

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

التقرير السنوي للمدير الإقليمي
2012

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

التقرير السنوي للمدير الإقليمي
2012

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط: التقرير السنوي للمدير الإقليمي 2012 / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في القاهرة (ISBN: 978-92-9021-969-9)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9021-970-5)

(ISSN: 1020-9166)

صدرت الطبعة الفرنسية في القاهرة (ISBN: 978-92-9021-971-2)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9021-972-9)

(ISSN: 1816-2061)

1. التخطيط الصحي الإقليمي 2. تقديم الرعاية الصحية 3. المرض المزمن وقاية ومكافحة 4. خدمات صحة الأمومة 5. خدمات صحة الطفل
6. الصحة الإنجابية 7. مكافحة الأمراض السارية 8. سياسة التغذية 9. التخطيط للكوارث أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WA 541) (ISBN: 978-92-9021-973-6)

(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9021-974-3)

(ISSN: 9220-1020)

© منظمة الصحة العالمية، 2013

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 سلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تحومها. وتشكل 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 يائنها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز 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: HPD@emro.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: WAP@emro-who.int.

المحتويات

5	المقدمة
8	تقوية النُظْم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة
16	تعزيز الصحة عبر جميع مراحل العُمر
23	الأمراض غير السارية
27	الأمراض السارية
38	التأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها
45	تنفيذ الإصلاحات الإدارية للمنظمة
49	الخاتمة
52	الملحق الأول - الهيكل التنظيمي للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط
54	الملحق الثاني - الموظفون المهنيون في إقليم شرق المتوسط
56	الملحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط في العام 2012
60	الملحق الرابع - المنشورات الجديدة الصادرة في عام 2012
62	الملحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط



المقدمة

والتي عُرضت على وزراء الصحة في جنيف فُيبل عقد جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2012. وقد حوّلني ما أبدته الدول الأعضاء من اتفاق واسع النطاق على محتوى هذه الوثيقة، تفضيلاً واضحاً بالسير قُدماً، فضلاً عما منحتني إياه ملاحظاتهم البالغة الأهمية من توجيه بشأن بعض هذه المجالات الاستراتيجية. وفي تشرين الأول/ أكتوبر، ناقشت اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط سُبل المضي قُدماً، وأصدّرت قرارات ذات صلة بتعزيز النُظُم الصحية؛ وبوضع إطار عمل يتعلّق بالأُمراض غير السارية، ومكافحة أحداث الصحة العمومية التي تثير قلقاً دولياً وذلك من خلال اللوائح الصحية الدولية. وأقرّت اللجنة كذلك بعض الإجراءات التي قمتُ بطرحها لتنفيذ المبادئ المتعلقة بإصلاح المنظمة والتي تمت مناقشتها على الصعيد العالمي، كما أقرّت بعض الملاحظات المهمة التي أبدتها مراجعو المنظمة والدول الأعضاء نفسها.

وبنهاية العام، كان المكتب الإقليمي قد أجرى كذلك تقييماً سريعاً للتقدم المحرز في المرمى 4 والرمي 5 من المرامي الإنمائية للألفية، وهما يتعلّقان بصحة الأمهات وصحة الأطفال وتحديدًا في الدول الأعضاء العشر التي تعاني من أعلى عبء للوفيات في الإقليم. وبناءً عليه، عرضت النتائج في اجتماع رفيع المستوى حول "إنقاذ حياة الأمهات والأطفال" تم تنظيمه في دبي في كانون الثاني/يناير 2013، بُغية تسريع وتيرة التقدم المحرز في بلوغ المرامي المستهدفة. وقد تم التركيز على تقوية المعلومات الصحية باعتبارها من مجالات النُظُم الصحية الحاسمة والمهمة في عملية التخطيط والرصد الصحي. وفي عام 2012، أُجرت جميع الدول الأعضاء تقييماً سريعاً لنُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية فيها، وهو إنجاز مهم في حد ذاته، وسيؤدّي بنهاية عام 2013 إلى إعداد خطط وطنية، وقائمة بالمؤشرات الأساسية، واستراتيجية إقليمية لتقوية هذه النُظُم.

ومن ثمّ، تعتبر فترة الأحد عشر شهراً الممتدة من شباط/ فبراير حتى كانون الأول/ ديسمبر فترة حافلة بالأعمال بالنسبة للمنظمة وللدول الأعضاء على حد سواء. فمن خلال هذه القاعدة، أرسينا أساس التقدم، بيد أن الارتقاء بالصحة في الإقليم لا يزال يواجه تحديات هائلة. وبالنسبة لي، فإن رسم الطريق للوصول

لقد كان لديّ، عند تقلّدي لمنصب المدير الإقليمي للمنظمة في شهر شباط/ فبراير من عام 2012، رؤية عمّا يمكن تحقيقه إزاء الوضع الصحي الإقليمي خلال مدة ولايتي. ونظراً لأن السنوات الخمس ستمضي سريعاً كلمح بالبصر، فقد قُمت فور انتخابي بإعطاء الأولوية لإجراء تحليل معمّق لوضع التنمية الصحية في الإقليم، ولعمل تقييم سريع للتحديات والفجوات وما يتعيّن القيام به، وذلك بالتشاور مع البلدان الأعضاء والشركاء الإقليميين. وقد أسفّر الاجتماع الرفيع المستوى للخبراء والذي عُقد في آذار/ مارس 2012، عن الاتفاق على التحديات التي تقف كحجرة عثرة أمام التقدم في أعمال الوقاية من الأسباب الرئيسية لاعتلال الصحة وعبء المرض ومكافحتها، وأمام تعزيز النُظُم الصحية وصحة الأمهات والأطفال، وكذا الاتفاق على التوجّهات الاستراتيجية الأساسية. وتمثّل هذه التوجّهات في تقوية النُظُم الصحية؛ وتعزيز صحة الأمهات والأطفال والصحة الإنجابية والتغذية؛ ومكافحة الأمراض غير السارية؛ والوقاية من الأمراض السارية؛ والتأهب للطوارئ والاستجابة لقتضياتها؛ إضافةً إلى إدارة المنظمة وإصلاحها. وقد أُجريت المزيد من المشاورات والتي أسفرت عن إعداد الوثيقة المعنونة "رسم ملامح المستقبل الصحي في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط: تعزيز دور المنظمة".¹

¹ رسم ملامح المستقبل الصحي في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط: تعزيز دور منظمة الصحة العالمية، القاهرة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2012.

إلى التغطية الصحية الشاملة من خلال نظم الدفع المسبق والتي يستفيد منها جميع المواطنين، هو أحد القضايا ذات الأولوية. فمن الأمور الصادمة، أن نجد أن الإنفاق الصحي في الإقليم يقتصر على 1.6٪ من الإنفاق العالمي على الصحة بالرغم من أن سكان الإقليم يمثلون 8٪ من إجمالي السكان في العالم. فأعداد كبيرة من الأفراد في الإقليم يفتقرون إلى التأمين الاجتماعي، ويعانون من تعذر الوصول إلى الرعاية الصحية. ومن ثم، فعندما يحتاجون هم أو أحد أفراد أسرهم إلى المعالجة، يكون عليهم أن يختاروا إما البقاء دون رعاية أو التضحية بالدخل الذي تمس الحاجة إليه. وهي حالة يُرثى لها لإقليمنا في القرن الحادي والعشرين. وحتى في البلدان التي لا يمثل فيها تمويل الرعاية الصحية أدنى مشكلة، فإن النظم الصحية تعاني من فجوات مهمة يتعين معالجتها حتى نصل إلى الرعاية الصحية الجيدة.

ومن القضايا الرئيسية الأخرى، تأثير الطوارئ الناجمة عن الكوارث الطبيعية، والقتال السياسية على صحة السكان المتأثرين، والنظم الصحية، والتنمية الاجتماعية والاقتصادية. ففي غضون العامين الماضيين، شهد 13 بلداً في الإقليم مثل هذه الطوارئ، مما أثر على ما يربو على 42 مليون شخص. والأدهى من ذلك، ما شهدته عام 2012 من تدهور سريع في الوضع الإنساني في الجمهورية العربية السورية والذي تمخض عن أكثر من 6.8 مليون شخص بحاجة إلى المساعدة في شتى الأصقاع السورية، فضلاً عن 4.25 مليون نازح داخلي، و1.6 مليون لاجئ في البلدان المجاورة.

وتواصلت سراية شلل الأطفال في أفغانستان وباكستان بما يهدد البرنامج العالمي لاستئصال شلل الأطفال، والدول الأعضاء الخالية من شلل الأطفال. وشهد عام 2012 تعزيز الجهود المبذولة، وتحقيق إنجازات مهمة بما فيها تقليص عدد الحالات في البلدين بشكل كبير، بيد أن انعدام الأمن الحالي، والمعلومات المغلوطة التي يتم ترويجه والمناهضة للتطعيم، والمهجرات التي تمت مؤخراً على العاملين الصحيين المعنيين بشلل الأطفال، تُبدد أي شعور بالتفاؤل ولا تُبقي له أثراً. ولا مراء في أن هذا الوضع شديد الخطورة، ويتطلب استجابة مكثفة.

إن أي تقدم في مجال التنمية الصحية تدعمه أو تعرقله، بشكل متزايد، المصالح الاقتصادية والجغرافية - السياسية التي تؤثر بدورها على الخطط الصحية، وجدول أعمال السياسة الخارجية الأوسع نطاقاً. ولطالما أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة مراراً وتكراراً بهذه العلاقة، وتم البدء في عدد من المبادرات داخل المنظمة من أجل تأهب الدول الأعضاء والعاملين في المنظمة، بشكل أفضل، للتعامل مع هذا السياق المتغير والذي يتعين التعاطي مع التحديات الصحية من خلاله. وفي هذا السياق، قام المكتب الإقليمي بتنظيم ندوة حول الدبلوماسية الصحية العالمية، وهو ما هيأ الفرصة لتجميع ممثلي وزارات الصحة والشؤون الخارجية سوياً لمناقشة أساليب تعزيز القدرات الخاصة بالدبلوماسية الصحية في الإقليم. وناقش المشاركون كيف يمكن للسياسة الخارجية عرقلة الصحة أو تدعيمها، ومخاوف السياسات الخارجية التي تفرضها الأمراض المعدية المستجدة، والقضايا الصحية أثناء الصراعات وعند إعادة التعمير بعد الصراعات. وفي الواقع، فإن هذه المبادرة لا تزال في مهدها ولكنني سأواصل العمل على المضي بها قُدماً من أجل تعزيز تنمية الدبلوماسية الصحية في الإقليم، بما في ذلك التعاون والشراكات بين البلدان في ما يتعلق بالقضايا الصحية ذات الأولوية من قبيل اللوائح الصحية الدولية، واستئصال شلل الأطفال، وتعزيز نهج لاستجابة القطاع الصحي يركز على الحقوق، وذلك من أجل تعزيز العدالة الصحية والتغطية الصحية الشاملة.

إن هذا التقرير السنوي يحدّد توجّهاً جديداً لكيفية إعداد التقارير حول أعمال المنظمة على الصعيدين الإقليمي والقطري. وستركّز الفصول التالية على الأولويات الاستراتيجية التي تم تحديدها، وكذلك على سُبل إدارة المنظمة وإصلاحها. ومن ثمّ ستحدّد هذه الفصول تحديات معينة، ستتعاطى معها المنظمة من بين العديد من التحديات الراهنة، وكذا الأعمال التي شرع فيها للتعامل مع هذه التحديات. وإنني أعزّم في التقارير التالية، استعراض التقدّم المحرّز في كل واحد من هذه المجالات على حدة في مقابل المؤشرات والمعالم المرجعية. وبطبيعة الحال فإن هذا التقرير لا يغطي كامل نطاق البرامج

التقنية للمنظمة، ولكنه يقدم لمحة سريعة عن أهم الأعمال التي تمت في المجالات التي تحظى بالأولوية². وإنني أتطلع إلى تلقي الملاحظات والتعليقات حول التقرير من الدول الأعضاء والشركاء وسائر أصحاب المصلحة.

علاء الدين علوان

الدكتور علاء الدين العلوان
المدير الإقليمي
لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

² خمسة ملاحق ترتبط بهيكل المكتب الإقليمي، والموظفين، والاجتماعات والمنشورات، والمراكز المتعاونة مع المنظمة، ويمكن الرجوع إليها على الموقع الخاص بالمكتب الإقليمي على شبكة الإنترنت
[/http://www.emro.who.int/about-who/annual-reports](http://www.emro.who.int/about-who/annual-reports)

تقوية النظم الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

الشاملة (الشكل رقم 1). حيث إنها تتعلق بالافتقار إلى خدمات الرعاية الصحية الشاملة والعالية الجودة والتي تركز على الناس، والتأكد من توافر القوى العاملة الصحية الكافية، وتحسين سبل الحصول على الأدوية والتكنولوجيا الأساسية، ورأب الفجوات الموجودة حالياً في نظم المعلومات الصحية. وعلى الجانب الآخر، فإن الحاجة إلى توافر الإرادة والالتزام السياسيين على أرفع المستويات، بالتحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة بخدمات رعاية صحية عالية الجودة للسكان والأفراد، يمثل التحدي السائد بالنسبة للعديد من البلدان.

التمويل الصحي وتصريف الشؤون (الحوكمة)

لقد استعادت أعمال المنظمة في مجال التمويل الصحي حيويتها بعد صدور التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010، الذي ركز على إصلاح نظم التمويل الصحي من أجل التحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وفي عام 2012 تلقى المكتب الإقليمي طلبات من بلدان المجموعات الثلاث لالتماس الدعم في هذا المجال. ولقد ركزت منظمة الصحة العالمية كذلك على بناء القدرات الوطنية من أجل توفير البيانات اللازمة والمطلوبة للاستشارة بها في وضع سياسات تمويل صحي تتسم بالعدالة، والفعالية، والاستدامة. وقد تضمن ذلك عقد حلقة عملية لبناء القدرات وفقاً للنظام الجديد للحسابات الصحية (2011) من أجل تعريف خبراء التمويل الصحي في 11 بلداً من بلدان الإقليم بنظام الحسابات الصحية الجديد، وبناء القدرات على استخدام أداة المنظمة الجديدة للتقييم التنظيمي لتحسين وتعزيز التمويل الصحي OASIS، التي تهدف إلى تقييم المعوقات التي تعرقل أداء نظم التمويل الصحي. وأعطى المكتب الإقليمي الأولوية لتقييم التقدم المحرز صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الإقليم. وبالفعل وُضِعَ إطار عمل للتقييم ومن المزمع بدء التنفيذ في عام 2013. ويهدف هذا الإطار إلى دعم الدول الأعضاء، ومساعدة المنظمة في رصد مدى تحقيق العدالة في التمويل لصحي، وإحراز التقدم في توفير الحماية الاجتماعية الصحية.

في عام 2012، أصدرت اللجنة الإقليمية قراراً صادقاً بموجبه على خارطة الطريق المقترحة بشأن تقوية النظم الصحية كأحد الأولويات الاستراتيجية، وعلى الخطوات الضرورية لتعزيز التغطية الشاملة بخدمات صحية عالية الجودة على مستوى السكان والأفراد على حدٍ سواء. وقد اعتمد هذا القرار على التحليل المستفيض الذي أجراه المكتب الإقليمي في عام 2012 للتحديات التي تواجه التنمية الصحية في الإقليم، وكذلك على المراجعة التي تمت لأعمال المنظمة من أجل دعم الدول الأعضاء ومساعدتها في التعاطي مع هذه التحديات.

ومن المعلوم أن النظم الصحية في الإقليم، تواجه تحديات كثيرة، وشاملة عادةً لعدة جوانب بطبيعتها، وتنطبق على معظم البلدان، بصرف النظر عن مستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية فيها. وتُعدُّ مجابهة هذه التحديات من الأمور الحاسمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويتم تصنيف البلدان إلى ثلاث مجموعات، وذلك استناداً إلى الحصائل الصحية للسكان، وإلى أداء النظم الصحية، ومستوى الإنفاق على الصحة (انظر الجدول رقم 1)¹. وكثيراً ما تواجه البلدان الواقعة في المجموعتين الثانية والثالثة مشاكل تتمثل في التمويل غير الكافي، وارتفاع حصة المدفوعات الصحية المباشرة من جيوب المرضى. وقد ترتفع هذه المدفوعات، في بعض البلدان ذات الدخل المنخفض، لتصل إلى 75٪ من إجمالي الإنفاق الصحي. وتمثل المستويات المرتفعة من المدفوعات المباشرة من جيوب المرضى عقبة كبيرة أمام مساعي تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وهناك تحديات أخرى ينبغي التعامل معها خلال سعينا لبلوغ التغطية الصحية

¹ بلدان المجموعة الأولى: الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمان، وقطر، والكويت، والمملكة العربية السعودية، أما المجموعة الثانية فتضم: الأردن، تونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وفلسطين، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب، أما بلدان المجموعة الثالثة فهي: أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية، وجنوب السودان، وجيبوتي، والسودان، والصومال

الجدول 1.

اتجاهات النتائج الصحية الرئيسية في إقليم شرق المتوسط، 1990-2010*

بلدان المجموعة 3			بلدان المجموعة 2			بلدان المجموعة 1			مؤشرات الوضع الصحي
2010	2000	1990	2010	2000	1990	2010	2000	1990	
60.2	56.6	52.8	73.4	71.2	69.2	75.0	74.1	72.6	مأمول الحياة عند الميلاد (سنوات)
360	625	750	63	79	115	17.0	18.0	24.0	نسبة وفيات الأمهات (لكل 100 000 مولود حي)
71.5	-	95.5	19	-	36.5	8.5	-	17.5	معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)
97	-	126.5	22	-	45.5	9.5	-	21.5	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 مولود حي)
6.0	6.3	6.6	2.9	3.7	5.6	2.2	3.9	5.2	معدل الخصوبة الكلي

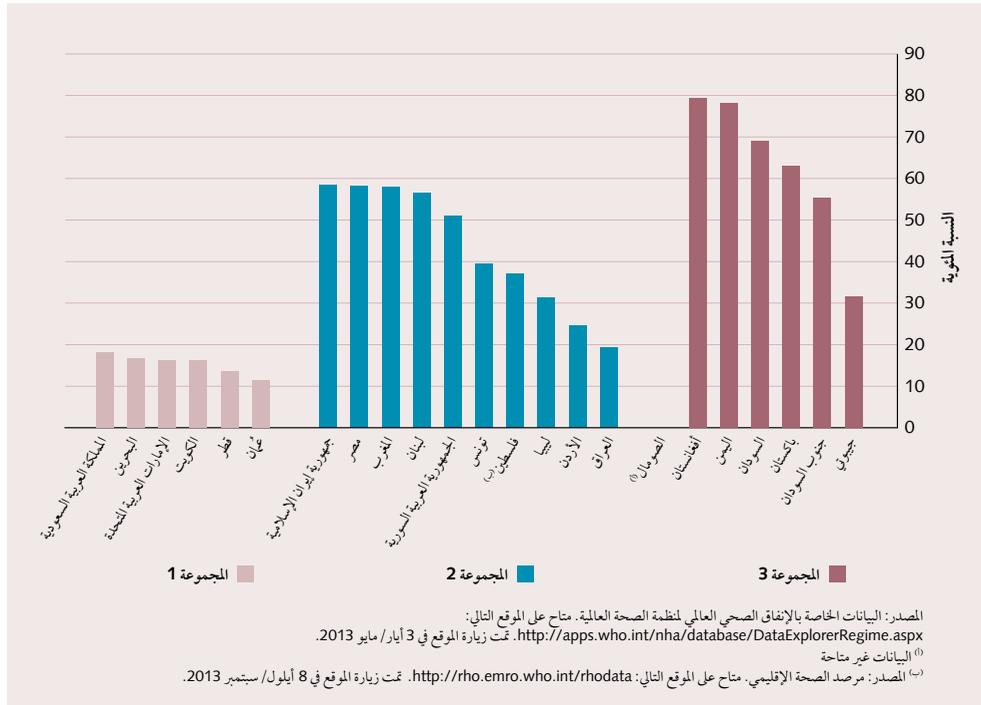
* القيم عبارة عن متوسطات

- المعلومات غير متاحة

المصدر: تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأوليات واختيارات العمل في المستقبل.

ورقة تقنية عرضت على اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في دورتها التاسعة والخمسين 2012 (يمكن الرجوع إليها على العنوان الإلكتروني التالي:

www.emro.who.int/about-who/rc59 .



الشكل 1.

نصيب الإفناق المباشر من الجيب الشخصي في إجمالي الإفناق الصحي وفقاً لمجموعة البلد، 2011 (%)

مناقشات السياسات الوطنية الدائرة حول مستقبل التمويل الصحي في إطار السياقات المحلية المحددة. وعمل المكتب الإقليمي على تيسير مثل هذه الحوارات والمناقشات المركزة، والتي دارت حول التمويل الصحي في ليبيا وعمان وتونس، كما قدم الدعم التقني إلى بلدان أخرى. ويجري العمل على رسم صورة للوضع الراهن للتمويل الصحي، وتقييم أوضاع البلدان من حيث مرامي نُظُم التمويل الصحي، كما يتواصل إحراز التقدم في التحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، حيث يجتذب هذا المجال اهتمام طائفة من راسمي السياسات.

تعاني وزارات الصحة غالباً من قصور في قدراتها على صياغة السياسات والخطط المسندة بالبيانات وتقييمها، كما أن قدراتها على تنظيم القطاع الصحي غالباً ما تكون غير كافية، بل وتتفاوت هذه القدرات بين البلدان. وينبغي في جميع البلدان تقريباً، تقوية إشراك القطاعات الأخرى الرئيسية إلى جانب القطاع الصحي، حيث يعتبر هذا الإشراف أمراً ضرورياً في إعداد وتنفيذ السياسات الصحية، بوصفها جزءاً لا يتجزأ من الخطط الوطنية للتنمية. كما ينبغي وضع آليات فعالة لتيسير العمل المتعدد القطاعات استناداً إلى الخبرة الدولية والدروس المستخلصة في هذا الشأن. ولم يتم بعد الاستفادة الكافية من الإسهام الذي يمكن للقطاع الصحي الخاص تقديمه للصحة العمومية. وفي ذات الوقت، فإن هذا القطاع ليس منظماً تنظيمياً كافياً لضمان الجودة، وتفادي الممارسات غير الملائمة. ويتبارى القطاع الخاص مع القطاع العام في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في عدد من البلدان الواقعة في المجموعة الثانية والمجموعة الثالثة؛ غير أن دوره، بصفة عامة، غير محدد تحديداً جيداً، كما أن قدراته لا يزال يكتنفها الغموض، ناهيك عن أن ممارساته تصعب مراقبتها. فعادةً ما يكون هناك نقص في المعلومات عن العديد من وظائفه، وعن مجموعة الخدمات التي يقدمها في مختلف البلدان، وعن العبء المالي الذي يتحمّله المستفيدون من هذه الخدمات. واستناداً إلى القرار ش م/ل 59/3، تضمن برنامج عمل المكتب الإقليمي لعام 2013، التركيز على القطاع الخاص.

وفي ما يتعلق بتصريف الشؤون (الحوكمة)، فقد تم تنفيذ عدد من البعثات الاستشارية إلى البلدان. ففي باكستان، قدّمت إحدى



Photo: ©WHO

↑ التغطية بالخدمات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية، مثل التمنيع، من الجوانب الهامة في التغطية الصحية الشاملة.

وسنحت الفرصة للدول الأعضاء، في مناسبتين، لتبادل الخبرات حول إصلاح نُظُم التمويل الصحي، من أجل التحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتمثلت المناسبة الأولى في: حوار حول السياسات بين وزراء المالية والصحة حول "القيمة مقابل المال، والاستدامة، والمساءلة في القطاع الصحي"، والتي عُقدت للدول الأفريقية الأعضاء، في تونس بالتعاون مع بنك التنمية الأفريقي، وغيره من الوكالات الإنمائية؛ أما المناسبة الثانية فتمثلت في الجلسة الجانبية حول التمويل الصحي والتغطية الصحية الشاملة، والتي عُقدت على هامش الدورة التاسعة والخمسين للجنة الإقليمية. وقد ساعدت هاتان المناسبتان في إشراك البلدان في المناقشات العالمية التي تدور حالياً حول تمويل الرعاية الصحية، ودوره الأساسي في تعزيز جدول أعمال التغطية الصحية الشاملة. وقد تلاهاتين المناسبتين عُقد ندوة رفيعة المستوى حول التمويل الصحي، في القاهرة في كانون الثاني/يناير 2013.

وكان الغرض من استخدام الأدوات التحليلية المختلفة للتمويل الصحي هو الوصول إلى النتائج التي يمكن استخدامها في

نُظْمُ المعلومات الصحية

تتسم نُظْمُ المعلومات الصحية بالضعف، بصورة عامة، في العديد من البلدان، وهي بحاجة إلى التحسين ولاسيما من حيث جودة التقارير وتوقيتها، ناهيك عما يوجد من فجوات مهمّة في جميع بلدان الإقليم. فهناك تشتتٌ في جمع البيانات، فضلاً عما تتسم به تلك البيانات في معظم الأحيان من التكرار، كما أن المجالات الأساسية المتعلقة برصد الوضع الصحي والحصائل الصحية، وأداء النظام الصحي غالباً ما تكون غير موجودة، أو غير مدرجة بشكل مناسب في النظام الوطني للمعلومات الصحية. وبشكل أكثر تحديداً، هنالك فجوات كبيرة في التبليغ عن الوفيات المرتبطة بسبب معين، وفي السجلات الخاصة بالمرافق الصحية، وفي إجراء المسوحات الصحية المعتادة، وفي أنشطة تجميع البيانات سواء الروتينية أو غيرها، وفي مدى توافر

البيانات المتعددة الشركاء عدداً من التوصيات إلى الحكومة، في أعقاب قرارها إلغاء وزارة الصحة، ونقل تبعية القطاع الصحي إلى المقاطعات. وفي المغرب، أجريت مراجعة متعمّقة للنظام الصحي في أعقاب التعديل الدستوري الأخير الذي يرسخ مبدأ الحق في الصحة كأحد حقوق الإنسان. وتضمّنت سلسلة من البعثات التي أرسلت إلى ليبيا إجراء مراجعة متعمقة للنظام الصحي، وتقييم مرافق الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات.

وتركّز العمل في مجال السياسات الصحية وتصريف الشؤون (الحوكمة) كذلك في أكثر من نصف بلدان الإقليم على بناء القدرات والدعم القطري. وتم تحديث مرتسّمات النُظْم الصحية لأربعة بلدان في الإقليم، كما أن مرتسّمات أربعة بلدان أخرى هي الآن في طور النشر.

The screenshot shows the website of the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. The page is in Arabic and features a navigation menu at the top with options like 'الرئيسية' (Home), 'المعلومات والإحصاءات' (Information and Statistics), 'مركز وسائل الإعلام' (Media Center), 'البلدان' (Countries), 'البرامج' (Programs), 'معلومات عن المنظمة' (About the Organization), and 'المعطيات والإحصاءات' (Data and Statistics). The main content area is titled 'نظم تسجيل الأحوال لمتابعة والإحصاءات الحيوية في الإقليم' (Vital Registration Systems for Monitoring and Statistics in the Region). It includes a map of the Eastern Mediterranean region and text describing the systems. The text mentions that since 2012, WHO has been working with member states to improve vital registration systems. It also notes that the systems are based on the International Classification of Diseases (ICD) and are designed to be user-friendly and easy to use. The page also includes a search bar and a language selector (Français / English).

↑ يمكن الوصول إلى المرصد الصحي الإقليمي مباشرةً من خلال الموقع الخاص بالمرصد الإقليمي على شبكة الإنترنت
<http://www.emro.who.int>

القُطرية ذات الصلة بالصحة، والذي يعتمد على أكثر من 40 قاعدة معلومات و800 مؤشّر تم جمعها منذ عام 1990.

وستهدف أعمال المنظمة في عام 2013 إلى تطوير التوجيه التقني المتعلق بالعناصر الأساسية لنُظُم المعلومات الصحية، بما في ذلك الاتفاق بالإجماع على قائمة أساسية بالمؤشرات التي تغطي المخاطر والمحددات الصحية، والحصائل الصحية (الوفيات والمرضاة) وأداء النظام الصحي.

تنمية القوى العاملة الصحية

هناك حاجة، في معظم البلدان، إلى تنمية قوى عاملة صحية تتسم بالتوازن، ويتوفّر لديها الحافز، وموزّعة توزيعاً جيداً، وتُدار بشكل جيد، وتتمتع بمزيج من المهارات الملائمة. وتنخفض كثافة القوى العاملة الصحية بشكل عام في الإقليم، عن المتوسط العالمي البالغ أربعة عاملين صحيين مَهرة لكل 1000 نسمة. وهناك ثمانية بلدان مصنّفة على أنها تواجه أزمة في الموارد البشرية الصحية (أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، والمغرب، واليمن). ويرجع ذلك، في قسم كبير منه، إلى عدم كفاية التدابير عند الدخول إلى الخدمة، ولاسيما عدم إعداد قوى عاملة من خلال الاستثمار في التعليم على نحو استراتيجي، وعن طريق ممارسات توظيف فعّالة وأخلاقية؛ ويمثل الأداء غير الملائم للقوى العاملة بسبب عدم كفاية التعليم المستمر والتدريب تحدياً آخر، ناهيك عن سوء الممارسات الإدارية في القطاعين العام والخاص؛ كما أن سياسات استبقاء العاملين الصحيين وتنظيم هجرتهم وخروجهم من الخدمة غير متوافرة للحدّ من الفقدان المفرط للموارد البشرية، على الرغم من ضخامة هذه المشكلة.

وهناك تحديات خطيرة تقف حائلاً أمام التأكد من إتاحة تعليم رفيع الجودة لمهنة التمريض في الإقليم، ولاسيما الاستثمار غير الكافي، والأولوية المتدنية المعطاة لتعليم التمريض؛ والافتقار إلى القدرات اللازمة في مدارس التمريض من حيث توافر المدرّبين والبنية الأساسية؛ والحاجة إلى المزيد من التحديث لمنهج التمريض من أجل رَأب الفجوة بين تعليم مهنة التمريض وخدمات التمريض؛ ومحدودية القدرة المؤسسية على توفير

المعلومات المصنّفة بحسب العمر أو نوع الجنس (الجندر) أو المكان، أو وفقاً للوضع الاجتماعي والاقتصادي؛ ويصاحب كل هذه الأمور نُدرّة كبيرة في الموارد البشرية المدرّبة على التعامل مع الوبائيات ومع نُظُم المعلومات الصحية. وقد لوحظ كذلك تفاوتات مهمّة بين التقديرات الإقليمية والوطنية. وأثناء المناقشات الدائرة مع الدول الأعضاء، حظي التنسيق وتعزيز التعاون في مجال إعداد التقديرات والإبلاغ عنها بأولوية كبيرة، مما يعني أن هذه الأمور ستحتظى بالمزيد من الاهتمام في عام 2013.

ويُعتبر كذلك تعزيز القدرات في مجال المعلومات الصحية أمراً مهماً لاتخاذ القرار ولإعداد السياسات والخطط وتقييمها. وقد أكّدت اللجنة الإقليمية على ذلك بموجب القرار ش م / ل 59 / ق 3. ولقد حظي نظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية باهتمام خاص في عام 2012. فعملية تسجيل المواليد والوفيات بحاجة إلى تعزيز في معظم البلدان تقريباً. وتم إجراء تقييم سريع لنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية لوضع خطط أساس للوضع الراهن، وتحديد الأولويات والفجوات التي تحتاج إلى تحسين. وكشفت النتائج عن أن نحو 40% من البلدان لديها إما نظم ضعيفة أو غير كافية، وأن 25% فقط من البلدان يتمتع بنظم كافية، بيد أن هذه النظم، بشكل عام، لا تحمّد سوى 5.3% من سكان الإقليم. فالمستوى الكافي لنظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية يعكس قدرته على إعداد بيانات مقبولة الجودة بما يغطي احتياجات صنع السياسات واتخاذ القرار بشكل كافٍ، وعلى رصد تأثير التدخلات والبرامج الإنمائية. وقد مهدت هذه النتائج الطريق لإجراء تقييم شامل بالتعاون مع الشركاء وأصحاب المصلحة المعنيين كخطوة أولى لإعداد خطط العمل الوطنية المعنية بنظم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية.

وعلى صعيد آخر، أطلق المكتب الإقليمي مرصداً صحياً إقليمياً، يمكن الدخول إليه مباشرة عن طريق الموقع الإقليمي على شبكة الإنترنت، وذلك لدعم نشر المعلومات الصحية والاستفادة منها. ويمثّل هذا المرصد الآن المصدر الرئيسي للمعلومات

إن جميع البلدان تواجه الآن بعض الفجوات في تنمية القوى العاملة الصحية، ولاسيما في مجالات الإنتاج والتوزيع والتدريب والتعليم المستمر واستبقاء العاملين، وإن كان نوع الفجوة وحجمها يتفاوت بين البلدان. ولا مراء في أن التعاطي مع هذه الفجوات، وإعداد استراتيجيات ممكنة التطبيق وفعالة في هذه المجالات سيتطلب إجراء مراجعة متعمقة، وتحليل للخبرات الحالية سواء الإقليمية أو الدولية، وللدروس المستفادة. ومن ثم تُعتبر تنمية القوى العاملة الصحية أحد المجالات التي تتطلب المزيد من الاهتمام في العاملين القادمين.

تقديم الخدمات المتكاملة

يبدل الكثير من البلدان جهوداً لإنشاء برامج فعالة في ممارسات طب الأسرة، بوصفها الوسيلة الأساسية لتقديم الرعاية الصحية الأولية، وزيادة معدل تغطية السكان بخدمات الرعاية الصحية ووصولهم إليها. وتعتبر ممارسات طب الأسرة نموذجاً عاماً لتقديم الرعاية يُسهّم في التقدّم صوب التغطية الصحية الشاملة. وتتضمّن التحديات الموجودة في بلدان الإقليم النقص في أعداد أطباء الأسرة والممرضات وغيرهم من الممارسين المدربين تدريباً مناسباً في هذا المجال، وسوء توزيع القوى العاملة الصحية، والمشاركة غير الكافية للمستشفيات في تقديم الدعم والمساندة اللازمين في هذا الشأن.

وهناك حاجة إلى مراجعة التجارب الدولية والإقليمية والدروس المستفادة بالاعتماد على نماذج عملية لطب الأسرة، وإعداد التوجيهات المتعلقة بالاستراتيجيات الممكنة التطبيق لتعزيز ممارسات طب الأسرة في الإقليم. ومن المتوقع أن تحظى هذه المجالات بالاهتمام في الفترة القادمة.

سلامة المرضى والعنصر الخاص بتعزيز النظام الصحي في المبادرات الصحية العالمية

تواصل الدعم لبرامج سلامة المرضى مع التوسع في مبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى في المزيد من البلدان. وتمت ترجمة دليل تقييم سلامة المرضى إلى اللغة العربية، وشارفت الطبعة الثانية من هذا الدليل على الانتهاء. وتم إطلاق دليل



↑ العاملون الصحيون ضروريون للنجاح في التغطية الصحية الشاملة ولكن بعض البلدان تعاني من نقص أعدادهم

البرامج التدريبية بعد الأساسية؛ والتأكيد بشكل غير كافٍ على برامج التنمية المهنية المستمرة.

وتم إنشاء مرصد خاصة بالموارد البشرية في كل من أفغانستان وفلسطين، لدعم تنمية القوى العاملة الصحية. كما دعم المكتب الإقليمي العديد من الأدوات الإقليمية لتعزيز القدرات في مجال الحوكمة والتخطيط في ما يتعلق بالقوى العاملة، ومن بينها الدليل الخاص باعتماد برامج المهن الصحية، وكذلك الأدوات التي تهدف إلى الوصول إلى الحدّ الأمثل من عبء العمل المسند للعاملين في المرافق الصحية، ووضع تقديرات للقوى العاملة الصحية المطلوبة.

وفي إطار المبادرات الرامية إلى تعزيز التدريب في مجال التمريض والقبالة، تم تقديم الدعم إلى العديد من البلدان لمساعدتها في إعداد استراتيجيات وطنية في هذا المجال. وقد تواصل تقديم البرنامج التدريبي على القيادة والإدارة الذي أعدّه المجلس الدولي للممرضات، بدعم من منظمة الصحة العالمية، وذلك في العديد من البلدان.

واحدة. وهناك تباين في مدى الالتزام الذي تبديه البلدان في ما يُخصّص الشراكة الصحية الدولية.

يواجه الكثير من بلدان الإقليم أوضاع طوارئ معقّدة، وأغلب النُظُم الصحية غير مستعد استعداداً جيداً للتصدّي لهذه الأوضاع، كما أن هذه النُظُم لا تتسم بالمرونة اللازمة للتكيف مع حالات الطوارئ الممتدّة. ومن ثمّ فإن هذه البلدان بحاجة إلى الدعم لتعزيز التعاون، والتنسيق والتخطيط، والتواصل والقدرة على تبادل المعلومات.

الأدوية والتكنولوجيات الأساسية

إن التكنولوجيات الأساسية (الأدوية، واللقاحات، والأجهزة البيولوجية والطبية) غير متاحة بالشكل الكافي في معظم البلدان الواقعة في المجموعة الثانية والمجموعة الثالثة، كما أن الاستخدام غير الرشيد لها من الأمور الشائعة. وعلى الرغم من وجود سلطات تنظيمية وطنية في كل بلدان الإقليم تقريباً، فإن هناك حاجة إلى تحسين الأداء في هذا الخصوص. وينصبُّ تركيز غالبية هذه السلطات على تنظيم الأدوية وليس على تنظيم المنتجات البيولوجية، والأجهزة الطبية، والتكنولوجيات السريرية (الإكلينيكية)، بما في ذلك المختبرات. فإدارة الجودة، والرقابة على القطاع الخاص، وحماية السلع العمومية من المصالح التجارية تتسم بالضعف وتحتاج إلى المزيد من الاهتمام بها.

وفي مجال التكنولوجيات الأساسية، تم إعداد ستة مرسمات دوائية قُطرية، وتم تحديث وثائق السياسات الدوائية الوطنية لبلدتين، كما انضم خمسة بلدان أخرى إلى برنامج الحوكمة الجيدة للأدوية. وتم إعداد تقارير وطنية لتقييم الشفافية حول المجالات المعرّضة للفساد في القطاع الدوائي، وذلك في ثلاثة بلدان، كما قُدّم الدعم لأكثر من عشر سلطات تنظيمية وطنية في مجال التفتيش على الممارسات الجيدة للتصنيع الدوائي.

وفي غضون ذلك، تم دعم بناء القدرات من أجل تعزيز التنسيق بين راسمي السياسات والقائمين على التنظيم بشأن الاستخدام الصحيح للقاحات، وتقييم اللقاحات مثل اللقاح الثلاثي للخناق والكزاز والشاهوق DTP واللقاح الثلاثي المركّب

المنهج التعليمي لسلامة المرضى والموجه لعدة مهن والذي أعدته المنظمة. وشرّع العديد من كليات الطب في إدماج هذا الدليل في المنهج التدريسي. والعمل جارٍ لإعداد مجموعة أدوات لتحسين سلامة المرضى، حيث تتضمن هذه المجموعة الخطوات العملية والإجراءات اللازمة لإنشاء برنامج شامل للارتقاء بسلامة المرضى

وتشكّل العوائق التي تقف في وجه النظام بكامله، وترتبط بإتاحة خدمات الرعاية الصحية وتوافرها ويُسر تكلفتها تحدياً كبيراً أمام تنفيذ برامج الصحة العمومية، مما يؤثر على تقديم الخدمات ويحدّ من أداء البرامج. ويقف كذلك ضعف أداء النُظُم الصحية كحجزة عثرة. أما في مجال إدارة النُظُم الصحية، فقد أُجريت دراسة حول اللامركزية في 10 بلدان، كما أُجريت دراسة أخرى حول إدارة المستشفيات وتقييم الأداء في 12 بلداً، وتم إطلاع البلدان على نتائج هذه الدراسات.

وعلى جانب آخر، استفادت عدة بلدان من العنصر الخاص بتعزيز النُظُم الصحية في المبادرات الصحية العالمية (مثل التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والشراكة الصحية الدولية المعززة (IHP+)). وقد وصل إجمالي المبالغ التي قدّمها التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع على مدى خمس سنوات من أجل تعزيز النُظُم الصحية، إلى 160 مليون دولار أمريكي، أما المبالغ التي قدّمها الصندوق العالمي فقد بلغت 120 مليوناً. ويتم، في غالبية البلدان، ضخ هذه المبالغ بشكل كبير من خلال الحكومات الوطنية، مع تقديم المنظمة لدعمها التقني لإعداد مقترحات لجولات تمويل جديدة، ولمراقبة تنفيذ البرامج وبناء القدرات. وقد أظهرت البلدان التي استخدمت هذه الأموال، على نحو صحيح، تقدماً جيداً صوب تعزيز النُظُم الصحية. غير أن هنالك تبايناً في الأداء بين البلدان، وأحياناً تستهلك الإجراءات الحكومية المطوّلة هذه الأموال. وقد وقّع أيضاً ثلاثة من البلدان على الاتفاقية الخاصة بالشراكة الصحية الدولية المعززة، ولا يمثل ذلك مبادرة للتمويل بقدر ما هو تشجيع للبلدان والشركاء للاتفاق على خطة صحية وطنية

وشارك أكثر من 70٪ من الدول الأعضاء في هذه الجولة، وذلك مقارنةً بمشاركة 40٪ منها في الجولة الأولى. وأوصحت النتائج أن 5٪ فقط من الدول الأعضاء هي التي وضعت سياسات وأنشأت وحدات تنسيق للأجهزة الطبية، وأن 29٪ من الدول الأعضاء لديها لوائح وأنظمة للجرد، في حين أعدت 16٪ من الدول الأعضاء دلائل إرشادية وطنية للمشتريات والصيانة. وسيتم في عام 2013 تنظيم مشاورات بلدانية في هذا المجال من مجالات العمل.

DTP combo، فضلاً عن نُظُم مراقبة مأمونية اللقاحات. وتلقى كل من أفغانستان، والسودان، واليمن، دعماً من أجل تحسين نظام التيقظ الصيدلاني فيها.

أما في مجال التكنولوجيا الصحية والأجهزة الطبية، فقد كانت هناك بعثات لتقييم البنية الأساسية للتكنولوجيا الصحية وإدارتها في العديد من البلدان. وقد تم بالتعاون مع المقر الرئيسي للمنظمة، إطلاق الموجة الثانية من المسح العالمي للأجهزة الطبية.

تعزيز الصحة عبر جميع مراحل العمر

صحة الأمهات والأطفال والصحة الإنجابية

أحرزَ الإقليم، على مدى العشرين سنة الماضية، تقدماً في التعامل مع وفيات الأمهات والأطفال التي يمكن تجنبها. فقد انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالإقليم بنسبة 41٪ في الفترة من عام 1990 حتى عام 2011 (الشكل 3). كما انخفضت وفيات الأمهات بنسبة 42٪ بين عام 1990 و2010 (الشكل 3)، ومع هذا فلاتزال هذه المشكلة من المشاكل المهمة والتي لا يُستهان بها؛ إذ تشير التقديرات إلى أن 923 000 طفل دون سن الخامسة، وما يقرب من 39 000 امرأة في سن الإنجاب لا يزالون يموتون كل عام في الإقليم. وترتفع معدلات وفيات الأمهات والأطفال بشكل خاص في المناطق الفقيرة والريفية والتي تعاني من نقص الخدمات، وذلك بين الأطفال الذين يعانون سوء التغذية والمراهقات الحوامل. وفي الوقت الذي بلغت فيه بعض البلدان المرميين الرابع والخامس من المرامي الإنمائية للألفية، لاتزال هناك حاجة إلى بذل جهود موسّعة لتسريع وتيرة انخفاض متوسط المعدلات السنوية الحالية لوفيات الأمهات من 2.6٪ إلى 1.8٪، ولوفيات الأطفال من 2.5٪ إلى 1.4٪، بغيّة بلوغ هذين المرميين في الإقليم بحلول عام 2015.

وفي ظل معدلات الوفيات غير المقبولة التي تؤثر على مجموعات السكان الضعيفة، وبالرغم من الزعم أن صحة الأمهات والأطفال تأتي في صميم التنمية، فإن الاتجاهات الراهنة تشير إلى أن بعض البلدان لم تعطِ الأولوية الكافية لتقليص هذا العبء. فالإنعاش المتدنية وغير العادلة لخدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال في هذه البلدان ما فتئت تمثل مشكلة، إلى جانب ارتفاع معدل تنقل العاملين، والافتقار إلى خطة وطنية متكاملة للعناية بصحة الأمهات والأطفال. إن عدم الاستقرار السياسي، وعدم كفاية الموارد المالية اللازمة لزيادة نطاق التغطية بالتدخلات الفعالة، والافتقار إلى البيانات الجيدة اللازمة لإدارة البرامج المسندة بالبيّنات، كلها من الأمور التي تسهم في عدم التقدم بشكل كاف، ولاسيما في البلدان التي تشهد طوارئ إنسانية، وصرعات عنيفة، ونزوح للسكان. واستجابة لذلك، اعتمدت اللجنة الإقليمية صحة الأمهات والأطفال كإحدى الأولويات الاستراتيجية في الإقليم. وقد اعتمدت الاستراتيجية التي أقرها المكتب الإقليمي على ثلاثة عناصر: تركيز الدعم التقني للمنظمة بشكل خاص على البلدان التي تعاني من ارتفاع عبء وفيات الأمهات والأطفال؛ والتركيز على التدخلات العالية المردود، والشديدة التأثير في الرعاية الصحية الأولية؛ وتعزيز الشراكات. وهذه الأخيرة تعني مستوى أعلى من العمل المشترك بين برامج المنظمة الخاصة بصحة الأمهات والأطفال، وسائر البرامج الأخرى من قبيل النظم الصحية، ومكافحة الأمراض السارية بما في ذلك التمنيع، كما يعني كذلك بذل جهود خاصة لتعزيز



Photo: ©WHO/Christina Banlita



Photo: ©WHO/Wurfaza Nazar

↑ فتيات سعيدات وصحيحات البدن، سيصبحن أمهات سعيدات وصحيحات



الشكل 2.

اتجاه الوفيات دون سن الخامسة بما في ذلك وفيات الرضع والولادة، 1990-2011 والاستقرار حتى عام 2015



الشكل 3.

اتجاه وفيات الأمهات 1990-2010، والاستقرار حتى عام 2015

التنسيق والعمل المشترك مع سائر الشركاء ولاسيما اليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وغيرهم من الشركاء من خارج منظومة الأمم المتحدة. وتم في أيلول/سبتمبر 2012، تشكيل فريق خبراء إقليمي معني بصحة الأمهات والأطفال لمساعدة المكتب الإقليمي والدول الأعضاء. تلا ذلك عقد اجتماع لفريق الخبراء لتحديد التوجّهات الاستراتيجية الخاصة بصحة الأمهات والأطفال في الإقليم، ولمساعدة البلدان في إعداد خطط عمل لتسريع وتيرة التقدّم.

وبنهاية العام، أنجز الكثير من العمل تمهيداً لعقد اجتماع رفيع المستوى حول إنقاذ حياة الأمهات والأطفال في مطلع عام 2013. وتم مناقشة عناصر خطط العمل القطرية، وتحديدتها بالاعتداد على التدخلات المستندة بالبيّنات والعالية المردود، وذلك من أجل تسريع وتيرة الحد من وفيات الأمهات والأطفال. وتم عقد حلقة عملية تقنية لإجراء المزيد من التحليل للفجوات والتحدّيات الراهنة، مع التشارك في المعلومات والخبرات حول التقدّم المحرّز في المرميين 4 و5 من المرامي الإنشائية للألفية، وفي تحليل السياسات الوطنية الخاصة بصحة الأمهات والأطفال في 10 من البلدان ذات الأولوية والتي تعاني من ارتفاع عبء وفيات الأمهات والأطفال ألا وهي أفغانستان، وباكستان، وجنوب السودان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، ومصر، والمغرب، واليمن. وقد جاءت هذه الحلقة العملية عقب إيفاد "مهمة خاصة للمبعوثين" توجّهت للبلدان ذات الأولوية للقيام بحملات توعية ولحشد العمل من أجل زيادة التزام البلدان، ومشاركتها بفعالية في إعداد خطط تسريع التوتيرة.

واضطلع المكتب الإقليمي أيضاً بدور نشط في إطلاق أنشطة اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة في 10 من البلدان التي تحظى بالأولوية. وتم تنظيم حلقة عملية إقليمية في أيلول/سبتمبر 2012، شاركت فيها وفود البلدان ذات الأولوية. تلا هذه الحلقة تقديم الدعم إلى سبعة من هذه البلدان، ومساعدتها على عقد حلقات عملية وطنية تمخضت عن إعداد خرائط طرق قطرية لتعزيز المساءلة الوطنية، والعمل على تحسين صحة النساء والأطفال.

ولما كان تقديم المشورة يمثل عنصراً أساسياً في تحسين جودة الرعاية وأثرها على الصحة العمومية، فقد ركّز المكتب الإقليمي، بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان على إعداد فرق إقليمية ووطنية من المدربين في مجال تقديم المشورة المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأمهات. وقد بلّغت التغطية بالتدبير المتكامل لصحة الطفل نحو 72٪ من مرافق الرعاية الصحية الأولية الموجودة في 13 بلداً. وواصل المكتب الإقليمي دعم عملية تقييم جودة التعليم ونتائج الطلاب في كليات الطب التي أدخلت التدبير المتكامل لصحة الطفل في برامجها التعليمية. وتم طرح مبادرة لزيادة التغطية بالتدخلات في بعض البلدان.

ومن ثمّ يتمثل التحدي المائل أمامنا في عام 2013 في ضرورة الانتهاء من إعداد خطط تسريع وتيرة التقدّم، وإطلاقها، وتنفيذها لتكثيف العمل على بلوغ المرمى 4 والرمى 5 من المرامي الإنشائية للألفية قبل حلول عام 2015.

التغذية

قدّم المكتب الإقليمي الدعم التقني لإعداد السياسات، ولتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية وخطة العمل المعنية بالتغذية في الكثير من البلدان. ومع هذا يفتقر معظم البلدان إلى السياسات والخطط الميدانية المتعددة القطاعات الخاصة بالطعام والتغذية، ناهيك عن ضعف التنسيق، بشكل عام، بين السياسات الزراعية وتلك المتعلقة بالصحة. وأدخل التدبير العلاجي لسوء التغذية الشديد في ثلاثة بلدان (أفغانستان، وباكستان، واليمن) من خلال تقديم الدعم اللازم لإنشاء ما يزيد على 60 وحدة تدريب وإسعاف في مستشفيات الأطفال والمراكز الصحية الرئيسية. وبالتعاون مع المقر الرئيسي للمنظمة، قام المكتب الإقليمي بدعم بناء القدرات الإقليمية اللازمة لإدخال دلائل إرشادية جديدة لمنظمة الصحة العالمية بشأن التدبير العلاجي لسوء التغذية الشديد بما يسهّل عملية تحديث البروتوكولات وخطط العمل الوطنية ذات الصلة. وتمّت مراجعة الدلائل الإرشادية الإقليمية المعنية بإغناء طحين القمح والذرة بالفيتامينات والمعادن، بالمشاركة مع مبادرة إغناء الطحين، والتحالف العالمي لتحسين التغذية، ومبادرة المغذيات الزهيدة المقدار، واليونيسف، وبرنامج

وزارت بعثات التقييم الأردن، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، وعكست نتائج الزيارات بعض التقدم الإيجابي، والالتزام بتقوية السياسات والبرامج. فقد لاقت مبادرات المجتمعات والمدن المراعية للسن الدعم في ثلاثة بلدان (الأردن، والبحرين، والجمهورية العربية السورية). وتم إعداد نسخة محدّثة من الدليل الإقليمي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية حول الرعاية الصحية للمسنين، هذا بالإضافة إلى الدليل الإجرائي ودليل المسر. وصُممت أداة إقليمية إلكترونية لتجميع بيانات حول التشيخ والصحة. وقام العديد من البلدان بإعداد وتحديث الاستراتيجيات الوطنية الخاصة بالشيخوخة المفعمة بالصحة والنشاط ورعاية كبار السن. وأعدت المملكة العربية السعودية وثيقة استراتيجية وطنية، فضلاً عن دلائل إرشادية محدّثة حول الرعاية الصحية لكبار السن. وكانت عُمان رائدة في تصميم برنامج فريد لتقديم خدمات الرعاية للمسنين.

الأغذية العالمي، وذلك بهدف مواكبة هذه الدلائل مع توصيات المنظمة. كما أشدى النصح لبعض البلدان بهدف تعزيز نُظُم ترصد التغذية فيها.

الشيخوخة وصحة فئات خاصة

تواجه الدول الأعضاء، بشكل عام، تحديات جسيمة تتعلق باستخدام الالتزام ببرامج التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، فضلاً عن الفجوات التي تكتنف مدى تأهب النظم الصحية للاستجابة للاحتياجات المتزايدة للسكان في مرحلة الشيخوخة، وتوافر العاملين الصحيين المدربين جيداً ممن يتمتعون بالخبرة الكافية في هذا المضمار. ومع هذا فقد أحرز بعض التقدم في مجال التعاون التقني مع الدول الأعضاء في عام 2012.



Photo: ©WHO/Christina Banluta

↑ فنانون من السودان يظهرون شعار يوم الصحة العالمي في أعمالهم: الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين

العنف والإصابات والإعاقة

الإطار الإقليمي للوقاية من إصابات الأطفال والمراهقين في صيغته النهائية. وأدرجت وحدة الوقاية من إصابات الأطفال في المجموعة التدريبية الإقليمية المعدة للممثلين المجتمعيين والمتطوعين الصحيين.

وأطلق التقرير العالمي حول الإعاقة في السودان، وأعقبه تدريب متعدد القطاعات على تنسيق عملية تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للإعاقة. وتم إجراء التدريب على سبُل الإبلاغ عن تنفيذ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك بالتعاون مع جامعة الدول العربية وغيرها من الشركاء. وبالإضافة إلى ذلك، تم إجراء تقييم سريع لخدمات إعادة التأهيل مع التركيز بشكل خاص على الوسائل المساعدة والأطراف الصناعية وأجهزة التقويم في تونس ومصر.

في عام 2012، حددت المنظمة الوقاية من الإصابات كأحد البرامج التي تغطي بالأولوية في الإقليم مع التركيز بشكل خاص على رعاية الإصابات الناجمة عن تصادمات الطرق، وعلى الرضوح. وتم بالتعاون مع الخبراء الإقليميين والدوليين إعداد خطة إقليمية مدتها خمس سنوات (2012-2016) لتقليص معدّل الإصابات الناجمة عن تصادمات الطرق. وقام 19 بلداً بوضع خط الأساس للتقرير العالمي عن حالة السلامة على الطرق لعام 2013. وتم توثيق الأنشطة الوطنية المتعلقة بالسلامة على الطرق في 13 بلداً باستخدام أداة إقليمية، وتم في 16 بلداً، إجراء حلقات عملية إقليمية لبناء قدرات مهنيي الصحة العمومية في مجال الوقاية من العنف والإصابات، ووبائيات الإصابات. وتم إدماج الوقاية من الإصابات في المناهج الخاصة بالصحة العمومية، وطب الطوارئ، والتمريض. ووضع



Photo: ©Mohammed Abdel Ghani

↑ من حق المعاقين الوصول إلى أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه دون تمييز بسبب العجز (المادة 25 من الاتفاقية الخاصة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة)

تعزيز الصحة والتثقيف الصحي

صحة الفم، ووضع مجموعة أساسية من مؤشرات تعزيز صحة الفم.

المحددات الاجتماعية للصحة ونوع الجنس (المجند)

قدّمت المنظمة دعماً تقنياً لبعض البلدان لمساعدتها في إعداد خطة ومجموعة من الإجراءات المتعلقة بالمحددات الاجتماعية للصحة. وتم إعداد خطة استراتيجية إقليمية من أجل تفعيل إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، ونوقشت هذه الخطة، وذلك في حلقة عملية بلدانية.

وعلى جانب آخر، تم توسيع نطاق برنامج المدن الصحية في الإقليم من خلال تنفيذ أداة التقييم والاستجابة في ما يخص الإنصاف في الصحة في المناطق الحضرية، بُغية التعرّف على ما يكتنف العدالة الصحية من فجوات، وتحديد سُبل الاستجابة على مستوى السياسات. وقد دعم المكتب الإقليمي وزارة الصحة في السودان وساعدها في إعداد دليل تدريبي حول إدارة المخاطر أثناء الكوارث في المجتمعات، وفي اختباره ميدانياً من أجل حشد العمل والاستجابة المجتمعية بهدف تقليص الخطر إبان الكوارث. وتم إطلاق موقع للشبكة الإقليمية للمدن الصحية على شبكة الإنترنت في كانون الثاني/يناير 2012، لتمكين المحافظين ورؤساء البلديات من تسجيل مدّتهم، وتبادل خبراتهم وابتكاراتهم في هذا المضمار.

وتم دعم بناء القدرات في أفغانستان، وباكستان، والعراق، وفلسطين، لدعم تعميم مراعاة الفروق بين الجنسين في الصحة العمومية، وإدارة القطاع الصحي، والتصدي للتعنف الذي يمارس على أساس نوع الجنس.

أما في مجال تعزيز الصحة، فقد أعد المكتب الإقليمي أداة لتيسير إعداد خطط عمل وطنية، وإشراك قطاعات متعددة. وفي إطار عمل المنظمة على تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، أعد المكتب الإقليمي، بالتعاون مع المقر الرئيسي للمنظمة وجامعة إنديانا، صورة للقدرات الراهنة في مجال الإبلاغ عن المخاطر أثناء الأزمات الصحية، ووضع مسوّدة إطار للإبلاغ عن المخاطر في هذه الأثناء. وكان الهدف من إعداد هذا الإطار هو إيضاح مختلف "نقاط الالتقاء" الأساسية للاتصال والتي يحدث بينها نوع من التداخل إبان الطوارئ، وتوضيح التنسيق اللازم فيما بينها.

وتم بالتنسيق مع مراكز الوقاية من الأمراض ومكافحتها في أتلانتا، والمقر الرئيسي للمنظمة، مدّ نطاق المسح العالمي للصحة المدرسية إلى السودان والعراق وقطر.

أما في مجال صحة الفم، فقد عقّد المكتب الإقليمي اجتماعاً للخبراء بهدف الانتهاء من وضع استراتيجية إقليمية لتعزيز



Photo: ©WHO Jordan

↑ متطوعة تقوم بتوزيع المعلومات الخاصة بسلامة الطرّق، من خلال حملة في الأردن للاحتفال بأسبوع الأمم المتحدة للسلامة على الطرّق

Addressing gender issues in HIV programmes
Qualitative analysis of access to and experience of HIV services in Jordan and Yemen

World Health Organization
Regional Office for the Eastern Mediterranean

↑ آخر المنشورات حول الجندر والصحة

Sign up - Login Search

Home About HCN Register your city Resources Intersectoral collaboration News

Interactive map of the Regional Healthy City Network

Latest News

- Video: Towards making every city a healthy city...**
12/16/2012 3:16 PM
Urban health challenges across the WHO Eastern Mediterranean Region are acute and increasingly complex...
- Report on Intercountry Workshop on Promoting Urban Health...**
11/8/2012 2:50 PM
The countries of the World Health Organization Eastern Mediterranean Region have been going through...
- Healthy city planning workshop ...**
4/24/2012 4:15 PM
WHO team assisted Sharjah government and facilitated two days workshop ...

More News

Regional Healthy City Network

Welcome to the Regional Healthy City Network
The Regional Healthy City Network is a network of cities that have registered for inclusion in WHO's healthy city network for the Eastern Mediterranean Region.

↑ الشبكة الإقليمية للمدن الصحية تمكّن المحافظين ورؤساء البلديات من تسجيل مدنها وتبادل الخبرات
<http://applications.emro.who.int/hcn>

الأمراض غير السارية

التبغ MPOWER، والحدّ من الملح، وحملات التوعية الخاصة بالنظام الغذائي والنشاط البدني. فقد اتّسم أداء الدول الأعضاء في الإقليم، بشكل عام، بالبطء في تنفيذ الاتفاقية الإطارية للمنظمة بشأن مكافحة التبغ، وتدابيرها الستة المجربة. وأدى هذا البطء إلى استمرار المعدّلات المرتفعة لتعاطي التبغ. ولا يزال هناك بلدان اثنان في الإقليم (الصومال، والمغرب) لم يقوما بحدّ بالتصديق على الاتفاقية الإطارية للمنظمة بشأن مكافحة التبغ، كما أنّ العديد من البلدان، مع الأسف، لا تعترض على الضرر الواقع على الصحة العمومية بسبب ترويج دوائر صناعة التبغ لاستخدامه. وعلى نفس النسق، فبالرغم من ارتفاع معدل استهلاك الملح، والأحماض الدهنية المشبعة، والأحماض الدهنية المتحوّلة، إلا أنّ هنالك نقصاً في التنسيق بين الأعمال المتعلقة بالتغذية ولاسيماً من خلال السياسات المتعددة القطاعات والمؤثرة على قطاعات عريضة من السكان. وهنالك ضعف عام في القدرة على رصد الأمراض غير السارية، كما أنّ نُظُم الرصد بحاجة إلى تقويتها، وإضفاء الطابع المؤسسي عليها في جميع البلدان. ولا يزال هناك فجوات كبيرة على الرغم من تراكم الخبرات في مجال إدماج الرعاية الصحية، بالنسبة للأمراض غير السارية الشائعة مثل السكرى والأمراض القلبية الوعائية، في الرعاية الصحية الأولية. وهو الأمر الذي يعكس تحديات أوسع نطاقاً أمام النظام الصحي.

وعلى الرغم من هذه التحديات، فإن المنظمة والدول الأعضاء سعوا سويّاً إلى دفع جدول أعمال الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها إلى الأمام. والحاصل أنّ هناك العديد من المعالم البارزة التي وإن صُربت المثل على ما أحرز من تقدم صوّب الارتقاء بالعمل، إلا أنّها تبرز أيضاً الطلبات التي لا تزال ماثلة أمامنا. ويعد اعتماد اللجنة الإقليمية "الإطار العمل" الإقليمي، معلماً بارزاً، لاستنهاض تنفيذ الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة (القرار ش م/ل 59/ق.2). ويوضّح هذا الإطار التدخلات الرئيسية في المجالات الأربعة التي تحظى بالأولوية ألا وهي الحوكمة؛ والوقاية وتقليل عوامل الخطر؛ والترصد والرصد والتقييم؛ والرعاية الصحية. وقد مهّدت سلسلة من المشاورات والاجتماعات الإقليمية

شهد عام 2012 نقطة تحول في دفع جدول الأعمال الخاص بالأمراض غير السارية في الإقليم إلى الأمام، وذلك بوضع الوقاية من هذه الأمراض ومكافحتها كأحدى الأولويات الاستراتيجية الخمس للمكتب الإقليمي في السنوات الخمس القادمة. وينبع إعطاء الأولوية للأمراض غير السارية من إدراك ما تمثّله هذه الأمراض في الإقليم من عبء شديد الوطأة على الصحة، والنُظُم الصحية، بل وعلى عملية التنمية برمتها. ويستند إعطاء الأولوية هذا إلى رؤية واضحة، وما يستتبعها من التوجّهات الاستراتيجية التي وافقت عليها الدول الأعضاء بموجب الإعلان السياسي الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة حول الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وذلك في أيلول/سبتمبر 2011.

وإدراكاً لأهمية العمل الراهن الذي تقوم به المنظمة والدول الأعضاء في هذا المضمار واعتماداً عليه، تم التركيز في عام 2012 على إبراز الأمراض غير السارية في جدول الأعمال الخاص بالصحة والتنمية، وعلى إعداد خارطة طريق إقليمية والشروع في العمل في المجالات التي تحظى بالأولوية، وكذلك في تهيئة الهياكل الضرورية في المكتب الإقليمي واللازمة لدعم هذا العمل. وعلى الرغم من هذا، فهنالك تحديات خطيرة تعرقل التقدّم الإقليمي في تنفيذ ما قطعتة الدول الأعضاء من التزامات بموجب الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة. فعلى صعيد الحوكمة والسياسات، نجد أنّ الإرادة والالتزام السياسيين على أعلى المستويات غير موجودين أو غير كافيين في العديد من البلدان. وحتى في حالة وجود مثل هذا الالتزام، فعادةً ما تكون الإجراءات اللازمة لترجمة هذا الالتزام إلى عمل ملموس غير كافية. فالعمل المتعدد القطاعات والذي يعتبر من الشروط الأساسية للوقاية الفعّالة من الأمراض غير السارية يتسم بالضعف في معظم البلدان.

ولا مراء في أنّ ضعف مشاركة القطاعات غير الصحية يعوق تنفيذ التدخلات الرئيسية العالية المردود، والشديدة التأثير، أو "أفضل الصفقات" من قبيل الإجراءات الستة المجربة لمكافحة

والتي أُجريت في تشرين الثاني/نوفمبر 2012، حول وضع أساليب فعّالة لخفض استهلاك الملح على مستوى السكان جميعاً، عن إطلاق إجراءات للحد من الملح على المستوى الوطني في الكويت. ويتم العمل على توسيع نطاق هذه الإجراءات، والتي قد يكون لها تأثير مهم على صحة السكان حال استمرارها وتطويرها بشكل أكبر، على الصعيد الإقليمي في عام 2013.

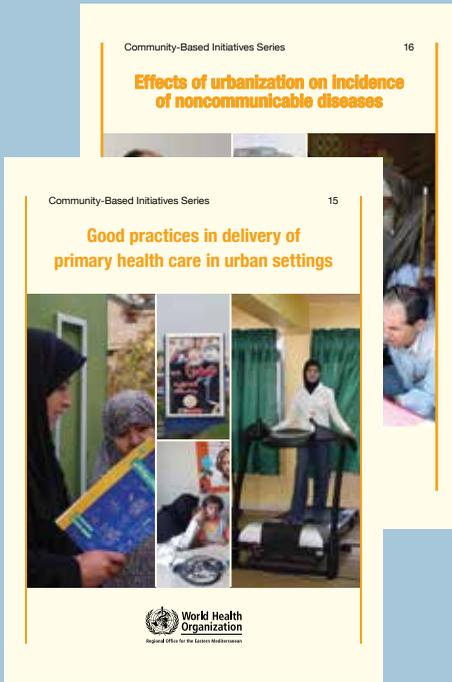
وفي ما يتعلق بمكافحة التبغ، فقد واصل المكتب الإقليمي إعطاء الأولويات لتنفيذ الاتفاقية الإطارية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مكافحة التبغ، والإجراءات الخاصة بالتدابير الستة المصاحبة لها. ولقد شهدنا في عام 2012 تطوراً واعداً، بتبني أربع من الدول الأعضاء تشريعات جديدة لمكافحة التبغ تنطوي على إجراءات صارمة لأقصى درجة. وحظي تطوير القيادة والقدرة على اتخاذ إجراءات لمكافحة التبغ باهتمام بالغ. وعقدت الدورة العالمية للقيادة في مجال مكافحة التبغ لأول مرة في الإقليم، وذلك بالاشتراك مع جامعة جون هوبكنز. وعززت الحلقة العملية الإقليمية لأطراف الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ قدرة الأطراف على المشاركة في الدورة الخامسة لمؤتمر الأطراف الخاص بالاتفاقية. وتم كذلك تدعيم بناء القدرات في مجالات أخرى مثل: الضرائب المفروضة على منتجات التبغ وأسعارها في الدول الأعضاء بمجلس التعاون الخليجي، وفي تنفيذ المادة 3.5 من الاتفاقية الإطارية للمنظمة بشأن مكافحة التبغ، والتي تتعلق بتدخلات دوائر صناعة التبغ؛ والإقلاع عن التبغ، وتنفيذ التعليمات الخاصة بخلو الأماكن العامة من التبغ، والتحذيرات الصحية المصورة، وحظر جميع أشكال الدعاية عن التبغ، ورعاية فعالياته وترويجه.

أما في مجال الترضد والرصد، فقد استكمل مزيد من البلدان المسح الخاص بالأسلوب المتدرج للرصد STEPS ليصل بذلك إجمالي عدد الدول الأعضاء التي قامت بإجراء المسح ونشر التقارير الخاصة به إلى 18 بلداً. وقدم المكتب الإقليمي الدعم للدول الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي من أجل إعداد أهداف ومؤشرات وطنية وفقاً للإطار العالمي للرصد، سوف يستمر هذا الدعم في عام 2013، كما ساعد جميع الدول الأعضاء في تنفيذ نظام ترصد التبغ العالمي وتحليل البيانات، والانتهاه

المهمّة الطريق أمام تنفيذ هذا القرار. ويُعتبر المؤتمر الدولي الخاص بأنماط الحياة الصحية والأمراض غير السارية في العالم العربي والشرق الأوسط، والذي نظمه المكتب الإقليمي بالتعاون مع حكومة المملكة العربية السعودية في الرياض في أيلول/سبتمبر 2012، أول استجابة إقليمية كبيرة للإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة. وهناك معلم آخر يتمثل في إنشاء إدارة جديدة تعنى بالأمراض غير السارية والصحة النفسية في المكتب الإقليمي، مع منحها تفويضاً واضحاً بالارتقاء بالعمل الإقليمي في هذه المجالات.

وقد أحرز تقدّم مهم في المجالات الاستراتيجية الأربعة الخاصة بالإطار المذكور. ففي مجال تصريف الشؤون (الحوكمة) وتطوير السياسات، عمل المكتب الإقليمي عن كثب مع البلدان لوضع خطط وطنية متعددة القطاعات في عام 2013، ولتطوير القدرات الوطنية، ولرصد التقدّم المُحرز. وتم إجراء مشاورتين إقليميتين للإسهام في خطط العمل العالمية الخاصة بالوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها في المدة 2013 - 2020، وإطار الرصد العالمي المصاحب لها، حتى يتسنى إقرارهما في جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو 2013. وبدأ التعاون مع الشبكة الدولية لأولويات مكافحة الأمراض من أجل تعزيز البحوث، وبناء القدرة الإقليمية على تحليل مردود السياسات في مجال الأمراض غير السارية. وسيتواصل العمل خلال عام 2013 من أجل إعداد مجموعة أساسية من المديرين الإقليميين المعنيين بمختلف جوانب عمليات تحديد أولويات مكافحة الأمراض بالنسبة للتدخلات الخاصة بالأمراض غير السارية.

أما في ما يتعلق بالوقاية، فقد تم التركيز على التعاطي مع عوامل الخطر المشتركة للمجموعات الأربع الرئيسية للأمراض غير السارية. وتم استهداف عوامل الخطر المتعلقة بالتغذية، مثل الملح وتناول الدهون وتعاطي التبغ، لإعطائها أولوية العمل. وتم توسيع نطاق إعداد الدلائل الإرشادية للنظم الغذائية ليشمل أفغانستان، وعمّان، ولبنان، ومصر. وتم بالاشتراك مع جامعة الإمارات العربية المتحدة، وكجزء من مبادرة عالمية، تنفيذ مشروع اريادي لبناء القدرة الإقليمية على إعداد مرتسمات التغذية. ولقد أسفرت الحلقة العملية البلديّة المؤثرة



↑ آخر المنشورات حول المبادرات المجتمعية



↑ آخر المطبوعات حول مكافحة التبغ

الزيادة المفزعة في حجم الأمراض غير السارية، وفي ترجمة هذا الالتزام إلى عمل ملموس يتجسد في تنفيذ إطار العمل الذي تم إقراره في الدورة التاسعة والخمسين للجنة الإقليمية.

الصحة النفسية

تعتبر الاضطرابات النفسية والعصبية وتلك الناجمة عن تعاطي مواد الإدمان مسؤولة عن أكثر من 11٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، و27٪ من عدد السنوات التي يعيشها المرضى في حالة عجز في الإقليم. ولاشك في أن الصراعات والطوارئ الإنسانية المعقدة، وما يصاحبها من نزوح للسكان وانخفاض الدعم الاجتماعي المقدم، ساعد في تفاقم هذا العبء بشكل كبير. ولقد ساهمت الوصمة والتمييز، ونقص الالتزام السياسي، ومحدودية الموارد المالية والبشرية، وتضاؤل الاهتمام بالأمراض النفسية في الصحة العمومية في حدوث فجوة هائلة في معالجة الاضطرابات النفسية. فالحاصل أن أكثر من ثلاثة أرباع الذين يعانون من اضطرابات نفسية خطيرة في

من التقارير القطرية، بالإضافة إلى وضع خطط لنشر البيانات. هذا فضلاً عن دعم المكتب الإقليمي لإعداد وتنفيذ المسوحات العالمية التي تغطي بالأولوية مثل المسح العالمي لاستهلاك التبغ بين الشباب، والمسح العالمي لاستهلاك التبغ بين البالغين، وذلك بالتعاون مع الشركاء الدوليين. وتم استكمال الجزء الإقليمي من التقرير العالمي الرابع الخاص بمكافحة التبغ والذي سيتم نشره في عام 2013.

وفي ما يتعلق بمجال الرعاية الصحية، قدم المكتب الإقليمي دعماً تقنياً لمواءمة مجموعة التدخلات الأساسية الخاصة بالأمراض غير السارية، التي وضعتها المنظمة، وتنفيذها من خلال الرعاية الصحية الأولية في ثلاثة بلدان (الإمارات العربية المتحدة، والسودان، والكويت) ليصل مجموع البلدان التي تغطي بعاملين مدربين وبروتوكولات متكاملة خاصة بتحري الأمراض غير السارية ومعالجتها ضمن الرعاية الصحية الأولية إلى ستة بلدان.

ويتمثل التحدي المائل أمام الدول الأعضاء، في عام 2013، في تقوية التزامها، وإعطاء المزيد من الأولوية للتعاطي مع هذه

الإقليم وتقبُّل الدول الأعضاء لها. وتم إطلاق برنامج العمل الخاص برأب الفجوة في الصحة النفسية في الأردن، وأفغانستان، وباكستان، والسودان، والصومال، والعراق، وعمان، وليبيا، ومصر. وساهم المكتب الإقليمي في وضع أطلس الصحة النفسية 2011، والأطلس الخاص بتعاطي مواد الإدمان بهدف بناء قاعدة بيانات توجّه العمل في الإقليم. وقدم المكتب الإقليمي الدعم التقني لتحديث السياسات والتشريعات الوطنية في أفغانستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، وعمان، وقطر.

بلدان الإقليم المنخفضة والمتوسطة الدخل، وما يربو على نصف البلدان المرتفعة الدخل لا يحصلون على المعالجة الأساسية.

وسعيًا منه إلى التغلب على هذه التحديات، عمل المكتب الإقليمي على الاستجابة من خلال اتباع أسلوب متعدد الجوانب، مسترشداً بالاستراتيجية الإقليمية المعنية بالصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان. وخلال عام 2012، ساهم المكتب الإقليمي في إعداد خطة عمل شاملة للصحة النفسية 2013-2020، حتى يمكن إقرارها من قبل جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 2013 من أجل ضمان ارتباطها بحاجات

الأمراض السارية

والمالاريا والأمراض المدارية؛ والتمنيع واللقاحات؛ والأمن الصحي واللوائح الصحية.

استئصال شلل الأطفال

يُعتبر برنامج استئصال شلل الأطفال من المبادرات التي تخطى بالأولوية الشديدة والتي تخضع للإشراف المباشر للمدير الإقليمي. وتعد جميع بلدان الإقليم خالية من شلل الأطفال باستثناء أفغانستان وباكستان، حيث لم تتوقف فيها سراية فيروس شلل الأطفال أبداً. وتظل مستودعات فيروس شلل الأطفال المعروفة في باكستان في منطقة كويتا (بشين، كيلا عبد الله، وكويتا) في بلوشستان، وفي بلدة جاداب في كاراتشي، ومنطقة خيبر في المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الفيدرالية، وفي أفغانستان تعد ولايتا قندهار وهلمند في الإقليم الجنوبي بمثابة المستودعات الرئيسية. وقد أدى انتقال العدوى المستمر في باكستان وأفغانستان إلى إعاقه الاستئصال العالمي لشلل الأطفال، كما أنه يشكّل تهديداً للبلدان الخالية منه. وتعرض الصومال واليمن لمخاطر شديدة لأن انعدام الأمن أدى إلى انخفاض مناعة السكان مما نتج عنه سراية فيروس شلل الأطفال

إن الأمراض السارية، وفقاً للتقديرات، هي المسؤولة عن حوالي ثلث جميع الوفيات، وكذلك ثلث جميع الأمراض التي يشهدها الإقليم. فعلى الرغم من النجاحات التي تحققت في مجال التخلص من بعض الأمراض، بل واستئصالها في بعض البلدان، إلا أن الإقليم لا يزال يعاني من عبء كبير للأمراض السارية مما يعرقل التنمية الاجتماعية والاقتصادية. ولقد زادت أهمية مكافحة الأمراض السارية في السنوات الأخيرة بسبب زيادة السفر، والتجارة، والهجرة، وظهور أنواع جديدة من العدوى. وبالإضافة إلى التحديات المزمنة المرتبطة بضعف النظم الصحية، أدى قصور الالتزام والتمويل المخصص لمكافحة الأمراض السارية إلى التباطؤ في تحقيق الأهداف الإقليمية المتوخاة. والعديد من البلدان تواجه قلاقل سياسية واضطرابات اجتماعية، وصراعات متواصلة، وانعداماً للأمن، وهي كلها من الأمور التي تؤثر لا محالة على مكافحة الأمراض السارية. ومن ثم، سنقوم في هذا القسم بمناقشة القضايا الرئيسية الأربع ألا وهي: استئصال شلل الأطفال؛ وفيروس الإيدز والسل



Photo: © Press Information Department/Government of Pakistan

↑ المدير الإقليمي يجتمع مع فخامة الرئيس الباكستاني لمناقشة التقدم المحرز نحو استئصال شلل الأطفال

المشتق من اللقاح. أما جيوتي، وجنوب السودان، والجمهورية العربية السورية فجميعها يخضع لعملية ترصد عن كثب.

شهد عام 2012 إنجازات مهمة، فقد أبلّغت باكستان عن 58 حالة شلل الأطفال في عام 2012 مقارنةً بنحو 198 حالة في عام 2011، في حين أبلّغت أفغانستان في عام 2012 عن 37 حالة مقارنةً بنحو 80 حالة في 2011. ولقد أعدت باكستان ونفذت خطة عمل وطنية معززة للتصدي للطوارئ، وتعاطت فيها مع مختلف التحديات، بما في ذلك، اتساق نظام الإشراف الحكومي، والشعور بالملكية أو السيطرة على المقدرات، والمساءلة على كل مستوى إداري. وبدل البرنامج جهوداً كبيرة وطرح مبادرات مؤثرة خاصة في ما يتعلق بالاستخدام الكافي والمناسب للقاح شلل الأطفال العمومي الثنائي التكافؤ، وإدخال جرعات إضافية على فترات قصيرة، وإعداد خطط شاملة للمناطق الفرعية، وتوظيف عدد كبير من موظفي الدعم الاحتياطيين من قبل منظمة الصحة العالمية واليونيسف في مستوى التنفيذ، وإدخال تحسينات في نظام الترصد من خلال استخدام عميات ضمان الجودة من تشغيلات اللقاح، والحفاظ على نظام ترصد حساس للغاية، يدعمه مختبر مرجعي إقليمي يعمل على نحو جيد. وقد

أعدت حكومة أفغانستان أيضاً خطة عمل وطنية للتصدي للطوارئ والتي تضمّت تحسين الإدارة والمساءلة، والحد من تعذر الوصول إلى الخدمات، وزيادة الطلب في المجتمع، وتعزيز التمنيع الروتيني. وأنشئت الفرق الدائمة للتطعيم ضد شلل الأطفال، والفرق المعنية بإدارة التطعيم في المناطق، وذلك في المناطق المتدنية الأداء لتحسين خدمات التمنيع الروتيني في 28 منطقة. وهناك حاجة لتقوية التنسيق عبر الحدود بين البلدان من أجل التعرف على الوضع الراهن للأطفال الذين فاتهم التطعيم وتحديد السبب في ذلك؛ والوصول إلى كل طفل عبر الحدود وتطعيمه؛ وضمان التواصل المستمر على المستوى الميداني وبين الحكومتين. وقد تم إدخال إطار الإدارة والمساءلة في المناطق ذات المخاطر العالية في كلا البلدين.

وعلى الرغم من هذا، فإن البرنامج يواجه العديد من التحديات الجديدة في باكستان، بما في ذلك حظر التلقيح في شمال وجنوب وزيرستان، والمقاومة التي تبديها الفصائل المسلحة في كراتشي، وخيبر وباكوتنخوا وأجزاء من المناطق القبلية الخاضعة للإدارة الفيدرالية. وهناك حاجة إلى بذل الجهود لتبرئة ساحة البرنامج من المعلومات المغلوطة التي يتم تروييحها حوله، ولتقديم وجه

Photo: ©WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean



↑ في مطلع عام 2013 استقبل الإمام الأكبر شيخ الأزهر علماء المسلمين لمناقشة حقوق الأطفال في التمنيع ضد شلل الأطفال وغيره من الأمراض المميتة

جرعات إضافية من لقاح شلل الأطفال الفموي للمساعدة في تعزيز مناعة السكان.

إن المؤشرات الرئيسية لترصد الشلل الرخو الحاد (AFP) (أي معدل الشلل الرخو الحاد غير الناجم عن شلل الأطفال، ونسبة عينات البراز الكافية) على المستوى الوطني، تصل إلى معايير الإشهاد الدولية. ولكن على المستوى دون الوطني هناك ثغرات، وهي أكثر خطورة بالنسبة للبلدان التي كانت خالية من شلل الأطفال لسنوات عديدة. ولقد حافظت جميع بلدان الإقليم على المعدل المتوقع للشلل الرخو الحاد غير الناجم عن شلل الأطفال لكل 100 ألف طفل دون سن 15، عاماً باستثناء المغرب الذي يقترب من المعدل المتوقع. إن النسبة المثوية لحالات الشلل الرخو الحاد التي تعتمد على جمع عينات البراز الكافية أعلى من المعدل المستهدف وهو 80٪، إلا في تونس، وجيبوتي، ولبنان.

فيروس العوز المناعي البشري، والسل، والملاريا، وأمراض المناطق المدارية

استمر وباء فيروس العوز المناعي البشري في الانتشار السريع في الإقليم. وتُظهر آخر التقديرات أن حوالي 560 ألف شخص يتعايشون مع فيروس العوز المناعي البشري في الإقليم. ومع أن مجمل معدل انتشار الفيروس بين عامة السكان مازال منخفضاً، إلا أن نسبة المصابين الجدد بالعدوى من بين جميع الأفراد المتعايشين مع الفيروس، هي الأعلى عالمياً. وقد تضاعفت تقريباً الوفيات بسبب الإيدز في العقد الماضي بين كل من البالغين والأطفال، ووصل إجمالي الوفيات إلى 38 400 في عام 2011. والحاصل أن نسبة التغطية بمعالجة فيروس الإيدز لا تتجاوز 13٪، وهي أقل نسبة تغطية بين جميع أقاليم المنظمة. ومازال هناك تحديات أمام المكافحة الفعالة وتقديم الرعاية من قبيل ضعف الالتزام السياسي، وعدم كفاية الحصول على الخدمات الصحية للسكان المعرضين للخطر، والوصمة والتمييز الشديدين، وضعف النظم الصحية.

وقد ركزت المنظمة دعمها على مساعدة الدول الأعضاء في تطوير الدلائل الإرشادية الخاصة باختبار فيروس الإيدز

حيادي له. أما في أفغانستان، فالحاصل أن الصراع، وعدم قدرة السكان على الوصول إلى الخدمات يعرقل إحراز التقدم. ويتم التصدي حالياً لهذه التحديات من خلال تعزيز عنصر التواصل في البرنامج، وتشكيل فريق تشاوري إسلامي، وتقوية الشعور بالملكية الإقليمية لبرنامج شلل الأطفال. وإذا ما استمرت السراية في أفغانستان وباكستان، فلن يبقى أي بلد عصياً وممتعاً تماماً ضد خطر معاودة وفادة شلل الأطفال إليه. ومما لاشك فيه أن دعم سائر بلدان الإقليم هو أمر أساسي للنجاح. ولقد تعهدت اللجنة الإقليمية بالتضافر والاتحاد لجعل الإقليم خالياً من شلل الأطفال، وبالتالي فقد تتمثل أحد التحديات الماثلة في عام 2013 في ترجمة هذا التعهد إلى واقع ملموس.

ولايزال الصومال معرضاً لخطر كبير باندلاع فاشية فيروس شلل الأطفال البرّي إذا ما حدثت وفادة للفيروس، نظراً لوجود مجموعة كبيرة من الأطفال الذين تعذر الوصول إليهم وتمنيهم. ويتمثل التحدي الرئيسي في الوصول إلى تطعيم وتمنيح ما يُقدَّر بحوالي 800 ألف طفل مستهدف في المناطق التي لا يمكن الوصول إليها بسبب انعدام الأمن. وتُدل فاشية فيروس شلل الأطفال المشتق من اللقاح والتي ظهرت في اليمن على وجود فجوة كبيرة في مناعة السكان نتجت عن انخفاض مُزمن في التغطية بالتمنيح الروتيني، وعدم وجود أنشطة تمنيح تكميلي عالية الجودة. واستجابة للفاشية، أجرى اليمن ثلاثة أيام وطنية للتمنيح، ويوماً واحداً للتمنيح على المستوى دون الوطني. وأضيف أيضاً التمنيح باللقاح الفموي ضد شلل الأطفال إلى حملة التمنيح التدارُكي ضد الحصبة.

أجرت عشرة بلدان خالية من شلل الأطفال ومعرضة لخطر وفادته إليها (وهي: الأردن، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، وجنوب السودان، وجيبوتي، والسودان، والعراق، وليبيا، ومصر، والمملكة العربية السعودية) أيام التمنيح دون الوطنية، مع التركيز على المناطق الجغرافية ذات السكان المعرضين لمخاطر مرتفعة، وذات التغطية المنخفضة بالتمنيح الروتيني، وذلك في محاولة لتعزيز مناعة السكان من الفئات المعرضة لخطر شديد. ويُستفاد من فُرص التطعيم الأخرى، مثل حملات الحصبة وأيام صحة الطفل، لتقديم

WHO EM/STD/144E

WHO EM/STD/144F

WHO EM/STD/144A

Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV

Pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

نحو التخلص من سارية فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل

Conceptual framework for the Middle East ar

World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean

unicef unite for children

Cadre conceptuel pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de la Méditerranée orientale

unicef Organisation pour les enfants

JNFPP ONUSIDA

إطار مفاهيمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا

UNAIDS JNFPP

يونسيف يونيسيف من أجل الأطفال

المنظمة العالمية للصحة

MENAHR – The Middle East and North Africa Harm Reduction Association

Best practices in strengthening civil society's role in delivering harm reduction services

World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean

↑ آخر المنشورات حول مرض الإيدز والعدوى بفيروسه

اتباع أسلوب شامل، بما فيه الوقاية من حالات الحمل غير المقصودة بين النساء المتعاشيات مع فيروس الإيدز؛ والوقاية من انتقال فيروس الإيدز من الحوامل المصابات بفيروس الإيدز لأطفالهن؛ وتوفير المعالجة والرعاية والدعم للأمهات والأطفال والأسر المتعاشين مع فيروس الإيدز.

في عام 2011، حقق 11 بلداً في الإقليم معدّل اكتشاف لحالات السل بلغ 70٪، وحقّق 13 بلداً معدّل نجاح للعلاج بلغ 85٪، وأعدّ 12 بلداً خططاً استراتيجية وطنية للفترة 2011-2015. وجرى توسيع شبكة المختبرات، ولاسيّما في مجال الزرع واختبار الحساسية للأدوية. وتم توسيع الدعم التقني ليشمل إدارة الدواء وتعزيز الاختبار المسبق للمصاحبة في الشركات الصيدلانية. ويستخدم حالياً النظام الإلكتروني للتسجيل الاسمي وإعداد التقارير في خمسة بلدان، وأدخل نظام التّصّد المرتكز على الإنترنت في عدّة بلدان. وتلقّى أحد عشر بلداً دعماً لإجراء المسوحات من أجل تقييم عبء مقاومة السل للأدوية.

¹ بالنسبة لاكتشاف حالات السل، فإن المنظمة تتلقى البيانات عن السنة التي انقضت، ولهذا فإن البيانات حول اكتشاف حالات السل تعود لعام 2011، بينما تعود حصائل المعالجة إلى 2012.

ومعالجته، وعلى بناء القدرات في مجال تقديم الخدمات. وقدمت توجيهات للسكان المعرّضين لمخاطر عالية والذين يصعب الوصول إليهم بالخدمات الصحية التقليدية حول سُبل تقديم الخدمات، كما دعمت البلدان لمساعدتها في إعداد نهج مبتكرة لإتاحة الخدمات، بما في ذلك إتاحتها عبر المنظمات المجتمعية. وتواصل التعاون مع المركز الإقليمي للمعلومات المعني بترصد فيروس الإيدز في جمهورية إيران الإسلامية من أجل تقوية الدور المؤسسي للمركز بوصفه مركزاً تدريبياً، ومرجعاً إقليمياً.

ونظراً لما ساور المنظمة من قلق إزاء عدم التقدّم في الوقاية من انتقال العدوى بفيروس الإيدز من الأم إلى الطفل في الإقليم، فقد قامت المنظمة بالاشتراك مع اليونسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، بإطلاق مبادرة إقليمية للتخلص من انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل. وقد تبنت هذه المبادرة الأهداف العالمية العامة الخاصة بتقليص عدد حالات العدوى الجديدة بفيروس الإيدز بين الأطفال بنحو 90٪ بحلول عام 2015، فضلاً عن تقليص عدد وفيات الأمهات الناجمة عن مرض الإيدز بنحو 50٪ بحلول العام نفسه. وقد عززت المبادرة

الطبيعية تحديات إضافية أمام مكافحة الملاريا؛ فعلى سبيل المثال تفاقم وضع الملاريا في باكستان بعد الفيضانات الشديدة التي وقعت في عام 2010. كما تواجه البلدان الخالية من الملاريا تحدياً بسبب زيادة الملاريا الوافدة مع التحركات الهائلة للسكان، سواء كانت تحركات قانونية أو غير قانونية.

ومن بين الإنجازات التي تحققت إدراج العراق بين الدول غير الموطونة بالملاريا بعد ثلاث سنوات من عدم التبليغ عن أي سراية محلية للعدوى. وحقت جمهورية إيران الإسلامية والمملكة العربية السعودية أكثر من 80٪ من أهداف التغطية بالتدخلات الخاصة بمكافحة الملاريا والتخلص منها. وأظهرت بلدان أخرى تقدماً طيباً في التغطية بتدخلات الملاريا مثل ناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية الطويلة الأمد، ولكنها لم تحقق بعد هدف الزيادة على 80٪. وبنهاية عام 2012، زاد معدل التغطية الميدانية بالناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية الطويلة الأمد في السودان ليتجاوز 50٪. وفي أفغانستان، زادت نسبة الأسر التي تمتلك على الأقل، ناموسية واحدة، معالجة بالمبيدات الحشرية الطويلة الأمد من 9.9٪ في عام 2009 لتصل إلى 43.4٪ في عام 2011. وفي الفترة نفسها، زادت نسبة الأطفال دون سن الخامسة ممن ناموا الليلة التي سبقت المسح تحت ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية الطويلة الأمد من 2٪ إلى 32٪.

وُقِّدَت بعثات للمراجعة في خمسة بلدان. وتلقى العديد من البلدان دعماً تقنياً لإجراء المسوحات والدراسات لتقدير مدى قصور التبليغ عن حالات السل وعبئه.

ويُقدَّر أن 46٪ من السكان كانوا يعيشون في مناطق معرضة لخطر سراية الملاريا المحلية في عام 2011. وأبلغت البلدان عن اكتشاف إجمالي 6 789 460 حالة ملاريا (انظر الجدول 2 والجدول 3)، منها 16.8٪ فقط حالات مؤكدة باكتشاف الطفيليات، بينما عولجت الحالات الباقية استناداً إلى التشخيص السريري. وكانت ستة بلدان مسؤولة عن أكثر من 99.5٪ من الحالات المؤكدة في عام 2011 (أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية، وجنوب السودان، والسودان، والصومال). ووفقاً لبيانات عام 2010، بلغ العدد التقديري لوفيات الملاريا 15 000 وفاة. ومازال التخلص من الملاريا ومكافحتها يواجه عدّة تحديات. فالقدرة على الوصول إلى المرافق التي تُجرى التشخيص باكتشاف الطفيليات في البلدان التي تعاني من عبء مرتفع للملاريا، محدودة، فضلاً عن تردي مستوى الجودة. وتتفاقم مقاومة الطفيليات لمضادات الملاريا في البلدان الموطونة بالملاريا الناجمة عن "التصوّرة المنجلية". وهناك ضعف في ترصد ورصد وتقييم الملاريا، إلى جانب ضعف امتثال مقدمي الرعاية في القطاع الخاص للدلائل الإرشادية الوطنية للمعالجة. ويُعدُّ انعدام الأمن، والتغيُّر المناخي، والكوارث

الجدول 2. حالات الملاريا المُبلَّغ عنها في البلدان ذات العبء المرتفع من الملاريا

البلد	2010		2011		2012	
	إجمالي الحالات المبلّغ عنها	إجمالي الحالات المؤكدة	إجمالي الحالات المبلّغ عنها	إجمالي الحالات المؤكدة	إجمالي الحالات المبلّغ عنها	إجمالي الحالات المؤكدة
أفغانستان	392 463	69 397	482 748	77 549	391 365	54 840
باكستان	4 281 356	240 591	334 589 ^①	334 589	289 759 ^①	289 759
الجمهورية اليمنية	198 963	106 697	142 147	90 410	153 981	105 066
جنوب السودان	900 283	900 283	795 784	112 024	1 198 358	NA
جيبوتي	3 962	1 019	624	NA	NA	NA
السودان	1 465 496	720 557	1 246 833	506 806	NA	NA
الصومال	24 553	24 553	41 167	3 351	NA	NA

① الحالات المؤكدة فقط

الجدول 3. 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	2012		2011		2010	
	عدد الحالات الخلية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها	عدد الحالات الخلية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها	عدد الحالات الخلية الأصل	إجمالي الحالات المبلغ عنها
الإمارات العربية المتحدة	0	5 165	0	5 242	0	3 264
الأردن	0	117	0	58	2	61
البحرين	لا يوجد	لا يوجد	0	186	0	90
تونس	0	79	0	67	0	72
جمهورية إيران الإسلامية	532	لا يوجد	1 710	3 239	1 847	3 031
الجمهورية العربية السورية	0	42	0	48	0	23
العراق	لا يوجد	لا يوجد	0	11	0	7
عمان	لا يوجد	لا يوجد	13	1 531	24	1 193
فلسطين	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد
قطر	لا يوجد	لا يوجد	0	673	0	440
الكويت	لا يوجد	لا يوجد	0	476	0	343
لبنان	0	115	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد
ليبيا	0	88	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد
مصر	0	206	0	116	0	85
المغرب	0	359	0	312	0	218
المملكة العربية السعودية	83	3 406	69	2 788	29	1 941



Photo: ©WHO/Hoda Atta

↑ آبار المياه ضرورية لتلبية الاحتياجات اليومية في الكثير من أجزاء الإقليم ولكنها في الوقت نفسه قد تكون مواقع محتملة لتكاثر البعوض المسبب للملاريا

وقد وصلت المنظمة تقديم الدعم لبناء قدرات البرامج الوطنية من خلال التدريب الإقليمي على التخطيط في مجال الملاريا، والمعالجة والفحص المجهرى وضمان الجودة وتفاعل البوليميراز التسلسلي، والتخلص من الملاريا. وانتهت جيبوتي من مراجعة البرنامج، في حين تمّ جمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية اليمنية، وجنوب السودان، والسودان بمراحل مختلفة من هذه المراجعة. وتم كذلك دعم إجراء مراجعات للبرنامج في عمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية. ومن خلال الدعم التقني المقدم من المنظمة على الصعيدين القطري والإقليمي، نجحت البلدان في توقيع اتفاقيات لمدّ فترة السّوحّ المقدّمة من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا.



↑ آخر المنشورات حول مكافحة النواقل

الآن تنفيذ الاستراتيجية. وأصبح اختبار التشخيص الميداني السريع لداء الليشمينيا الحشوية متاحاً في الوقت الراهن على نطاق واسع، وأدى إلى تقليص فترة العلاج من 30 إلى 15 يوماً.

التمنيع واللقاحات

هناك عدة تحديات تُواجه برامج التمنيع في الإقليم. ولا يزال الوضع الأمني، لاسيما في أفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية السورية، واليمن، يُؤثر على إحراز التقدّم نحو بلوغ أهداف التغطية بالتمنيع. كما أثر النقص العالمي في اللقاح الثلاثي (الحنّاق، والكزاز، والشاهوق) واللقاح الثلاثي مع الالتهاب الكبدي "الباي"، واللقاح الخماسي التكافؤ على كل من جمهورية إيران الإسلامية، وليبيا، ومصر. واستمرّ عدم كفاية القدرات الإدارية وضعف الالتزام بالتمنيع الروتيني، في تمثيل تحديات ملحوظة في بعض البلدان في عام 2012. وهناك حاجة ماسّة إلى توفير دعم رفيع المستوى للتمنيع الروتيني لاسيما في أفغانستان وباكستان. ومن القضايا التي لا تزال محل اهتمام: عدم كفاية الموارد المالية ولاسيما اللازمة لتنفيذ التمنيع التكميلي ضد الحصبة والكزاز، وإدخال لقاحات جديدة في البلدان المتوسطة الدخل، والمساهمة في تمويل البلدان المؤهلة للانضمام إلى التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، وتنفيذ الأنشطة المتعلقة بتحسين التغطية بالتطعيم في البلدان التي تعاني من معدلات منخفضة من التغطية. وتدعو الحاجة إلى تخصيص الموارد الحكومية، وحشد

ولقد تم تنفيذ العديد من الأنشطة للتصدّي للأمراض المنقولة بالنواقل في الإقليم، وركّزت المنظمة دعمها على تنفيذ إطار العمل الإقليمي حول إدارة مبيدات الحشرات المرتبطة بالصحة العمومية بشكل سليم، وعلى إجراء الدراسات الإيضاحية للبدائل المضمونة الاستمرار "للدي دي تي"، وعلى تقوية القدرات الوطنية الخاصة بمكافحة النواقل في الدول الأعضاء. وتم الاشتراك في العمل مع البلدان لإعداد قاعدة بيانات إقليمية تعنى بمقاومة مبيدات الحشرات. وأجريت مشاورة إقليمية حول إدارة المقاومة لمبيدات الحشرات، ووافقت البلدان المشاركة على إدماج العنصر الخاص بإدارة المقاومة لمبيدات الحشرات في الاستراتيجيات الوطنية للإدارة المتكاملة للنواقل، وعلى مواصلة تعزيز التّصُد باستخدام علم الحشرات.

وفي ما يخص أمراض المناطق المدارية المهمّلة، مازال داء المثقبيات الأفريقي البشري يشكّل تحدياً في جنوب السودان. وأدى التراجع المحرّز في عدد الحالات طوال الأعوام الأخيرة، وبالتالي ارتفاع التكلفة النسبية لعلاج كل مريض، إلى صعوبة الحصول على شركاء يساهمون في أنشطة المكافحة. وتشكّل القدرة على الوصول أثناء المواسم الممطرة مشكلة كبرى أمام العديد من برامج مكافحة أمراض المناطق المدارية في جنوب السودان، والسودان.

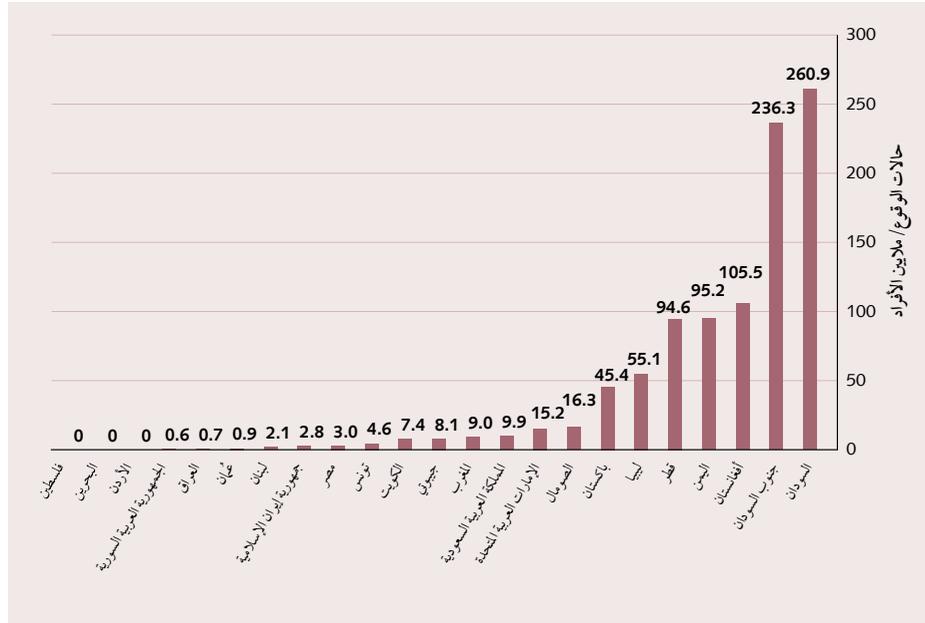
ولوحظ انخفاض قدره 50% في عدد حالات مرض الدودة الغينية في جنوب السودان في عام 2012 مقارنةً بعام 2011، ولا تزال 179 قرية فقط يتوطن فيها المرض. وأكملت برامج التخلص من داء الفيلاريات اللمفية (داء الفيل) في اليمن ومصر مرحلة التخلص من هذا الداء، وجرى بناء القدرات لتقييم انتقال العدوى والتأكد من التخلص منها. وقد تم الإشهاد على التخلص من داء العمى النهري "داء كلابيات الذئب" من منطقة أبو حمد، وهي أكبر بؤرة يتوطنها المرض في السودان. وزاد توزيع دواء برازيكوانتيل في البلدان الثلاثة التي يتوطنها داء البلهارسيا (اليمن، السودان، الصومال) بمقدار 70% برغم تحديات انعدام الأمن. وجرّت ترجمة الاستراتيجية العالمية المحسّنة للأعوام 2011-2015 حول التخلص من الجذام ودلائها الإرشادات التشغيلية إلى اللغة العربية، ويجري

زيادة في التغطية بالتمنيع. بيّد أن الوضع في الجمهورية العربية السورية يبعث على القلق، حيث انخفضت التغطية بالتطعيم انخفاضاً كبيراً. وقد تم تنفيذ الأسبوع الإقليمي الثالث للتطعيم بنجاح في نيسان/أبريل 2012، تحت شعار "الوصول إلى كل مجتمع محلي".

وأبلغ تسعة بلدان عن معدّل منخفض للغاية لوقوع الحصبة (أقل من 5 حالات لكل مليون نسمة). وهذه البلدان قاب قوسين أو أدنى من تحقيق التخلص من الحصبة. أما في ما يتعلق بتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية للتخلص من الحصبة، فقد حقق أربعة عشر بلداً معدّل تغطية بالجرعة الأولى من لقاح يتضمّن الحصبة يتجاوز 95%، كما يتم الآن إعطاء الجرعة الثانية من لقاح يتضمّن الحصبة في 21 بلداً بعد النجاح في إدخاله في جيوتي والسودان. أما في ما يتعلق بالترصّد، فقد نجح جميع البلدان في تنفيذ الترسّد المخبري للحصبة المرتكز على الحالات، إما بتنفيذه في كافة أرجاء البلاد (20 بلداً) أو من خلال الترسّد المخفري (كما هو الحال في جيوتي وجنوب السودان والصومال). وتم

دعم الشركاء من أجل تعزيز الاستجابة لمواجهة الأمراض التي يمكن توقّيها باللقاحات. وفي هذا الصدد، يُقدّم عقْد اللقاحات وخطة العمل العالمية المعنية باللقاحات فرصاً سانحة لحشد الموارد التي تستطيع البلدان الاستفادة منها.

وتم مد نطاق الدعم التقني المقدم إلى البلدان في عدد من المجالات شملت: تقييم المجالات المختلفة للبرنامج الموسّع للتمنيع، ووضع الخطط الرامية إلى تحسين هذا البرنامج؛ والتأكد من تطبيق نظام لوجستي مناسب؛ وإدخال لقاحات جديدة؛ وإعداد طلبات للحصول على الدعم من التحالف العالمي للقاحات والتمنيع؛ وتقوية الترصّد؛ ورصد وتقييم البرنامج الموسّع للتمنيع. ولم تتوافر بعد بيانات التغطية بالتطعيم عن العام 2012، إلا أن التقارير الأولية تشير إلى أن 15 بلداً في الإقليم قد حافظت على ما حقّقته من هدف التغطية بالتطعيم الروتيني بواقع 90%، في الوقت الذي اقتربت فيه جيوتي من بلوغ هذا الهدف. واستطاعت تونس ومصر، رغم ما يواجهانه من تحديات، المحافظة على مستوى عالٍ من التغطية بالتطعيم الروتيني تجاوز 95%، كما شهد جنوب السودان والصومال



الشكل 4 معدل وقوع الحالات / لكل مليون نسمة من المصابين بالحصبة المؤكدة في إقليم شرق المتوسط، 2012

A (H5N1) في حدوث فاشية إنفلونزا في نهاية العام في اليمن وفلسطين. وكان على رأس هذه الفاشيات ظهور نوع جديد من الفيروس التاجي (كورونا) الذي يسبب متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV) في الأردن، وقطر، والمملكة العربية السعودية، بمعدل إماتة مرتفع للحالات، وكان ظهوره بمثابة رسالة تذكير مُدوية بزيادة الأمراض المُستجدة التي قد تتفاقم إلى أوبئة في الإقليم. وبينما لا يزال خطر وقوع جائحة إنفلونزا الطيور يُحتمل على الإقليم، سلط ظهور الفيروس التاجي (كورونا) الذي يسبب متلازمة الشرق الأوسط التنفسية مزيداً من الضوء على تعرُّض الإقليم لخطر الأمراض المُستجدة. فهناك عوامل خطر رئيسية تُساهم في انتشار أمراض جديدة منها الصراعات الدائرة وحالات الطوارئ الإنسانية المزمدة التي يعاني منها الكثير من البلدان، وما يترتب عليها من تشريد أعداد ضخمة من السكان.

ولا يزال الاكتشاف المبكر والاستجابة السريعة بغرض احتواء التهديدات الوبائية المترتبة على الأمراض المستجدة، هو التحدي الأكبر أمامنا. وقد استمرت المنظمة في تقديم الدعم الاستراتيجي التقني للبلدان بغية تطوير وتحديث والحفاظ على قدرات كافية على التردد والاستجابة من أجل اكتشاف وتقييم أحداث الصحة العمومية التي تبعث على القلق على الصعيدين الوطني والدولي والتصدي لها. وكجزء من الجهود المبذولة للارتقاء بالقدرات الجماعية للإقليم على التأهب والاستجابة، عملت المنظمة على الاستثمار في تحسين القدرات دون الإقليمية والمحلية، وتجميع المعلومات عن الوبائيات، وتقييم المخاطر بهدف اتخاذ إجراءات مستنيرة في مجال الصحة العمومية لاحتواء التهديدات الوبائية. وقد تلقت باكستان الدعم لتنظيم مؤتمر دولي حول حمى الضنك، والذي تمخض عن توصيات تتعلق بترصد الفاشيات والكشف عنها ومعالجتها، ومكافحة النواقل، والتدخلات السلوكية، والاستجابة للطوارئ إبان الفاشيات.

قامت المنظمة بالتنسيق مع المؤسسات الشريكة للشبكة العالمية للإنذار بحدوث فاشيات الأمراض ومواجهتها، ومع المراكز المتعاونة مع المنظمة من أجل توفير الخبراء والموارد المختبرية اللازمة للتصدي للفاشيات، ولعمليات احتوائها في عدد من

التعرف على أنماط جينية محلية للحصبة في 22 بلداً، ويعتبر ذلك من الأمور الضرورية للتحقق من التخلص من الحصبة.

شهد عام 2012 مزيداً من التقدم في إدخال لقاحات جديدة منقذة للحياة، حيث يستخدم لقاح المستدمية النزلية من النمط "بي" في 20 بلداً، ومن المتوقع إدخاله إلى بقية البلدان قريباً. ويستخدم الآن اللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية في 11 بلداً، ولقاح الفيروس العجلى في 7 بلدان. وانطلقت المرحلة الأولى من حملة إدخال لقاح المكورات السحائية المتقارن (أ) في السودان. ويتوقع إدخال اللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية واللقاح المضاد للفيروس العجلى قريباً في المزيد من البلدان بفضل الدعم الذي يقدمه التحالف العالمي للقاحات والتمنيع. ويتمثل التحدي الأساسي الذي يجابه إدخال لقاحات جديدة في عدم قدرة البلدان المتوسطة الدخل على تحمل تكلفة هذه اللقاحات الجديدة. وتسعى المنظمة إلى تعزيز إدخال لقاحات جديدة، ولاسيما في البلدان المتوسطة الدخل من خلال إنشاء نظام إقليمي للشراء المجمع للقاحات، والدعوة إلى تخصيص المزيد من الموارد الوطنية، وتعزيز اتخاذ القرار المسند بالبيانات، وإنشاء الفرق الاستشارية التقنية المعنية بالتنوع على الصعيد الوطني.

الأمن الصحي واللوائح الصحية

شهد عام 2012 زيادة غير مسبوقة في معدل وقوع الأمراض السارية، سواء المُستجدة أو المُنبئة، الأمر الذي شكّل تهديدات مستمرة على الأمن الصحي في الإقليم. فطيلة هذا العام حدثت الفاشيات على نحو دوري، وأثرت على عدد كبير من البلدان، وتسببت في أسوأ حالات البؤس البشري التي شهدها الإقليم على مر التاريخ. إذ حدثت فاشية إنفلونزا الطيور A (H5N1) في مصر، والكوليرا في العراق والصومال، وحمى القرم الكونغولية النزفية في أفغانستان وباكستان، والخناق في السودان، والحصبة في أفغانستان وباكستان والصومال، ومتلازمة الإيذاء بالرأس والالتهاب الكبدي "اليائي" في جنوب السودان، والحمى الصفراء في السودان، وعدوى فيروس غرب النيل في تونس، كما تسبب فيروس الإنفلونزا



Photo: ©WHO/Christina Banluta



Photo: ©WHO/Christina Banluta

↑ للتصدّي لفاشية الحمى الصفراء التي ضربت بعض أجزاء السودان، تلقى أكثر من 3.2 مليون شخص التلقيح، كما تم تنفيذ تقييم وطني لمخاطر الحمى الصفراء

العربية المتحدة، وباكستان، وليبيا، ولم يستوفِ بلد واحد (وهو الصومال) متطلبات مدّة مهلة التنفيذ. وقد واجهت البلدان عدداً من التحديات في سبيل تنفيذ اللوائح الصحية الدولية، وشملت هذه التحديات ما يلي: غياب قوانين الصحة العمومية الداعمة وغيرها من الوثائق القانونية والإدارية اللازمة؛ وقصور التنسيق فيما بين أصحاب الشأن المعنيين على المستوى القطري ومع البلدان المجاورة؛ وارتفاع معدل تنقل العاملين المؤهلين؛ وعدم كفاية القُدرات المالية اللازمة لتغطية نفقات الأنشطة الموسوعة والمخططة لها.

وشهد الإقليم تقدماً ملحوظاً في إعداد العديد من المتطلبات اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية في الإقليم، ودعمها، حيث بلغ معدل التنفيذ الإقليمي للمتطلبات نحو 67٪ وفقاً للبيانات التي تم جمعها في عام 2011 من خلال استبيان الرصد. ولا يزال الكثير من المتطلبات يمثل تحدياً يستلزم المزيد من العمل، مثل: تنفيذ تشريعات جديدة والعمل بسياسات وطنية من شأنها تيسير تنفيذ اللوائح؛ واختبار آليات التنسيق القائمة بين مختلف أصحاب الشأن المعنيين؛ وتقييم أداء الإنذار المبكر للترصد القائم على المؤشرات؛ وتوطيد الترصد الذي يستند إلى الأحداث؛ وتقوية الترصد عبر الحدود بين البلدان. وعلاوة على ما سبق، هناك حاجة إلى وضع برامج لحماية العاملين في مجال الرعاية الصحية، وإنشاء أنظمة لرصد المقاومة لمضادات

البلدان المعرضة لخطر الانتشار العالمي للأوبئة، وذلك في حالة عدم كفاية العمليات الوطنية للاستجابة للفاشيات، لاحتواء التهديد بالانتشار العالمي، مع أخذ حجم هذه الفاشيات ومداهما بعين الاعتبار. وتتضمن هذه الفاشيات الحمى الصفراء في السودان، ومتلازمة الإيباء بالرأس في جنوب السودان، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية التي يسببها الفيروس التاجي (كورونا) في الأردن وقطر والمملكة العربية السعودية، والإنفلونزا الوخيمة في فلسطين. وتم عقد مشاورات لإعداد الأدوات اللازمة لترصد العدوى المصاحبة للرعاية الصحية، وتوفير الدلائل الإرشادية المتعلقة بالعدوى المصاحبة للرعاية الصحية والناجمة عن أنواع الحمى النزفية الفيروسية الحادة، وذلك من أجل زيادة تعزيز برامج الوقاية من العدوى ومكافحتها في الإقليم.

إن اللوائح الصحية الدولية (2005) هي اتفاق قانوني دولي مُلزم لجميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية. وعانت جميع الدول الأعضاء في الإقليم، خلا جمهورية إيران الإسلامية، من قصور في تحقيق أهداف تنفيذ اللوائح الصحية الدولية في حزيران/يونيو 2012. وقدم 17 من الدول الأعضاء طلبات لمدّة مهلة تنفيذ اللوائح الصحية الدولية لمدة عامين، مشفوعة بخطط هذه البلدان لتنفيذ اللوائح. واقتصرت ثلاثة بلدان على تقديم طلبات لمدّة مهلة التنفيذ؛ وهذه البلدان هي: الإمارات



الغذاء وتلوث الأغذية والتصدي لها، وكذلك الكشف عن الطوارئ الكيميائية والإشعاعية النووية والتصدي لها. وتعدّ الاتصالات الفعالة والتنسيق والتعاون فيما بين القطاعات المختلفة، وتعزيز الموارد البشرية من الأمور البالغة الأهمية لتنفيذ اللوائح بكفاءة.

الميكروبات. ويجب اختبار الخطط الوطنية للتأهب والاستجابة. كما يجب الوفاء بالكثير من المتطلبات المنصوص عليها في الالتزامات العامة بالإضافة إلى فعالية الترصد والاستجابة في نقاط الدخول. وهناك مجالات أخرى تسترعي الاهتمام مثل الوفاء بمتطلبات الكشف عن الأمراض المنقولة عن طريق



التأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها

المدير الإقليمي في آذار/ مارس 2012 مجال التأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها كأحد المجالات الخمسة التي تحظى بالأولوية، وذلك بهدف زيادة قدرة البلدان على مجابهة الطوارئ والكوارث وسائر الأزمات الأخرى، ومن ثمّ ضمان تصدي الصحة العمومية بفعالية للمخاطر والتهديدات. وتم تحديد مجموعة جديدة من الأولويات الاستراتيجية لتحديد سُبل المضي قُدماً، بما في ذلك تقديم الدعم للبلدان ومساعدتها على إعداد سياسات وتشريعات واضحة استناداً إلى نهج يراعي كل الأخطار و"الصحة الكلية" مع إيلاء اهتمام خاص لحماية المرافق الصحية والقوى العاملة في المجال الصحي في أوقات الطوارئ.

وفي جميع البلدان التي واجهت الطوارئ عام 2012، كان هناك حاجة واضحة لضمان تقديم الخدمات الصحية للسكان المستضعفين، ولاسيماً النساء والأطفال في الأماكن الأكثر تضرراً. وقد تضمّنت الأولويات تقديم الخدمات الصحية التوليدية والنسائية، وتطعيم الأطفال دون سن الخامسة باللقاحات. ولم تكن خدمات الصحة النفسية متوفرة لدى

إن إقليم شرق المتوسط معرّض بشكل كبير للمخاطر الطبيعية مثل الزلازل (جمهورية إيران الإسلامية)، والفيضانات (باكستان)، والجفاف (الذي أدّى إلى المجاعة في جيبوتي، والصومال، وجنوب السودان منذ عام 2011، والذي يتوقع حدوثه مجدداً في عام 2013). وقد أدّت الاضطرابات السياسية والصراعات المدنية في بلدان مثل الجمهورية العربية السورية، والجمهورية اليمنية، وجنوب السودان، والسودان، إلى الدفع بملايين السكان إلى التماس الخدمات الصحية الأساسية والطرائق، ولاسيماً فئات السكان الأكثر تعرّضاً للمخاطر مثل النساء والأطفال وكبار السن. والحاصل أن أكثر من 50٪ من اللاجئين في العالم، يرجع أصلهم إلى إقليم شرق المتوسط. وفي ظل العدد المتزايد للطوارئ وحجمها الكبير في الإقليم، حدد



↑ أثناء الطوارئ، غالباً ما تؤدي المرافق الصحية وظائفها في ظل قيود شديدة، ففي هذه المستشفى في الجمهورية العربية السورية، نرى أن الممرضة تستخدم ضوء هاتفها الجوال لفحص مولود أثناء انقطاع التيار الكهربائي



Photo: ©WHO/Abdul Malik

↑ يتم فحص الإمدادات أثناء الطوارئ في أفغانستان فور وصولها

أداء دور قيادي متمم في الطوارئ الصحية

لقد قدّمت منظمة الصحة العالمية الدعم للسلطات الصحية المحلية في جميع البلدان التي عانت من الطوارئ، من أجل قيادة استجابة منسّقة وفعّالة للقطاع الصحي، بالتعاون مع المجتمع الوطني والدولي، من أجل إنقاذ الأرواح والإقلال من التأثيرات الصحية الضارة إلى أدنى قدر ممكن، مع إيلاء اهتمام خاص للفئات السكانية المستضعفة. وقد تمثّل أحد التحديات الأساسية في صعوبة الوصول إلى الخدمات، وحيز خدمات الإغاثة الإنسانية نفسه. فقد تعرّقل إيتاء الخدمات الصحية للسكان المتضررين في الجمهورية العربية السورية، وجنوب السودان، وفلسطين، نتيجة تعدّر وصول الشركاء في الإغاثة الإنسانية الصحية، والعاملين في الرعاية الصحية إلى أماكن عملهم، بسبب انعدام الأمن. فبعد مرور ثلاثة وعشرين شهراً على الأزمة في الجمهورية العربية السورية، تشير التقارير على سبيل المثال، إلى أن 70٪ من العاملين الصحيين في المناطق التي عانت من أضرار بالغة يعانون من صعوبات في الوصول إلى أماكن عملهم، وكانت هناك تحديات مشابهة تراكمت مع تعدّر الوصول وانعدام الأمن، مما عرقل تقديم الخدمات الصحية

البلدان التي تواصل فيها الصراع والعنف، بسبب نقص العاملين الصحيين المؤهلين. وقد أدّى ازدياد أعداد اللاجئين والمهجرين داخل بلدانهم في بعض البلدان مثل السودان، والجمهورية العربية السورية والبلدان المحيطة بها، والجمهورية اليمنية، وجنوب السودان، إلى إظهار مدى الحاجة إلى نُظم فعّالة لرصد الأمراض والاستجابة لها بهدف ضمان مكافحة فاشيات الأمراض السارية فوراً ودون إبطاء. وفي حالات الطوارئ الممتدة والأزمات الحادة، تصدّر أعباء الأمراض غير السارية المشهّد، إذ يفقد المرضى فرص الوصول إلى الأدوية الأساسية وإلى المعالجة المنقّدة للأرواح.

إن الإصلاح في عمل منظمة الصحة العالمية أثناء الطوارئ، ولاسيماً إطار الاستجابة للطوارئ، يركّز على الحاجة إلى تقوية قدرة المكاتب القطرية على الاستعداد للأزمات والاستجابة لمقتضياتها. ومن أجل ضمان المزيد من السرعة في الاستجابة، فقد تم إعداد قائمة بالخبراء لمواجهة الزيادة المفاجئة في حالات الطوارئ مع تحديد الخبرات الاحتياطية اللازمة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عملية إنشاء مركز إقليمي لمنظمة الصحة العالمية يُعنى بالإمدادات الطبية والدوائية والتجهيزات قد بدأت بالفعل. فعلى الصعيد الإقليمي، بلغت تكاليف الأدوية والإمدادات الطبية واللوجستية والتجهيزات المكتبية والمختبرية ما يقرب من 120 مليون دولار أمريكي، وقد تم تقديم هذه الإمدادات إلى ستة بلدان تعاني من الطوارئ في الإقليم (أفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية السورية، والسودان، والصومال، وليبيا)، وشكّل ذلك ما يقرب من 40٪ من مشتريات منظمة الصحة العالمية على الصعيد العالمي.

ورغم الزيادة في تمويل الأنشطة الصحية التي تُتخذ أثناء الطوارئ، فإن 38٪ فقط من متطلبات التمويل الصحي في الإقليم قد تمت تلبيتها في عام 2012. وتتواصل معاناة القطاع الصحي من نقص شديد في التمويل، مما يؤكّد الحاجة إلى اتخاذ أسلوب أكثر تنسيقاً يجمع الشركاء التقليديين وغير التقليديين من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للسكان المتضررين في الإقليم.

الأساسية والطارئة في كلٍّ من أفغانستان، والجمهورية اليمنية، وجنوب السودان، والصومال.

إنقاذ الأرواح وتلبية الاحتياجات الصحية

غالباً ما تؤدي النظم الصحية التي تعاني من العجز عن أداء وظائفها في البلدان التي تقع تحت وطأة الطوارئ إلى حصول الفئات السكانية المستضعفة على نسبة بسيطة من خدمات الرعاية الصحية، أو قد يتعدّد عليها الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مطلقاً. ففي الجمهورية العربية السورية، تعرّض أكثر من 50٪ من المستشفيات العامة للتدمير أو التلف نتيجة الصراع الدائر هناك، وذلك حتى كانون الأول/ديسمبر 2012. ومن أجل ضمان مواصلة تقديم خدمات الرعاية الصحية، فقد قامت منظمة الصحة العالمية بعقد شراكات مع 13 منظمة غير حكومية محلية لضمان تقديم المعالجة والأدوية والإمدادات الطبية. فبنهاية عام 2012، كانت المنظمة قد قدّمت أدوية وإمدادات طبية لمعالجة 1.2 مليون حالة، وأكثر من 195 000 حقيبة معدات لتقديم الدم المأمون لبنوك الدم الوطنية، وإمدادات خاصة بجراحات الرضوح ورعاية الحالات الطارئة، والسوائل الغذائية التي تعطى عن طريق الوريد، وحقائب المعالجة الوريدية، وذلك للمستشفيات الكائنة في المناطق المتضررة.

أما الفئات السكانية المستضعفة في أفغانستان والصومال، ولاسيما النساء والأطفال، فيتم الوصول إليها عبر المستشفيات الميدانية والعيادات الجوّالة. ففي الصومال، تم الوصول إلى الأطفال والنساء في سن الإنجاب في المجتمعات النائية والمناطق المحرومة من خلال تدخّلات صحية نُفّذت في أيام صحة الطفل، وذلك بالاشتراك مع السلطات الوطنية ومع اليونيسف. وقد أُجريت حملات تطعيم وطنية طارئة بالتعاون مع الشركاء في الصحة في كل من أفغانستان، وجنوب السودان، والسودان، فضلاً عن الجمهورية العربية السورية، والتي قامت فيها منظمة الصحة العالمية واليونيسف بتقديم الدعم إلى وزارة الصحة في حملات تطعيم مليونيّ طفل دون سن الخامسة ضد الحصبة، وتطعيم 2.5 مليون طفل دون سن الخامسة ضد شلل الأطفال. وقد قدّمت منظمة الصحة العالمية اللقاحات والباراسيتامول وأشربة متعددة الفيتامينات إلى جانب بناء قدرات العاملين الوطنيين من أجل تنفيذ الحملة على نحوٍ فعّال وبكفاءة عالية.

كما تم عرقلة الخدمات الصحية الأساسية والطارئة كنتيجة غير مباشرة للعقوبات الاقتصادية في بعض البلدان مثل جمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، وليبيا. فعلى سبيل المثال، كانت مصانع المستحضرات الصيدلانية في الجمهورية العربية السورية تُنتج ما يقرب من 90٪ من الأدوية المستخدمة محلياً، إلا أنها أُجبرت على التوقّف عن الإنتاج بسبب التأثيرات المشتركة لكل من العقوبات الاقتصادية، ونقص الوقود، وتدمير البنية التحتية، الأمر الذي أدى إلى نقص ما تتلقاه المرافق الصحية من إمدادات من السلطات المركزية، وذلك بسبب النقص الخطير في الأدوية الأساسية المنقّدة للأرواح.

ومن أجل ضمان توافر الأدوية والمعدات الطبية التي تمس الحاجة إليها، فقد عملت منظمة الصحة العالمية مع الحكومات والشركاء على التوسط في الشراء وتوفير الإمدادات. ومن الأمثلة على هذه الشراكات، تلك الشراكة التي أبرمت مع جامعة الدول العربية لتقديم الأدوية والإمدادات الطبية للجمهورية العربية السورية والجمهورية اليمنية، وكذلك الشراكة مع السلطات المحلية ومنظمة التعاون الإسلامي لتنسيق حصول السكان على الخدمات الصحية في الصومال.

أما في بلدان، مثل أفغانستان، وباكستان، والجمهورية العربية السورية، وليبيا والتي تم فيها استهداف العاملين في مجال الرعاية الصحية، والمرافق الصحية استهدافاً مقصوداً، أو إلحاق الضرر بهم بشكل غير مباشر، فقد أدانت منظمة الصحة العالمية تلك الهجمات عبر وسائل الإعلام الإقليمية والدولية ومن خلال الحملات الإعلامية، مع الإشارة إلى قرارات جمعية الصحة العالمية، وإلى القوانين الخاصة بحقوق الإنسان التي تمنع استهداف العاملين الصحيين في أوقات الصراع.



Photo: ©WHO/A. Alhasan

↑ قد تستدعي الاستجابة للطوارئ بذل جهود غير عادية، كما هو الحال في شرق السودان حيث نرى العاملين في منظمة الصحة العالمية مع متطوعين آخرين يحملون صناديق الأدوية والمعدات ليُعبروا بها المناطق التي أغرقها الفيضان من أجل إيصالها إلى أحد المرافق الصحية

إن النُظُم الصحية التي تعاني من العجز ومن نقص الأدوية، تشهد أيضاً لا محالة زيادة في عبء الأمراض غير السارية، بسبب عدم قدرة الفئات السكانية على الحصول على معالجة منتظمة أو الوصول إلى الأدوية الأساسية المتقدمة للأرواح. وقد أبرز هذا الوضع الحاجة الماسّة إلى إعداد قواتهم وطنية محدّثة بالأدوية الأساسية المطلوبة بإلحاح في البلدان التي تمرّ بحالة طوارئ استناداً إلى مرتسبات الأمراض والفجوات الحالية والاحتياجات البالغة الأهمية. وفي مطلع عام 2013، تم اختيار الجمهورية العربية السورية كأحد البلدان التي تحظى بالأولوية.

ضمان جمع ونشر المعلومات الطبية أثناء الطوارئ

إن أحد أكبر التحدّيات التي يواجهها الناس أثناء الطوارئ هي الحصول على المعلومات حول النظام الصحي في الوقت المناسب، بحيث يمكن تقدير المخاطر الصحية والاحتياجات والفجوات على نحو دقيق. ويمكن لهذا التحدّي أن يتفاقم أكثر خلال الطوارئ المعقّدة التي يتعذر فيها الحصول على مثل هذه

ومن أجل كشف الفاشيات المؤكّدة والاستجابة لمقتضياتها في الوقت المناسب وعلى نحو فعّال، عمّدت وزارات الصحة إلى تقوية نُظُم الإنذار والاستجابة البكرة في ستة بلدان (الأردن، وأفغانستان، وباكستان، والسودان، والصومال، والعراق). وقد مكّنت هذه النُظُم منظمة الصحة العالمية وشركاءها من كشف فاشيات الكوليرا في جنوب ووسط الصومال، وفاشيات الحمى الصفراء في السودان، وفاشيات الإسهال المائي الحاد في جنوب السودان، وفاشيات الكوليرا في العراق، وفاشيات السل بين اللاجئين السوريين في الأردن، كما سمّحت بمعالجة تلك الفاشيات. ونتيجة للوضع الصحي المتدهور في الجمهورية العربية السورية، فقد أنشأت منظمة الصحة العالمية نظاماً للإنذار المبكر والاستجابة، وقدّمت التدريب للمسؤولين الوطنيين عن الرصد من مختلف أنحاء القطر. وقد بدأ تجميع البيانات في أيلول/سبتمبر 2012، مما مكّن منظمة الصحة العالمية والسلطات الوطنية من رصد ومكافحة الحالات التي تم الإبلاغ عنها من التهاب الكبد "أ" والتيفويد، وداء الليشمانيات.

المعلومات. ولضمان أسلوب يتَّسَم بالكفاءة في إدارة المعلومات الصحية، عملت منظمة الصحة العالمية مع السلطات الوطنية ومع الشركاء في الصحة لتأسيس نُظُم لإدارة المعلومات الصحية أثناء الطوارئ، كما قامت بتنسيق جمع المعلومات الأساسية وتحليلها ونشرها.

وفي الجمهورية العربية السورية شاركت منظمة الصحة العالمية في بعثتين للتقييم المتعدد الوكالات، وأجرت تقييمات سريعة لمراقب الصحة العمومية في جميع المحافظات من أجل التعرُّف على مدى الإتاحة ومدى أداء الوظائف. وفي الدول المجاورة مثل الأردن، والعراق، ولبنان، أُجريت تقييمات تغذوية بين اللاجئين السوريين الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين وضمن المجتمعات المستضيفة. كما أُجريت تقييمات تغذوية في أفغانستان، وباكستان، والجمهورية اليمنية، لضمان بناء القدرات اللازمة للاستجابة لحالات سوء التغذية الحادة والوخيمة.

وفي باكستان، تم إدراج نظام رسم صورة حقيقية لمُدَى توافر الموارد الصحية ضمن النظام الصحي الوطني من أجل ضمان الممارسات الجيدة في رسم صورة الموارد الصحية وتوضيح مدى توافر الخدمات أثناء الطوارئ، ومن أجل تقوية اتخاذ المجموعة الصحية لقراراتها بناء على المعلومات. وقد تم أيضاً تقوية الشراكات المتعددة الوكالات من خلال دعم منظمة الصحة العالمية لتقييم 65 مرفقاً صحياً تديرها المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.

تقوية القدرات في المكاتب القطرية

يمكن للكوارث الطبيعية وللأزمات السياسية أن تحدث في أي وقت، وغالباً ما يصعب توقُّعها. فمن أجل أن تقدِّم المكاتب القطرية لمنظمة الصحة العالمية الدعم لعمليات الاستجابة بكفاءة، ينبغي أن يتم نشر الخبراء في الصحة، وشراء الأدوية أثناء الطوارئ بسرعة وبسلاسة قدر الإمكان. وتشتمل التحديات التي تواجه الناس في بدء الطوارئ على القدرة على تحديد الخبرات المؤهلة ونشرها بسرعة، وكذلك إجراءات الشراء المطوّلة للأدوية وللإمدادات الطبية داخل منظمة الصحة العالمية.

وللتصدّي لهذه التحديات تم إعداد قائمة إقليمية خاصة بالطوارئ تتضمن الخبراء في مجال الصحة العمومية، حتى تتمكن منظمة الصحة العالمية من الاستجابة للطوارئ في الإقليم بأسلوب أكثر فعالية وفي الوقت المناسب، إلى جانب تحديد عدد من خبراء الصحة العمومية الاحتياطيين. وقد بدأت المفاوضات في كانون الأول/ديسمبر 2012 مع حكومة الإمارات العربية المتحدة من أجل تأسيس مركز مخصص لمنظمة الصحة العالمية في المدينة العالمية للخدمات الإنسانية بدبي. وسيضمّن هذا المركز تخزين مجموعات الأدوات والإمدادات الطبية القياسية من أجل توزيعها بسرعة وقت الحاجة إليها أثناء الطوارئ، وتنظيم عمليات الشراء الخاصة بعمليات الإغاثة الصحية التي تقوم بها منظمة الصحة العالمية في الإقليم وفي أرجاء العالم. ويتواصل الالتزام بإجراءات التشغيل القياسية التي أُعدت عام 2010 من أجل تيسير عمل منظمة الصحة العالمية أثناء الطوارئ، بهدف التصدّي لهذه التحديات.

إدارة المخاطر أثناء الطوارئ

لقد عزّز العدد المتزايد من الطوارئ الواسعة النطاق من قوة الدفع التي تهدف إلى إشراك الدول الأعضاء في الإدارة المتعددة القطاعات لمخاطر الطوارئ في الإقليم، كما أوضح مدَى الحاجة إلى تعزيز قدرة النُظُم الصحية على التأهب للطوارئ والاستجابة لها، بما في ذلك التنسيق بين الشركاء الوطنيين والقطاع الخاص.

وقد تواصلت الحملات الإعلامية طيلة عام 2012 من أجل ضمان جعل الصحة واحدة من الأولويات التي تحظى بالاهتمام في البرامج الإنمائية على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني، وبرامج إدارة مخاطر الكوارث، وذلك بالشراكة مع الاستراتيجية الدولية للأمم المتحدة للحد من الكوارث، وجامعة الدول العربية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. ونتيجة لذلك فقد ازداد الاهتمام بالصحة بوصفها أحد المجالات التي تحظى بأولوية التوجُّهات السياسية الخاصة بالحد من مخاطر الكوارث في الدول الأعضاء العربية والأفريقية والآسيوية، والتي أعلّنها جميع الشركاء الرئيسيين. وفي 2013 دُعيت منظمة الصحة العالمية للمشاركة في المؤتمر العربي الأول حول الحد من

الصحة العمومية. وللتصدّي لهذه التحديات تعمل البلدان، حتى ما كان منها يواجه طوارئ ممتدة (مثل أفغانستان، وباكستان، والسودان)، على تطوير القدرات اللازمة لإدارة الأزمات بأسلوب يعتمد على المؤسسات. وقد أصبح ذلك أكثر وضوحاً في باكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، وعمان، وهي بلدان تعمل على تدبير الطوارئ الحادة على المستوى الوطني بأقل قدر من الدعم الخارجي.

وتسير سبعة بلدان، حتى الآن، في طريقها الصحيح لترسيخ مساهمة المؤسسات ضمن القطاع الصحي في إدارة المخاطر في الطوارئ، وهذه البلدان هي أفغانستان، وباكستان، والبحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، والسودان، وعمان، وقطر. ونتيجة لذلك تم الإعداد لإطلاق تقييم شامل للمخاطر في السودان وقطر في العام القادم، وعلى الرغم من أن إنشاء برامج إدارة المخاطر أثناء الطوارئ لا يزال من الأولويات، فلا يزال الكثير من البلدان يركز على التدريب المتزامن في مجالات تأهب المستشفيات، وإدارة الطوارئ في الصحة العمومية، والحد من مخاطر الكوارث. ونظراً للإقرار بأن سلامة المرافق الصحية والعاملين الصحيين تمثل أهمية قصوى ضمن أي استجابة للطوارئ في الصحة العمومية، فإن العديد من البلدان، ومنها البحرين، وجمهورية إيران الإسلامية، والسودان، وعمان، ولبنان، تواصل تنفيذ برنامج سلامة المستشفيات، وقد عملت منظمة الصحة العالمية كذلك مع الشركاء لإعداد برنامج تدريبي حول تأهب المستشفيات أثناء الصراعات.

وسعيّاً إلى الموامة بين أنشطة بناء القدرات الوطنية من خلال تبني المنظمة لنهج يراعي جميع أخطار الصحة، فقد تم إدماج أنشطة التأهب للطوارئ بما فيها التأهب للأوبئة والجوائح، والقدرات الأساسية اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية في قسم تقني واحد لضمان الاستخدام الأمثل للموارد في ظل إطار الأمن الصحي واللوائح الصحية، وتحت رعاية إدارة مكافحة الأمراض السارية. وقد تم هذا بما يتماشى مع أولويات التخطيط للثلاثية 2014-2015.



Photo: ©WHO/KPK Pakistan

↑ أحد العاملين في منظمة الصحة العالمية وهو يجري رصداً لجودة المياه أثناء الفيضانات التي حدثت في عام 2012 في باكستان

مخاطر الكوارث والذي تم فيه إطلاق المنتدى الإقليمي للحد من مخاطر الكوارث، والعزم معقود على عقد اجتماع جانبي على هامش المؤتمر حول الجهود الصحية المتعددة القطاعات، بحضور ممثلي الدول الأعضاء المشاركة ووفودها.

وانطلاقاً من الإقرار بأن النظم الصحية المعطلة تُعيق القدرات الوطنية على الاستجابة للطوارئ بأسلوب يتسم بالكفاءة وفي الوقت المناسب، فإن إدارة مخاطر الطوارئ كانت من المجالات التي تم التركيز للعمل عليها في سياق الأولويات الاستراتيجية الإقليمية التي صادقت عليها اللجنة الإقليمية. وقد أدى ذلك إلى إعطاء دفعة لبناء القدرات الوطنية وفق نهج يراعي إدارة جميع المخاطر، والذي يتضمن أحكاماً ومقتضيات اللوائح الصحية الدولية (2005). ونتيجة لذلك فقد أدرجت اللوائح ضمن المناهج التدريبية الإقليمية والوطنية لإدارة الطوارئ في

الارتقاء بالاستجابة للطوارئ في الإقليم

فريق الدعم التقني أثناء الطوارئ في كانون الأول/ديسمبر 2012 أثناء الاجتماع الذي عُقد في بيروت وحضره ممثلون من مستويات المنظمة الثلاثة.

وبالإضافة إلى التكامل في دعم وتعزيز استجابة منظمة الصحة العالمية على الصعيد الإقليمي للأزمة السورية، فإن إنشاء فريق الدعم أثناء الطوارئ قد عزز أيضاً نموذج "منظمة الصحة العالمية الواحدة" في الإقليم من خلال إظهار دعم الأقاليم الأخرى التابعة للمنظمة في هذا المجال. فرغم ما يعانيه المكتب الإقليمي الأفريقي من صعوبات في التمويل، فقد تبرّع بمائة ألف دولار أمريكي لدعم العمليات التي يقوم بها فريق الدعم أثناء الطوارئ، أما المقر الرئيسي للمنظمة، والمكتب الإقليمي الأوروبي فقد شاركا بالخبرات التقنية كجزء من فريق الدعم أثناء الطوارئ.

مع تدهور الأوضاع في الجمهورية العربية السورية، وازدياد مستوى التعقيد في القضايا الصحية وحجمها، وفي استجابة البلدان المجاورة، فقد حددت منظمة الصحة العالمية حالة الطوارئ في الجمهورية العربية السورية بالدرجة 3، في كانون الأول/ديسمبر 2012؛ وهذه هي المرة الأولى في تاريخ المنظمة التي تصنّف فيها إحدى البلدان ضمن هذه الدرجة، فالدرجة 3 كما يبيّنها إطار منظمة الصحة العالمية للاستجابة للطوارئ تدعو لإنشاء فريق للدعم أثناء الطوارئ من أجل تقديم استجابة متكاملة ومتخصصة للأزمة على المستوى الإقليمي من خلال تعزيز الوظائف الأساسية الأربع لمنظمة الصحة العالمية وهي (1) التنسيق، و(2) المعلومات، و(3) الخبرات التقنية، و(4) الخدمات الأساسية، وقد تم الانتهاء من الخطط الخاصة بإنشاء

تنفيذ الإصلاحات الإدارية للمنظمة

الدعم التقني المقدم إلى الدول الأعضاء: يعتبر تعزيز الكفاءات التقنية للمنظمة، وتوسيع قدرتها على تقديم دعم تقني من الدرجة الأولى، من الأولويات الرئيسية لعملية الإصلاح. وقد تم مراجعة القدرات الراهنة، كما يتواصل العمل على إجراء تعديلات للممارسات الحالية. وشرعت مختلف الإدارات التقنية بالفعل في إعداد قائمة بأكفأ الخبراء في كل مجال من المجالات التقنية، ل يتم اختيارهم والاحتفاظ بأسمائهم للمبادرة بتقديم هذه القوائم إلى الدول الأعضاء متى وأينما دعت الحاجة إليها. وستولى المنظمة بالاشتراك مع وزارة الصحة المتلقية للدعم التقني، تقييم حصائل هذا الدعم بشكل منتظم.

إعداد البرامج وإطار النتائج والتخطيط الموحد: لقد أرسى برنامج العمل العام الثاني عشر، والميزانية البرنامجية للثلاثية 2014 - 2015 أسلوباً لإعداد البرنامج وإطاراً للنتائج، والذي سيستخدم كأساس في التخطيط، ورصد الأداء. وجرى إرساء هذا الإطار وفقاً للفتات الست التي ستحل محل الأغراض الاستراتيجية الثلاثة عشر الحالية، وهذه الفتات الست هي: (1) الأمراض السارية؛ (2) الأمراض غير السارية، (3) تعزيز الصحة في جميع مراحل العمر؛ (4) النظم الصحية؛ (5) التأهب والترصد والاستجابة؛ (6) الخدمات المؤسسية والوظائف التي ترسخ عمل المنظمة. وبعد وضع الأولويات على الصعيد القطري بشكل واضح، سيركز التخطيط بشكل أساسي على الأولويات القطرية، فضلاً عن الأعمال في مجال وضع المعايير القياسية، مع الأخذ بعين الاعتبار، القرارات والتوصيات الإقليمية والعالمية الصادرة عن سائر الأجهزة الاستشارية من قبيل اللجنة الاستشارية التقنية والتي حلت محل اللجنة الاستشارية الإقليمية. ولقد اعتمد المكتب الإقليمي مبدأ هاماً وهو العمل على الحد من تفتيت الخطط، وتركيز العمل على عدد أقل من المجالات البرنامجية، والأهداف القابلة للتحقيق.

وثائق استراتيجية التعاون القطري: تنطوي عملية إعداد وثائق استراتيجية التعاون القطري على مشاورات مكثفة تجري في جميع مستويات الأمانة، مع حكومات البلدان والوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف، والمجتمع المدني، والمؤسسات العلمية، والمراكز المتعاونة، والقطاع الخاص. بيد أنه يوجد حالياً

لقد أوضح المدير الإقليمي بجلاء التزامه بالعمل على تفعيل ديناميكية الإدارة وفعاليتها وشفافيتها من أجل اتخاذ المنظمة لاستجابة واحدة منسقة على مستوى المنظمة لمواجهة التحديات الصحية العالمية والإقليمية، وكذا التزامه بتبني أساليب متعددة القطاعات للتعامل مع قضايا الصحة العمومية الكبرى. وتم تحديد عدد من التحديات وأولويات العمل من أجل تعزيز عمليات الإدارة والكفاءة والشفافية.

البرامج ووضع الأولويات

التوجهات الاستراتيجية الإقليمية: استناداً إلى التحليل المتمم للتحديات التي تواجه التنمية الصحية في الإقليم، فقد جرى تحديد خمسة مجالات تقنية، ل يتم زيادة قدرات المنظمة فيها، وتعزيز ما تقدمه حيالها من دعم تقني للدول الأعضاء. وهذه المجالات الخمسة هي: تعزيز النظم الصحية؛ وصحة الأمهات والأطفال والصحة الإنجابية والتغذية؛ والأمراض غير السارية، والأمراض السارية؛ والتأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها. وهذه الأولويات تتماشى مع تلك التي أوصى بها المجلس التنفيذي، وأقرتها الدول الأعضاء بناء على ذلك في مسودة برنامج العمل العام الثاني عشر 2014 - 2019.

الاحتياجات الخاصة للدول الأعضاء: على الرغم مما شهده عدد من الدول الأعضاء في السنوات الأخيرة من تقدم في مجال الصحة، لا يزال هناك تفاوت كبير بين البلدان وداخل البلد الواحد فيما يتعلق بالتحديات الصحية الخاصة. فالبلدان تختلف أيضاً بشكل كبير في ما يتعلق بالحصائل الصحية للسكان، وأداء النظام الصحي، ومستوى الإنفاق الصحي. وهذا يعني ضرورة رسم الاستراتيجيات التي تلبي احتياجات البلدان سواء على المستوى الإقليمي أو المستوى القطري، استناداً إلى تحليل مستفيض للاحتياجات والتحديات. وبالتالي تحقيق المزيد من التعاون التقني الموجه، وإنشاء شبكات بين البلدان التي تشارك في التحديات والخبرات المتشابهة.

عن توحيد الممارسات في اللجان الإقليمية الست. وتشمل هذه المبادرات ما يلي:

- تنظيم اجتماعات رفيعة المستوى لممثلي الدول الأعضاء والبعثات الدائمة لها في جنيف قبل انعقاد كل اجتماع من الاجتماعات الكبرى للهيئات الرئاسية للمنظمة (جمعية الصحة العالمية، والمجلس التنفيذي)؛
- تقديم إحاطة موجزة في الوقت المناسب لممثلي الدول الأعضاء أثناء الاجتماعات العالمية للهيئات الرئاسية لتيسير عمليات اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسات الصحية؛
- عقد مؤتمرات عبر الهاتف والفيديو مع ممثلي الدول الأعضاء لمناقشة القضايا محل اهتمام الدول الأعضاء، متى يستدعي الوضع ذلك؛
- تنقيح النظام الداخلي للجنة الإقليمية لضمان اتساقه مع أفضل الممارسات في المنظمة؛
- إنشاء لجنة استشارية تقنية إقليمية لإسداء المشورة للمدير الإقليمي حول القضايا المتعلقة بتعزيز التعاون التقني مع الدول الأعضاء في الإقليم وفي ما بينها، وتقديم الدعم لتقييم البرامج والمساعدة في حشد الموارد. وتم الاتفاق على عقد اجتماع لهذه اللجنة في شهر نيسان/ أبريل من كل عام.

الإدارة

يُعتبر تقديم المزيد من الدعم التقني وفي مجال السياسات والمعايير القياسية لجميع الدول الأعضاء، أحد المجالات المهمة في إصلاح المنظمة؛ حيث يهدف مجال الإدارة إلى تحقيق ستة أهداف رئيسية ألا وهي: أ) تقديم الدعم التقني والسياسي الفعال لجميع الدول الأعضاء؛ ب) توفير العاملين الذين يلعبون الاحتياجات على كل المستويات؛ ج) إنشاء آلية للتمويل تراعي الأولويات المتفق عليها؛ د) وضع نُظم فعّالة للمساءلة وإدارة المخاطر؛ هـ) تبني ثقافة التقييم؛ و) الاتصالات الاستراتيجية. وفي هذا المضمار، شرّعت الأمانة في المبادرات التالية:

إعادة الاتساق في بنية المكتب الإقليمي: تم إنشاء قسمين جديدين في المكتب الإقليمي ألا وهما إدارة المعلومات والبيانات والبحوث، وإدارة الأمراض غير السارية والصحة النفسية

فجوات كبيرة في طريقة إعداد استراتيجية التعاون القطري وفي جودة عملية إعدادها، وفي النتائج التي تتفاوت من بلد إلى آخر. وسيتم إجراء تحليل مستفيض للخبرات الراهنة، كما سيتم إعداد دليل محدث حول عملية وضع استراتيجية التعاون القطري بما يعكس أهمية الوثيقة كأداة أساسية لتنفيذ إصلاح المنظمة.

ومن نفس المنطلق وبنفس الروح، تتم مراجعة عملية البعثات المشتركة لمراجعة وتخطيط البرامج بهدف تبسيط وإعادة تركيز البرامج القطرية على الأولويات الأساسية. وسيتم تنفيذ نهج جديد للثلاثية 2014 - 2015 مع الأخذ بعين الاعتبار الهيكل الجديد للميزانية البرمجية، وتوصيات اللجنة الإقليمية، والرؤية والاستراتيجيات الإقليمية والفئات العالمية المذكورة أعلاه.

لا مركزية الخدمات. وسعيًا إلى ضمان الوضع الأمثل لتقديم الخدمات على مستوى البلدان، تم جمع الأنشطة ذات الطبيعة المتأثلة في المكتب الإقليمي في مجموعات، بهدف دراسة إمكانية نقلها في نهاية المطاف إلى أماكن أكثر مردوداً. وكمثال على هذا المنحى، تم تجميع جميع المشروعات والأنشطة المرتبطة بصحة البيئة في المركز الإقليمي لأنشطة صحة البيئة في عمان، الأردن.

تصريف الشؤون (الحوكمة)

يسعى برنامج إصلاح المنظمة إلى جذب المزيد من المشاركة النشطة، والانخراط المستنير الذي يستند على المعلومات لجميع الدول الأعضاء في عمليات تصريف الشؤون (الحوكمة) بوعي إعادة التوازن إلى طريقة ممارسة الدول الأعضاء لدورها كأطراف تشارك بفعالية واستنارة في عمل الهيئات الرئاسية. وبناءً على توجيهات الدول الأعضاء في كانون الثاني/يناير 2012، ركز العمل في مجال تصريف الشؤون (الحوكمة) على أربع أولويات رئيسية وهي: أ) وضع الجداول والترتيبات والمواءمة لعمليات تصريف الشؤون (الحوكمة) بشكل أكثر اتزاناً؛ ب) تعزيز الإشراف؛ ج) زيادة القرارات الاستراتيجية التي تتخذها الهيئات الرئاسية؛ د) زيادة المشاركة الفعالة مع سائر الأطراف المعنية. وتلبي عملية الإصلاح الحاجة إلى تحسين الروابط بين اللجان الإقليمية والهيئات الرئاسية العالمية، فضلاً



↑ أطلق المكتب الإقليمي موقعاً جديداً على شبكة الإنترنت في حزيران/ يونيو 2012 بهدف توفير تواصل فعّال وسريع ومعلومات للدول الأعضاء www.emro.who.int

حشد الموارد: تشارك منظمة الصحة العالمية بفعالية ونشاط في الجهود العالمية المبذولة لضمان زيادة الجدوى من التمويل وإمكانية التنبؤ به، مع التركيز على المانحين والشركاء في الإقليم. فحشد الموارد من داخل الإقليم يقف عند الحد الأدنى مقارنةً بسائر أقاليم المنظمة الأخرى؛ حيث لا توجد الآن استراتيجية تنفيذية لحشد الموارد. وقد تم تعزيز الوحدة المسؤولة عن حشد الموارد، ومن ثمّ سيتم إعداد خطة شاملة لحشد الموارد في عام 2013.

وتلتزم المنظمة في الإقليم ببناء شراكات أقوى وأكثر فعالية مع الأطراف الإقليمية المعنية، ومع المنظمات غير الحكومية، ومع الدوائر العلمية، ومع القطاع الخاص، بما في ذلك منظمة المؤتمر

لمواجهة التحديات الصحية التي تواجه الإقليم، ولضمان التركيز على مجالات البرامج الأساسية، وتحسين سُبل التأثر بين المجالات البرنامجية. وتم تدعيم الوحدات المعنية بالاتصالات، والشراكات، وحشد الموارد بهدف تحقيق مزيد من التماسك فيما بينها والارتقاء بفعاليتها. ويجرى الآن إعداد استراتيجية جديدة في هذا المجال المهم بالتعاون مع أصحاب المصلحة الرئيسيين، وذلك بالتشاور مع المقر الرئيسي للمنظمة وسائر المكاتب الإقليمية. وما لا شك فيه أن إعادة الاتساق في البنية بهدف تلبية الاحتياجات الراهنة، ستؤدّي لا محالة إلى توزيع القوى العاملة بشكل أكثر تنظيماً.

الإسلامي، والبنك الإسلامي للتنمية، وبنك التنمية الأفريقي، ومجلس التعاون الخليجي، وجامعة الدول العربية، والهيئات الإقليمية للأمم المتحدة. وسيتم كذلك التأكيد على التنسيق مع المبادرات الصحية العالمية، ومع شركاء التنمية على الصعيد القطري. وبالفعل اتخذ المكتب الإقليمي خطوات أولية في هذا الاتجاه خلال الأشهر القليلة الماضية.

تقوية المكاتب القطرية: لقد كشفت التقارير التي أعدها المراجعون الداخليون والخارجيون في المنظمة، وكذلك الملاحظات الواضحة التي أبدتها الدول الأعضاء، عن الحاجة إلى زيادة الدعم المقدم إلى البلدان من خلال تبني عمليات إدارية أكثر كفاءة، وتحسين سبل التصدي للتحديات في الأوساط الميدانية. وقد تم تحديد فجوات محددة في القيادة، وفي جودة الدعم التقني المقدم للدول الأعضاء، وفي الربط بين استراتيجيات التعاون القطري والتخطيط التشغيلي. هذا إلى جانب التحديات الكبرى الأخرى المتعلقة بالتمويل والرصد والحفاظ على بيئة رقابة كافية. فعمليات وأدوات التخطيط التي توجه الأنشطة التقنية للمنظمة في الدول الأعضاء يجب أن تتسم بالمزيد من الفعالية والكفاءة، وأن تسعى إلى تأكيد وجود علاقة واضحة تربط بين احتياجات الدول الأعضاء، واستراتيجيات التعاون القطري، والتمويل والأنشطة التي تعتمدها المنظمة تنفيذها في ظل دورة محددة للميزانية.

التوظيف: تم مراجعة طرق اختيار العاملين من خلال تنفيذ عملية للتوظيف تعتمد على توصيف عام للوظائف بدلاً من توصيف يراعي الاعتبارات السائدة، وهذا من شأنه أن يؤدي

إلى عملية توظيف تتسم بالمزيد من الشفافية والفعالية. إن التحسينات التي طرأت على أنشطة تطوير الموظفين تهدف إلى تقوية المكاتب القطرية، وإلى إعداد الموظفين الوطنيين ليتمتعوا بالمزيد من الميزات التنافسية لدى تقدمهم للوظائف الدولية في المنظمة. وتم الشروع في عملية تنقل العاملين بين المكاتب القطرية والمكتب الإقليمي، من أجل مواجهة التأثير السيئ الناجم عن بقاء الموظف في مكان عمل واحد لفترة طويلة. وتم إيلاء قدر كبير من الأولوية لإدارة الأداء؛ حيث سيتم ربطه عن كثب بتطور الموظفين في المنظمة لضمان تليبيتهم لتوقعات الدول الأعضاء.

التقييم: تم تقوية آليات الرقابة الداخلية من خلال إدخال عمليات ضمان الجودة ووظيفة الامتثال بالقواعد على المستوى الإقليمي. وتم إجراء تقييم مستقل للبرامج الأساسية، فضلاً عن المراجعة المالية والإدارية للمكاتب الرئيسية لاستكمال عمليات المراجعة الداخلية والخارجية. وتم إدخال إطار لإدارة المخاطر يعتمد على إسهامات من المكاتب والبرامج القطرية الموجودة في شتى أرجاء الإقليم بما يسمح بالتعرف على الاستراتيجيات والمخاطر الميدانية والإجراءات اللازمة للتخفيف من وطأة المشكلات. وقد أنشئت لجنة الامتثال بالقواعد من أجل تعزيز بيئة الرقابة في المنظمة والتخفيف من وطأة المخاطر التي يتم التعرف عليها. كما أجريت مراجعات للامتثال بالقواعد في بعض المجالات البالغة الأهمية مثل اتفاقات لأداء العمل والسفر. وقد تحسّن مستوى الامتثال للقواعد في سياسة السفر، ومن المتوقع تحقيق المزيد من التحسّن بنهاية 2014.

الخاتمة

لبلوغ التغطية الصحية الشاملة وتنفيذها، وضمان توفير قوى عاملة متوازنة تماماً في مجال الصحة، وسُبل الحصول على الأدوية والتكنولوجيا الأساسية، ووضع شبكة متكاملة من مرافق الرعاية الصحية الأولية. ويتعين دعم النظام الصحي ومساندته من خلال نظام قوي للمعلومات الصحية يتضمن تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. وسيتم التأكيد بشكل خاص على تشجيع تطوير هذه المجالات. وينبغي كذلك تقوية الآليات اللازمة للتعاون بين مختلف القطاعات لدعم جهود القطاع الصحي المبذولة في جميع المجالات، بما في ذلك القطاع الخاص.

وفي سياق تعزيز الصحة في جميع مراحل العمر، سيتم إعطاء الأولوية لتسريع وتيرة العمل على إحراز المرمى 4 والرمى 5 من المرامي الإنمائية للألفية. وهذا يعني بدوره إعداد وتنفيذ خطط وطنية تؤدي إلى تقليص وفيات الأطفال والأمهات في البلدان العشرة التي ترزح تحت أثقل الأعباء، كما يعني حشد الموارد اللازمة لدعم تنفيذ هذه الخطط. وبطبيعة الحال ستسعى هذه الخطط إلى استنهاض تنفيذ التدخلات العالية المردود، وإعطاء الأولوية للمناطق الجغرافية التي تعاني من نقص الخدمات، والتعاطي مع عدم المساواة في تلبية الاحتياجات الصحية للأمهات والأطفال، وذلك إما من خلال النظام الصحي نفسه أو بالتعاون مع القطاعات الأخرى. ويتعين كذلك إيلاء المزيد من الاهتمام للوقاية من الإصابات ولاسيما بين الأطفال وعلى الطرق.

وينبغي متابعة قوة الدفع التي تولدت من العبء المتنامي للأمراض غير السارية، وذلك من خلال تنفيذ الإطار الإقليمي للعمل لتنفيذ الإعلان السياسي الصادر عن الأمم المتحدة حول الأمراض غير السارية، والذي يغطي مجالات تصريف الشؤون (الحكومة)، والوقاية من عوامل الخطر وتقليصها، والترصد، والرعاية الصحية. ويجب كذلك تقوية أو اصر الشراكات وإدماج الأمراض غير السارية في الرعاية الصحية الأولية. وينبغي تسريع وتيرة العمل على تنفيذ اتفاقية المنظمة الإطارية بشأن مكافحة التبغ، وإعطاء المزيد من الاهتمام للغذاء والنشاط البدني. أما في ما يتعلق بالأمراض السارية، فسيتيم التركيز بشكل عاجل على دعم تحقيق المرامي الإنمائية للألفية المرتبطة

لقد هياً عام 2012 الفرصة أمام الدول الأعضاء والمنظمة للاتفاق على التحدّيات الرئيسية التي تجابه التنمية الصحية في الإقليم. ويشير التقييم المتعمّق والموضوعي للوضع الصحي في البلدان بوضوح إلى الأولويات في التعاون التقني مع المنظمة، وهي الأولويات التي أقرتها اللجنة الإقليمية. ويتناول هذا التقرير التحدّيات الراهنة التي تقف كحجرة عثرة أمام تقوية النُظُم الصحية، وصحة الأمهات والأطفال، ومكافحة الأمراض غير السارية والوقاية منها، والبرامج المتعلقة بالأمراض السارية والتي لم يتم الانتهاء منها بعد، والتأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها، وإصلاح المنظمة. ولقد أُشّرتُ كذلك في ثانيا هذا التقرير إلى الإجراءات الاستراتيجية التي اضطلعت بها المنظمة والدول الأعضاء في عام 2012 بهدف التصدي لبعض من هذه التحدّيات في سياق برامجها المشتركة.

إننا نسعى دائماً إلى استكمال العمل مستنديين إلى ما توصلنا إليه من بيّنات، وما اكتسبناه من خبرات، وما اضطلعتنا به من أعمال قيّمة في العقود السابقة. وفي العامين الماضيين تم الاتفاق، على الصعيد العالمي، على خرائط طريق واضحة للغاية حول سُبل التعامل مع الأولويات الصحية الرئيسية. وقد أعربت الحكومات والمانحون والشركاء بوضوح عن التزامهم باتباع خرائط الطريق الموضوعية، سواء أثناء انعقاد الجمعية العامة للأمم المتحدة، أو جمعية الصحة العالمية، أو غيرها من المحافل الدولية. ولقد تم وضع خطوط الأساس والأهداف التي يمكن قياس مدى تقدمنا على أساسها في مختلف الوثائق التقنية التي عرضت على اللجنة الإقليمية، وفي خطط كل قُطر على حدة، سواء تلك التي تم إعدادها بالفعل في كل مجال من المجالات، أو التي هي قيد الإعداد. ومن ثمّ فإنّ التحدي المائل أمام الدول الأعضاء يتمثل في المبادرة باتخاذ تدابير ملموسة لتنفيذ خرائط الطريق الموضوعية، والوفاء بمختلف الالتزامات العالمية. أما نحن في المنظمة، فيتمثل التحدّي المائل أمامنا في ضرورة تعزيز جهودنا من أجل تقديم المزيد من الدعم التقني للبلدان.

ففي مجال تقوية النُظُم الصحية، سيتم التركيز على قيادة القطاع الصحي، وتصريف الشؤون (الحكومة) وإعداد خريطة طريق

التقليديين وغير التقليديين لأسلوب أكثر تنسيقاً من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للفئات السكانية المتضررة في الإقليم.

ولعل أكثر ما يلفت النظر أن أيّاً من هذه الأعمال لا يمكن النظر إليه بمعزل عن غيره. فتحديد الأولويات الاستراتيجية يجب ألا يعني أنه يمكن التعامل مع كل منها بشكل منفصل. وبالتالي فإن تعزيز النُظُم الصحية يعتبر أمراً ضرورياً لإحراز المرامي الإنمائية للألفية، وللحفاظ على ما تحقّق من مكاسب حتى بعد عام 2015، ولتعزيز الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها. فالتأهب للطوارئ، وترصّد الأمراض والتبليغ عنها، وتبني أسلوب متكامل ومتعدد القطاعات للتعامل مع الأمراض غير السارية، كلها من الأمور المتكاملة التي تأتي في سياق التنمية الصحية الوطنية.

إن عملية إصلاح المنظمة ستساعدها في تقوية ما تقدمه من دعم تقني للدول الأعضاء، سواء من حيث الجودة أو من حيث التوقيت على الصعيدين الإقليمي والقُطري. ومن ثمّ، فإن هذا سيساعد بدوره في زيادة التنسيق والتكامل بين البرامج الوطنية؛ بحيث تنعكس الإجراءات التي يتم اتخاذها في مجال معين من مجالات تعاون المنظمة مع البلدان، على تعزيز حصائل الإجراءات التي تم اتخاذها في مجال آخر. إن إصلاحات الإدارة ستدعم تحسين الشفافية والمساءلة بحيث تتأكد الدول الأعضاء من أن إسهاماتها التي تقدمها للمنظمة تستخدم بفعالية وأنها ذات مردود عالٍ، وتستخدم بشكل مناسب. وستحتضن الدبلوماسية الصحية بشكل متزايد، بدور مهم في وضع تصور لوضع برنامج العمل الصحي على الصعيدين العالمي والإقليمي، وإنني أأمل أن تواصل الدول الأعضاء في الإقليم سعيها إلى زيادة مشاركتها في أعمال جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي.

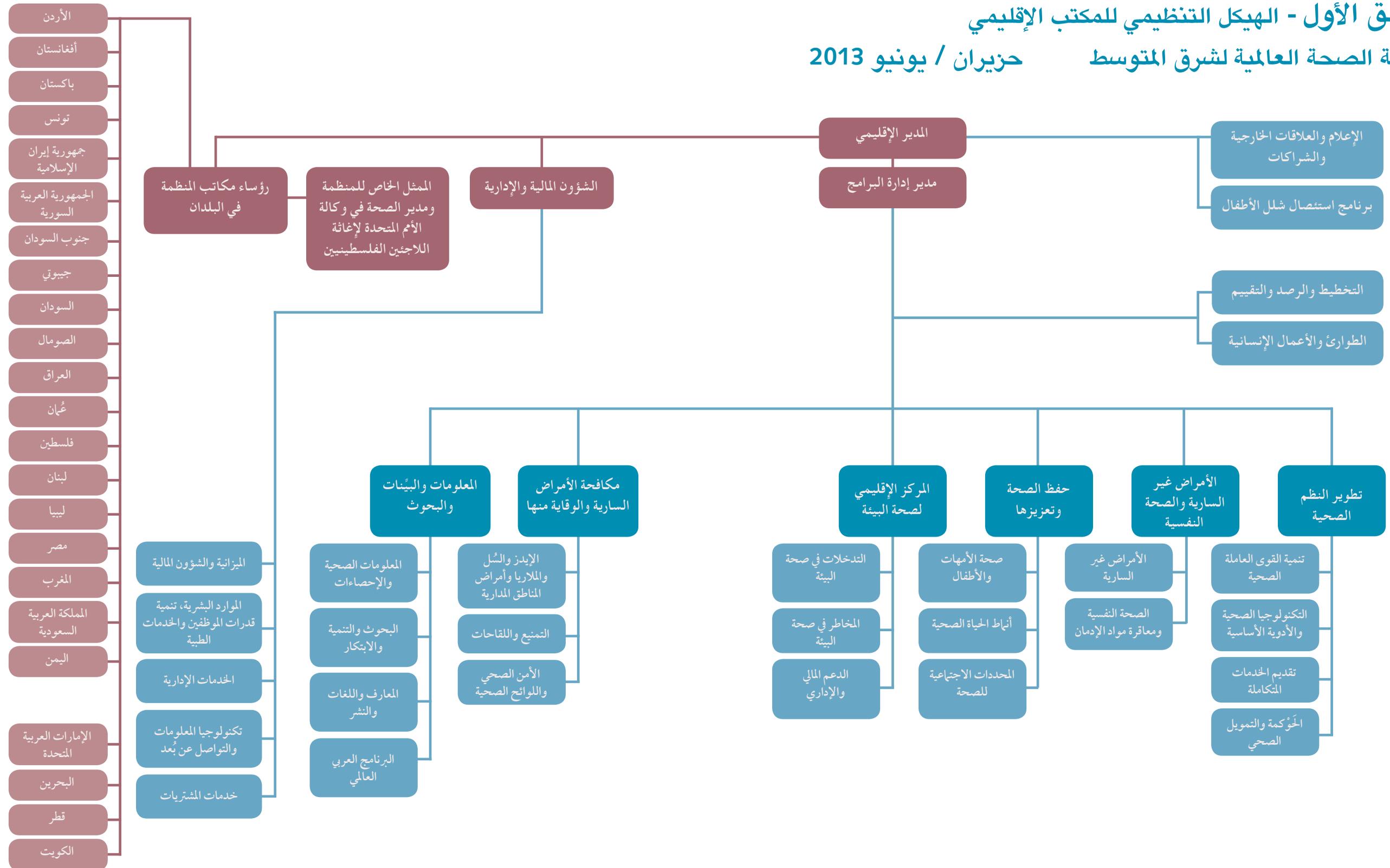
ولقد تبنت اللجنة الإقليمية جدول أعمال للمنظمة وللدول الأعضاء خلال السنوات الأربع القادمة. وهذا الجدول وإن كان محفوفاً بالتحديات، ولكنه محدّد البنود والمكونات بوضوح. وقد تم وضع معالم بارزة يمكن على أساسها قياس ما أحرزناه من تقدم. وستبذل المنظمة قصارى جهدها لتحسين تعاونها مع البلدان ودعمها لها. وعلى نفس النسق فإنني أأمل أن تقوم الدول الأعضاء بدورها في متابعة خطة العمل التي التزمت بها. فنحن جميعاً أمامنا الكثير لنقوم به.

بالأمراض. ويجب تحقيق التكامل بين نُظُم ترصّد الأمراض، وزيادة الاستثمار في برامج التمنيع. كما يتعيّن أن يحظى برنامج استئصال شلل الأطفال بالأولوية في جميع البلدان. إن الفاشية التي ظهرت مؤخراً في الصومال، واكتشاف فيروس شلل الأطفال في العينات البيئية في البلدان التي كانت خالية من شلل الأطفال لسنوات عديدة لا يمكن مهادتها أو السكوت عليها. وسيستلزم الأمر العمل بشكل مكثف وبقوّة في أفغانستان وباكستان للحفاظ على ما تحقّق من تقدم في عام 2012، وعلى ما وصلت إليه مناعة السكان في البلدان الخالية من شلل الأطفال، وعلى مستوى الإسهاد الخاص بترصّد الشلل الرخو الحاد، وعلى القدرة على اكتشاف أي حالة وفادة. أما في مجال مكافحة السل والملاريا، فإنها يحتاجان إلى مواصلة التأكيد على ضرورة الارتقاء باكتشاف الحالات، وذلك من خلال عقد شراكات بين القطاعين العام والخاص، وتحسين القدرات المخبرية وتقوية الترصّد. ويجب زيادة سُبل الحصول على المعالجة المضادة للفيروسات القهقرية وغيرها من الخدمات للمصابين بعدوى فيروس الإيدز، ولاسيّما للفئات السكانية المعرضة لمخاطر مرتفعة، فضلاً عن تصعيد العمل على التخلص من انتقال العدوى بفيروس الإيدز من الأم إلى الطفل. وسيحظى العمل بأحكام اللوائح الصحية الدولية في الوقت المحدّد بالأولوية أيضاً، كما سيتواصل التأكيد على بناء القدرات الوطنية الأساسية اللازمة في مجال الترصّد، والاستجابة، والدعم المخبري، والموارد البشرية.

ولا مرأى في أن الصراعات الدائرة، والطوارئ الإنسانية المزمّنة السائدة في العديد من بلدان الإقليم، والتي تسفر عن أعداد كبيرة من النازحين، تعتبر من عوامل الخطر الأساسية التي تهدد تطوير الصحة والنُظُم الصحية على المدى البعيد. وتتمثل الأولويات الاستراتيجية المتعلقة بالتأهب للطوارئ والاستجابة لمقتضياتها في إعداد سياسات وتشريعات واضحة استناداً إلى أسلوب يراعي جميع المخاطر من منظور "الصحة الشاملة"، مع إيلاء اهتمام خاص لحماية المرافق الصحية والقوى العاملة في أوقات الطوارئ. وعلى الرغم من زيادة التمويل المتاح للأنشطة الصحية إبان الطوارئ، فإن 38٪ فقط من متطلبات الإقليم قد تم تلبيتها في عام 2012. ولا يزال القطاع الصحي يعاني من نقص شديد في التمويل مما يؤكّد على الحاجة إلى اتخاذ الشركاء

المُلحق الأول - الهيكل التنظيمي للمكتب الإقليمي

لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط حزيران / يونيو 2013



الملحق الثاني - الموظفون المهنيون في إقليم شرق المتوسط

(أ) بحسب عددهم وجنسياتهم في 31 كانون الأول / ديسمبر 2012

المجموع	قطري	إقليمي / بلداني	الجنسية
23	5	18	مصر
11	4	7	الولايات المتحدة الأمريكية
16	10	6	باكستان
5	-	5	جمهورية إيران الإسلامية
9	4	5	تونس
7	2	5	المملكة المتحدة
5	1	4	كندا
5	1	4	الجمهورية العربية السورية
5	2	3	الأردن
3	-	3	الصومال
8	5	3	السودان
2	-	2	البحرين
3	1	2	بنغلاديش
2	-	2	الدانمارك
4	2	2	إيطاليا
6	4	2	لبنان
3	1	2	المغرب
3	1	2	ترينيداد وتوباغو
4	2	2	اليمن
2	1	1	بلجيكا
1	-	1	جيبوتي
4	3	1	ألمانيا
1	-	1	فنلندا
3	2	1	فرنسا
3	2	1	العراق
3	2	1	هولندا
1	-	1	نيوزيلندا
1	-	1	الفلبين
1	-	1	جمهورية مولدوفا
2	1	1	روسيا الاتحادية
2	1	1	المملكة العربية السعودية
1	-	1	سيشل
1	-	1	إسبانيا
1	-	1	جنوب السودان
1	-	1	السويد
2	1	1	سويسرا
3	3	-	أفغانستان
1	1	-	الجزائر
1	1	-	أذربيجان
1	1	-	إريتريا
2	2	-	إثيوبيا
1	1	-	جورجيا

المجموع	قطري	إقليمي / بلداني	الجنسية
1	1	-	اليابان
2	2	-	كينيا
1	1	-	ليبيا
1	1	-	نيجيريا
1	1	-	النرويج
1	1	-	رومانيا
2	2	-	أوغندا
172	76	96	المجموع

ملاحظة: الأرقام الواردة أعلاه (أ) لا تشمل الموظفين الممنوحين إجازات بدون مرتب، ولا الموظفين الأقاليميين الذين عُيّنوا في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، (ب) يتم تمويل مرتبات هؤلاء الموظفين من جميع المصادر المالية.

(ب) الموظفون من الدول الأعضاء، بحسب عددهم وجنسياتهم، في 31 كانون الأول / ديسمبر 2012

المجموع في الإقليم	المجموع في المنظمة	المجال العالمي ⁽²⁾	قائمة أولويات التوظيف العالمية ⁽¹⁾	الجنسية
23	30	012-003	ج	مصر
16	26	014-005	ج	باكستان
5	16	012-004	ج	جمهورية إيران الإسلامية
5	13	008-001	ج	الأردن
6	13	008-001	ج	لبنان
8	13	010-001	ج	السودان
9	11	008-001	ج	تونس
3	7	010-001	ب1	المغرب
3	5	009-002	ب1	العراق
3	5	008-001	ب2	الصومال
5	5	008-001	ب1	الجمهورية العربية السورية
3	4	008-001	ب1	أفغانستان
4	4	008-001	ب1	اليمن
3	3	011-005	أ	المملكة العربية السعودية
2	2	007-001	ب1	البحرين
1	2	007-001	ب1	جيبوتي
1	1	007-001	ب1	ليبيا
1	1		أ	جنوب السودان
-	-	008-001	أ	الكويت
-	-	008-001	أ	عمان
-	-	007-001	أ	قطر
-	-	008-002	أ	الإمارات العربية المتحدة
101	161			مجموع الموظفين من جنسيات الإقليم
71	1993			مجموع الموظفين من الجنسيات الأخرى
172	2154			المجموع الكلي

ملاحظة: الأرقام الواردة أعلاه (أ) لا تشمل الموظفين الممنوحين إجازات بدون مرتب، ولا الموظفين الأقاليميين الذين عُيّنوا في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، (ب) يتم تمويل مرتبات الموظفين من جميع المصادر المالية.

- 1 (أ) البلدان التي يتعين تشجيع تعيين مواطنيها في الوظائف المهنية، بوصفها أولوية أولى
- (ب) البلدان التي يتعين تشجيع تعيين مواطنيها في الوظائف المهنية، بوصفها أولوية ثانية
- (ب) البلدان التي يُسَمَح بتعيين مواطنيها في الوظائف المهنية
- (ج) البلدان التي يُقَيَّد تعيين مواطنيها في الوظائف المهنية
- 2 المجال الراهن للتوظيف المسموح به على أساس الاشتراكات المقدّرة

الملحق الثالث

الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط في العام 2012

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

- الحلقة العملية التدريبية البلدية حول ترصد الحصبة والأمراض الأخرى التي يمكن اتقاؤها باللقاحات، ورصد وتقييم البرامج الوطنية للتمنيع، شرم الشيخ، مصر، 18-13 كانون الثاني/يناير 2012
- الاجتماع التنسيقى الأول حول البرنامج الإقليمي للبحوث المقارنة لسرطان الثدي، شرم الشيخ، مصر، 22-21 كانون الثاني/يناير 2012
- الحلقة العملية الإقليمية حول مكافحة التبغ وتجارتها، القاهرة، مصر، 31-29 كانون الثاني/يناير 2012
- الحلقة العملية حول مبادرة التنسيق المشترك لمنظمة الصحة العالمية لإغناء دقيق القمح والذرة، عمان، الأردن، 22-20 شباط/فبراير 2012
- اجتماع الفريق العامل التقني في مجال التخلص من سراية فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 28-27 شباط/فبراير 2012
- اجتماع رفيع المستوى للخبراء حول الأولويات الصحية في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 2-1 آذار/مارس 2012
- مشاورة تقنية حول حزمة معلومات إقليمية باللغة العربية حول مكونات تغذية الرضع وصغار الأطفال ضمن إطار التدبير المتكامل لصحة الأطفال، أسوان، مصر، 15-11 آذار/مارس 2012
- مؤتمر إقليمي لإطلاق دليل المنهج الدراسي لسلامة المرضى، مسقط، عُمان، 12-11 آذار/مارس 2012
- مشاورة حول تقييم السياسات والاستراتيجيات لمكافحة السل في الطوارئ المعقدة، شرم الشيخ، مصر، 14-12 آذار/مارس 2012
- الاجتماع الحادي عشر للفريق الإقليمي لمراجعة برنامج التخلص من داء الفيلايات اللمفية، القاهرة، مصر، 21-20 آذار/مارس 2012
- اجتماع الفريق الاستشاري التقني حول استئصال شلل الأطفال في باكستان، إسلام آباد، باكستان، 22-21 آذار/مارس 2012
- مشاورة حول منصة نظام المعلومات الصحية، القاهرة، مصر، 27-26 آذار/مارس 2012
- اجتماع بلداني حول تقوية القدرات في الترصد والاستجابة وفق اللوائح الصحية الدولية - 2005، بيروت، لبنان، 28-26 آذار/مارس 2012
- حلقة عملية بلدية تدريبية في المختبرات حول كشف فيروسات الحصبة والحصبة الألمانية، والتعرف تسلسل الأحماض النووية وتحليلها، تونس العاصمة، تونس، 7-2 نيسان/أبريل 2012
- الاجتماع السادس والعشرون للجنة الإقليمية للإشهاد على استئصال شلل الأطفال، دبي، الإمارات العربية المتحدة، 5-3 نيسان/أبريل 2012
- مشاورة حول تحليل وإعداد التقارير عن نتائج مسوحات مقاومة السل للأدوية، القاهرة، مصر، 26-23 نيسان/أبريل 2012
- اجتماع مراجعة لمديري برامج مكافحة داء الليشمانيات الجلدي في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 30 نيسان/أبريل - 2 أيار/مايو 2012
- اجتماع دون إقليمي حول الضرائب لمكافحة التبغ، القاهرة، مصر، 3-1 أيار/مايو 2012
- اجتماع الفريق الاستشاري التقني حول استئصال شلل الأطفال في أفغانستان، كابول، أفغانستان، 7-6 أيار/مايو 2012
- ندوة حول الدبلوماسية الصحية العالمية، القاهرة، مصر، 7-6 أيار/مايو 2012
- مشاورة رفيعة المستوى حول تقوية النظم الصحية لأعضاء اللجنة البرلمانية العراقية حول الصحة والبيئة، القاهرة، مصر، 10-9 أيار/مايو 2012
- مشاورة إقليمية حول الانتحار ومحاولات الانتحار، القاهرة، مصر، 16-14 أيار/مايو 2012
- مشاورة لإعداد أدوات لحساب عبء الإنفلونزا في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 17-15 أيار/مايو 2012

الملحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط في العام 2012 (تابع)

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

- المشاوراة الإقليمية الثانية حول تقوية التنسيق بين السلطات التنظيمية الوطنية والفرق الاستشارية التقنية الوطنية المعنية بالتمنيع، شرم الشيخ، مصر، 5-6 حزيران/ يونيو 2012
- حلقة عملية بلدانية حول المعالجة المجتمعية للسسل المقاوم لأدوية متعددة، والرعاية الملطفة، والوصمة، والاعتبارات الأخلاقية، والتيقُّظ الصيدلاني، القاهرة، مصر، 10-14 حزيران/ يونيو 2012
- حلقة عملية دون وطنية حول صحة البيئة في مرافق الرعاية الصحية مع تركيز خاص على مخلفات الرعاية الصحية، عمّان، الأردن، 12-14 حزيران/ يونيو 2012
- مشاوراة لإعداد دلائل إرشادية وأدوات لترصد العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، القاهرة، مصر، 18-19 حزيران/ يونيو 2012
- برنامج الحوكمة الرشيدة للأدوية: تدريب بلداني حول الشفافية والتقييم، عمّان، الأردن، 17-19 حزيران/ يونيو، 2012
- اجتماع بلداني لبناء القدرات في النظام الجديد للحسابات الصحية 2011، الدوحة، قطر، 17-29 حزيران/ يونيو 2012
- مشاوراة لإعداد دلائل إرشادية حول الوقاية من العدوى بالحُميات النزفية الفيروسية ومكافحتها في مرافق الرعاية الصحية، القاهرة، مصر، 20-21 حزيران/ يونيو 2012
- مشاوراة حول تقوية النُظُم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 20-21 حزيران/ يونيو 2012
- الحلقة العملية التدريبية البلديّة الثانية حول المشورة في مجال الصحة الإنجابية، عمّان، الأردن، 24-28 حزيران/ يونيو 2012
- مشاوراة إقليمية حول إعداد خطة عمل محدّثة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها (2013-2020)، القاهرة، مصر، 30 حزيران/ يونيو - 2 تموز/ يوليو 2012
- اجتماع تشاوري لتقديم إسهام الإقليم في خطة العمل العالمية للصحة النفسية، القاهرة، مصر، 4-2 تموز/ يوليو 2012
- اجتماع دون إقليمي حول بناء القدرات التشريعية لتلبية متطلبات اللوائح الصحية الدولية - المجموعة (أ)، مراكش، المغرب، 4-2 تموز/ يوليو 2012
- اجتماع دون إقليمي حول بناء القدرات المختبرية لتلبية متطلبات اللوائح الصحية الدولية - المجموعة (أ)، مراكش، المغرب، 6-5 تموز/ يوليو 2012
- الاجتماع السادس والعشرون للمدير الإقليمي مع ممثلي منظمة الصحة العالمية والعاملين في المكتب الإقليمي، القاهرة، مصر، 8-10 تموز/ يوليو 2012
- الاجتماع الخامس للجنة الاستشارية العلمية والتقنية للمشروع الذي يدعمه المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، ومرفق البيئة العالمي، القاهرة، مصر، 10-12 تموز/ يوليو 2012
- حلقة عملية لبناء القدرات في رسم الخرائط لتمويل الرعاية الصحية وتقييم حماية صحة المجتمع، القاهرة، مصر، 16-18 تموز/ يوليو 2012
- مشاوراة حول نُظُم المعلومات الصحية والعبء العالمي للأمراض، عمّان، الأردن، 17-18 تموز/ يوليو 2012
- مشاوراة للتعرف على القضايا الرئيسية في تنفيذ استراتيجيات الترصد والاستجابة المتكاملة للأمراض في إقليم شرق المتوسط، 23-25 تموز/ يوليو 2012
- اجتماع الفريق العامل للصحة الإلكترونية، القاهرة، مصر، 6-8 آب/ أغسطس 2012
- اجتماع بلداني حول الأدوات الإقليمية لحساب عبء الإنفلونزا، مراكش، المغرب، 27-29 آب/ أغسطس 2012
- حلقة عملية تدريبية حول مسح تقييم السارية، القاهرة، مصر، 28-30 آب/ أغسطس 2012

الملحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط في العام 2012 (تابع)

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

- مشاورة حول تحديد جدوى إدخال لقاحات الإنفلونزا الموسمية وإعداد خطة إقليمية،
مراكش، المغرب، 30 آب/ أغسطس - 1 أيلول/ سبتمبر 2012
- حلقة عملية بلدانية حول إعداد إطار المساءلة، القاهرة، مصر، 4-2 أيلول/ سبتمبر 2012
- حلقة عملية بلدانية حول تعزيز المساواة الصحية والاستجابة الصحية في الحضر، القاهرة، مصر، 4-2 أيلول/ سبتمبر 2012
- اجتماع دون إقليمي حول بناء القدرات التشريعية لتلبية متطلبات اللوائح الصحية الدولية - المجموعة (ب)،
القاهرة، مصر، 11-9 أيلول/ سبتمبر 2012
- اجتماع دون إقليمي لبناء القدرات المختبرية لتلبية متطلبات اللوائح الصحية الدولية - المجموعة (ب)،
القاهرة، مصر، 13-12 أيلول/ سبتمبر 2012
- الاجتماع البلداني السابع والعشرون لمديري البرامج الوطنية الموسعة للتمنيع، شرم الشيخ، مصر، 19-16 أيلول/ سبتمبر 2012
- حلقة عملية تدريبية حول معالجة سوء التغذية الوخيم والترصد التغذوي، باكستان، 22-17 أيلول/ سبتمبر 2012
- مشاورة إقليمية للمسؤولين في نقاط الاتصال المعنية بالإبلاغ عن المخاطر، الحّمّات، تونس، 20-18 أيلول/ سبتمبر 2012
- مشاورة لتعزيز معايير الوقاية من العدوى ومكافحتها في الإقليم، القاهرة، مصر، 20 أيلول/ سبتمبر 2012
- اجتماع بلداني حول التخلص من الحصبة والحصبة الألمانية، شرم الشيخ، مصر، 25-22 أيلول/ سبتمبر 2012
- اجتماع بلداني حول تنفيذ الدلائل الإرشادية لاتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ حول معالجة الاعتماد على التبغ،
القاهرة، مصر، 25-23 أيلول/ سبتمبر 2012
- تدريب دون إقليمي حول الترصد التغذوي، إسلام آباد، باكستان، 28-24 أيلول/ سبتمبر 2012
- اجتماع إقليمي حول تقوية قدرات السلطات التنظيمية الوطنية في مجال تنظيم اللقاحات الثلاثية واللقاحات الثلاثية المركبة،
شرم الشيخ، مصر، 29-24 أيلول/ سبتمبر 2012
- اجتماع دون إقليمي حول فيروس العوز المناعي البشري بين المجموعات السكانية الرئيسية المعرضة لخطر متزايد لسرايته الجنسية بينهم،
القاهرة، مصر، 27-25 أيلول/ سبتمبر 2012
- مشاورة إقليمية حول تدبير المقاومة لمبيدات الحشرات، الدار البيضاء، المغرب، 27-25 أيلول/ سبتمبر 2012
- مشاورة إقليمية حول الإطار العالمي الشامل للترصد ومجموعة الأهداف العالمية الطوعية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها،
القاهرة، مصر، 30 أيلول/ سبتمبر 2012
- الدورة التاسعة والخمسون للجنة الإقليمية لشرق المتوسط، القاهرة، مصر، 4-1 تشرين الأول/ أكتوبر 2012
- حلقة عملية تدريبية دون إقليمية حول التعرف والكشف والاستجابة المبكرة للفاشيات التنفسية لفريق الاستجابة السريعة،
القاهرة، مصر، 17-14 تشرين الأول/ أكتوبر 2012
- اجتماع حول التحقق من صحة الإجراءات والنتائج لمسح انتشار السل في باكستان، القاهرة، مصر، 18-16 تشرين الأول/ أكتوبر 2012
- اجتماع حول شبكة الإنذار والاستجابة للفاشيات في إقليم شرق المتوسط، الدار البيضاء، المغرب، 23-21 تشرين الأول/ أكتوبر 2012
- اجتماع المديرين المسؤولين عن التخلص من الجذام، القاهرة، مصر، 6-4 تشرين الثاني/ نوفمبر 2012

الملحق الثالث - الاجتماعات التي عُقدت في إقليم شرق المتوسط في العام 2012 (النهاية)

عنوان الاجتماع، الموقع والتاريخ

- المشاورة الإقليمية حول إنشاء برنامج لمنح درجة ماجستير في السياسات والخدمات للصحة النفسية، القاهرة، مصر، 5-6 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- مشاورة تقنية لاستكمال الاستراتيجية الإقليمية حول تعزيز صحة الفم، شيراز، جمهورية إيران الإسلامية، 14-12 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- اجتماع الأطراف الإقليمية المعنية بالتعرف على الاحتياجات اللازمة لتنفيذ القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية، الرباط، المغرب، 15-12 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- الاجتماع الإقليمي الأول حول تعزيز التيقُّظ الصيدلاني للقاحات، القاهرة، مصر، 15-14 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- الاجتماع التاسع عشر للفريق العامل لإقليم شرق المتوسط المعني بالتحالف العالمي للقاحات والتمنيع، القاهرة، مصر، 16-15 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- حلقة عملية تدريبية دون إقليمية حول إدارة الجودة في المختبرات، القاهرة، مصر، 22-19 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- مشاورة للخبراء حول الاستراتيجية الصحية البيئية في إقليم شرق المتوسط، عمّان، الأردن، 26-25 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- اجتماع الفريق الاستشاري التقني لاستئصال شلل الأطفال في أفغانستان، كابول، أفغانستان، 28-26 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- دورة القيادة العالمية في مكافحة التبغ، القاهرة، مصر، 30-26 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- مشاورة حول إعداد استراتيجية لخفض الدهون والملح في إقليم شرق المتوسط، القاهرة، مصر، 29-28 تشرين الثاني/نوفمبر 2012
- تدريب المفتشين على ممارسات التصنيع الجيدة في امثال الشركات الصناعية المرشحة لتلك الممارسات وبرنامج منظمة الصحة العالمية للتحقق المسبق من صلاحية الأدوية، صلالة، عمان، 6-2 كانون الأول/ديسمبر 2012
- الاجتماع الخامس عشر لمديري البرامج الوطنية لمكافحة السل، القاهرة، مصر، 12-9 كانون الأول/ديسمبر 2012
- الحلقة العملية التدريبية حول أدوات وطرق سلامة اللقاحات، القاهرة، مصر، 12-11 كانون الأول/ديسمبر 2012
- الحلقة العملية الإقليمية لتدريب المديرين على أداة منظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الرعاية وحقوق الإنسان، القاهرة، مصر، 14-12 كانون الأول/ديسمبر 2012
- الحلقة العملية التدريبية دون الإقليمية لتقدير عبء المرض المرتبط بالإنفلونزا، شرم الشيخ، مصر، 13-12 كانون الأول/ديسمبر 2012
- الاجتماع البلدي لشبكة ترصد العدوى التنفسية الحادة في إقليم شرق المتوسط، شرم الشيخ، مصر، 13-12 كانون الأول/ديسمبر 2012
- الحلقة العملية لبناء القدرات: التعريف بالتقييم الاقتصادي مع تطبيق خاص على الأمراض غير السارية، القاهرة، مصر، 18-16 كانون الأول/ديسمبر 2012
- التقرير العربي حول الإعاقة: الاجتماع الأول للأطراف المعنية، القاهرة، مصر، 26 كانون الأول/ديسمبر 2012

الملحق الرابع - المنشورات الجديدة الصادرة في عام 2012

العنوان	المصدر
المنشورات	
التعاطي مع قضايا الجندر في برامج مكافحة الإيدز. تحليل كفي للوصول إلى خدمات الإيدز والخبرات المستفادة في الأردن واليمن اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
رابطة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لخفض المخاطر؛ أفضل الممارسات في تقوية دور المجتمع المدني في تقديم خدمات خفض المخاطر اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
الاستراتيجية الإقليمية حول الصحة النفسية وإدمان المواد اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
صحة النازحين العراقيين في مصر والأردن ولبنان والجمهورية العربية السورية 2011 (ملخص) اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
الأمراض السارية في إقليم شرق المتوسط: الوقاية والمكافحة 2010 - 2011 اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
الكتيب التدريبي للمبادرات المجتمعية المرتكز: أداة عملية للمدرسين وللمتدربين اللغة: العربية	المكتب الإقليمي
الممارسات الجيدة في تقديم الرعاية الصحية الأولية في المواقع الحضرية: سلسلة المبادرات المجتمعية المرتكز - 15 اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
آثار التوسع العمراني على معدل وقوع الأمراض غير السارية: سلسلة المبادرات المجتمعية المرتكز - 16 اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
نحو رعاية صحية أولية مراعية للعمر اللغة: العربية	المكتب الإقليمي
المؤشرات الديموغرافية والاجتماعية والصحية في إقليم شرق المتوسط 2012 اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
أعمال منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط التقرير السنوي للمدير الإقليمي 2011 اللغات: العربية/ الإنكليزية/ الفرنسية	المكتب الإقليمي
التعرض للتدخين اللاإرادي في مواقع عامة مختارة في إقليم شرق المتوسط: تقرير عن دراسة ارتيادية اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
التخلص من داء البلهارسيات في المغرب: حقيقة ونجاح لثلاثة عقود من الكفاح اللغة: الفرنسية	المكتب الإقليمي
إطار عمل للإدارة السليمة لمبيدات الحشرات في الصحة العمومية في إقليم شرق المتوسط 2012 - 2016 اللغات: العربية/ الإنكليزية/ الفرنسية	المكتب الإقليمي
تقييم لوضع المستحضرات الدوائية: مسح المستوى 2 من المرافق الصحية الجمهورية العربية السورية اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
الكتيب التدريبي حول برنامج المدن الصحية اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي

الملحق الرابع - المنشورات الجديدة الصادرة في عام 2012 (النهاية)

العنوان	المصدر
المنشورات	
نحو التخلص من انتقال فيروس الإيدز من الأم لطفلها اللغات: العربية/ الإنكليزية/ الفرنسية	المكتب الإقليمي
رسم ملامح المستقبل الصحي في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط: تعزيز دور منظمة الصحة العالمية اللغات: العربية/ الإنكليزية/ الفرنسية	المكتب الإقليمي
إنشاء وتحسين خدمات الخطوط الهاتفية الوطنية المجانية للإقلاع عن التدخين اللغة: العربية	المقر الرئيسي
مدن خالية من التبغ لهواء خال من الدخان: دراسة حالة مكة المكرمة والمدينة المنورة اللغة: العربية	المقر الرئيسي
سينما بدون دخان: من البيئات إلى العمل اللغة: العربية	المقر الرئيسي
صفحات حقائق	
إدماج جهود الإقلاع عن التدخين في الرعاية الصحية الأولية في إقليم شرق المتوسط اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي
تحديات وخطط دوائر صناعة التبغ لتقويض جهود مكافحة التبغ اللغات: العربية/ الإنكليزية/ الفرنسية	المكتب الإقليمي
تنقية الهواء: قياس دخان المدخنين في البحرين جيبوتي مصر جمهورية إيران الإسلامية العراق الأردن لبنان عمان باكستان السودان اليمن	المكتب الإقليمي
الدوريات	
نشرة المبادرات المجتمعية المرتكز، العددان 1 و2، من المجلد 7 اللغات: العربية/ الإنكليزية/ الفرنسية	المكتب الإقليمي
المجلة الصحية لشرق المتوسط، المجلد 18، الأعداد 1 - 12 اللغات: العربية/ الإنكليزية/ الفرنسية	المكتب الإقليمي
الفهرس الطبي لإقليم شرق المتوسط، المجلد 10، الأعداد 1 3 اللغة: الإنكليزية	المكتب الإقليمي

الملحق الخامس

المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط

اسم المؤسسة	البلد	لقب المركز	مجال الاختصاص
وزارة الصحة	الأردن	المركز المتعاون مع المنظمة لخدمات الصيانة والتدريب والبحوث في مجال المعدّات الطبية والبيولوجية	المعدّات الطبية والبيولوجية
جامعة شهيد بهشتي للعلوم الطبية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال صحة العين والوقاية من العمى	العمى
مستشفى الشفا تراست للعيون	باكستان	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الوقاية من العمى	العمى
مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون	المملكة العربية السعودية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الوقاية من العمى	العمى
مركز أبحاث الأمراض الهضمية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال بحوث السرطانات المعدية المعوية	السرطان
مركز الملك حسين لمكافحة السرطان	الأردن	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال التشخيص والتدريب والبحوث حول السرطان	السرطان
الجامعة الأمريكية في بيروت	لبنان	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال اضطرابات العظام الاستقلابية	السرطان
مركز أصفهان لبحوث الأمراض القلبية الوعائية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب على مكافحة الأمراض القلبية الوعائية والوقاية منها وتأهيل مرضى القلب	الأمراض القلبية الوعائية
جامعة طهران للعلوم الطبية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتشخيص بشأن التدبير العلاجي لتخلخل العظام، والسكري	السكري
المركز الوطني للسكري وأمراض الغدد الصم والأمراض الوراثية	الأردن	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتشخيص والرعاية الصحية الأولية في مجال السكري	السكري
رابطة السكري الباكستانية	باكستان	المركز المتعاون مع المنظمة للمعالجة والتشخيص والبحث في مجال السكري، والحمل السكري	السكري
جامعة الخليج العربي	البحرين	المركز المتعاون مع المنظمة لتطوير التعليم	تطوير التعليم
جامعة قناة السويس	مصر	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتطوير في مجال التعليم الطبي والخدمات الصحية	تطوير التعليم
جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية والخدمات الصحية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة لتطوير التعليم	تطوير التعليم

الملحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط (تابع)

اسم المؤسسة	البلد	لقب المركز	مجال الاختصاص
كلية الأطباء والجراحين	باكستان	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب على البحوث وتطوير تعليم العاملين الصحيين	تطوير التعليم
جامعة الجزيرة	السودان	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب والبحاث في مجال تطوير التعليم	تطوير التعليم
جامعة الخرطوم	السودان	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تطوير تعليم المهن الصحية	تطوير التعليم
مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث	المملكة العربية السعودية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الصحة الإلكترونية	الصحة الإلكترونية
وحدة البحوث الطبية رقم 3 للبحرية الأمريكية	مصر	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الأمراض المُعدية والمستجدة والمنبثقة	الأمراض المُعدية والمستجدة والمنبثقة
جامعة تبريز للعلوم الطبية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب والبحاث في الإدارة الصحية	الإدارة الصحية
الجامعة الأمريكية في بيروت	لبنان	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تعزيز الصحة والعلوم السلوكية	تعزيز الصحة
جامعة أغاخان	باكستان	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال طب الطوارئ ورعاية الرضوح	تعزيز الصحة
مركز بحوث الأنف والأذن والحنجرة والرأس والعنق، جامعة إيران للعلوم الطبية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتنقيف في مجال فقد السمع	فقد السمع
وحدة البحوث الطبية رقم 3 للبحرية الأمريكية	مصر	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال مكافحة متلازمة العوز المناعي المكتسب	الإيدز والعدوى بفيروسه
جامعة كerman للعلوم الطبية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة لترصد فيروس الإيدز	الإيدز والعدوى بفيروسه
جامعة الكويت	الكويت	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال مكافحة متلازمة العوز المناعي المكتسب	الإيدز والعدوى بفيروسه
مختبر الوبائيات	السودان	المركز المتعاون مع المنظمة في البحوث حول الإيدز والعدوى بفيروسه والسل وأمراض الرثة	الإيدز والعدوى بفيروسه
مدينة الملك عبد العزيز الطبية، مستشفى الملك فهد للحرس الوطني	المملكة العربية السعودية	المركز المتعاون مع المنظمة للوقاية من العدوى ومكافحتها	الوقاية من العدوى ومكافحتها
مركز مكافحة داء الليشمانيات	الجمهورية العربية السورية	المركز المتعاون مع المنظمة لمكافحة داء الليشمانيات	داء الليشمانيات
معهد باستور التونسي، وزارة الصحة العمومية	تونس	المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال داء الليشمانيات	داء الليشمانيات

الملحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط (تابع)

اسم المؤسسة	البلد	لقب المركز	مجال الاختصاص
وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية	المملكة العربية السعودية	المركز المتعاون مع المنظمة لطب التجمعات الحاشدة	التجمعات الحاشدة
الجامعة الإيرانية للعلوم الطبية جامعة ابن رشد	جمهورية إيران الإسلامية المغرب	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الصحة النفسية	الصحة النفسية
كلية الطب في روالبندي	باكستان	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب في مجال الصحة النفسية، ومعايرة مواد الإدمان	الصحة النفسية
كلية العلوم الصحية، وزارة الصحة	البحرين	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تطوير التمريض	التمريض
جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية	الأردن	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تطوير التمريض	التمريض
المعهد الوطني للبحوث في مجال التغذية والتكنولوجيا الغذائية، وزارة الصحة والتعليم الطبي	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب في مجال التغذية	التغذية
الجامعة الأمريكية في بيروت	لبنان	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب والإيصال في مجال الغذاء والتغذية	التغذية
كلية الأغذية والزراعة، جامعة الإمارات العربية المتحدة	الإمارات العربية المتحدة	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال التغذية	التغذية
كلية طب الأسنان، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال التدريب والبحوث حول الصحة العمومية للأسنان	صحة الفم
جامعة الكويت	الكويت	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الرعاية الأولية لصحة الفم	صحة الفم
مركز مكافحة السموم والتقيظ الدوائي في المغرب	المغرب	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال التقيظ الدوائي	المستحضرات الصيدلانية
إدارة الصيدلة والدواء بوزارة الصحة العمومية	تونس	المركز المتعاون مع المنظمة لتسجيل الأدوية والتنظيم الدوائي	المستحضرات الصيدلانية
المختبرات المرجعية الإيرانية، وزارة الصحة والتعليم الطبي	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال مراقبة الجودة، والكيمياء السريرية (الإكلينيكية)	ضمان الجودة
معهد باستور الإيراني	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة للإحالة وللبحوث في داء الكلب	داء الكلب
المركز الدولي للبحوث والتدريب في مجال الصحة الإنجابية والسكان	تونس	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب في مجال الصحة الإنجابية	الصحة الإنجابية

الملحق الخامس - المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط (النهاية)

اسم المؤسسة	البلد	لقب المركز	مجال الاختصاص
معهد بحوث تيودور بلهارس	مصر	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال مكافحة داء البلهارسيا	داء البلهارسيا
المعهد الوطني لبحوث السل وأمراض الرئة	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال مكافحة التبغ	مكافحة التبغ
مجمع الشيخ زايد لبحوث الأعشاب والطب الشعبي	الإمارات العربية المتحدة	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال الطب الشعبي	الطب الشعبي
بنك الدم الوطني، وزارة الصحة	الأردن	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال طب نقل الدم	طب نقل الدم
المركز الوطني التونسي لنقل الدم، وزارة الصحة العمومية	تونس	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال طب نقل الدم	طب نقل الدم
مركز الشارقة لخدمات نقل الدم والأبحاث	الإمارات العربية المتحدة	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب والبحث في مجال نقل الدم	طب نقل الدم
جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية والخدمات الصحية	جمهورية إيران الإسلامية	المركز المتعاون مع المنظمة في مجال التثقيف / التعليم حول السل	السل
المكتب الوطني للماء الصالح للشرب، مجمع بورقراق، محطة المعالجة	المغرب	المركز المتعاون مع المنظمة للتدريب والبحث في مجال الإمداد بالماء الصالح للشرب، والإصحاح	الإمداد بالمياه

