتياجات المطلوبة في هذا المضمار.

ويشكّل غياب الرعاية الرفيعة الجودة على مستوى الرعاية الصحية الأولية، والتوسّع غير المنظم للقطاع الصحي الخاص في معظم بلدان المجموعتين الثانية والثالثة، تحديات إضافية. وتستهلك مستشفيات القطاع العام نسبة كبيرة من ميزانيات الصحة، وهي لا تلبي معايير الجودة والسلامة في كثير من البلدان، كما أنها تعتمد بشكل متزايد في بلدان أخرى على الرسوم التي يسدها متلقو الخدمة. والمستشفيات عموماً، ليست مندمجة بشكل متكامل ضمن النظام الصحي، ولا توفر الدعم في ما يتعلق بالإحالة.

ويحظى طب الأسرة بالتشجيع باعتباره النهج الرئيسي لتوفير الخدمات المتكاملة التي تركز على الناس. وقد تم، في اجتماع تشاوري إقليمي عُقد بالتعاون مع المنظمة العالمية لأطباء الأسرة، عرض تحليل للأوضاع الحالية لبرامج طب الأسرة، والتدريب الخاص بأطباء الأسرة. وأظهر تحليل للموقف، أجري في عام 2014، أن معظم البلدان قد وضع حزمة أساسية من الخدمات، وهي تطبّق بالفعل في عدد يزيد قليلاً عن نصف عدد البلدان، وأن نظاماً لتسجيل المرضى، وملفات للأفراد/الأسر يُعمل به في نصف عدد البلدان، كما أن نظام الإحالة يعمل بشكل جزئي أو كلي في خمسة بلدان. ومع ذلك، فإن ما يربو على 90% من الأطباء العاملين في مرافق الرعاية الأولية



↑ إطار نُظْم المعلومات الصحية والمؤشرات الأساسية

المعلومات الصحية ومؤشراته الأساسية مجالات ثلاثة هي: المخاطر والمحددات الصحية، والوضع الصحي، وأداء النُظْم الصحية.

وكان للتركيز على تعزيز الإحصاءات الخاصة بالوفيات التي تُعزى لأسباب محددة، على النحو الموصى به في الاستراتيجية الإقليمية لتعزيز نُظْم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، التي أقرتها اللجنة الإقليمية في عام 2013، أثره الذي تمثل في زيادة عدد البلدان التي تقوم برفع تقارير بإحصاءات الوفيات، من 7 بلدان (الأردن، والبحرين، وعمان، وقطر، والكويت، ومصر، والمغرب)، إلى 12 بلداً (بإضافة الإمارات العربية المتحدة، وجمهورية إيران الإسلامية، وباكستان، وتونس، وفلسطين، والمملكة العربية السعودية). وقد تحسنت جودة المعلومات التي ترد في هذه التقارير بعض الشيء، غير أنه لا يزال هناك المزيد من العمل الذي ينبغي القيام به في هذا المجال من أجل الوصول إلى مستوى جودة مثالي. وتم إنشاء مركز متعاون مع المنظمة في الكويت لتقديم الدعم من أجل مزيد من التحسّن في تقارير إحصاءات الوفيات والاستخدام الأفضل لسلسلة التصنيفات الدولية للمنظمة.

وتلتزم المنظمة، على مدى العامين المقبلين، بدعم الدول الأعضاء في سعيها لتعزيز نُظْمها الخاصة بالمعلومات الصحية استناداً إلى الإطار الجديد، وتوفير معلومات موثوقة تمكّنها من رصد المحددات والمخاطر الصحية، والوضع الصحي، وتقييم استجابة النُظْم الصحية، والتي بدورها، ستوفر المعلومات التي يُستَرد بها في وضع السياسات، واتخاذ القرارات من

وعُقد اجتماع تشاوري إقليمي حول جودة وسلامة الرعاية في بلدان الإقليم، تم تنظيمه بالتعاون مع المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية. وتم تحديث دليل تقييم سلامة المرضى، الذي نُشر في عام 2011، واختباره ميدانياً في بلدين، كما تم إعداد مجموعة أدوات لسلامة المرضى. ويجري حالياً تجريب إطار عمل لتقييم وتحسين الجودة على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وسيتم تكثيف أنشطة بناء القدرات في مجالات سلامة المرضى، والجودة، والتقييم، والتنظيم، والشراكة مع القطاع الصحي الخاص، والرعاية في المستشفيات وإدارتها.

وتُعَدُّ الرعاية في المستشفيات وإدارتها واحدة من مجالات العمل الجديدة التي تلقى اهتماماً متزايداً. وينصب التركيز على إجراء تحليل شامل لأوضاع مستشفيات القطاع العام في الإقليم. وتم تقديم برنامج تعليمي في مجال إدارة المستشفيات، عُقد بالتعاون مع جامعة أغاخان في كراتشي، وذلك للبلدان التي تشهد نزاعات. ويجري حالياً تحديث هذه الدورة تمهيداً لنشرها في الإقليم.

وتم تقديم الدعم التقني كذلك للبلدان المؤهلة لتقديم طلبات جديدة لتلقي الدعم من التحالف الدولي للقاحات والتمنيع. وتبلغ قيمة دعم التحالف لتقوية النُظْم الصحية 85 مليون دولار أمريكي. وعُقدت، بالتزامن مع ذلك، حلقات عمل لتنمية قدرات النظام الصحي، بغرض بناء قدرات مديري البرامج في هذه البلدان.

نُظْم المعلومات الصحية

كان هناك عمل مكثّف لمراجعة نُظْم المعلومات الصحية في الإقليم والذي تم من خلال اجتماعات تشاورية لخبراء في هذا المجال، واجتماعات بلدانية، وتقييمات سريعة وشاملة، حيث تم تحديد الثغرات والتعرّف على التحديات، ومن ثمّ تطوير نهج لتقوية نُظْم المعلومات الصحية الوطنية. ومن شأن إطار نُظْم المعلومات الصحية الذي أفضت إليه تلك المراجعة، والمؤشرات الأساسية التي أقرتها اللجنة الإقليمية (القرار ش م/ل 61/ق-1)، أن يقدم توجيهات واضحة للبلدان في هذا الشأن. ويغطي الإطار الإقليمي لنُظْم

البحث والتطوير والابتكار

عُقد اجتماع إقليمي لأعضاء لجنة شرق المتوسط الاستشارية للبحوث الصحية ومجموعة من الخبراء في مجال البحوث، وذلك لمناقشة إدماج البحوث في عملية رسم ملامح مستقبل الصحة في الإقليم. وتم التركيز في هذا الاجتماع على تحديد أولويات البحوث في ما يتصل بالأولويات الاستراتيجية الإقليمية الخمس. ومن المنتظر أن تكتمل هذه العملية في كانون الثاني/يناير 2016، وسوف يُسترد بنتائجها في توجيه أنشطة البحوث في الثنائية 2016-2017. وكانت الدعوة إلى تقديم المقترحات البحثية في إطار المنح الخاصة للبحوث في المجالات ذات الأولوية للصحة العمومية لعام 2014، قد ركزت أيضاً على الأولويات الاستراتيجية. وتم في مطلع عام 2015، تقديم اثنتي عشرة منحة تتراوح قيمتها بين 10 000 و20 000 دولار أمريكي.

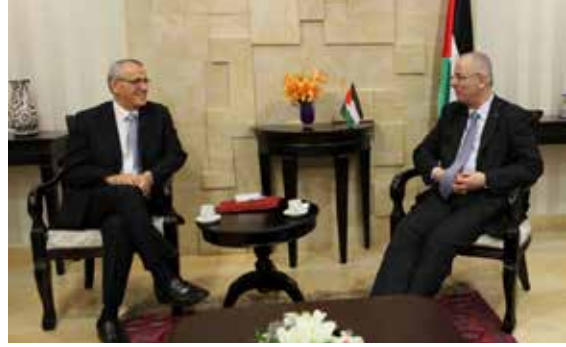


Photo: ©WHO

↑ المدير الإقليمي يلتقي دولة رئيس الوزراء الدكتور رامي الحمد الله لاستعراض الاتجاهات الاستراتيجية وفرص التعاون مستقبلاً بشأن المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة، أحد مشاريع منظمة الصحة العالمية

أجل تقديم رعاية صحية أفضل. كما ستواصل المنظمة دعمها للدول الأعضاء سعياً إلى معالجة الثغرات في نُظُمها الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، الأمر الذي أوضحته التقييمات السريعة والشاملة التي أجريت على مدى العامين المنصرمين.

تعزيز الصحة في جميع مراحل العمر

النهج الشامل لمراحل الحياة

الصحة هي نتاج كل السياسات، بما في ذلك تلك المتعلقة بالمحددات الاجتماعية للصحة. وقد واصلت المنظمة، في عام 2014، جهودها في دعم البلدان لحماية وتعزيز صحة وسلامة وعافية سكان الإقليم طيلة العمر، مع التركيز بشكل خاص على صحة الأمهات والأطفال باعتبارها أولوية استراتيجية.

صحة الأمهات والأطفال والصحة الإنجابية

شهد الإقليم، في الفترة ما بين 1990 و2013، انخفاض معدل وفيات الأمهات بنسبة 50٪، والأطفال دون سن الخامسة بنسبة 46٪ (انظر الشكلين 1 و 2). وانتقل الإقليم من المرتبة الثانية إلى المرتبة الثالثة بين أقاليم المنظمة من حيث أعلى معدلات الوفيات بين الأمهات، بعد إقليمي أفريقيا وجنوب شرق آسيا. وعلى الرغم من هذه الإنجازات، فإن معدلات الانخفاض ما تزال غير قادرة على بلوغ المعدلات التي حددتها الأهداف الإنمائية للألفية؛ الهدف الرابع (خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 67٪)، والهدف الخامس (خفض وفيات الأمهات بنسبة 75٪)، بحلول 2015. وفضلاً عن ذلك، فإن 26 000 من الأمهات، و845 000 من الأطفال دون سن الخامسة ما يزالون يلقون حتفهم كل عام في هذا الإقليم. ويقع نحو 95٪ من هذه الوفيات في الدول الأعضاء التسع التي تنوء بعبء مرتفع من وفيات الأمهات والأطفال.

وهناك العديد من العوامل التي تسهم في ارتفاع معدلات وفيات الأمهات والأطفال. فالنظم الصحية الضعيفة، والنقص في أعداد الموارد البشرية المدربة تدريباً جيداً، والتوافر غير المستدام للسلع الضرورية، وعدم أداء نظم الإحالة للمهام المنوطة بها، تمثل تحدياً كبيراً أمام البلدان التي تنوء بعبء مرتفع في هذا المجال. ويتفاقم هذا الوضع بفعل عدم

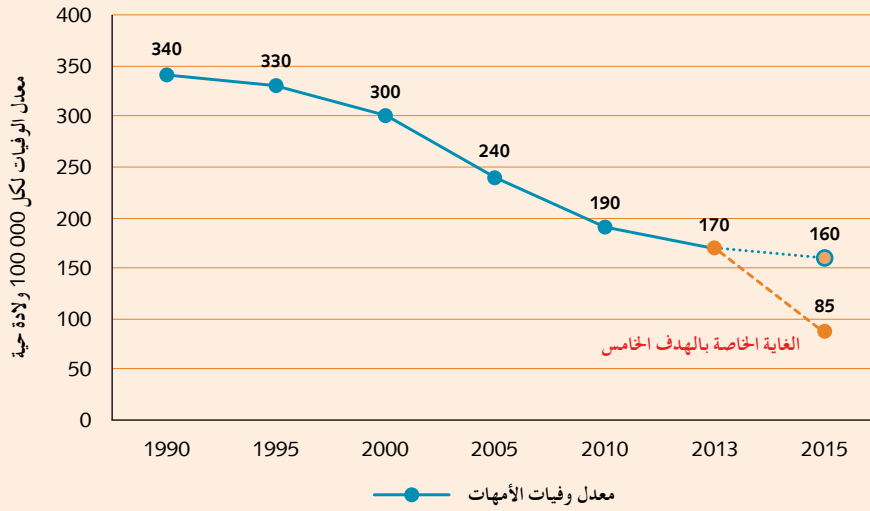


Photo: ©WHO

↑ المدير الإقليمي يهنئ دولة رئيس الوزراء عبد الولي شيخ أحمد على إطلاق الخطة الوطنية للصومال لتسريع وتيرة التقدم في مجال صحة الأمهات والأطفال

الاستقرار السياسي، والاضطرابات الاجتماعية، والأزمات الحادة والمزمنة الطويلة الأمد التي تعاني منها هذه البلدان.

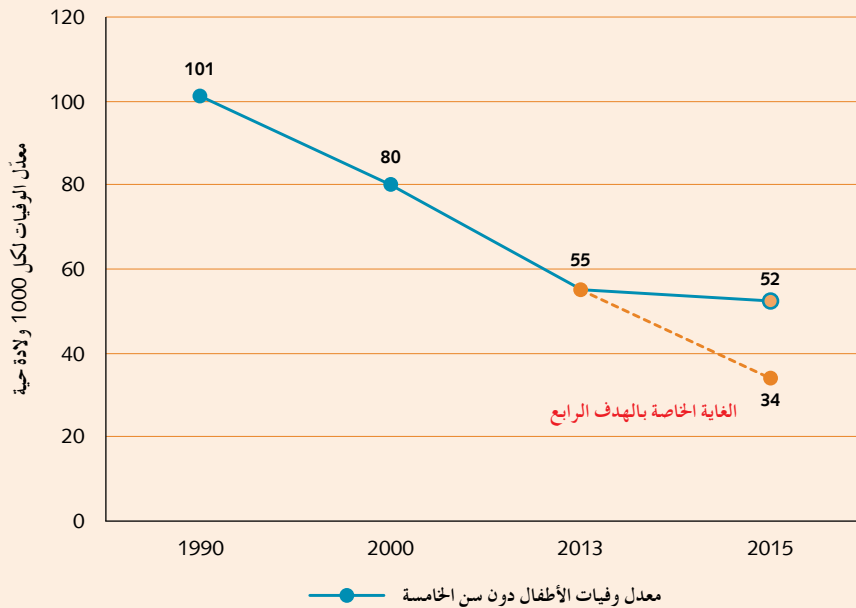
وحافظ المكتب الإقليمي، خلال 2014، على دعمه في مجال الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال، والمراهقين، مع التركيز بشكل خاص على صحة الأمهات والأطفال في البلدان التسعة ذات الأولوية، وذلك من خلال تعاون وثيق مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف. وقد تم، بنهاية أيلول/سبتمبر 2014، استيعاب الأموال التي كانت المنظمة قد خصصتها في عام 2013 من أجل الشروع في تنفيذ الخطط الوطنية لتسريع وتيرة التقدم في مجال صحة الأمهات والأطفال في هذه البلدان. واستُخدمت هذه الأموال في دعم تنفيذ الأنشطة ذات الأولوية، والتي شملت: بناء قدرات مقدمي الخدمات الصحية، وشراء السلع المنقذة للحياة، وتعزيز التدخلات المجتمعية. وحيث حددت البلدان التسعة جميعاً، صحة الأمهات والأطفال كبرامج ذات أولوية في الثنائية 2014-2015، فقد تم توفير 7 ملايين دولار أمريكي أخرى لتنفيذها، وذلك من خلال البرنامج التعاوني للمنظمة. وعلاوة على ذلك، تم توفير 7 ملايين دولار أمريكي، و10 ملايين دولار أمريكي، من موارد الصندوق الاستئماني، لدعم الأنشطة ذات الصلة ذات الأولوية في كل من أفغانستان وباكستان، على التوالي.



المصدر: الاتجاهات في وفيات الأمهات: 1990 - 2013. تقديرات منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، وشعبة السكان في الأمم المتحدة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014.

الشكل 1

اتجاه وفيات الأمهات 1990-2013 واستقراره حتى عام 2015



المصدر: مستويات وفيات الأطفال واتجاهاتها - تقرير 2014، تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وفيات الأطفال التابع للأمم المتحدة. جنيف: اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، وشعبة السكان في الأمم المتحدة؛ 2014.

الشكل 2

اتجاهات وفيات الأطفال دون سن الخامسة: 1990-2013 واستقرارها حتى عام 2015



Photo: ©WHO/Rada Akbar

↑ المنظمة تدعم الخدمات الطبية المتنقلة في العديد من البلدان، كما هو الحال في أفغانستان حيث لا تُتاح الرعاية السابقة للولادة لسكان المناطق النائية

من الأهداف الإنمائية للألفية. ويشير هذا التحليل إلى أن سبعة بلدان حققت انخفاضاً في مستويات وفيات الأمهات والأطفال، وأن ستة من هذه البلدان تمكّنت من بلوغ الهدف الرابع، وحقق بلدان الهدف الخامس. وبأخذ ذلك في الاعتبار، فإن خمسة بلدان، بالإضافة إلى البلدان التسعة ذات الأولوية، يتعيّن عليها أن توجّه مزيداً من التركيز إلى صحة الأمهات والأطفال حتى نهاية 2015. وما من شك في أن الأزمات التي يمرّ بها العديد من البلدان قد أثّرت تأثيراً خطيراً على الإنجازات التي سبق تحقيقها. إذن، فهناك حاجة ماثلة إلى تبني نهج مبتكرة من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للأمهات والأطفال في ظل هذه الظروف. وحتى في البلدان التي تنخفض فيها معدّلات وفيات الأمهات والأطفال، فإن هناك حاجة إلى وجود خطط استراتيجية للحفاظ على الإنجازات القائمة، وتنفيذ التدخّلات المستهدّفة لتحقيق مزيد من الانخفاض في معدّلات وفيات الأمهات والأطفال، ولاسيّما وفيات حديثي الولادة.

ولم يتبقّ سوى شهور قليلة على موعد رفع التقارير بشأن ما أنجز تجاه بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية. ورغم أن عدداً من البلدان التسعة ذات الأولوية سيظل يسجل معدّلات وفيات مرتفعة، فإن هذه البلدان قد أحرزَت تقدماً كبيراً في هذا المجال، وذلك بفضل الجهود المشتركة والمكثفة التي بُذلت في هذا الشأن. ومن الأهمية بمكان أن تتواصل هذه الجهود،

وفي اجتماع بلداني لمديري البرامج الوطنية، عُقدت بصفة مشتركة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف، في حزيران/يونيو 2015، تمّت مراجعة الوضع الحالي والتحدّيات التي تواجه البلدان في مجال صحة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال، بما في ذلك الأسباب الرئيسية المؤدّية إلى وفيات الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال في هذا الإقليم. واستناداً إلى نتائج هذا الاجتماع، تم تحديد الإجراءات ذات الأولوية اللازمة لتيسير تنفيذ خطط تسريع وتيرة التقدّم في مجال صحة الأمهات والأطفال في عام 2015، وكذلك التوجّهات الاستراتيجية الخاصة ببرامج الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال، والمراهقين في مرحلة ما بعد 2015. وواصلت المنظمة متابعتها الوثيقة ودعمها المستمر لتنفيذ الخطط الموضوعية، وقدمت الدعم التقني لمعالجة الثغرات التي تم تحديدها من خلال البعثات القطرية. ويتم إيلاء اهتمام خاص لتقوية العناصر ذات الصلة بالنظّم الصحية. ويشمل ذلك تحليل مدى توافر الموارد البشرية اللازمة لتقديم خدمات صحة الأمهات والأطفال، وتقييم الخدمات المقدّمة من حيث الجودة ومكافحة العدوى، وتعزيز أنشطة البحوث الميدانية لمعالجة الثغرات في نظام تقديم الرعاية الصحية.

ومن أولويات أعمال المنظمة في هذا الإقليم، دعم البلدان لإنشاء وتعزيز رعاية ما قبل الحمل. والعرض من ذلك هو تحقيق مزيد من التحسّن في حصائل الخدمات المقدّمة لصحة الأمهات، وحديثي الولادة، والأطفال في الدول الأعضاء. وقد أفضى اجتماع عُقد مع الدول الأعضاء، وخبراء دوليين وإقليميين، إلى الوصول إلى توافق في الرأي حول مجموعة من التدخّلات الأساسية، وقنوات تقديم الخدمة في ما يتعلق برعاية ما قبل الحمل. ومن المقرّر القيام بمزيد من الأعمال خلال 2015 من أجل دراسة أكثر عمقاً لقاعدة البيّنات ذات الصلة بهذه التدخّلات، وكذلك لوضع إطار تنفيذي إقليمي في هذا المجال.

وبدأت المنظمة، بالتعاون مع الشركاء، في تحليل الإنجازات التي تحققت في البلدان في ما يتعلق بالهدفين الرابع والخامس

Food and nutrition surveillance systems

A manual for policy-makers and programme managers

Food and nutrition surveillance systems

A guide for trainers



↑ أحدث المنشورات حول التغذية

وأن توضع الخطط المناسبة استناداً إلى خطة التنمية لما بعد عام 2015. وسيكون التزام الدول الأعضاء ومشاركتها أمراً حاسماً في قيادة الحوار حول خطة التنمية لما بعد عام 2015، ومعالجة الأولويات المتصلة بإنقاذ حياة الأمهات والأطفال. وتستند الاستراتيجية العالمية المنقحة بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق، التي سيتم إطلاقها في اجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر 2015، إلى استراتيجية 2010-2015، إضافة إلى الدروس المستفادة من الأهداف الإنمائية للألفية، وسترکز على البيئات ذات الصلة بالاستثمارات والإجراءات الفعّالة، وستستهدف المساواة، وحقوق الإنسان، والمحددات الاجتماعية للصحة. وسيكون على الدول الأعضاء مواءمة توجهاتها الاستراتيجية كي تتوافق مع هذه الاستراتيجية وخطة التنفيذ الخمسية التي سيُقرها رسمياً في اجتماع جمعية الصحة العالمية، في أيار/مايو 2016.

التغذية

وباكستان، وجيبوتي، والسودان، واليمن، بلدان الإقليم التي تنوء بالعبء الأكبر من التقرُّم ونقص الوزن، حيث تتراوح نسبة انتشار التقرُّم ما بين 33.5٪ و46.5٪، ونسبة انتشار نقص الوزن ما بين 25٪ و39٪. ويشير معدّل التغير السنوي في نسبة انتشار التقرُّم إلى أن عدة بلدان (فلسطين، ولبنان، ومصر، والمغرب) تسير على الدرب الصحيح صَوْب بلوغ الهدف المحدد لعام 2025 في ما يتعلق بالتقرُّم.

وعلى الرغم من الالتزام العالمي بتعزيز الاقتصار على الرضاعة الطبيعية، فإن نسبة الالتزام بهذه الممارسة في الإقليم ما تزال منخفضة ولم تزد على 34٪. وما يزال مستوى تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم في هذا الإقليم دون الهدف العالمي (50٪). وأظهر تقييم إقليمي أجري في عام 2014، أن خمسة بلدان فقط هي التي تنفذ المدونة تنفيذاً كاملاً، في حين يتم تنفيذها بشكل جزئي في عشرة بلدان، ولا يتم تنفيذها في ستة من البلدان. وقد عُقد اجتماع تشاوري إقليمي بَعْرَض بحث سُبل تسريع وتيرة تنفيذ هذه المدونة، وأسفر ذلك عن إصدار بيان إقليمي خاص بالسياسات وخطة عمل بشأن الحاجة الماسّة إلى التنفيذ الكامل للمدونة ولقرارات جمعية الصحة العالمية ذات الصلة التي تم توزيعها على جميع

ما تزال مؤشرات التغذية في هذا الإقليم تثير القلق، حيث تعاني البلدان من ارتفاع معدلات سوء التغذية، وتدني ممارسات التغذية، وِعَوَز المغذيات الزهيدة المقدار، والسمنة. ويسهم سوء التغذية إسهاماً كبيراً في وفيات الأطفال، ويُعدُّ السبب الرئيسي وراء وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث يتسبب في وقوع 45٪ من مجموع وفيات الأطفال في العالم، وكذلك في هذا الإقليم، في عام 2013. وعلى الجانب الآخر، فإن فقر الدم، الذي يؤدي إلى ضعف صحة النساء وعافيتهن، ويزيد من خطر حدوث نتائج سلبية لدى الأمهات وحديثي الولادة، يصيب حوالي 40٪ من النساء في سن الإنجاب في هذا الإقليم. وتعمل المنظمة مع الدول الأعضاء من أجل تطبيق خطة التنفيذ الشاملة الخاصة بتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال، وأهدافها العالمية، التي أقرتها جمعية الصحة العالمية في عام 2012.

وفي ما يتعلق بنقص التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة، فإن المتوسط الإقليمي المرجح يبلغ 28٪ بالنسبة للتقرُّم، و8.71٪ للهبزال، و18٪ لنقص الوزن. ويمثّل كل من أفغانستان،

وزارات الصحة من أجل تنفيذها. وتعمل المنظمة مع الدول الأعضاء على رصد تنفيذ هذه الخطة.

وارتفعت معدلات فرط الوزن والسمنة بين الأطفال دون سن الخامسة، على مستوى الإقليم، من 5.8% إلى 8.1% خلال الفترة ما بين عامي 1990 و2012، وهو ما يتجاوز المعدل العالمي البالغ 6.7%. وابتشر فرط الوزن والسمنة بين المراهقين (13-15 عاما) انتشاراً كبيراً، ولاسيماً في بلدان المجموعة الأولى، وفي بعض بلدان المجموعة الثانية. وترتفع معدلات فرط الوزن والسمنة في معظم بلدان هاتين المجموعتين بما يفوق القيمة الوسطية العالمية البالغة 21.7%. والبيانات المتوافرة حالياً في هذا الإقليم تُخصّص فقط فئتين عمريتين: الأطفال دون سن الخامسة، والمراهقين ما بين 13 و15 سنة.

إذن، فالتحديات التي تواجه برامج التغذية في هذا الإقليم، ولاسيماً في بلدان المجموعة الثالثة، هي تحديات هائلة. وهناك حاجة ملحة إلى رفع مستوى الالتزام وإبلاء الأولوية لقضية التغذية في جميع البلدان. وكان قد عُقد اجتماع بلداني حول التغذية في حزيران/يونيو 2015، من أجل توجيه الدول الأعضاء حول كيفية تنفيذ التوصيات الصادرة عن المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية، حيث تم تحديد مجموعة من سبع مبادرات ذات أولوية، في ذلك المؤتمر. وسيتم وضع إطار عمل إقليمي، خلال 2015، من أجل ترجمة هذه الأولويات إلى إجراءات ملموسة يتم تنفيذها عبر الثنائية القادمة وفي ما بعدها.

التشخيص وصحة الفئات الخاصة

على الرغم من وجود أولويات متنافسة، فقد اتخذ العديد من البلدان خطوات نحو تعزيز الجهود في مجال التمتع بالصحة والنشاط في مرحلة الشيخوخة، وصحة الفئات الخاصة. فالبلدان تولي اهتماماً خاصاً لتعزيز البرامج المعنية بالتمتع بالصحة والنشاط في مرحلة الشيخوخة، وتقوم بتنفيذ خطة العمل العالمية المعنية بصحة العمال. كما يتم تنفيذ مبادرة الرعاية الصحية الأولية المراعية للمسنين في عدد من البلدان، وتتم الاستفادة من نتائجها لتحسين أداء البرنامج.

وتم تقديم الدعم التقني لبلدان مجلس التعاون الخليجي لوضع آليات لتطبيق معايير الصحة المهنية والبيئية في اعتماد المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى، مع تحديد أدوار واضحة للأطراف المعنية. وتم وضع خطة عمل مفصلة تتضمن مؤشرات عملية، وإطار زمني من أجل توسيع نطاق خدمات صحة العمال في هذه البلدان. وتواصل التعاون مع برنامج الصحة النفسية بهدف تعزيز الخدمات النفسية والاجتماعية في أوساط الصحة المدرسية، وإضفاء الطابع المؤسسي على تعزيز الصحة النفسية المدرسية وخدماتها. فأوضاع الطوارئ المعقدة السائدة في 16 بلداً من بلدان الإقليم تؤكد مدى الحاجة إلى إدماج عنصر الصحة النفسية ضمن برامج الصحة المدرسية. وقد تم الانتهاء من إعداد حزمة تدريبية لمعلمي المدارس، والتي خضعت لمراجعة نظراء قام بها مراجعون خارجيون، وكذلك من خلال اجتماع تشاوري إقليمي عُقد في القاهرة، وستتم تجربتها في خمسة بلدان. وفي ضوء الأهمية التي تحظى بها المدارس باعتبارها نقطة دخول للعديد من التدخلات الخاصة بالصحة العمومية، فإن الحاجة إلى وضع معايير متكاملة لتعزيز الصحة في المدارس، آخذة في الازدياد. ويتواصل العمل في هذا الاتجاه، وسيتم إطلاق مبادرة جديدة في هذا المجال خلال النصف الثاني من 2015.

العنف والإصابات والإعاقات

يحل الإقليم ثانياً بين أقاليم المنظمة من حيث معدل الوفيات الناجمة عن حوادث المرور على الطرُق (21.3 لكل 100 000 نسمة، مقارنةً بالمعدل العالمي البالغ 18.03 لكل 100 000 نسمة). وبينما تقع غالبية هذه الوفيات في البلدان المتوسطة الدخل، فإن لدى البلدان ذات الدخل المرتفع أعلى معدل وفيات بين البلدان المماثلة في جميع أنحاء العالم. ومن الواضح أن الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق تشكّل مصدر قلق بالغ بالنسبة لجميع بلدان الإقليم، بصرف النظر عن مستوى الدخل فيها. ولا تزال هناك ثغرات خطيرة في ما يتعلق بالتنفيذ الشامل للتدخلات التي أثبتت جدواها من حيث الفعالية لقاء التكاليف. وعلى حين تقوم غالبية البلدان بتطبيق بعض جوانب هذه التدخلات، فإنها لا تطبق كحزمة



↑ الحكومة الأفغانية تطلق أول بروتوكول للعلاج لمقدمي خدمات الرعاية الصحية من أجل تعزيز استجابة القطاع الصحي للعنف القائم على نوع الجنس

عملية لبلدان المجموعات الثلاث، استناداً إلى الأعمال ذات الصلة بالمنظمة، بما في ذلك التقرير العالمي عن حالة السلامة على الطرق 2015، مع الأخذ في الاعتبار التطورات العالمية الأخيرة، مثل الأهداف الجديدة للتنمية المستدامة.

وفي مجال الوقاية من العنف، قدّم تقرير الحالة العالمي عن الوقاية من العنف، 2014، لأول مرة، معلومات عن مختلف جوانب الوقاية من العنف ومكافحته، وذلك من 16 بلداً من بلدان هذا الإقليم، تمثل 63٪ من سكانه. ويبين التقرير أن البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل في هذا الإقليم تحتل المرتبة الثالثة (7 لكل 100 000 نسمة) من حيث جرائم القتل، بين البلدان المماثلة في جميع أقاليم المنظمة. وتبيّن أن الكثير من استراتيجيات الوقاية التي خضعت للمسح متوافرة، غير أنه ينبغي تقييم تنفيذ تلك الاستراتيجيات. وسيتم، في عام 2015، إجراء حوارات بشأن السياسات الوطنية في ثلاثة بلدان، حول النتائج الواردة في التقرير العالمي، وذلك من أجل وضع خطط عمل واضحة لمعالجة الثغرات التي تم تحديدها.

واستعرض اجتماع تشاوري إقليمي مسوّدة خطة العمل العالمية لتعزيز دور النظم الصحية في التصدي للعنف بين الأشخاص، ولاسيّما ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال. كما سيتم، في إطار الإعداد لتنفيذ الخطة، متابعة إجراء تحليل للأطراف المعنية، وكذلك توصيف الوضع الحالي والجهود التي تُبدل للتصدي للعنف ضد النساء والفتيات، وضد الأطفال.

واحدة تغطي جميع العناصر الأساسية، الأمر الذي يؤثر بشكل خطير على فاعليتها.

ومن بين التحديات الماثلة في هذا المجال، الالتزام السياسي غير الكافي، ونقص التنسيق، وعدم كفاية العمل المتعدد القطاعات، وضعف إنفاذ وتطبيق وتقييم السياسات والأطر التشريعية، والغياب واسع النطاق للتبليغ، وتفتت النظم الخاصة بالبيانات، فضلاً عن الثغرات الكبيرة في خدمات الرعاية والتأهيل التالي للإصابات والرضوح. ويتعيّن على القطاع الصحي أن يستوعب دوره كاملاً في ما يتعلق بالوقاية من الإصابات ومكافحتها.

وكان قد عُقد اجتماع تخطيطي لمسؤولي التنسيق المعنيين بالوقاية من الإصابات، في وزارات الصحة، حيث حدّدت البلدان الأنشطة ذات الأولوية التي ينبغي إدراجها ضمن خططها الوطنية في هذا المجال. وتم إعداد إطار عمل إقليمي حول السلامة على الطرق، وذلك بالتشاور مع البلدان ومع مجموعة من الخبراء الخارجيين. واستكملت البلدان إجراءات التبليغ الخاصة بالتقرير العالمي عن حالة السلامة على الطرق 2015، الذي سيرصد التقدم المحرّر عبر عقد العمل من أجل السلامة على الطرق 2011-2020. وتم إعداد منهجية معيارية لتقدير كلفة الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق، وسيتم اختبارها خلال 2015. وتم اختبار أداة إقليمية لتحديد ملامح نظم رعاية الإصابات والرضوح، وذلك في ثلاثة من البلدان، تمهيداً للتوسّع في استخدامها في بلدان أخرى.

ومن المقرر عُقد اجتماع رفيع المستوى حول السلامة على الطرق في أوائل 2016 من أجل زيادة الالتزام السياسي والاتفاق على إجراءات ملموسة لتسريع وتيرة التقدم خلال النصف الثاني من عقد العمل. وسيتم، في إطار التحضير لهذا الاجتماع، عُقد اجتماع تشاوري للخبراء من أجل وضع اللمسات الأخيرة على إطار العمل المحدد، ولمراجعة الوثيقة المرجعية للاجتماع، والتي تقوم المنظمة بإعدادها مع كلية بلومبرغ للصحة العمومية التابعة لجامعة جونز هوبكنز. وسوف تقدّم هذه الوثيقة معظم المعلومات حول عبء الإصابات الناجمة عن التصادمات المرورية على الطرق في هذا الإقليم، بالإضافة إلى توصيات

الأعضاء لا يقدّم استثمارات كافية في مجال الوقاية من العمى وضعف البصر ومكافحتها.

وسوف يعتمد بلوغ هدف القضاء على العمى الذي يمكن تجنبه، بحلول عام 2020، على مدى قدرة النظم الصحية على توسيع نطاق الجهود المبذولة في هذا الصدد. ويتطلب ذلك تطوير خدمات الرعاية الصحية لمرضى العيون، وإدماج هذه الخدمات في إطار النظام الصحي العام، بما يتسق مع خطة العمل العالمية 2014-2019 من أجل توفير صحة العين للجميع.

التثقيف الصحي وتعزيز الصحة

يملك الإقليم أعلى معدل انتشار للخمول البدني بين البالغين على مستوى العالم. واستناداً إلى التوصيات الصادرة عن جمعية الصحة العالمية وعن اللجنة الإقليمية، عُقد في مدينة دبي، بالإمارات العربية المتحدة، منتدى إقليمي متعدد القطاعات ورفيع المستوى حول تمهّج يمتد طيلة العمر لتعزيز النشاط البدني. وأسفر هذا المنتدى عن دعوة إقليمية للعمل على تعزيز النشاط البدني، وعن مجموعة من التدخّلات لقطاعات محددة. وشكّلت لجنة استشارية إقليمية لدعم تنفيذ الدعوة للعمل المشار إليها.

وتم توسيع نطاق مسح لتقييم القدرات الوطنية لوضع وتنفيذ السياسات والبرامج الخاصة بالنشاط البدني ليشمل 16 بلداً بدلاً عن 12 بلداً. وركّزت المنظمة، في عام 2015، على بناء القدرات الوطنية في مجال إعداد خطط العمل الوطنية المتعددة القطاعات المتعلقة بالنشاط البدني، وكذلك وضع خطط التسويق الاجتماعي والحملات الإعلامية. وعلاوة على ذلك، تم بالشراكة مع المركز المتعاون مع المنظمة بشأن النشاط البدني والتغذية والسمنة، في سيدني بأستراليا، إعداد حزمة تدريبية عن وسائل الإعلام والتسويق الاجتماعي للنشاط البدني والنظم الغذائية الصحية، لدعم البلدان في تنفيذ «أفضل الصفقات» في المجالات ذات الصلة.



↑ أحدث المنشورات حول الرعاية الأولية للعين والأذن

ومنذ إطلاق المبادرة العالمية للمنظمة «الرؤية 2020: الحق في الإبصار»، كان هناك تقدّم في عدد من البلدان في ما يخص تطوير وتعزيز خدمات رعاية العين، بما يشمل رفع مستوى الوعي والقبول لدى العموم، وإدماج هذا النوع من الرعاية ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية، وإدراج المؤشرات ذات الصلة ضمن نظم المعلومات الصحية. ومع ذلك، فإن هناك نقصاً في البيّنات المنهجية حول أثر الإجراءات التي تتخذها البلدان بشأن انتشار العمى الذي يمكن تجنبه. وقد أعد أكثر من نصف البلدان (الأردن، وأفغانستان، وباكستان، والبحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، والسودان، والعراق، وعمان، وقطر، وليبيا، ومصر، والمغرب والمملكة العربية السعودية)، أو أنها بصدد إعداد خطط وطنية لصحة العين، تتسق مع خطة العمل العالمية للمنظمة للعمل على توفير صحة العين للجميع، وذلك في أعقاب برنامج لبناء القدرات نظم بالتعاون مع الوكالة الدولية للوقاية من العمى - إقليم شرق المتوسط. وعلى وجه العموم، مازال القطاع العام في الدول



↑ أحدث المنشورات في مجال تعزيز النشاط البدني

ضعف الالتزام السياسي، وعدم كفاية البيانات المتعلقة بعدم المساواة، وضعف التعاون في ما بين القطاعات.

وفي واحد من الاجتماعات التقنية الخاصة بالمحددات الاجتماعية للصحة، عُقد قبيل اجتماعات الدورة الحادية والستين للجنة الإقليمية، خلصت الدول الأعضاء إلى أنه من غير الممكن معالجة الأولويات الصحية الأساسية الخمس في هذا الإقليم معالجة فعّالة، دون معالجة المحددات الاجتماعية للصحة. وطلبت هذه الدول من المنظمة تقديم توجيهات استراتيجية وإرشادات واضحة لتعزيز العمل المشترك بين القطاعات، ووضع سياسات تشمل قطاعات الحكومة كلها، ومعالجة مظاهر عدم المساواة في مجال الصحة. واستناداً إلى نتائج الاجتماع التشاوري الإقليمي الذي عُقد في جمهورية إيران الإسلامية مطلع عام 2015، فإن أربعة بلدان تشارك حالياً في مشروع تجريبي لإجراء تحليل متعمق حول المحددات الاجتماعية للصحة، كنقطة انطلاق في هذا المجال.

المحددات الاجتماعية للصحة والنوع الاجتماعي

يتوافر لدى 14 بلداً، في الثنائية الحالية (2014-2015)، محدّدات اجتماعية للصحة مدرجة في خطط العمل الخاصة بها، تركز بصفة أساسية على تنفيذ إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، والإدماج الفعّال للمحددات الاجتماعية للصحة في إطار البرامج الصحية، وتعزيز قدرات البلدان على تنفيذ إدماج الصحة في جميع السياسات، والعمل المشترك بين القطاعات، والمشاركة المجتمعية لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة.

وكانت المنظمة ومعهد الإنصاف في المجال الصحي قد أعدّا تحليلاً مبدئياً يربط بين المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة وبين جوانب عدم المساواة في مجال الصحة. وقد أوصحت هذه المراجعة وجود مظاهر عدم مساواة فادحة داخل البلدان وفي ما بينها. ومن بين التحديّات التي تم تحديدها في هذا المجال،

الصحة والبيئة

وعلى جانب آخر، تم خلال 2014، إعداد دلائل إرشادية وتشريعات خاصة بسلامة الغذاء، وتعزيز العمل بموجب دستور الأغذية الدولي في الإقليم. وقامت بلدان عدة بتعزيز قدراتها في مجال أخذ العينات والتفتيش على سلامة الأغذية والرقابة عليها. وتم إطلاق مبادرة إقليمية لتقييم سلامة الأغذية، والتي ترمي إلى إعداد مرتسبات لما يصل إلى 16 بلداً مع نهاية أيلول/سبتمبر 2015. ويتمثل الغرض من ذلك في تقييم مواضع القوة ومواطن الضعف في النظم الوطنية المعنية بسلامة الأغذية، وتحديد الإجراءات ذات الأولوية المطلوب اتخاذها من أجل معالجة الثغرات التي يتم تحديدها في هذا المجال. ومن شأن هذه المبادرة المعروفة بمبادرة «من المزرعة إلى المائدة» أن تدعم قدرات البلدان على توفّي واكتشاف المخاطر الصحية والفاشيات المنقولة بالغذاء وتوفير التدبير العلاجي لها.

وفي إطار دعم خطط التأهب للطوارئ والاستجابة لها في الإقليم، تم إنشاء مستودعات تحتوي على إمدادات متجددة من المستلزمات الأساسية للصحة البيئية، وذلك في كل من الإمارات العربية المتحدة وباكستان. وفي ذات الوقت، يقوم العديد من البلدان حالياً بالاستفادة من نظم الإنذار المبكر لاكتشاف الأمراض، في رصد الأمراض ذات الصلة بالبيئة والتنبؤ بها. وأجريت أنشطة لبناء قدرات مقدّمي الخدمات الصحية في ثمانية بلدان، في مجال الاستجابة لمقتضيات

أقرّت اللجنة الإقليمية، في عام 2013، الاستراتيجية الإقليمية بشأن الصحة والبيئة وإطار العمل الخاص بها 2014-2019. وعلى الرغم من أن تسعة بلدان فقط هي التي أعلنت صحة البيئة كأولوية في الثنائية 2014-2015، فإن غالبية دول الإقليم قامت بأنشطة ذات صلة بحماية الصحة العمومية من المخاطر البيئية. وتم تعزيز نهج التقييم والإدارة القائم على المخاطر، الوارد في الدلائل الإرشادية للمنظمة حول جودة مياه الشرب، وإعادة استخدام المياه المستعملة، وتكثيفه بما يلائم الاحتياجات النوعية الإقليمية والوطنية. وقامت 15 بلداً، حتى الآن، بتحديث معاييرها الوطنية المتعلقة بجودة مياه الشرب، تمشياً مع الدلائل الإرشادية، كما نفذ الأردن، مشروع تجريبي لاستخدام المياه المستعملة، في الزراعة. ويجري تبني الخطط الوقائية لمأمونية المياه في ثمانية بلدان، كما قام 11 بلداً بتقوية نظمها الوطنية للرقابة على قطاع المياه والصرف الصحي بموجب إطار العمل الخاص بمبادرة الأمم المتحدة بشأن التقييم العالمي للصرف الصحي ومياه الشرب (GLASS). وشارك جميع البلدان في البرنامج المشترك بين المنظمة واليونيسف للرقابة على المياه والصرف الصحي، الذي تُظهر نتائجه أن الغالبية العظمى من البلدان قد حققت، أو أنها سائرة على الدرب الصحيح لتحقيق، غايات الهدف السابع من الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالمياه والصرف الصحي.

ونوقشت الاستجابة في سياق الصحة العمومية لقضايا التغير المناخي وتلوث الهواء، وذلك في الاجتماعات التقنية التي سبقت اجتماعات الدورة الحادية والسنتين للجنة الإقليمية، وكذلك في اجتماع تشاوري إقليمي لخبراء في هذا المجال. والدول الأعضاء ملتزمة بالتصدّي لهذه المخاطر الصحية البيئية في سياق نظم الصحة العمومية، وذلك بالشراكة مع الأطراف المعنية بهذا المجال. وتم إعداد معايير الصحة المهنية والبيئية لاعتماد مرافق الرعاية الصحية وتبنيها من قبل بلدان مجلس التعاون الخليجي.



Photo: ©WHO

↑ أكثر من 200 مفتش صحة عمومية تلقوا التدريب في لبنان على الإجراءات النموذجية لأخذ عينات الأغذية والتفتيش عليها استناداً إلى ممارسات التصنيع الجيدة والقوائم التفقدية النموذجية لدى المنظمة



Photo: ©WHO Regional Centre for Environmental Health Action

↑ تدريب المشاركين على الاستجابة عن كُتُب للحوادث الكيميائية في دورة حول رعاية التعرُّض الكيميائي والرضوح نظّمها المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة

الحوادث الكيميائية، ورعاية الإصابات والرضوح في أعقاب التعرُّض للمواد الكيميائية الضارة. وتم توفير الموارد العلمية ومواد التدريب اللازمة بعدة لغات. كما تم تعزيز القدرات الوطنية للتأهب والاستجابة لمقتضيات الأحداث الكيميائية والإشعاعية النووية وتلك المتعلقة بسلامة الغذاء، وذلك تمثيلاً مع متطلبات اللوائح الصحية الدولية (2005).

الأمراض غير السارية

إطار العمل الإقليمي



Photo: ©WHO

↑ مجموعة من الخبراء تناقش الوقاية من الأمراض غير السارية خلال الدورة الحادية والستين للجنة الإقليمية في تونس، الجمهورية التونسية

عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر 2014، وتم اعتماد قرار في هذا الشأن يدعو المجلس التنفيذي لأن يطلب إلى المديرية العامة تعميم مذكرة تقنية، قبل انعقاد جمعية الصحة العالمية الثامنة والستين، بشأن الكيفية التي سترفع بها المنظمة تقريرها إلى الأمين العام للأمم المتحدة حول التقدم الذي تحرزه البلدان، تمهيداً لتقديمه إلى الاجتماع الرفيع المستوى القادم، المقرر عقده في نيويورك في عام 2018. وكان للمؤشرات العملية المذكورة في إطار العمل الإقليمي، إسهام كبير في المذكرة التقنية النهائية التي أصدرتها المديرية العامة في أيار/مايو 2015.

في هذه الأثناء، تعمل المنظمة عن كثب مع الدول الأعضاء، على عدّة مبادرات مهمة لتنفيذ الالتزامات الرئيسية الواردة في المجالات الأربعة لإطار العمل الإقليمي: الحوكمة، والترصد، والوقاية، والرعاية الصحية.

الحوكمة

تمتلك 38٪ من البلدان استراتيجيات و/أو خطط عمل تنفيذية متعددة القطاعات لمكافحة الأمراض غير السارية، غير أن خمس البلدان فقط هي التي وضعت أهدافاً محددة يكتمل تنفيذها بحلول عام 2025، وترتكز على توجيهات المنظمة من أجل الوفاء بالالتزامات المحددة زمنياً، وذلك على النحو الموضح في البيان الختامي الصادر في عام 2014. وتعمل المنظمة على نحو وثيق، مع عدد من البلدان (تونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والسودان، وعمان، ولبنان، والمغرب،

استمرّ التركيز على توسيع نطاق تنفيذ الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، استناداً إلى إطار العمل الإقليمي الصادر في هذا الشأن. ويخضع هذا الإطار، منذ أن أقرته اللجنة الإقليمية في عام 2012، إلى التحديث بصفة سنوية، كما تم إعداد مجموعة مؤشرات عملية بغرض توجيه الدول الأعضاء حول كيفية قياس التقدم المحرز على المستوى الوطني في تنفيذ التدخلات الاستراتيجية المطلوبة.

والإقليم منخرط بشدّة في متابعة الاستراتيجية العالمية والإعلان السياسي لعام 2011، واتخذ مبادرات مهمة في هذا الشأن. وقد أتاح الاجتماع الإقليمي السنوي الثاني، الذي عُقد في عام 2014، الفرصة للدول الأعضاء، ليس فقط لمراجعة التقدم المحرز في تنفيذ إطار العمل الإقليمي، بل أيضاً لتقديم إسهام مهم في مناقشات الدول الأعضاء، في نيويورك، من أجل إعداد البيان الختامي للاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن الاستعراض والتقييم الشاملين للتقدم المحرز في مجال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. وكان معظم التوصيات التي قدّمتها الدول الأعضاء في هذا الإقليم للميسرين وللدول الأعضاء، في نيويورك، قد ورد في البيان الختامي الذي أقره الاجتماع الرفيع المستوى في تموز/يوليو 2014. وتمثّل الاستثناء الوحيد من ذلك في التوصية المتعلقة بطلب إنشاء آلية للرصد تركز على مجموعة محددة من المؤشرات لتقييم التقدم الذي تحرزه البلدان خلال الفترة ما بين عام 2014 وموعد اجتماع الاستعراض التالي للجمعية العامة المقرر عقده في عام 2018.

وقد أثارت الدول الأعضاء، مرة أخرى، مسألة الأهمية الحاسمة لإنشاء تلك الآلية الخاصة بالرصد، وذلك خلال اجتماعات الدورة الحادية والستين للجنة الإقليمية، التي

دعم المكتب الإقليمي الدول الأعضاء في صياغة قراراتين لمؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ، يتعلقان بمكافحة منتجات تبغ النرجيلة (الشيشة) والوقاية منها، وبالهدف العالمي المتمثل في الحد من تعاطي التبغ، واللذين سيتيحان للدول الأطراف رفع تقرير للمؤتمر حول التقدم المحرز صوب تحقيق هدف خفض معدل تعاطي التبغ بنسبة 30٪ بحلول عام 2025. واستناداً إلى التوصيات الصادرة عن أحد الاجتماعات التشاورية الإقليمية، فمن المقرر إنشاء مرصد وطنية، خلال 2015، لتتبع أنشطة الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته في الأعمال الدرامية، وذلك في ثلاثة من البلدان. وتم أيضاً دعم مبادرات بناء القدرات في مجال فرض الضرائب على التبغ، في العديد من البلدان. ويجرى حالياً إعداد قائمة تفقدية من أجل دعم البلدان في إعداد تشريعات وطنية تتسق مع الالتزامات الدولية في هذا المجال. وتم كذلك إعداد حزمة إقليمية في إطار الاحتفال باليوم العالمي للامتناع عن تعاطي التبغ، يتم التركيز فيها على فرض الضرائب، ومكافحة التبغ، وتدابير السياسات الست الرئيسية لمكافحة التبغ (MPOWER)، وعلى دوائر صناعة التبغ.

وفي ما يختص بالتغذية، فقد حظيت باهتمام متواصل. فمن المعروف أن الاستهلاك اليومي الحالي للملح في الإقليم يزيد على 10 غرامات لكل شخص، وهو ضعف المعدل الذي توصي به المنظمة (5 غرامات للشخص في اليوم). وتم إعداد إرشادات تقنية تستند إلى استعراض متعمق للبيانات والخبرات الدولية في هذا المجال، وذلك في شكل بيانات للسياسات، حول الحد من استهلاك الدهون والملح في البلدان. وقام كل من الكويت وقطر بخفض محتوى الملح في الخبز بنسبة 20٪ خلال سنة واحدة، ووضعت جمهورية إيران الإسلامية حداً أقصى لمستويات الملح في عدد من الأغذية، كما أصدرت مرسوماً يقضي بخفض المحتوى من الدهون المهدرجة إلى أقل من 2٪ في منتجات صناعة الزيوت، وخفضت وارداتها من زيت النخيل، في عام 2014، إلى 30٪ من إجمالي وارداتها من الزيوت، وسوف تواصل خفض الواردات بنسبة 15٪ في عام 2015. وعلى الصعيد نفسه، تُعدُّ بلدان مجلس التعاون

واليمن) لتعزيز وضع خطط العمل المتعددة القطاعات، بما يشمل تحديد الأهداف الوطنية لعام 2025.

وأعدت المنظمة مرتسّات فُطرية توضّح المرحلة التي وصل إليها كل بلد في تنفيذ الالتزامات المطلوبة، استناداً إلى المؤشرات العملية الواردة في إطار العمل الإقليمي. وقد رجعت هذه المرتسّات من قِبَل الدول الأعضاء، خلال اجتماعات اللجنة الإقليمية في دورتها التي عُقدت في تشرين الأول/أكتوبر 2014، وستواصل عملية المراجعة على نحو منتظم، خلال الاجتماعات الوزارية التي ستسبق انعقاد جمعية الصحة العالمية، وأيضاً خلال الدورات المقبلة للجنة الإقليمية.

وبُغية تعزيز التدخّلات المالية ودعم البلدان في مجال التشريع، أعدت المنظمة، بالتعاون مع المركز المتعاون مع المنظمة بجامعة جورج تاون، آلية متابعة للتدخلات القانونية الرئيسية لمعالجة قضايا الحوكمة، والنظم الغذائية، والحمول البدني، ومكافحة التبغ. وستواصل العمل، في عام 2015، على إعداد التوجيهات للدول الأعضاء في ما يختص بتنفيذ كل تدخل من التدخلات الرئيسية، وذلك في ضوء الخبرات الدولية وأفضل الممارسات في هذا المجال.

الوقاية من عوامل الخطر ومكافحتها

تم تسريع وتيرة العمل على سياسات مجابهة عوامل الخطر المشتركة للأمراض غير السارية الرئيسية، بما يستهدف، على وجه الخصوص، توسيع نطاق تنفيذ التدخلات التي ثبتت جدواها من حيث الفعالية لقاء التكاليف (أفضل الصفقات) للوقاية من تلك العوامل.

وما تزال مكافحة التبغ تواجه تحديات صعبة، ولاسيما تلك التي تشكلها عملية التحول الاجتماعي والسياسي، وسطوة دوائر صناعة التبغ، وظهور منتجات جديدة. ولا يزال عدد البلدان الموقّعة على أول بروتوكول للمنظمة الخاص بالاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ يراوح مكانه، منحصراً في ثمانية بلدان. والحاجة قائمة لاستمرار الدعم السياسي والتقني من أجل التصديق على هذه الاتفاقية والبروتوكول الخاص بها. وقد

The WHO Framework Convention on Tobacco Control

A landmark treaty

The WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) is a landmark in global public health. It is the first international treaty negotiated by Parties to identify and implement a series of evidence-based tobacco control measures.

The Convention is a legal instrument negotiated by 113 Parties. It sets the global framework for tobacco control. The Convention covers all aspects of tobacco, including production, distribution, marketing, environmental and consumer protection, and health care. It also covers the WHO FCTC calls for Parties to ratify it. It is one of the most widely ratified treaties in the history of the United Nations.

Key measures include:

- Banning advertising and promotion of tobacco products
- Banning sales to minors
- Provision of support for economically viable alternatives

زيادة الضرائب على التبغ

يتمثل أحد أهم أهداف اتفاقية منظمة الصحة العالمية للإطار العالمي لمكافحة التبغ في زيادة الضرائب على التبغ. وقد تم بالفعل زيادة الضرائب على التبغ في العديد من البلدان، مما ساهم في خفض معدلات التدخين. وتعد زيادة الضرائب على التبغ من أهم التدابير التي يمكن اتخاذها للحد من التدخين.

AUGMENTATION DES TAXES SUR LE TABAC

L'augmentation des taxes sur le tabac permet de réduire la demande de tabac

Les taxes élevées sur le tabac ont un effet dissuasif sur la consommation de tabac. Elles contribuent à réduire la demande de tabac, ce qui est bénéfique pour la santé publique. L'augmentation des taxes sur le tabac est une mesure efficace pour réduire la consommation de tabac et prévenir les maladies liées au tabac.

Problématique

Le tabac est une drogue addictive qui cause de graves problèmes de santé. L'augmentation des taxes sur le tabac est une mesure efficace pour réduire la consommation de tabac et prévenir les maladies liées au tabac.

RAISE TAXES ON TOBACCO

Increasing tobacco taxation reduces the demand for tobacco

High taxes on tobacco products are an effective way to reduce tobacco consumption. This is because higher taxes make tobacco products more expensive, which discourages people from buying them. Increasing tobacco taxes is a key strategy for reducing tobacco use and preventing tobacco-related diseases.

The problem

Tobacco is a highly addictive substance that causes serious health problems. High taxes on tobacco products are an effective way to reduce tobacco consumption.

الخليجي تشريعات للتخلص من الدهون المهدرجة في جميع الأغذية، سواء أكانت منتجة محلياً أم مستوردة. وهناك خمسة بلدان لديها حالياً دلائل إرشادية للأنظمة الغذائية قائمة على الأغذية، في حين تم إعداد مرتسبات تغذوية نموذجية، تخضع حالياً للاختبار في سبعة بلدان، من أجل مساعدتها على تحسين توسيم الأغذية وتشجيع إنتاج الغذاء الصحي. وتمثل الأولويات الاستراتيجية للمنظمة في الثنائية المقبلة، في مساعدة البلدان على تنفيذ بيانات السياسات العامة، ووضع خطط عمل وطنية، ومراجعة التشريعات والمعايير الخاصة بالمنتجات الغذائية التي تحتوي على نسبة عالية من الملح والدهون، وتشجيع البحوث في مجال الحد من استهلاك الملح والدهون، وإعداد دليل للسماح للتغذية الإقليمية. ويجري الإعداد لتقديم أنشطة تدريبية، بالتعاون مع جامعة ليفربول، في ما يختص بتنظيم تسويق الأغذية الغنية بالملح والسكر والدهون. والغرض من ذلك هو تعزيز القدرات في الدول الأعضاء على تنفيذ توصيات المنظمة بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال. وأعلن خلال اجتماعات اللجنة الإقليمية عن مبادرة لمواجهة تسويق المنتجات غير الصحية بلا قيود، ولاسيماً للأطفال، والتي سيتم إطلاقها في عام 2015. كما تقوم المنظمة حالياً، وبالتعاون أيضاً مع جامعة ليفربول، برسم خارطة للتقدم المحرز من قبل 15 بلداً في تنفيذ توصيات المنظمة بشأن تسويق الأغذية والمشروبات غير الكحولية للأطفال. وتم الإعداد كذلك لدورة، تُقدّم على مدى ثلاثة أيام سيجري تنفيذها في عام 2015، لبناء القدرات القانونية والدفع قُدماً بإجراءات تنفيذ التوصيات. وعملت المنظمة مع خبراء عالميين لإعداد مسودة خارطة طريق لمواجهة التسويق غير المُنتظم بلا قيود للمنتجات غير الصحية.

↑ صحائف حقائق حول مكافحة تعاطي التبغ

الترصّد والرصد والتقييم

تمثل الأولوية الاستراتيجية في تعزيز قدرات البلدان على تنفيذ وتقوية الإطار الذي وضعته المنظمة لترصد الأمراض غير السارية. وتم إدماج المؤشرات الأساسية المحددة المدرجة في العناصر الثلاثة للإطار-تتبع المخاطر والمحددات الصحية، ورصد النتائج (المرضاة والوفيات الناجمة عن أسباب محددة)، وقدرات النظم الصحية واستجاباتها-تم إدماجها ضمن الإطار الوطني للمعلومات الصحية الذي أقرته اللجنة الإقليمية في دورتها الحادية والسنتين. ومن أولويات بناء القدرات في مجال التّرصّد، إقامة شبكة من الخبراء الإقليميين والدوليين لدعم البلدان في تنفيذ الإطار، باعتباره جزءاً لا يتجزأ من نُظُمها الوطنية للمعلومات الصحية. وتم، من خلال العمل مع شبكة شرق المتوسط للصحة العمومية، إقامة حلقة عملية تدريبية حول ترصد الأمراض غير السارية، وذلك للخبراء الإقليميين المحتملين، تنفيذاً لبنود حزمة تدريبية إقليمية تم

وكما ورد في القسم السابق، فقد شكّلت لجنة استشارية إقليمية لدعم تنفيذ الدعوة الإقليمية للعمل على تعزيز النشاط البدني. كما يجري إعداد حزمة تدريبية عن وسائل الإعلام، والتسويق الاجتماعي في ما يختص بالنشاط البدني والنظم الغذائية الصحية.

والأدوية الأساسية المطلوبة بنسبة 80٪ بأسعار ميسورة، وذلك بحلول عام 2025.

واستناداً إلى نتائج استطلاع أجري في 2014/2015، على شبكة الإنترنت، تبين أن ثمانية بلدان فقط استخدمت النهج الموصى به من المنظمة لتحديد المرضى المعرضين لمخاطر عالية للإصابة بالنوبات القلبية والسكتات الدماغية: 60٪ فقط من البلدان أدرجت في حزمة الرعاية الصحية الأولية الأساسية، مجموعة الأدوية التي حدتها المنظمة والتي تتضمن سبعة أدوية على الأقل، للحد من خطر الإصابة بالنوبات القلبية والسكتات الدماغية. وقد وُصِفَ المكتب الإقليمي إطاراً لتعزيز إدماج التدبير العلاجي للأمراض غير السارية الشائعة، مع التركيز بشكل خاص على ارتفاع ضغط الدم والسكري، في إطار الرعاية الصحية الأولية. كما يقوم المكتب الإقليمي حالياً بإعداد حزمة من الأدوات لدعم تنفيذ هذا الإطار، بما يشمل النهج الممكنة لمعالجة القيود المفروضة على النظم الصحية.

وتمثل إتاحة العلاج الرفيع الجودة للأمراض السرطان أولوية بالنسبة لهذا الإقليم. وقد سُرع في عام 2014، عقب اجتماع تشاوري للخبراء حول تحسين الرعاية لمرضى السرطان، في إنشاء برنامج للعمل المشترك بين المنظمة والوكالة الدولية لبحوث السرطان. والعمل جار حالياً لوضع خيارات للسياسات الإقليمية في ما يختص بالنهج العملية لتعزيز رعاية مرضى السرطان، مع التركيز على جوانب تنظيم الرعاية، والأدوية والتكنولوجيات الأساسية، والتمويل، والرصد، ومجالات البحوث ذات الأولوية.

ويشكل التدبير العلاجي للأمراض غير السارية تحدياً كبيراً في حالات الطوارئ والأزمات، والتي يتضرر منها حالياً، مع الأسف، أكثر من نصف بلدان الإقليم. وقد أُجري تحليل للوضع الإقليمي بَعَرَضَ تقييم التحديات التي تواجه توفير الرعاية الأساسية، مع التركيز على البلدان المتضررة من الأزمة السورية. وإلى جانب القيود المفروضة على النظم الصحية، التي تتفاقم أثناء الأزمات، فإن غياب التوجيهات الواضحة والأدوات اللازمة لتحسين إتاحة التدخلات المنقذة للحياة،

إعدادها في هذا المجال. وستجرى متابعة هذا العمل وتعزيزه في عام 2015.

وأكمل بلدان (باكستان والكويت)، في عام 2014، المسح الذي يُتبع فيه النهج المتدرج، كما أن ستة من البلدان ماضية قُدماً في إجراء هذا المسح (الأردن، وتونس، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والمغرب). واكتمل، في ذات الوقت، إجراء المسح العالمي لتعاطي التبغ بين البالغين، في كل من باكستان وقطر، في حين جرى استكماله حالياً في عُمان والمملكة العربية السعودية. وأكملت خمسة بلدان (الأردن، والسودان، والعراق، ومصر، واليمن)، جولات إعادة للمسح العالمي لتعاطي التبغ بين الشباب.

وأُجريت تحليلات لنموذج (SimSmoke) لمحاكاة سياسات مكافحة التبغ في 14 بلداً، والتي ستمكّن نتائجها هذه البلدان من التنبؤ بالآثار الصحية المترتبة على التنفيذ الكامل لتدابير السياسات الست الرئيسية لمكافحة التبغ (MPOWER)، في الحد من تعاطي التبغ، وتحقيق الهدف المحدد في إطار الرصد العالمي للأمراض غير السارية.

وتّم، بالتعاون مع الوكالة الدولية لبحوث السرطان، تقييم سجل السرطان في أربعة بلدان، كما تم تعزيز القدرات الوطنية في مجال إعداد سجلات السرطان.

الرعاية الصحية

تتمثل الاستراتيجية الأساسية لتحسين الرعاية الصحية للأشخاص الذين يعانون من المجموعات الأربع الرئيسية للأمراض غير السارية (الأمراض القلبية والوعائية، والسكري، والأمراض التنفسية المزمنة، والسرطان)، في إدماج التدبير العلاجي لهم في إطار الرعاية الصحية الأولية. ويجري إيلاء اهتمام خاص لبلوغ الهدف العالمي الثامن المتمثل في حصول 50٪ على الأقل من الأشخاص المستحقين للعلاج بالأدوية للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية، على الأدوية والمشورة الطبية (بما في ذلك ضبط سكر الدم)، والهدف العالمي التاسع المتمثل في توافر التكنولوجيات

بما في ذلك الأدوية والتكنولوجيا، تلقى حالياً أعلى درجات الاهتمام في أعمال المنظمة في عام 2015 وما بعده.

الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان

يَلقى الحجم الضخم لاضطرابات الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان مزيداً من الاهتمام باعتبار ذلك يمثل واحدة من مشكلات الصحة العمومية، ولاسيما في أعقاب اعتماد جمعية الصحة العالمية لخطة العمل العالمية للصحة النفسية 2013-2020. وقد وُلد العدد الكبير من البلدان التي تشهد أوضاع طوارئ معقّدة في هذا الإقليم، زَحماً قوياً لإبراز أهمية برامج الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، مما زاد من الحاجة إلى خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي، وزيادة الطلب عليها. ورغم إحراز جميع بلدان الإقليم لبعض التقدم صَوَّب إدمان الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية، فما تزال هناك فجوات علاجية ضخمة، تتراوح نسبتها ما بين 76% و85%، بصرف النظر عن المجموعات التي تصنّف فيها هذه البلدان. وقد ساعد المسح الخاص بأطلس الصحة النفسية، الذي أُنجز في عام 2014 من أجل تقييم القدرات والموارد المتاحة في مجال الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، ساعد على التعرّف على الثغرات الموجودة في مجال السياسات والتشريعات، وتقديم الخدمة، وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، والمعلومات، والبيّنات، والبحوث.

وفي مجال السياسات والتشريعات، فإن 55% فقط من البلدان لديها سياسات تم إعدادها أو تحديثها خلال الأعوام الخمسة الماضية، في حين تمتلك خمسة بلدان فقط تشريعات خضعت للتحديث خلال السنوات الخمس الماضية. وعلى ذلك، فقد تم تقديم الدعم التقني للبلدان من أجل إعداد أو تحديث السياسات والاستراتيجيات والتشريعات الوطنية المعنية بالصحة النفسية، بما يتفق مع خطة العمل، واتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

وتسترد المنظمة في عملها في هذا الإقليم بخطة العمل العالمية. فالخطة شاملة وتُلم بمختلف أبعاد مشكلة الصحة النفسية. وحتى يمكن للخطة معالجة الأولويات الإقليمية، فقد تقرّر



↑ أحدث المنشورات حول الصحة النفسية

التركيز في عملنا مع الدول الأعضاء ومع الشركاء، على إعداد إطار عمل إقليمي يشتمل على مجموعة من الاستراتيجيات والتدخلات العالية التأثير والمسنّدة بالبيّنات، تكون وثيقة الصلة بالمشكلة، وممكنة التنفيذ في مجموعات البلدان الثلاث. ولقد تم بالفعل إعداد الإطار، من خلال عمل مكثف جرى مع خبراء دوليين وإقليميين. ويغطي الإطار مجموعة من التدخلات المسنّدة بالبيّنات والعالية التأثير في كل من العناصر الأربعة الرئيسية: الحوكمة، والوقاية وتعزيز الصحة، والرعاية الصحية، والترصد. وسيتم، في تشرين الأول/أكتوبر 2015، عرض هذا الإطار على اللجنة الإقليمية للنظر فيه.

وكما ذُكر أعلاه، فإن نسبة كبيرة من البلدان في هذا الإقليم تشهد حالات طوارئ إنسانية، الأمر الذي زاد من معدّلات الاضطرابات النفسية والتوتر من جهة، وأدى إلى انخفاض مستويات الخدمات المتاحة، من جهة أخرى. وقد تم، بالتنسيق

وعلى جانب آخر، يمثل تعاطي مواد الإدمان هاجساً كبيراً في عدد متزايد من البلدان. وحتى يمكن تطوير استجابة مترابطة لقضية تعاطي مواد الإدمان في هذا الإقليم، فقد تم، بالتعاون مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى وغيرها من الأطراف المعنية في الإقليم، إعداد إطار عمل لتعزيز استجابة الصحة العمومية في هذا المجال. ويتوفر الدعم لهذا الإطار من خلال المراجعات التي تجرى على السياسات، والتي يمكن أن تساعد البلدان على توضيح موقفها في هذا السياق، خلال الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة حول المخدرات، في نيسان/أبريل 2016.

مع وكالات الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الدولية غير الحكومية، تقديم الدعم اللازم لتعزيز قدرات المشاركين في الاستجابة للطوارئ، من أجل تقديم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في البلدان المتضررة من الأزمتهن السورية والعراقية على وجه التحديد. وتم توظيف العاملين المطلوبين لتقديم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في كل من الجمهورية العربية السورية والعراق. ومع ذلك، فهناك حاجة إلى إجراءات لتعزيز خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في بلدان أخرى، بما في ذلك ليبيا واليمن.

الأمراض السارية

استئصال شلل الأطفال



Photo: ©WHO

↑ الاستجابة المتعددة البلدان لفاشية الشرق الأوسط عبر حملات التمنيع في أواخر عام 2013 ساعدت على تلافي اندلاع وباء واسع النطاق في الجمهورية العربية السورية والبلدان المجاورة

لقد كان التقدم الذي أحرز صوب استئصال شلل الأطفال على الصعيد العالمي، في عام 2014، تقدماً كبيراً، بيد أن هذا المرض يظل متوطناً في هذا الإقليم. فبين 215 حالة إصابة بشلل الأطفال تم الإبلاغ عنها على مستوى العالم في النصف الثاني من 2014، جاءت 213 حالة منها (99٪) من إقليم شرق المتوسط (باكستان 192 حالة، وأفغانستان 20 حالة، والصومال حالة واحدة)، كما أبلغت الجمهورية العربية السورية والعراق أيضاً عن حالات لشلل الأطفال خلال النصف الأول من 2014 (حالة واحدة وحالتان، على التوالي).

وتعاني باكستان، منذ ما يزيد على العقد من الزمان، من أعلى مستويات السرية لفيروس شلل الأطفال البري. وهي تواجه تحديات كبيرة، بل وفريدة في هذا الشأن، والتي من بينها الخطر الذي تفرضه الجماعات المسلحة على التمنيع في بعض أجزاء المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية. فهذه الجماعات تمنع الوصول إلى الأطفال، بل وتشن العديد من الهجمات المميتة على العاملين الميدانيين أثناء حملات التمنيع في العديد من المناطق في البلاد. وقد وصل العاملون الصحيون والمتطوعون في هذه الحملات إظهار شجاعة كبيرة وهم يزاولون أنشطة التمنيع. وإلى جانب قضايا الوصول إلى الأطفال والقضايا الأمنية، هناك قضايا أخرى، كالإدارة والقضايا الميدانية والاتصالات تعيق جهود الاستئصال في المناطق التي يتوطن فيها هذا المرض بالبلاد.

وفي أفغانستان، هناك سرية لفيروس شلل الأطفال البري المتوطن، وحالات وافدة من باكستان. كما أن القيود المتعلقة بالوصول إلى الأطفال، وتلك المتعلقة بالجودة غير الملائمة في بعض الحملات، تعرقل إمكانية الوصول باللقاح إلى كل طفل، ولاسيما في المناطق الشرقية والجنوبية من البلاد. وعلى الرغم من ذلك، فقد وصل البرنامج الوطني، بعزم وتصميم أكيد، تنفيذ الأنشطة المنوطة به.

وهناك احتمال كبير لأن تكون أفغانستان وباكستان البلدين الوحيدين في العالم اللذين تحدث فيهما سرية نشطة لفيروس شلل الأطفال البري في عام 2015، إذا ما استمر هذا الاتجاه على ما هو عليه. وتشكل هذه السرية، حالياً، التهديد الأكبر لتحقيق الإنجاز المتمثل في استئصال شلل الأطفال على مستوى العالم، كما أن انتشار الفيروس من هذه المستودعات يشكّل مخاطرة كبيرة على البلدان الخالية من هذا المرض في الإقليم.

وتنفذ باكستان خطة عمل مفصلة لموسم السرية المنخفضة (كانون الأول/ديسمبر 2014 حتى أيار/مايو 2015)، يتم التركيز فيها على اعتماد استراتيجيات مبتكرة، وعلى مناطق السرية الموطونة داخل البلاد. ولدى أفغانستان أيضاً خطة عمل للطوارئ تهدف إلى ضمان مستويات مناعة مرتفعة لدى جميع السكان، بينما يتم وقف سرية الفيروس في بقية المناطق الموبوءة. وسيتمثل التنفيذ الكامل لهذه الخطط خطوة حاسمة للتقدم على درب استئصال شلل الأطفال في عام 2015. وتُظهر مراجعة الوضع الوبائي خلال النصف الأول من عام 2015، بالفعل، اتجاهاً إيجابياً، في ظل الانخفاض الكبير لعدد الحالات بالمقارنة مع عام 2014.

وأدى التحدي المتمثل في انتشار شلل الأطفال في الإقليم إلى حدوث استجابة غير مسبوقه من جانب الدول الأعضاء، حيث جاءت الاستجابة المتعددة البلدان لفاشية الشرق الأوسط، التي بدأت في أواخر عام 2013، سريعة ومنسقة

قدرات الاكتشاف المبكر للحالات الوافدة من شلل الأطفال والاستجابة الفعالة لها. وتتم الاستفادة من آليات اللوائح الصحية الدولية (2005)، بغرض تقليل خطر انتشار فيروس شلل الأطفال البري على المستوى الدولي، ولضمان وجود استجابة قوية لظهور فاشيات جديدة لشلل الأطفال في البلدان الخالية من هذا الداء. وسيتم تقديم الدعم للدول الأعضاء في مجال وضع خطط السحب التدريجي للقاح شلل الأطفال الفموي، واحتواء الفيروس البري لشلل الأطفال، والفيروس المشتق من اللقاح.



Photo: ©WHO

↑ المدير الإقليمي في زيارة إلى أحد مخيمات الأشخاص النازحين داخلياً في مقديشو، الصومال، لمتابعة حملة التمنيع ضد شلل الأطفال

وفي غضون ذلك، يقوم الفريق الاستشاري الإسلامي الذي تم تشكيله على المستوى الإقليمي، وفريق استشاري وطني من باكستان، بالدعوة إلى استئصال شلل الأطفال، وإلى التمنيع على وجه العموم. وسيجرى توسيع نطاق عمل الفريق الاستشاري الإسلامي من أجل المساعدة في معالجة قضايا صحية رئيسية أخرى في هذا الإقليم.

فيروس نقص المناعة البشرية والسل والملاريا وأمراض المناطق المدارية

ما يزال وباء فيروس نقص المناعة البشرية يواصل تفاقمه، على الرغم من بقاء معدل الانتشار العام لهذا المرض منخفضاً. وقد ارتفع، على المستوى الإقليمي، عدد الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية الذين يتلقون العلاج بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية من 32 000 في عام 2013 إلى 38 000 في عام 2014. وعلى الرغم من هذا التقدم، فإن التغطية بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية لم تزد زيادة كبيرة إذ تستقر عند نسبة 10٪، ومن ثم، تظل بعيدة عن الأهداف العالمية.

وقامت المنظمة، في إطار المبادرة الإقليمية لوضع نهاية لأزمة علاج فيروس نقص المناعة البشرية، بتقديم الدعم التقني والمالي للبلدان ذات الأولوية، بغرض تنقيح دلائلها الإرشادية حول علاج فيروس نقص المناعة البشرية، وتدريب القائمين على تقديم الرعاية الصحية في هذا المجال. وأصبح لدى ثلاثة عشر بلداً الآن دلائل إرشادية وطنية تتماشى مع التوصيات

ورفيدة الجودة، وذلك على الرغم من النزاعات الدائرة، ونزوح السكان من البلدان المتضررة والمجاورة لها، وهو الأمر الذي أدى إلى تلافي وقوع وباء كبير. ولم تؤكّد الجمهورية العربية السورية وقوع أي حالة فيها منذ كانون الثاني/يناير 2014، كما لم يؤكّد العراق وقوع أي حالة أيضاً منذ نيسان/أبريل 2014. أما في القرن الأفريقي، وفي أعقاب استجابة مستدامة متعددة البلدان لمقتضيات الفاشيات، فإن هناك بينات وبراهين أيضاً على أن سراية هذا المرض في الصومال باتت تخضع للسيطرة، حيث لم يبلغ سوى عن 5 حالات فقط في عام 2014، والتي بدأ ظهور الأعراض على آخر هذه الحالات في آب/أغسطس 2014.

وتعزز الشراكة في مجال شلل الأطفال دعمها لكلا البلدين المواطنين من خلال تدخلات متعددة تشمل: نشر أفضل المهنيين المتاحين؛ وحشد الموارد اللازمة للتنفيذ الشامل لجميع الأنشطة المقررة؛ وتطوير آليات تنسيق قوية تحت مظلة مراكز عمليات الطوارئ، على المستويين الاتحادي والمحلي؛ والرصد عن كثب للتقدم المحرز من خلال وضع إطار شامل للرصد، مع إجراء مراجعة منتظمة للبرنامج من قبل الفريق الاستشاري التقني؛ وتنفيذ إطار صارم للمساءلة لضمان مستوى أداء عالٍ من جانب الموظفين.

وستزيد المنظمة، خلال 2015، من دعمها للحكومتين الأفغانية والباكستانية من أجل وقف انتشار فيروس شلل الأطفال المتوطن. وستواصل المنظمة دعمها للبلدان الأخرى في الإقليم من أجل زيادة حساسية نظام الرصد، وتحسين



↑ أحدث المنشورات حول فيروس نقص المناعة البشرية

يقدَّر بـ 17 000 حالة، لم تُكتشف سوى 3 687، خضع 2 013 حالة منها للعلاج، وبلغ معدّل نجاح العلاج 64٪.

وكان للأزمات الحالية تأثير على أنشطة مكافحة السل، فقد أثرت التحوّلات السكانية، وتدمير العديد من المرافق الصحية، بما فيها مرافق علاج السل، وتدهور الوضع الاقتصادي، على كل من موارد المرضى، والموارد البشرية. ومن بين تداعيات الوضع الحالي، الانخفاض الحاصل في معدّل اكتشاف الحالات (58٪ مقارنة بـ 63٪ في عام 2012). وفي غضون ذلك، يعيق غياب البنية الأساسية المناسبة، والقوود المالية، تحقيق مزيد من التوسُّع في علاج حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة.

وقد أعدت المنظمة، في إطار مواجهة التحدّيات الإقليمية، توجيهات وإرشادات حول مكافحة السل في حالات الطوارئ المعقّدة، إضافة إلى حزمة من الخدمات لمرضى السل

الحالية للمنظمة. وتلقّت خمسة بلدان الدعم لإجراء التحليل التسلسلي لاختبار وعلاج واستبقاء المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية، وذلك لوضع أهداف مسنّدة بالبيّنات لخدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، وإعداد خطط لتسريع وتيرة العلاج. وقد أعدت ستة من البلدان خططاً واستراتيجيات وطنية وميدانية في هذا المجال.

ووضعت، في عام 2014، خطة إقليمية لأمراض التهاب الكبد الفيروسي للفترة 2014-2015، ويجري البحث حالياً عن التمويل اللازم لتنفيذها. وتتركّز الأنشطة في هذه الخطة على البلدين اللذين ينوءان بالعبء الأكبر من هذه الأمراض، واللذين قاما بوضع استراتيجيات وطنية لمجابهتها.

وتقوم المنظمة بإعداد ثلاث استراتيجيات ذات صلة، خاصة بالقطاع الصحي العالمي، بشأن فيروس نقص المناعة البشرية، و التهاب الكبد الفيروسي، والأمراض المنقولة جنسياً. وسيجرى، في النصف الأول من 2015، عقّد اجتماعين تشاوريين إقليميين، لتقديم الإسهامات الإقليمية في استراتيجيتي فيروس نقص المناعة البشرية و التهاب الكبد الفيروسي.

وجرى، خلال 2013⁽³⁾، التبليغ بما يزيد على 448,000 حالة للسل بجميع أشكاله، في الإقليم، جاء ما يقرب من نصفها من بلدين اثنين من التي تنوء بعبء كبير لهذا الداء؛ أفغانستان وباكستان. وما يزال 40٪ من الحالات المقدّرة في الإقليم، إما لم تُكتشف أو لم يبلغ عنها. وقد بلغ معدّل نجاح العلاج 87٪ وهو أعلى قليلاً من المعدّل العالمي البالغ 85٪، وتم الحفاظ على هذا المعدّل على مدى عامين. وأدرّكت 10 بلدان، أو تجاوزت، هدف الـ 70٪ لمعدّل اكتشاف الحالات، ووصلت 9 بلدان إلى الهدف العالمي البالغ 85٪ لمعدّل العلاج الناجح للحالات، أو تجاوزته. وكان هناك تحسُّن بطيء، لكنه ثابت، في ما يتعلق بالتدبير العلاجي للسل المقاوم للأدوية المتعددة. فمن بين ما

³ بالنسبة لاكتشاف حالات السل، تتلقى المنظمة البيانات بعد عام من وقوع الحالات، ولذلك تتعلق بيانات اكتشاف الحالات بعام 2013، وبيانات نتائج العلاج بعام 2014.

البلد	2012		2013		2014	
	إجمالي الحالات المبلَّغ عنها	إجمالي الحالات المؤكدة	إجمالي الحالات المبلَّغ عنها	إجمالي الحالات المؤكدة	إجمالي الحالات المبلَّغ عنها	إجمالي الحالات المؤكدة
أفغانستان	391 365	54 840	319 742	46 114	290 079	83 920
جيبوتي	25	25	1684	1684	غير متوافر	غير متوافر
باكستان	4 285 449	290 781	3 472 727	281 755	3 666 257	270 156
الصومال	59 709	18 842	60 199	43 317	غير متوافر	غير متوافر
السودان	1 001 571	526 931	989 946	592 383	1 207 771	غير متوافر
اليمن*	165 678	109 908	149 451	102 778	70 679	49 336

* تقدير اكمال التبليغ 30٪ في عام 2014 بسبب الوضع الحالي في اليمن

والسودان مسؤولتَيْن عن ما يزيد على 90٪ من تلك الوفيات (67٪ و 24٪ على التوالي). وقد انخفض عدد حالات الملاريا المؤكدة المبلَّغ عنها في الإقليم من مليوني حالة في عام 2000 إلى مليون حالة في عام 2013، مع مسؤولية السودان وباكستان عن 84٪ من هذه الحالات (57٪ و 27٪ على التوالي).

وتمكَّنت سبعة بلدان (أفغانستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمان، والمغرب، والمملكة العربية السعودية) من بلوغ الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية، والأهداف المحددة في القرار ص 58-2، في ما يتعلق بالملاريا، حيث تُجرى بنجاح تنفيذ برامج التخلص من الملاريا في كل من جمهورية إيران الإسلامية، والمملكة العربية السعودية، إذ أبلغنا عن 370 و 51 حالة محلية فقط على التوالي في عام 2014 (الجدول 2). ولم يبلغ العراق عن أي حالات محلية منذ عام 2009. ومع ذلك، فإن هناك صعوبة في قياس التقدُّم المحرَّز صَوَّب بلوغ الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية في خمسة من البلدان التي تنوع بعبء مرتفع للملاريا، وذلك بسبب ضعف النُظُم التشخيصية ونُظُم الترصد. ومن بين العوامل التي أثَّرت أيضاً على التقدُّم في هذا المجال، القدرات المحدودة للمنظمة، على المستوى القطري، لضمان استمرار تقديم الدعم التقني، وكذلك عدم تخصيص

العابر للحدود، والسل المقاوم للأدوية المتعددة. وقدَّمت لجنة الضوء الأخضر الدعم للبلدان لتحسين القدرات التشخيصية، وتوسيع نطاق علاج السل المقاوم للأدوية المتعددة. واستعرضت بعثات الرصد، التي أُرسلت إلى سبعة بلدان، الموقف في ما يتعلق بعلاج السل المقاوم للأدوية المتعددة وقدَّمت المشورة حول التحدّيات في هذا الخصوص. وتواصلت زيادة فُرص الحصول على أجهزة تشخيصية جديدة في الإقليم، حيث أصبح 4٪ من مختبرات السل تستخدم الآن أجهزة التنظير المجهرية الفلوري ذي الصمام الثنائي الباعث للضوء. ومع ذلك، فقد ظلت نسبة التمويل المحلي لأنشطة مكافحة السل تُقل عن 30٪.

وفي إطار التوجُّه الاستراتيجي لتوسيع نطاق التخطيط لمكافحة السل، أُرسلت، خلال 2014، بعثات المراجعة المشتركة إلى عدة بلدان، حيث قُدِّم الدعم التقني لهذه البلدان لضمان حصولها، بشكل سلس، على تمويل أفضل من الصندوق العالمي.

وكان لدى ستة من البلدان، في عام 2014، مناطق سرية مرتفعة للملاريا (انظر الجدول 1)، في حين تتركز السرية في بؤر محددة في كل من جمهورية إيران الإسلامية والمملكة العربية السعودية. وانخفض عدد الوفيات الناجمة عن الملاريا في هذا الإقليم بأكثر من النصف، منذ عام 2000 (من 2 166 وفاة، مقارنةً بـ 1 027 في عام 2013). وفي عام 2014، كانت باكستان

الجدول 2

الحالات المؤكدة بتحليل الطفيلي في البلدان التي تعاني من سراية متقطعة للملاريا أو لا توجد بها سراية أصلاً، والبلدان التي ينخفض فيها توطن الملاريا

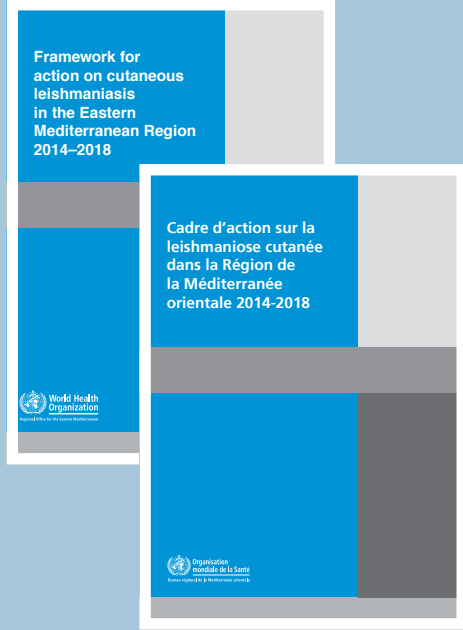
البلد	2014		2013		2012	
	عدد الحالات الخليية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها	عدد الحالات الخليية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها	عدد الحالات الخليية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها
البحرين	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	0	233
مصر	22	313	0	262	0	206
جمهورية إيران الإسلامية	370	1238	519	1373	787	1629
العراق	0	2	0	8	0	8
الأردن	0	102	0	56	0	117
الكويت	0	268	0	291	0	358
لبنان	0	119	0	133	0	115
ليبيا	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	غير متوافر	0	88
المغرب	0	493	0	314	0	364
عمان	15	1001	11	1451	22	2051
فلسطين	غير متوافر	غير متوافر	0	0	0	0
قطر	0	643	0	728	0	708
المملكة العربية السعودية	51	2305	34	2513	82	3406
الجمهورية العربية السورية	0	21	0	22	0	42
تونس	0	98	4	68	0	70
الإمارات العربية المتحدة	0	4575	0	4380	0	5165

إقليمية لتنفيذ هذه الاستراتيجية، على اللجنة الإقليمية في عام 2015. والغرض من هذه الخطة هو وقف سراية الملاريا في المناطق التي يمكن تحقيق ذلك فيها، وتخفيف العبء بأكثر من 90٪ في المناطق التي لا يمكن التخلص فيها من الملاريا بشكل فوري، حتى لا تعود الملاريا تمثل مشكلة من مشاكل الصحة العمومية أو تقف عائقاً أمام التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

وتم تحقيق إنجازات واعدة في مجال مكافحة داء البلهارسيات والتخلص منه، حيث صُرب اليمن مثلاً راعياً حول الكيفية التي يمكن بها لشراكة قوية بين المؤسسات الوطنية والدولية

اعتمادات مالية كافية من الموارد الوطنية في البلدان الموطونة ذات الأولوية، والاعتماد على الأموال الخارجية في هذا المجال.

وتم أيضاً، في عام 2014، دعم إجراء مراجعات متعمقة للبرامج، وتحديث للخطط الاستراتيجية الوطنية، ووضع استراتيجيات لتدبير مقاومة نواقل الملاريا للمبيدات الحشرية، وذلك في مختلف البلدان. كما تم إعداد الاستراتيجية التقنية العالمية 2016-2030، من خلال عملية تشاورية شاملة تمت مع جميع البلدان. فقد عُقدت في هذا الخصوص، سبعة اجتماعات تشاورية إقليمية، خلال عام 2014. وسيتم عرض خطة عمل



↑ أحدث المنشورات حول الأمراض المدارية المهملة

تجاوزت نسبتها 95٪، بالجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على لقاح الحصبة، وذلك على المستوى الوطني، وفي غالبية المناطق، في حين وفرَّ 21 بلداً الجرعة الروتينية الثانية من لقاح الحصبة بمعدلات تغطية متفاوتة. وسعيًا إلى تعزيز المناعة لدى السكان، أجريت أنشطة التمنيع التكميلي ضد الحصبة، على المستوى الوطني أو دون الوطني، في كل من أفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية السورية، والعراق. ويتم تنفيذ الترسُّد المختبري المستند إلى الحالات الخاصة بالحصبة في جميع البلدان، في ظل إجراء 20 بلداً للترسُّد على المستوى الوطني وإجراء بلدين للترسُّد الخافر. ونتيجة لذلك، جاء معدّل الإصابة بالحصبة منخفضاً انخفاضاً كبيراً عما كان عليه في عام 2013، وأبلغ ثمانية بلدان عن معدلات إصابة منخفضة جداً بالحصبة (أقل من خمس حالات لكل مليون من السكان)، من بينها بلدان يواصلان الحفاظ على المعدّل الصفري، ومن المقرر تأكيد تخلصهما نهائياً من الحصبة في عام 2015.

وتميّز عام 2014 بتحقيق الإنجاز المتمثّل في اكتمال إدخال اللقاح المضاد للمستدمية النزلية من النمط «ب» في جميع البلدان.

أن تسهم في التغلب على أصعب التحدّيات. فقد قام اليمن، في عام 2014، بعلاج ما يربو على 7.2 مليون طفل وبالغ بعقاري برازيكوانتيل، وألبندازول، على الرغم من الوضع الأمني الصعب. وقد أظهرت نتائج مسوحات وطنية شاملة، حدوث انخفاض حادّ في مؤشرات العدوى، وأشارت إلى إمكانية التخلص من داء البلهارسيات كمشكلة صحية عامة. وأيضاً في السودان، تم علاج 2.4 مليون شخص بعقار برازيكوانتيل بعد زيادة الالتزام المالي من جانب الحكومة وإقامة شراكات جديدة.

التمنيع واللقاحات

واصل أربعة عشر بلداً تحقيق هدف التغطية بنسبه 90٪، بالتطعيم بالجرعة الثالثة من اللقاح المضاد للدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي، غير أن نحو ثلاثة ملايين طفل لم يتلقوا هذا التطعيم، يوجد نحو 90٪ منهم في أربعة بلدان فقط (أفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية السورية، والصومال). وعلى جانب آخر، حقق ثلاثة عشر بلداً تغطية

على لقاحات رفيعة الجودة ومأمونة، من خلال تحسين نُظُم الشراء، ودعم إجراء المراجعات الشاملة للبرنامج الموسَّع للتمنيع، وتحديث الخطط الشاملة المتعددة السنوات في العديد من البلدان، ودعم التخطيط السليم، وتطبيق نهج الوصول إلى كل منطقة صحية، وذلك في جميع المناطق التي تقل فيها معدلات التغطية المنخفضة، وإدخال لقاح شلل الأطفال المعطل في البلدان العشرة المتبقية، وتنفيذ أنشطة التمنيع التكميلي ضد الحصبة، وإجراء المسوحات السيرولوجية للالتهاب الكبدي "B" لتوثيق التقدم المحرز صوب بلوغ الهدف الإقليمي في هذا المجال، وتعزيز أنشطة الرصد والتقييم في ما يتعلق بالبرنامج الموسَّع للتمنيع. وستكون الدعوة إلى رفع مستوى الوضوح في الرؤية بالنسبة لأهداف البرنامج الموسَّع للتمنيع، ولاسيما ما يتعلق بالتخلص من الحصبة، وحشد الدعم والالتزام الحكومي على أرفع المستويات، بأنشطة التمنيع الروتيني، ستكون إجراءات أساسية بالغة الأهمية.

الأمن الصحي واللوائح الصحية

ما يزال وقوع الأمراض المستجدة، وتلك التي تُعاود الظهور، يتصاعد في هذا الإقليم، الأمر الذي تؤكد حقيقته أن نصف عدد بلدان الإقليم قد أبلغ عن انتشار واسع للأمراض المعدية المستجدة خلال العام المنصرم، مع وصول ذلك في بعض الأحيان إلى حد وقوع فاشيات انفجارية. ومن بين هذه الأمراض إنفلونزا الطيور (H5N1A) في مصر، وحمى القرم - الكونغو النزفية في أفغانستان وباكستان وعمان، وحمى الضنك في باكستان والسودان وعمان، والالتهاب الكبدي الحاد "A" و "E" في الأردن والسودان ولبنان، والعدوى التنفسية الحادة الوخيمة التي يسببها فيروس جائحة الإنفلونزا (H1N1A) 2009، في باكستان ومصر. وهذه الأحداث، فضلاً عما تحصده من أعداد ضخمة من الأرواح، فإنها تُضعف النُظُم الصحية بصورة كبيرة. فحالات العدوى التي تسببها متلازمة الشرق الأوسط التنفسية الناجمة عن الفيروس التاجي «كورونا» (MERS-CoV)، التي ظهرت في عام 2012، تواصل انتشارها جغرافياً وبسرارة مستمرة، حتى إن عشرة بلدان في الإقليم

كما أدخل اللقاح المضاد للفيروسات العجالية في الإمارات العربية المتحدة، واللقاح المضاد للحصبة الألمانية في اليمن، في إطار حملة التطعيم ضد الحصبة/ الحصبة الألمانية. ومن المنتظر إدخال اليمن لللقاح المضاد للحصبة والحصبة الألمانية ضمن أنشطة التمنيع الروتيني في عام 2015. وقام السودان بتنفيذ المرحلة الأولى من حملة التطعيم ضد الحمى الصفراء. وأدخل لقاح شلل الأطفال المعطل في كل من تونس وليبيا، كما أن جميع البلدان التي تستخدم لقاح شلل الأطفال الغموي فقط في طريقها حالياً لإدخال لقاح شلل الأطفال المعطل في عام 2015. ويُستخدم اللقاح المضاد للمكورات الرئوية حالياً في 14 بلداً، واللقاح المضاد للفيروسات العجالية في 9 بلدان، ولقاح شلل الأطفال المعطل في 12 بلداً في الإقليم.

وفي غضون ذلك، أعاق العديد من التحديات تحقيق الأهداف المختلفة للبرنامج. ومن بين تلك التحديات، الأوضاع الأمنية الراهنة التي تعرقل الوصول إلى الفئات السكانية المستهدفة، إلى جانب الوضوح غير الكافي في الرؤية بالنسبة لأهداف التطعيم في كثير من البلدان، وعدم كفاية القدرات الإدارية والالتزام بالتمنيع الروتيني، وشح الموارد المالية. وحتى يمكن التغلب على هذه التحديات، كثفت المنظمة من دعمها للبلدان في هذا المجال، من خلال المراجعات الشاملة لبرامج التمنيع، وتقييم إدارة اللقاحات الفعالة، والتي أُجريت في العديد من البلدان. كما قدّم الدعم أيضاً في مجالات إعداد وتحديث الخطط المتعددة السنوات، وحشد الموارد، وحمولات التمنيع ضد الحصبة، وترصد الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات، وجودة البيانات ورصدها وتقييمها، وإدخال لقاحات جديدة. وتم إيلاء اهتمام خاص لإنشاء وتعزيز الفرق الاستشارية التقنية الوطنية، التي أصبحت الآن متوافرة في 21 بلداً. وواصل المكتب الإقليمي تقديم الدعم التقني والمالي لشبكات الترصد الإقليمية من أجل إدخال لقاحات جديدة، وترصد الحصبة/ الحصبة الألمانية، في معظم البلدان.

وستواصل المنظمة تقديم الدعم التقني اللازم، وحشد الموارد المطلوبة لتعزيز برامج التمنيع وتحقيق الأهداف المتوخاة منها. وتتضمن الأنشطة ذات الأولوية لعام 2015، ضمان الحصول



Photo: ©WHO



Photo: ©WHO

↑ المنظمة تدعم بناء القدرات في عدد من البلدان، ومنها المملكة العربية السعودية وقطر، من أجل تعزيز التأهب والاستجابة للفاشيات

وفي إطار استجابتها لمثل هذه التهديدات المتكررة للأمن الصحي في الإقليم، واصلت المنظمة العمل مع البلدان من أجل بناء نظام مستدام للصحة العمومية وتعزيزه وتوسيع نطاقه، على النحو الذي تتطلبه اللوائح الصحية الدولية (2005)، وذلك لرصد واكتشاف التهديدات الصحية القوية والمستجدة في هذا الإقليم وتقييمها واحتوائها.

واستجابة لقرار اللجنة الإقليمية (ش/م/ل إ 61/ق-2)، أُجريت تقييمات سريعة في 20 بلداً من البلدان الـ 22 بالإقليم، لتقييم قدرتها على التعامل مع الوفاة المحتملة لفيروس الإيبولا. وتم من خلال التقييم، مراجعة مستوى التأهب والاستعداد، وتحديد الثغرات الرئيسية أو الجوانب التي قد تثير قلقاً، والتوصية بتدابير عاجلة للتخفيف من خطر وفاة الفيروس وانتشاره. واستناداً إلى هذه التقييمات، تمّ، خلال النصف الأول من 2015، وضع وتنفيذ خطة عمل إقليمية لمدة 90 يوماً لمساعدة البلدان على معالجة الثغرات المهمة التي تم تحديدها في مجالات الترصد والاستجابة، حتى يمكنها منع التهديدات التي يمثلها مرض فيروس الإيبولا، واكتشافه واتخاذ تدابير الاحتواء الفعالة من أجل مكافحته.

وبالنظر إلى التهديد الواسع والسريع لتلازمة الشرق الأوسط التنفسية الناجمة عن فيروس كورونا، تواصل بذل الجهود لدعم البلدان لتعزيز تدابير الاستعداد في مجال الصحة العمومية، ولاسيما ما يختص بالوقاية من العدوى ومكافحتها في محيط الرعاية الصحية. وفي ضوء الفجوات المعرفية الحالية

أبلغت الآن عن وقوع حالات إصابة بها. وشهد هذا المرض ارتفاعاً كبيراً في حالات الإصابة العام الماضي في بلدين اثنين لأسباب ترجع بشكل أساسي إلى العدوى الثانوية، وعدوى المستشفيات داخل مرافق الرعاية الصحية، الأمر الذي أثار قلقاً دولياً بالغاً لظهور طائفة تهدد الصحة العمومية على الصعيد العالمي.

وقد أدت أيضاً الأزمة الإنسانية المستمرة في عدد من البلدان إلى إضعاف النظم الصحية فيها، ونزوح أعداد ضخمة من السكان وتعرّضهم لأوضاع صحية وبيئية سيئة، مع محدودة فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية. وهذه الأوضاع توفّر، كما هو معروف، بيئة خصبة لانتشار الأمراض. وتُرد تقارير من هذه البلدان التي تمرّ بأزمات عن تكرار ظهور فاشيات لأمراض قابلة للتحويل إلى أوبئة.

وعلى صعيد آخر، ازداد بشكل كبير، مع أواخر العام، التهديد المتمثل في إمكانية دخول مرض فيروس الإيبولا إلى الإقليم، في ضوء الاتصال القائم بين الإقليم وبين بلدان غرب أفريقيا. وهناك تهديد قائم لوفادة فيروس مرض الإيبولا إلى النظم الصحية التي باتت بالفعل ضعيفة وهشة في البلدان المتأثرة بفعل الأزمة الإنسانية أو الأوبئة المتكررة، وما يمكن أن ينجم عن ذلك من آثار على الصحة العمومية. وقد استوجب هذا التهديد رفع درجات التأهب في مجال الصحة العمومية، واتخاذ تدابير استعداد في جميع البلدان لمنع أي دخول لهذا المرض أو انتشاره في الإقليم.



Photo: ©WHO



Photo: ©WHO

↑ فرق تابعة للمنظمة تدعم السلطات الصحية الوطنية في المملكة العربية السعودية في تحريمها الارتفاع الكبير في حالات الإصابة بالكورونا

المتكررة للأمن الصحي في الإقليم، فإن استدامة وفعالية وجودة القدرات الأساسية التي تحققها البلدان بمقتضى اللوائح الصحية الدولية تكتسب أهمية متزايدة.

واستجابةً أيضاً لقرار اللجنة الإقليمية (ش م/ل ل 61/ق-2)، وكذلك التوصيات الصادرة عن لجان الطوارئ والمراجعة المعنية باللوائح الصحية الدولية، يُجرى حالياً وضع مجموعة من الأولويات الاستراتيجية على مستوى الإقليم، وخطة تنفيذ مناظرة لها، من أجل سدّ الثغرات المهمة التي تم تحديدها من خلال تقييم تدابير التأهب والاستعداد لمواجهة مرض فيروس الإيبولا، وتعزيز القدرات المطلوبة. وكان الاجتماع السنوي الثالث للأطراف المعنية باللوائح الصحية الدولية قد أجرى استعراضاً نقدياً للثغرات الموجودة وللتقدم المحرز حتى الآن، وقدم توصيات عملية ومحددة الأهداف من منظور استراتيجي، للدفع قُدماً باللوائح الصحية الدولية وجدول أعمال الأمن الصحي العالمي. والتركيز على نحو استراتيجي للدعم القطري، في إطار اللوائح الصحية الدولية، يستهدف الآن التنسيق المتعدد القطاعات، والاكتفاء التشريعي، والترصد، والاستجابة، ومكافحة العدوى، والأمراض الحيوانية المنشأ، وسلامة الغذاء، وهي جميعاً نقائص رئيسية في القدرات الأساسية يشيع وجودها في الدول الأطراف.

وأنُفذت، في عام 2014، خطوات مهمة لاحتواء التهديد الذي تشكله المقاومة لمضادات الميكروبات، حيث تم الانتهاء من

بشأن طريقة انتقال فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية، قدّمت المنظمة الدعم لاستكمال وتنفيذ بروتوكول بحثي في مجال الصحة العمومية لتفهّم عوامل الخطر التي تؤدي إلى العدوى البشرية. ومن المنتظر أن تقود نتائج هذه المبادرة البحثية، ليس فقط إلى كشف الغموض حول مصدر هذا الفيروس، بل أيضاً لتمهيد الطريق لتوقّي العدوى البشرية، التي يفترض حالياً أنها حيوانية المنشأ.

وفي ضوء الحاجة إلى الاكتشاف المبكر للتهديدات الصحية الوبائية في البلدان المتضررة من الأزمة المستمرة، تواصل تقديم الدعم من أجل تعزيز نُظم الإنذار المبكر من الأمراض، وتوسيع نطاقها، وتحسين تدابير الاستعداد للاستجابة السريعة من أجل احتواء الأوبئة في الوقت المناسب. وقد أسهمت الأنشطة التي قامت بها المنظمة في مجال الأمن الصحي إسهاماً كبيراً في تسريع وتيرة التقدم نحو تنفيذ القدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005). غير أنه ما تزال هناك مخاوف بشأن البلدان التي لم تتمكن بعد من الوفاء بالموعد النهائي أو تحقيق الامتثال للشروط المطلوبة. وبحلول حزيران/يونيو 2014، الذي صادف الموعد النهائي لفترة التمديد الأول المحددة بستين لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية، كان ثماني دول أطراف فقط في هذا الإقليم قد أعلنت امتثالها للمتطلبات، في حين طلبت الدول الـ 14 المتبقية تمديداً ثانياً للموعد النهائي، وتم منحها إياه. ومع انتهاء مدة التمديد الثاني، المقررة في حزيران/يونيو 2016، وفي ضوء التهديدات

تقديم الدعم للبلدان الآن من أجل إعداد وتنفيذ الخطط الوطنية للحد من التهديدات التي تشكّلها المقاومة لمضادات الميكروبات استناداً إلى النُظُم الصحية للبلدان، في إطار دعم خطة العمل العالمية وإطار العمل الإقليمي في هذا المجال.

وقد تم إحراز تقدّم في مجال تعزيز قدرات المختبرات الوطنية لدعم البرامج المخصصة لمكافحة أمراض محددة، إلا أنه لا تزال هناك تحديات كبيرة ماثلة، من أهمها ضرورة وضع سياسة وطنية شاملة للمختبرات تشمل قضايا مثل التمويل والموارد البشرية وضمان الجودة، فضلاً عن إدارة المخاطر البيولوجية. وقد أبرّزت التقييمات التي أُجريت بشأن مرض فيروس الإيبولا، وجود ثغرات في مجال المخاطر البيولوجية وإدارة الجودة، ومن ثمّ فإنّ جهوداً مكثّفة تُبذل في عدد من البلدان في ما يتعلق بشحن المواد البيولوجية وكذلك الإجراءات الفعّالة للسلامة البيولوجية لدى تداول مسببات الأمراض الخطرة. وتم وضع استراتيجيات إقليمية للخدمات المختبرية ومأمونية الدم من خلال عملية تشاورية، بالتعاون مع خبراء في المجالات ذات الصلة، من الدول الأعضاء ومن عدد من المعاهد والوزارات في الإقليم، ومن المقرّر الرئيسي للمنظمة، والأقاليم الأخرى.



Photo: ©WHO

↑ كانت لبنان ضمن عدد من البلدان في الإقليم التي أُجرت تدريباً حول التأهب لوفادة مرض الإيبولا، وشمل أيضاً معدات الحماية الشخصية

التقييم البلدي السريع الذي كان قد أُطلق في عام 2013، والذي نُشرت نتائجه في تقرير المنظمة العالمي في عام 2015. وشكّلت لجنة توجيهية إقليمية لتقديم المشورة السياسية والاستراتيجية للمدير الإقليمي بشأن احتواء التهديد الذي تشكّله المقاومة لمضادات الميكروبات، وكذلك لوضع إطار عمل إقليمي، تمثيلاً مع نهج «الصحة الواحدة» الذي تم الاتفاق عليه بين المنظمة ومنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو) والمنظمة العالمية لصحة الحيوان. وسيتم

التأهب للطوارئ والاستجابة لها

لمحة عامة



Photo: ©WHO

↑ المدير الإقليمي يزور أحد مخيمات النازحين داخلياً في شمال العراق ويحث الجهات المانحة على المساهمة في تقديم الخدمات الصحية المنقذة للحياة

الهائل والسريع للنازحين داخلياً في المحافظات الثلاث التي تُشكّل إقليم كردستان إلى إنهاك النظام الصحي، وسبب نقصاً حاداً في المواد الطبية الأساسية، وأثقل كاهل المرافق الصحية. وفي ضوء النطاق غير المسبوق للصراع وشدة الأوضاع وتعقدها، أعلنت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، في آب/أغسطس 2014، الأزمة العراقية طارئة من المستوى الثالث، وهو ما يمثل المستوى الأعلى من حالات الطوارئ، وهي الثانية في الإقليم، بعد تصنيف الأزمة في الجمهورية العربية السورية كطارئة من المستوى الثالث في عام 2012.

وفي الجمهورية العربية السورية، وبحلول كانون الأول/ديسمبر 2014، ومرور ثلاث سنوات على الأزمة الدائرة، كان نحو 12.2 مليون شخص قد تضرروا داخل البلاد، من بينهم 7.6 ملايين من النازحين داخلياً، فضلاً عن 4.8 ملايين شخص يعيشون في مناطق يصعب الوصول إليها أو مناطق محاصرة. وهناك نحو 4 ملايين لاجئ إضافي يتخذون من كل من الأردن، وتركيا، والعراق، ولبنان، ومصر ملاذاً لهم. وبنهاية آذار/مارس 2015، ذكرت التقارير أنه من 113 مستشفى عامة جرى تقييمها، هناك 44٪ تعمل بالكامل و36٪ منها تعمل بشكل جزئي، في حين توقّف 20٪ من هذه المستشفيات عن العمل. وأضحّت فرص حصول السكان على الخدمات الأساسية محدودة بشكل متزايد، بما في ذلك الرعاية الصحية المنقذة للحياة، مع عدم مقدرة المرافق الصحية القادرة على العمل، على مواكبة الاحتياجات المتزايدة للسكان المتضررين

شَهِدَ عام 2014 تصاعداً في حالات الطوارئ وما يصاحبها من احتياجات صحية للسكان المتضررين في عدد من البلدان في الإقليم. ويتضرّر ما مجموعه 58 مليون شخص من حالات الطوارئ في هذا الإقليم، من بينهم نحو 16 مليون لاجئ أو نازح داخلي. ويأتي أكثر من نصف عدد اللاجئين في العالم من ثلاثة بلدان تقع جميعها في إقليم شرق المتوسط (أفغانستان، والجمهورية العربية السورية، والصومال) تستضيفهم أربعة بلدان فقط (الأردن، وباكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، ولبنان). وقد تضاعف عدد اللاجئين في الأردن، وزاد عددهم ثلاث مرّات في لبنان، خلال 2014، جرّاء الأزمة السورية. ويشكّل اللاجئون حالياً نسبة 25٪ من إجمالي عدد السكان في لبنان. وعلى الجانب الآخر، يستضيف الإقليم أيضاً العدد الأكبر من النازحين داخلياً، بسبب النزاعات الدائرة، وتأتي الجمهورية العربية السورية، والسودان، والعراق بين أكثر خمسة بلدان على مستوى العالم تستضيف النازحين داخلياً.

ففي العراق، كان نحو 5.2 ملايين شخص، من مختلف أنحاء البلاد، يحتاجون إلى المساعدة الإنسانية مع حلول أيار/مايو 2015، منهم ما يزيد على 2.9 مليوناً من النازحين داخلياً، ما يمثل واحدة من أكبر حالات النزوح الداخلي للسكان في العالم. واعتباراً من كانون الأول/ديسمبر 2014، كان نحو 80٪ من المرافق الصحية في المحافظات التي تعاني من اختلال أمني، يعمل بشكل جزئي، بينما كان 4٪ من تلك المرافق متوقفاً تماماً عن العمل. وقد أدّت مغادرة ما يقرب من نصف جميع العاملين الصحيين إلى إحداث فجوة في تقديم الرعاية الصحية الأولية، والعلاج الجراحي للإصابات، والرعاية التوليدية، في المناطق التي كان العنف متواصلاً فيها. وكانت الإمدادات من الأدوية والمعدات غير منتظمة بسبب عدم إمكانية الوصول إلى الطرق، وانقطاع الكهرباء أو نقص الوقود. وأدّى التدفق

والمساكن المكتظة في المجتمعات المستضيفة لهؤلاء النازحين، فضلاً عن ضعف التغذية، إلى زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق المياه كالكوليرا وغيرها من أمراض الإسهال، فضلاً عن الأمراض المنقولة بالهواء كالالتهاب الرئوي والحصبة.

وفي ليبيا، اندلعت اشتباكات، في حزيران/يونيو 2014، بين القوى المتناحرة في طرابلس وبنغازي. وبحلول كانون الأول/ديسمبر 2014، كان ما يزيد على 2.5 مليون شخص في حاجة إلى مساعدة إنسانية، من بينهم نحو 400 000 من النازحين. وأدى نقص الأدوية والمستلزمات الطبية، إلى جانب إجلاء العديد من القوى العاملة الصحية الدولية الموجودة بالبلاد، إلى ضعف النظام الصحي وإلى إنهاك المرافق الصحية القادرة على العمل.

وفي فلسطين، تسبب 51 يوماً من القتال في غزة، خلال شهري تموز/يوليو وأب/أغسطس 2014، في مقتل 2 333 فلسطينياً، وإصابة 15 788 آخرين، كما أدى إلى نزوح نحو نصف مليون شخص، وتدمير ما يصل إلى 22 000 منزل أو أنها باتت غير

في مناطق النزاع. وقد أدت الأوضاع المعيشية الشديدة الاكتظاظ، إلى جانب الانخفاض الكبير في التغطية الشاملة بالتطعيم، إلى جعل السكان معرّضين بشكل متزايد للإصابة بالأمراض السارية كالحصبة والتيفود والسعال الديكي.

وفي آذار/مارس 2015، تصاعد النزاع في اليمن ليصل العنف إلى 19 محافظة من المحافظات اليمنية البالغ عددها 22 محافظة. وبحلول حزيران/يونيو، كان ما يزيد على 20 مليون شخص قد تضرروا جراء ذلك، مع احتياج ما يناهز 15 مليون شخص إلى خدمات الرعاية الصحية. وفي أيار/مايو، تضاعف تقريباً عدد النازحين داخلياً ليتجاوز مليون شخص. وأدى النقص الحاد في الأدوية والمستلزمات الطبية ونقص الوقود اللازم لتشغيل مولدات المستشفيات وللحفاظ على سلسلة التبريد اللازمة لحفظ اللقاحات إلى انهيار تدريجي للنظام الصحي. وأدى نقص الوقود أيضاً إلى عدم، أو قلة حصول ما يقدر بـ 9.4 مليون شخص على مياه مأمونة. وأوردت التقارير ارتفاعاً شديداً في الحالات المشتبه في إصابتها بالمalaria وحُمى الضنك، حيث وصل عدد الحالات المشتبه إلى ما يزيد على 3000، بالإضافة إلى عدد من الوفيات. وأعاقت صعوبة الوصول إلى المناطق المتضررة منظمة الصحة العالمية وشركاءها عن إجراء تقييم للأوضاع، والقيام بتدابير مكافحة النواقل. وأوردت التقارير أيضاً استمرار وقوع عدد كبير من أمراض الإسهال والالتهاب الرئوي. وزاد التأخر في إجراء حملات التطعيم وإلغاؤها من خطر وقوع فاشيات للحصبة، كما يهدد ذلك بمعاودة دخول فيروس شلل الأطفال إلى البلاد، على الرغم من عدم الإبلاغ عن أي من حالات شلل الأطفال منذ حزيران/يونيو. وقد أتاحَت هُدنة إنسانية، مدتها خمسة أيام، في أيار/مايو، قيام المنظمة وشركائها بتوسيع نطاق استجابتها في مختلف أنحاء البلاد، بيد أن الدعوات التي أُطلقت من أجل هُدنة ثانية في شهر رمضان المعظم قد باءت بالفشل.

وفي باكستان، أدت العمليات العسكرية في وكالة وزيرستان الشمالية إلى نزوح نحو 500 000 شخص، في حزيران/يونيو 2014، ليصل بذلك إجمالي عدد النازحين إلى نحو مليون شخص؛ 74٪ منهم نساء وأطفال. وأدى سوء الأحوال الجوية



Photo: ©WHO

↑ الفحص الطبي لأحد الأطفال في إطار التدبير العلاجي لنقص التغذية الوخيم الحاد في مركز التغذية العلاجية المدعوم من المنظمة في مستشفى الصداقة التعليمي في عدن، اليمن

وتقوم المنظمة بحشد كل إمكاناتها من أجل الاستجابة لمقتضيات حالات الطوارئ المذكورة آنفاً، وذلك من خلال قيادتها لأعمال المجموعة المعنية بالخدمات الصحية الإنسانية، وتنفيذ المهام المنوطة بها في مجال تعزيز ترصد الأمراض، ونُظُم الإنذار المبكر، وتعزيز وظائف الصحة العمومية الأخرى، بما في ذلك مكافحة الفاشيات المرضية والتمنيع والمساعدة على استمرار خدمات الرعاية الصحية الأولية والخدمات المتقدمة للحياة.

التحديات واستجابة منظمة الصحة العالمية للطوارئ في الإقليم

تمثل محدودية القدرة على الوصول إلى المناطق المتضررة، بسبب انعدام الأمن، واحداً من أكبر التحديات التي تعوق قدرة المنظمة على الاستجابة لمقتضيات الطوارئ. ففي الجمهورية العربية السورية، استوجبت القدرة المحدودة على الوصول إلى تلك المناطق إيجاد حلول أكثر ابتكاراً من أجل الوصول إلى السكان الذين هم في حاجة إلى الخدمات. وفي اليمن، تسببت قيود الدخول إلى البلاد عبر أي من الموانئ، في تأخير تسليم الإمدادات من المستلزمات الصحية التي تَمَسُّ الحاجة إليها. وحتى داخل البلاد، تَسبَّب العنف وانعدام الأمن في جعل الوصول إلى بعض المناطق أمراً غير ممكن الحدوث، وزاد من مخاطر وقوع أمراض مثل الملاريا وحمى الضنك، في ظل عدم حصول المرضى على الرعاية الصحية، وبالتالي عدم تشخيص المرض وتلقي العلاج في الوقت المناسب. ومن بين التحديات الأخرى الإضافية، الهجمات المتكررة التي تستهدف العاملين في الرعاية الصحية والمرافق الصحية والبنية الأساسية الصحية. وقد أدان المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية علناً في عام 2014 مثل هذه الهجمات التي وقعت في أفغانستان، وفلسطين، والجمهورية العربية السورية، والسودان، والعراق، واليمن. وعلى جانب آخر، شكّل أيضاً غياب التمويل المستدام للصحة في ما يخص الاستجابة للطوارئ، تحدياً رئيسياً يحدّ من قدرات المنظمة وشركائها في مجال الصحة على الاستجابة، ويُنذر بخطر إغلاق الخدمات والبرامج الصحية القائمة. ففي عام 2014، وقَّف مستوى تمويل الصحة في هذا الإقليم

صالحة للسكن، مع بقاء نحو 100 000 شخص بلا مأوى مع نهاية العام. وقد سبَّب النزاع أضراراً واسعة النطاق للبنية الأساسية، بما في ذلك المستشفيات والعيادات وسيارات الإسعاف، فضلاً عن مرافق المياه والصرف الصحي، مما أدّى إلى تقليص فرص الحصول على الخدمات الأساسية.

ومع تصاعد النزاع المسلح في أفغانستان، من حيث الشدّة والنطاق الجغرافي، ارتفع عدد الأشخاص الذين هم في حاجة إلى الخدمات الصحية من 3.3 ملايين في عام 2013، إلى 5.4 ملايين في عام 2014. وما برح الصراع يسبب اضطراباً شديداً في تقديم الخدمات الصحية. ولا يزال أكثر من 30٪ من سكان أفغانستان يفتقرون إلى الرعاية الصحية الأساسية أو يصعب حصولهم عليها.

وفي الصومال، حذّرت الأمم المتحدة، في حزيران/يونيو 2014، من «حالة طوارئ إنسانية تلوح في الأفق»، حيث يفتقر نصف سكان البلاد تقريباً إلى الخدمات الأساسية، كما يحتاج نحو 3.2 مليون امرأة ورجل إلى خدمات صحية طارئة. وما يزال نظام الرعاية الصحية يعاني من الضعف، كما أن هناك نقصاً حاداً في العاملين الصحيين الأكفاء. ويُرَى تأثير هذا النقص الحاصل في الخدمات الأساسية، أكثر ما يُرى، بين الأشخاص النازحين داخلياً الذين يتواصل تضررهم من فاشيات الأمراض الناجمة عن الظروف المعيشية المكتظة ونقص المرافق الصحية، ومحدودية الخدمات الصحية.

وتسببت الكوارث الطبيعية في حصد المزيد من الأرواح. ففي أيلول/سبتمبر 2014، تسبَّب الفيضان في السودان، في تشريد أكثر من 320 000 من الرجال والنساء والأطفال، في حين تضرر نحو 1.8 مليون شخص في باكستان جرّاء الأمطار الموسمية والفيضانات، التي أسفرت عن وفاة 282 شخصاً وإصابة 489 آخرين. وتشير التقديرات إلى أن أكثر من 42 000 منزل تعرّضت لأضرار أو أنها دُمّرت، في حين غمرت المياه ما يُقدَّر بـ 976.5 مليون هكتار من الأراضي الزراعية، في وقت كانت المحاصيل فيه شبه جاهزة للحصاد. وكانت بعض المناطق المتضررة من بين تلك التي تعرّضت من قَبْل للفيضان في عام 2013.



↑ نشر العيادات الطبية المتنقلة، التي قامت بشرائها المنظمة وبرنامج الأغذية العالمي، لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان النازحين داخلياً في العراق

لاضطراب بسبب القدر المحدود من البيانات والمعلومات التي تصل إليها. واضطر المرضى المصابون بأمراض غير سارية مزمنة إلى البحث عن أماكن بديلة لتلقي العلاج، حيث أغلقت المرافق الصحية أبوابها أو أعلنت عن نقص الأدوية الأساسية لديها. وازدادت أيضاً الاحتياجات الخاصة بالصحة النفسية نتيجة للعنف الدائر.

وفي أعقاب تصنيف الأزمة في العراق في المستوى الثالث، وهو ما يعني استجابة المنظمات على مستوى العالم، تم تعزيز قدرات مكتب المنظمة القطري بنشر أكثر من 21 موظفاً دولياً لديهم خبرات في جميع المجالات وذلك بحلول أيار/مايو، وإنشاء محاور و/أو مراكز اتصال للمنظمة في جميع المحافظات التسع عشرة. وقامت المنظمة، بتمويل من المملكة العربية السعودية، بشراء وتشغيل 10 عيادات متنقلة في شمال العراق تغطي احتياجات 300 000 من النازحين داخلياً والمجتمعات المستضيفة لهم. ويأتي هذا المشروع في إطار استجابة المنظمة الأوسع نطاقاً لتقديم حزمة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية، في الوقت المناسب. ومع حلول أيار/مايو 2015، كان قد تم توفير الإمكانية لـ 3.5 مليون شخص في العراق للحصول المباشر على الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية التي قامت المنظمة بشرائها والتجهيز بها.

عند نسبة 45.6٪، في حين كانت نسبة تمويل التنسيق 84.8٪، والغذاء بنسبة 61.8٪. وعلى الرغم من تزايد الاحتياجات، فلم تتجاوز نسبة تمويل الصحة لعام 2015 نسبة 12.5٪ حتى أيار/مايو. ويتواصل اعتماد البلدان التي تَمَّ بأزمات اعتماداً كبيراً على المساعدات الإنسانية والمالية الخارجية، والتي قد لا تصل دائماً عندما تكون تلك البلدان في أشد الحاجة إليها.

وعلى حين زادت الاحتياجات في مجال رعاية الإصابات والرضوح، فإن القدرات تتناقص بين الشركاء لتلبية هذه الاحتياجات، وذلك بسبب انعدام الأمن. ففي الجمهورية العربية السورية، حيث تعرّض مليون شخص لإصابات خلال الربع الأول من عام 2015، اضطر الشركاء في مجال الصحة إلى الانسحاب الكامل من المناطق «الساخنة»، تاركين وراءهم هوة عميقة في مجال تقديم رعاية الإصابات والرضوح. وكذلك، فإن التحركات الجماعية للسكان، مقرونة بانخفاض معدلات التنمية ونقص اللقاحات، تُعرّض الإقليم بأكمله لخطر وقوع الفاشيات المرضية. وقد أدى انتشار شلل الأطفال والحصبة في الجمهورية العربية السورية، نتيجة للأزمة الدائرة فيها، إلى عودة دخول شلل الأطفال إلى العراق في عام 2014 بعد مرور 14 عاماً على خلوّه من هذا الداء.

ومن بين التحديات التشغيلية التي واجهتها المنظمة والشركاء في مجال الصحة، الاضطراب الحاصل في النظم الصحية، ووجود أعداد متزايدة من المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية الإصابات والرضوح (ولاسيما في المناطق التي يصعب الوصول إليها)، والأعداد المتنامية من النازحين داخلياً، والنقص الحاد في القوى العاملة الصحية؛ حيث هرب العاملون الصحيون مع أسرهم، واضطراب نظم الإحالة نتيجة لانعدام الأمن وقطع الطرق والنقص الحاد في الأدوية واللقاحات الأساسية. وزادت التحركات السكانية الجماعية من مخاطر الإصابة بالأمراض السارية، في ضوء سعي النازحين داخلياً إلى إيجاد ملاذهم داخل المخيمات والأماكن العامة المكتظة. كما زادت الأضرار التي لحقت بالبنية الأساسية لمرافق المياه والنظافة العامة من مخاطر الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق المياه. وتعرّضت نظم ترصد الأمراض

داخلياً، و140 000 من الأطفال دون سن الخامسة. ووفّرت المنظمة أيضاً المياه المأمونة، ومجموعات من لوازم النظافة الصحية والمستلزمات للمرافق الصحية وللنازحين داخلياً الذين تستضيفهم المجتمعات المضطّرة. كما وفّرت خدمات نقل المياه بالشاحنات إلى المرافق الصحية وإلى المجتمعات التي ترتفع فيها أعداد النازحين داخلياً. ووفرت المنظمة كذلك أدوية السل والملاريا، ودعمت الاستجابة للفاشيات المرضية ومكافحتها.

وقامت المنظمة، إبان الصراع في غزّة وما بعده، بتيسير تسليم الأدوية والمستلزمات الطبية للمستشفيات والمرافق الصحية، لصالح مئات الآلاف من المرضى. وأعيد تفعيل نظام المجموعات الصحية تحت قيادة المنظمة، جنباً إلى جنب مع وزارة الصحة. وتولت المنظمة إجراء العنصر الخاص بالصحة في التقييم المتعدد المجموعات، وقادت مجموعة الصحة لاستكمال التقييم المشترك للقطاع الصحي. وعلى الرغم من النزاع الدائر، فقد حرصت المنظمة على تواصل الدعوة إلى تمكين المرضى الذين لديهم إحالات إلى الخارج، كما أنها تعمل على مستوى السياسات من أجل تيسير حصول المرضى على ذلك.

إدارة المخاطر الصحية

أقرّت اللجنة الإقليمية أهمية الحاجة إلى تعزيز التأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها من خلال اعتماد نهج مواجهة جميع الأخطار، واتباع نهج متعدد القطاعات (ش/م/ل إ 61/ق-1)، وطلبت تعزيز الدعم التقني من جانب المنظمة من أجل تعزيز القدرات الوطنية لإدارة مخاطر الطوارئ. ومع نهاية 2014، كان 19 بلداً قد تلقى دعماً في مجال مراجعة خططها الوطنية القائمة الخاصة بالتأهب للطوارئ والاستجابة لها، بهدف اعتماد النهج الشامل في هذا الشأن. وقد أكمل بلدان، حتى الآن خططها الوطنية للتأهب لجميع مخاطر الطوارئ والاستجابة لها في ما يتعلق بالصحة. وفي إطار دعم عملية التخطيط، تم تجريب البروتوكول الشامل لتقييم المخاطر المرتبطة بجميع الأخطار في جمهورية إيران الإسلامية،



Photo: ©WHO

↑ المدير الإقليمي، في زيارة إلى قطاع غزّة، يسلط الضوء على التحديات الصحية، بما في ذلك إحالة المرضى للمستشفيات خارج القطاع للحصول على علاج منقذ للحياة

وتأكّد، في مطلع عام 2014، وجود حالتين من شلل الأطفال في العراق. وقد تمكّنت المنظمة، جنباً إلى جنب مع الشركاء في مجال الصحة، من المؤسسات الوطنية ومن الوكالات التابعة للأمم المتحدة، من تطعيم أكثر من 5 ملايين طفل ضد شلل الأطفال، في ثلاث حملات تمّينع وطنية، وذلك بحلول أيار/ مايو 2015.

وفي الجمهورية العربية السورية، وفّرت المنظمة العلاج الطبي، في عام 2014، لأكثر من 13.8 مليون شخص ممن يحتاجون إليه في مختلف أنحاء البلاد، مع توزع أكثر من 32٪ من تلك المعالجات في المناطق التي يصعب الوصول إليها، وتلك التي تسيطر عليها المعارضة. كما حشدت المنظمة أيضاً أكثر من 17 000 من العاملين في الرعاية الصحية لتطعيم نحو 2.9 مليون طفل ضد شلل الأطفال، من خلال 10 حملات للتمنيع، كما تم تطعيم 1.1 مليون طفل ضد الحصبة.

وفي اليمن، وزّعت المنظمة، في الفترة ما بين آذار/ مارس وحزيران/ يونيو 2015، ما يقرب من 130 طناً من الأدوية والمستلزمات الطبية، وأكثر من 500 000 لتر من الوقود لضمان استمرار عمل المستشفيات الرئيسية ومستودعات اللقاحات وسيارات الإسعاف والمختبرات الوطنية ومراكز الكلى والأورام والمراكز الصحية في 13 محافظة، تصل خدماتها لأكثر من 4.7 مليون مستفيد، بمن فيهم 700 000 من النازحين

في حالات الطوارئ، بهدف ضمان تمويل يمكن التنبؤ به للاستجابات المفاجئة/ السريعة للكوارث الطبيعية أو التي هي من صنع الإنسان، التي قد تقع في الإقليم. وقد شددت اللجنة الإقليمية على أهمية هذا الأمر، وحثت الدول الأعضاء على المساهمة في الصندوق بتخصيص نسبة لا تقل عن 1٪ من ميزانية المنظمة التي تُخصَّص للبلدان، إلى جانب أي مساهمات طوعية أخرى متى أمكن.

وسعيًا لهدف إنشاء قائمة إقليمية تُضم خبراء أكفاء يكونون قادرين على الاستجابة بالسرعة والفاعلية المطلوبة لمقتضيات أي حالة من حالات الطوارئ، بما في ذلك فاشيات الأمراض، فقد تم دعم بناء القدرات في مراكز الاتصال المعنية بحالات الطوارئ، للتدريب على الاستجابة في حالات الطوارئ المفاجئة، وسيواصل دعم هذه الأنشطة بصفة سنوية. وبُغية ضمان شراء المستلزمات والمعدات الطبية الحيوية، وتوفيرها في الوقت المناسب، للبلدان التي تَمَرُّ بحالات طوارئ في الإقليم وما وراءه، فقد أتمت المنظمة اتفاقاً مع حكومة الإمارات العربية المتحدة لإنشاء مركز مخصص للعمليات الإنسانية/ الخدمات اللوجستية للمنظمة.

وستواصل المنظمة العمل مع الدول الأعضاء من أجل تعزيز قدرات النُظُم الصحية لمنع وقوع الطوارئ والأزمات، والتخفيف من أثرها، والتأهب والاستجابة لها، والتعافي منها، باتباع نهج متعدد القطاعات يراعي الصحة كمنظومة متكاملة، مع التركيز بوجه خاص على تعزيز القدرات التقنية في مجال التأهب.



Photo: ©WHO / Simi Ramo

↑ إجراء تدريب محاكاة في أفغانستان لتطوير القدرات الوطنية في مجال التدبير العلاجي للإصابات الجماعية

بالإضافة إلى إجراء تحليل شامل لدرجة التأثر بالمخاطر. وفي أفغانستان، تم، بالتعاون مع الشركاء، تعزيز القدرات في مجال التدبير العلاجي للإصابات الجماعية.

وتمكَّنت المنظمة، في عام 2014، من إنجاز أعمالها في حالات الطوارئ في هذا الإقليم، بفضل الدعم الذي قُدِّم من العديد من الدول المانحة، ومن بينها أستراليا، وكندا، والصين، والمفوضية الأوروبية، وفنلندا، وإيطاليا، واليابان، وكوريا، والكويت، والنرويج، والاتحاد الروسي، والمملكة العربية السعودية، وسويسرا، وتركيا، والإمارات العربية المتحدة، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الأمريكية.

تنفيذ الاستراتيجيات التي أقرتها اللجنة الإقليمية

أحرز تقدُّم في ما يتعلق بتنفيذ القرارات التي اعتمدها اللجنة الإقليمية. فقد شُرع في عملية إنشاء صندوق إقليمي للتضامن

تنفيذ الإصلاحات الإدارية لمنظمة الصحة العالمية

البرامج ووضع الأولويات

واصلت المنظمة تنفيذ وتعزيز التزامها بالأولويات الاستراتيجية العالمية والإقليمية. ويتمثل هدفها من الإصلاح البرنامجي في تحسين الحصائل الصحية على الصعيدين العالمي والإقليمي، من خلال التركيز على مميزاته النسبية. وبناءً على ذلك، شرّعت المكاتب الإقليمية والقُطرية في تنفيذ الميزانية البراجمجة 2014-2015 في المجالات الرئيسية ذات الأولوية، مع حصر 76٪ من الميزانية للبرامج التقنية الأساسية في المكاتب القُطرية (باستثناء حالات الطوارئ). ومع نهاية عام 2014، كان قد تم تمويل الميزانية البراجمجة المخصصة، بنسبة 76٪ (66٪ للبرامج الأساسية، و81٪ للطوارئ)، بمعدل تنفيذ بلغت نسبته 58٪ مقابل الأموال المتاحة و44٪ مقابل الميزانية البراجمجة المخصصة.

على الجانب الآخر، بدأت عملية التخطيط التشغيلي للثنائية 2016-2017. وتم تعزيز النهج الذي ينطلق من القاعدة إلى القمة، والذي استُخدم لأول مرة في التخطيط التشغيلي للثنائية 2014-2015، وتم التركيز فيه بشكل واضح على الأولويات القُطرية. وبالإشارة إلى إطار سلسلة النتائج الجديد الذي أُدخل في برنامج العمل العام الثاني عشر 2014-2019، اختارت المكاتب القُطرية والإدارات المعنية بالمكتب الإقليمي ما يصل إلى 10 مجالات عمل ذات أولوية، تُقرَّر أن يُستخدم فيها ما لا يقل عن 80٪ من الميزانية البراجمجة للثنائية 2016-2017. واستُخدمت الميزانية البراجمجة للثنائية 2014-2015 كمرجع لتخصيص الميزانية، إلا أن العملية أتاحت مرونة أكثر مما كان عليه الحال في الثنائية السابقة، كما أتاحت إجراء تعديلات بين فئات بنود الميزانية وفقاً للأولويات الإقليمية. وبُغية تحقيق أعلى مستويات المواءمة مع الأولويات القُطرية، أُتيحت الفرصة للأفرقة الإقليمية والقُطرية لاقتراح التعديلات أو الإضافات التي تراها، للنظر فيها من قِبَل شبكات الفئات

ومجالات البرامج على المستوى العالمي، وذلك قبل وضع مشروع الميزانية في صورته النهائية، ومن ثمّ مراجعته من قِبَل اللجان الإقليمية. وقد أفضت هذه العملية التفاعلية إلى إعداد مشروع الميزانية البراجمجة للثنائية 2016-2017، وعرضه على جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2015 لإقراره.

الحوكمة

تواصلت عقد الاجتماعات رفيعة المستوى للوزراء وممثلي الدول الأعضاء والبعثات الدائمة لها في جنيف، قبيل اجتماعات الهيئات الرئاسية للمنظمة (جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي). وقد أتاحت هذه الاجتماعات فرصة رائعة لإجراء استعراض، مع السادة وزراء الصحة وكبار المسؤولين الحكوميين، للتقدم المحرز في معالجة الأولويات الرئيسية، منذ اجتماع اللجنة الإقليمية في دورتها السابقة، والتي كان لها أثر إيجابي في تعزيز مشاركة الدول الأعضاء في المناقشات العالمية حول الصحة وإصلاح المنظمة. كما وفّرت الاجتماعات اليومية التي عُقدت أثناء اجتماعات المجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية فرصاً إضافية للدول الأعضاء من هذا الإقليم للتفاعل والاتفاق على المواقف المشتركة ذات التأثير على الإقليم. وكان تقرير لمتصف المدة قد عُرض على الاجتماع الوزاري الذي عُقد قبيل اجتماع جمعية الصحة العالمية، بشأن التقدم المحرز في تنفيذ الالتزامات التي تم التعهد بها بالنسبة للأولويات الاستراتيجية الخمس؛ وهو التقرير الذي عُرض بعد ذلك على اللجنة الإقليمية. واعتمدت اللجنة الإقليمية، في دورتها الحادية والستين، ثلاثة قرارات تغطي مجالات العمل الرئيسية. ويأتي خفض عدد القرارات متفقاً مع إصلاحات الحوكمة ومع جهود اللجنة للتركيز على الأولويات والإجراءات التي يمكن للدول الأعضاء الالتزام بها بصورة واقعية. وقد عُقدت، قبيل الدورة مباشرة، اجتماعات تقنية على مدى يوم كامل لمناقشة القضايا الحالية ذات الاهتمام. وبحسب الاقتضاء، تم رفع حصائل المناقشات إلى اللجنة الإقليمية من أجل مزيد من النقاش حولها. وهذه العملية، التي تنبع من النظام الداخلي المنقح الذي أقرته اللجنة الإقليمية في دورتها التاسعة



↑ نشر المجلة الصحية لشرق المتوسط شهرياً

والخمسين، لم تزل قيد التطوير لتصبح محفلاً مفيداً لنقاشات تقنية رفيعة المستوى مع الدول الأعضاء.

الإدارة

واصلت المنظمة متابعة التزامها بتعزيز القدرات التقنية والإدارية في البلدان، وتنفيذ عملية إصلاح شامل في ما يخص بأعمالها في الإقليم. وعلى الرغم من الارتفاع المفاجئ في حالات الطوارئ واستمرار الأزمة في عدد من المناطق بالإقليم، والتي تمثل تحديات فريدة من نوعها، وعلى الرغم من محدودية الموارد المتاحة، فقد ظل السعي إلى التميّز الكامل هو النبراس الذي نستهدى به في تنفيذ عملية إصلاح المنظمة في هذا الإقليم.

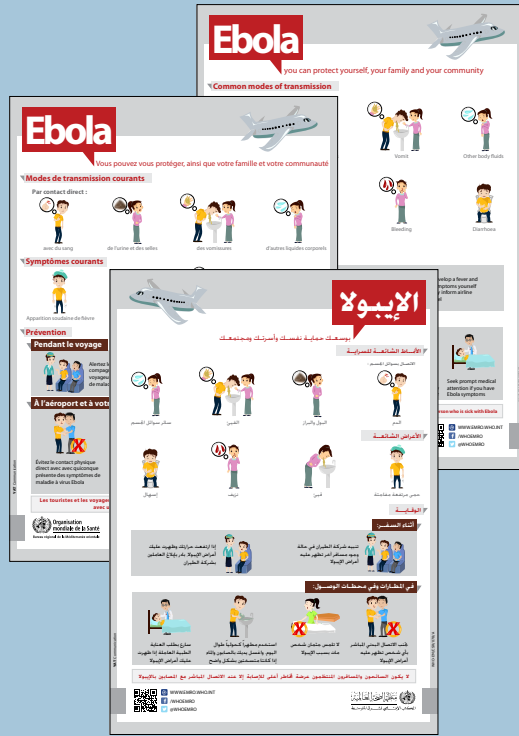
وُترجم برنامج الإصلاح الإقليمي إلى خطة ترمي إلى تحسين الإدارة وتنظيمها، تركز على زيادة تمكين الموظفين وإيجاد بيئة مواتية لتبادل أفضل الممارسات وتطوير الممارسات في المستقبل. وعُقد مُعْتَكَف للإدارة العليا لاستعراض التقدّم المحرّز والتحديات الماثلة في ما يتعلق بالأولويات الإقليمية، بما في ذلك إصلاح الإدارة. وقد أفضى ذلك إلى إنشاء فرقة عمل تُصمّم ممثلين من جميع الإدارات، والتي بحثت سُبُل ووسائل تبسيط الإجراءات وتقليل الاختناقات في هذا الشأن.

وتم تنفيذ عدد من الإجراءات لتحسين عمليات الإدارة، حيث وُضعت هياكل منسجمة في جميع مراكز الميزانية، وأعدت قوائم للموظفين خاصة بوظائف الدعم التقني والإداري العامة، وتم الاتفاق على مؤشرات رئيسية للأداء من أجل تحقيق رصد أفضل للأداء التقني والإداري، وكذلك لجوانب الامتثال. وتم تبسيط طيف من الإجراءات الإدارية وتنظيمها من أجل تعزيز الامتثال وتحسين الأداء، ولاسيما ما يتعلق بالتوظيف والتعاقد والسفر وتنظيم الاجتماعات، بينما تمت تقوية إجراءات المشتريات العامة. وبُذلت جهود لتعزيز الملكية والمساءلة من جانب الإدارات والمكاتب القطرية من خلال تفويض مزيد من الصلاحيات إلى مراكز الميزانية.

وانطلاقاً من الخطوات التي بُدء في اتخاذها عام 2013، تم التركيز بشكل كبير على تقوية الضوابط الداخلية والامتثال.

وأنشئت وظيفة خاصة بالامتثال وإدارة المخاطر، تتبع للمدير الإقليمي مباشرة. ويتم رصد الامتثال على مستوى مركز الميزانية عن طريق «لوحة قياس الامتثال» تكون واضحة للمديرين المسؤولين، ويُجرى تحديثها بصفة شهرية. وسعيًا إلى تشجيع وتحسين الأداء في هذا المجال، فقد بُذلت جهود للتواصل مع الموظفين من خلال توجيههم على نحو أفضل، والتفاعل المباشر معهم، بما يشمل عقد لقاءات للتشاور عن بُعد. وقد أثبتت هذه التفاعلات نجاعتها في ما يتعلق بتشاطُر المعلومات وتبادل الخبرات والحلول.

وعلى المستوى القطري، أُحرز تقدّم كبير في عدد من المجالات المستهدفة ذات الصلة بالتوصيات التي أسفرت عنها عمليات المراجعة. وانخفض، بشكل أكبر، عدد التقارير التقنية والمالية المتعلقة ذات الصلة بالتعاون المالي المباشر إلى نحو 100 عند نهاية العام، بعد أن كانت 500 تقرير في بدايته. وتم تنفيذ الإصلاح في ما يتعلق باستخدام اتفاقات الخدمات الخاصة، كوسيلة للتعاقد في مجال التعاون التقني، الأمر الذي أدّى إلى انخفاض عام في عدد هذه الاتفاقات من 1 200 إلى نحو 600، وإلى تحسّن الامتثال للغرض من هذا النوع من العقود. وفي ذات الوقت، بُذلت الجهود من أجل بناء القدرات ورفع مستوى الوعي بشأن الإجراءات الصحيحة والمساءلة في هذه المجالات. كما



↑ الإدارة الفعّالة للتهديدات المحدقة بالأمن الصحي تشمل على رسائل جيدة التوقيت حول الصحة العمومية

حظيت قدرات المكاتب الإقليمية بمزيد من التعزيز في مجالات التخطيط وإدارة المشروعات.

وفي ما يتعلق بمواصلة تعزيز القدرات التقنية والإدارية على المستوى القطري، واستناداً إلى عملية إعادة الهيكلة والتوسّع الكبير في القدرات التقنية في العديد من المكاتب القطرية التي أُجريت في عام 2013، تواصل العمل على تعزيز حضور المنظمة على المستوى القطري في العديد من البلدان. ويتم التركيز خلال الفترة الحالية المشمولة بالتقرير على تعزيز الإدارة العامة والقدرات الإدارية في هذا المجال.

وأنتت اللجنة الإقليمية على الجهود المبذولة لتحويل الموارد من المستوى الإقليمي إلى المستوى القطري (ش/م/ل إلى 61/ق-1)، وطلبت إلى المدير الإقليمي الدعوة لتنفيذ خطة كاملة لتناوب الموظفين وانتقالهم على مختلف مستويات المنظمة، وليس داخل الإقليم فَحَسَب. وتقرّر إجراء زيادة أخرى على المخصصات القطرية للثمانية المقبلة من أجل ضمان ترسُّخ عملية تعزيز حضور المنظمة على المستوى القطري، التي شُرع في تنفيذها في عام 2012، وذلك على مدى العامين المقبلين.

وأجريت مراجعة بغرض إعادة هيكلة الخدمات الإدارية في مطلع 2015. والهدف الرئيسي من ذلك هو رفع كفاءة الدعم في مجال تقديم البرامج التقنية، من خلال تحقيق استفادة أكبر من مركز الخدمات العالمي ونظام الإدارة العالمي. وتم في هذه المراجعة، البحث في إيجاد سُبل لتقوية المهام الإدارية والتنظيمية للمكتب الإقليمي، والخيارات المتعلقة بإنشاء وظائف وهيكل للخدمات المشتركة على المستوى دون الإقليمي. وسيكتمل، مع نهاية 2015، تنفيذ التوصيات الصادرة عن هذه المراجعة في هذا الشأن.

وبالإضافة إلى التحديّات الإدارية العامة الناجمة عن ازدياد حالات الطوارئ في الإقليم، فإن المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية تعمل جاهدة من أجل معالجة الارتفاع الكبير والمفاجئ في عبء العمل. ويرجع ذلك إلى النقص الحاصل في القدرات، الذي يتفاقم بفعل الصعوبات الحالية في ما يختص بجذب المواهب والمهارات التي يحتاجها الإقليم.

وفي إطار الجهود المبذولة لتسريع وتيرة تنفيذ عملية إصلاح المنظمة على المستوى القطري، أُختير مكتبان قطريان (باكستان والعراق)، للمشاركة في مشروع تجريبي بشأن إصلاح الموارد البشرية، يُجرى بالتعاون مع مؤسسة بيل وميلندا غيتس. ويتمثل الغرض من الإصلاح في هذا المجال في تعزيز عملية صنع القرار على المستوى المحلي والتخطيط الذي ينطلق من القاعدة إلى القمة في ما يتعلق بالموارد البشرية استناداً إلى الاحتياجات. وستتم الاستعانة بالدروس المستفادة من هذه المشروعات التجريبية للتعرف على أفضل الممارسات التي يمكن تبادلها وتكرارها في الإقليم.

وتتطلب مجابهة التحديّات الكثيرة التي تقف أمام الإصلاح الإداري اتباع نهج قائم على النظم، بما يشمل استمرار التنسيق والمواءمة بين مختلف الهياكل، وتبسيط الإجراءات، وفتح قنوات اتصال، وتهيئة البيئة المواتية لتعزيز عناصر صحة

المنظمة. وقد انصبَّ التركيز في عام 2014 على تحقيق تقدُّم ملموس وحصائل ظاهرة، في المجالات التي كان السبيل للمضيِّ قُدماً فيها واضحاً، مع تحديد متانٍ لأولويات إجراءات التحسين بعد ذلك. وستواصل المنظمة، في عام 2015، البناء على الأعمال التحضيرية المكثَّفة التي بدأت في عام 2014، مع التركيز على مجالات رئيسية ثلاثة هي: الأفراد (المدخلات)، والعمليات (النُظْم)، والمنتجات (الأثر).

الخاتمة

ومن غير الممكن رفع تقرير عن الدعم الصحي دون إدراك تأثير الأزمات الإنسانية على النُظم الصحية الوطنية والوضع الصحي وعلى القدرات الشاملة للمنظمة في الإقليم. فالمرافق والبرامج الصحية تتضررّ تضرراً شديداً في البلدان التي تَمُرُّ بأزمات والتي يتزايد عددها باطراد، وبشكل غياب التمويل الكافي من الجهات المانحة مصدر قلق حقيقياً تماماً. وتعيّن على كل الدول الأعضاء، دونها استثناء، إيلاء اهتمام أكبر لبناء نُظم صحية تتسم بالمرونة والتكيف، مع تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية، كما ينبغي تعزيز الخدمات الطبية الطارئة في غالبية البلدان. وسيتم إيلاء أولوية خاصة لهذه المجالات من خلال تعاون المنظمة مع الدول الأعضاء على مدى السنوات القادمة.

ولما كان العالم يجتاز حالياً مرحلة انتقالية ما بين الأهداف الإنمائية للألفية وبين خطة ما بعد عام 2015 وأهداف التنمية المستدامة الجديدة، فسيكون من المهم الاستفادة من الزخم الذي تولّد في ما يختص بصحة الأمهات والأطفال في الإقليم خلال

يستعرض هذا التقرير أعمال منظمة الصحة العالمية خلال العام المنصرم من أجل دعم التنمية الصحية في الدول الأعضاء في هذا الإقليم، كما يسلط الضوء أيضاً على التحديات الرئيسية التي يتعيّن مواجهتها، ويعكس العمل المتواصل والخطوات المقبلة لكل من الدول الأعضاء والمنظمة لعام 2015 وما بعده. وتوحيًا للإيجاز والتركيز، فإن هذا التقرير يعرض التقدّم الذي تم إحرازه خلال العام الماضي في معالجة الأولويات الصحية الرئيسية الخمس التي أقرتها الدول الأعضاء جميعها في 2012. وشملت أعمال المنظمة خلال 2014 أيضاً، مبادرات أخرى ذات أهمية خاصة للتنمية الصحية في مختلف بلدان الإقليم. وإنني لعلّي ثقة من أن كثيراً منها سوف يُثار ويخضع للمناقشة خلال جلسات وفعاليات الدورة الثانية والستين للجنة الإقليمية التي ستُعقد في تشرين الأول/أكتوبر 2015.



الدورة الحادية والستون للجنة الإقليمية في تونس، الجمهورية التونسية

ضمان أعلى مستوى ممكن من التمتع والترصد، إلى أن يتحقق استئصال هذا الداء على الصعيد العالمي، ويتم الإسهاد على ذلك. كما أَدْعُو أيضاً جميع البلدان لمواصلة تقديم دعمها الهام والتمين لكل من باكستان وأفغانستان من أجل تحقيق هدف الاستئصال في أسرع وقت ممكن.

ويتعيّن مواصلة التأكيد على الأهمية التي تولّى للتدبير الفعّال للتهديدات التي يتعرّض لها الأمن الصحي في أعقاب اندلاع أزمة مرض الإيبولا، كما يتعيّن على جميع البلدان، دونما استثناء، تعزيز قدراتها الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية. وستواصل، على المستويين الوطني والإقليمي، أعمال المراقبة الدقيقة في ما يتعلق بانتشار متلازمة الشرق الأوسط التنفسية الناجمة عن الفيروس التاجي كورونا (MERS-CoV) وأنفلونزا الطيور (A(H5N1). وما تزال هناك فجوات معرفية حول كِلا الداءين، ومن المهم، بل والضروري دعم البحوث التي تُجرى عليهما وعلى غيرهما من الأمراض شديدة الخطورة، وتبادل نتائج تلك البحوث في الوقت المناسب. وينبغي، قبل كل شيء، أن تتأكد البلدان من استعدادها للتعامل مع الحالات بطريقة تركز فيها على سلامة المرضى وسلامة العاملين في الرعاية الصحية، على حد سواء.

وتثير المقاومة المتصاعدة لمضادات الميكروبات التي ثبتت فاعليتها من قبل، قلقاً بالغاً. فمن الواضح أن إقليمنا، ولسنا وحدنا في ذلك، غير مستعد بما يكفي لمعالجة هذه المشكلة. وتكفل المنظمة بالرعاية المشتركة لمؤتمر وزاري رفيع المستوى سيعقد في هذا الإقليم مطلع عام 2016، وسيجرى فيه تحليل مفصّل للوضع، وعرض خطة إقليمية محددة وواضحة في هذا المجال. وتعمل المنظمة مع الدول الأعضاء، وغيرها من الأطراف المعنية للإعداد لهذا المؤتمر. ويشهد الإقليم تصاعداً سريعاً في حجم العواقب الوخيمة الناجمة عن الأمراض غير السارية. ولدينا رؤية صحيحة وخارطة طريق قوية نسترشد بهما في هذا الإطار؛ وبوسعنا دحر هذا الوباء من خلال تنفيذ إطار العمل الإقليمي. وسأواصل توسيع نطاق عملنا في هذا المجال حتى نتمكن من زيادة قدراتنا في مجال تقديم الدعم التقني للبلدان، غير أن المسؤولية النهائية في هذا الإطار

السنوات الثلاث الفائتة؛ فصحة الأمهات والأطفال قضية تههم جميع البلدان في الإقليم. وسوف نواصل التركيز على البلدان التي تنوء بعبء ثقل، والبلدان التي تتضرر بشكل مباشر أو غير مباشر جرّاء أوضاع الطوارئ المعقّدة. ومع ذلك، فسوف تقوم بلدان الإقليم جميعها بوضع خطط استراتيجية وتشغيلية بشأن الصحة الإنجابية وصحة الأم وحديثي الولادة والطفل للفترة 2016-2020، وفقاً للاستراتيجية العالمية المحدثة لصحة المرأة والطفل والمراهق، التي سيتم إقرارها في أيلول/سبتمبر 2015. ولا بُد للمنظمة ولشركائها مواصلة التركيز على البلدان التي تُمرُّ بأزمات، على وجه الخصوص، من أجل تجنّب النكوص عن المكاسب التي تحققت.

وستقوم المنظمة، في عام 2015 وما بعده، بالتركيز بشكل أكبر على كيفية التعامل مع الحاجة إلى توفير رعاية أفضل في المرحلة السابقة للحمل في هذا الإقليم، ومعالجة جوانب عدم المساواة المستمرة في إتاحة فرص الحصول على رعاية صحية عالية الجودة بالنسبة للأمهات والأطفال. وسنعمل أيضاً مع الدول الأعضاء على تنفيذ التوصيات الرئيسية الصادرة عن المؤتمر الدولي الثاني المعني بالتغذية، استناداً إلى الأولويات التي تم الاتفاق عليها في اجتماع بلداني عُقد مؤخراً بشأن التغذية. وسيشمل ذلك التركيز بشكل خاص على تشجيع الرضاعة الطبيعية ومعالجة نقص التغذية والوقاية من السمّنة في مرحلة الطفولة.

وسيكون من المهم أيضاً الحفاظ على الالتزامات، على المستوى الإقليمي والوطني، من أجل تحقيق مزيد من التقدّم في مجال تخفيف العبء المرضي للإيدز والسل والملاريا. ونحن الآن بصدد وضع خطط عمل إقليمية للفترة 2016-2020، تمثيلاً مع الاستراتيجيات العالمية للمنظمة لما بعد 2015، والهدف الجديد المقترح للتنمية المستدامة في مجال الصحة، وسواصل العمل مع البلدان لضمان استمرار التقدّم في هذا المجال.

لقد أصبح استئصال شلل الأطفال في إقليمنا، وعلى الصعيد العالمي، في متناول اليد الآن. فقد كُنّفنا دعمنا للبلدان المتضرّرة، في الدفعة الأخيرة لاستئصال هذا الداء. وإنني لأحثّ البلدان، ونحن نقرب من تخطي العقبة الأخيرة، على

البلدان المختلفة ومع شركاء الأمم المتحدة، كي تكون لدينا نُظُم معلومات صحية وطنية أكثر قوة، حتى يمكن رصد الاتجاهات الصحية وأداء النُظُم الصحية استناداً إلى إطار المعلومات الصحية الجديد.

لقد مررنا بأوقات عصيبة خلال العام المنصرم في أجزاء كثيرة من هذا الإقليم، حيث تواجه النُظُم الصحية والأشخاص الذين يعملون فيها، تحديات وضغوطاً هائلة، ولم تكن تنمية القدرات القيادية في مجال الصحة العمومية، في يوم من الأيام، أكثر أهمية للتنمية الصحية، مما هي عليه الآن.

وسأظل ملتزماً تماماً بالإصلاح الإداري، وأنا سعيد بالتقدم الذي حققناه حتى الآن، يُبد أن من الواضح أنه مازال هناك المزيد مما يتعين القيام به في ما يتعلق بتحسين أدائنا ودعمنا للدول الأعضاء على أساس الكفاءة والمساءلة والشفافية. وكانت المكاتب القطرية تحوز جل اهتمامي طوال العام المنصرم. وبينما تم إحراز تقدم إيجابي في العديد من البلدان، فإن خطتنا تتمثل في مواصلة توسيع نطاق حضور المنظمة في بلدان أخرى. وسنواصل الاستماع إلى الدول الأعضاء بالإقليم، والاستجابة لها. ونحن، بدورنا، بحاجة إلى دعم الدول الأعضاء كي يمكن معالجة الأولويات على النحو المأمول.

وكما ذكرتُ العام الماضي، فإنني أعتقد أننا أرسينا بعض الأسس المتينة كي نبني عليها مستقبلاً أكثر إشراقاً بالشراكة مع دولنا الأعضاء. وإننا ندرك أننا نمرُّ بأوقات صعبة، لكنها أوقات تمنحنا أيضاً فرصاً عظيمة. فلنغتتم هذه الفرص ولا نضيعها، ولنواصل جميعاً، نحن الدول الأعضاء والمنظمات الدولية والمجتمع المدني، دعم وتعزيز شراكتنا من أجل الصحة.

تقع على عاتق الدول الأعضاء. فأمرض القلب والسرطان والسكري، وأمراض الرئة المزمنة، لن يُكبح جماحها ما لم تُترجم الالتزامات المعلنة إلى إجراءات ملموسة. وقد أعدتُ المنظمة، في أيار/ مايو 2015، قائمة بالمؤشرات العملية التي ستستخدم لتقييم التقدم المحرز من قِبَل البلدان للوفاء بالتزاماتها الواردة في الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة في 2011. وستنشر نتائج التقييم خلال اجتماع الأمم المتحدة الرفيع المستوى الذي سيعقد في نيويورك في 2018. وستستخدم هذه المؤشرات لرصد التقدم المحرز بصفة سنوية، وسنعمل مع الدول الأعضاء للتحقق من استعدادها على نحو مناسب لرصد التنفيذ في هذا الخصوص.

لقد أضحت التغطية الصحية الشاملة الآن جزءاً من أهداف التنمية المستدامة. وكانت اللجنة الإقليمية قد أقرت، العام الماضي، خارطة طريق إقليمية في هذا المجال. وتمثل الخطوة المقبلة للمنظمة في تقديم الدعم للبلدان لوضع خططها الخاصة بها، مع التركيز على التدخلات الرئيسية الموصى بها في الإطار الإقليمي. ويتم التركيز بوجه خاص في عمل المنظمة، على بناء القدرات الوطنية في مجال التخطيط الصحي الاستراتيجي وتنظيم القطاع الصحي، وتعزيز تقديم الخدمات من خلال اعتماد نهج طب الأسرة، والرعاية في المستشفيات وإدارتها، وسلامة المرضى، ومساهمة القطاع الخاص بمزيد من الفعالية. وستناقش اللجنة الإقليمية خطة لإصلاح التعليم الطبي، والتي آمل أن تقود إلى الالتزام باتخاذ إجراءات فعّالة في هذا الصدد من جانب الدول الأعضاء.

وسيتواصل إيلاء أولوية كبيرة لُنظُم المعلومات الصحية. وانطلاقاً من الإنجازات التي تحققت على مدى السنوات الثلاث الفائتة، فإننا سنعمل على نحو وثيق مع مجموعات