

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 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. بالإضافة إلى التحديات المزمته 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 وباختونخوا 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 يقرب 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 يقدر بحوالي 800 ألف طفل مستهدف في المناطق التي لا يمكن الوصول إليها بسبب انعدام الأمن. وتدل 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

↑ 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 اليونيسف، 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. وحققت 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 معرَّضة 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. وما زال 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 "التصوّر المنجلية". وهناك ضعف في ترصد ورصد وتقييم الملاريا، إلى جانب ضعف امتثال مقدمي الرعاية في القطاع الخاص للدلائل الإرشادية الوطنية للمعالجة. ويُعدُّ انعدام الأمن، والتغيّر 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 المبلغ عنها	عدد الحالات الخلية الأصل	إجمالي المبلغ عنها	عدد الحالات الخلية الأصل	إجمالي 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 لتقديم 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 تمرّ 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 التقدم نحو بلوغ أهداف التغطية بالتمنيع. كما أثر النقص العالمي في اللقاح الثلاثي (الحنّاق، والكزاز، والشاهوق) واللقاح الثلاثي مع الالتهاب الكبدي "البائي"، 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 ماسة 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 للتصديّ 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 الترسّد باستخدام علم الحشرات.

وفي ما يخص أمراض المناطق المدارية المهملة، 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.

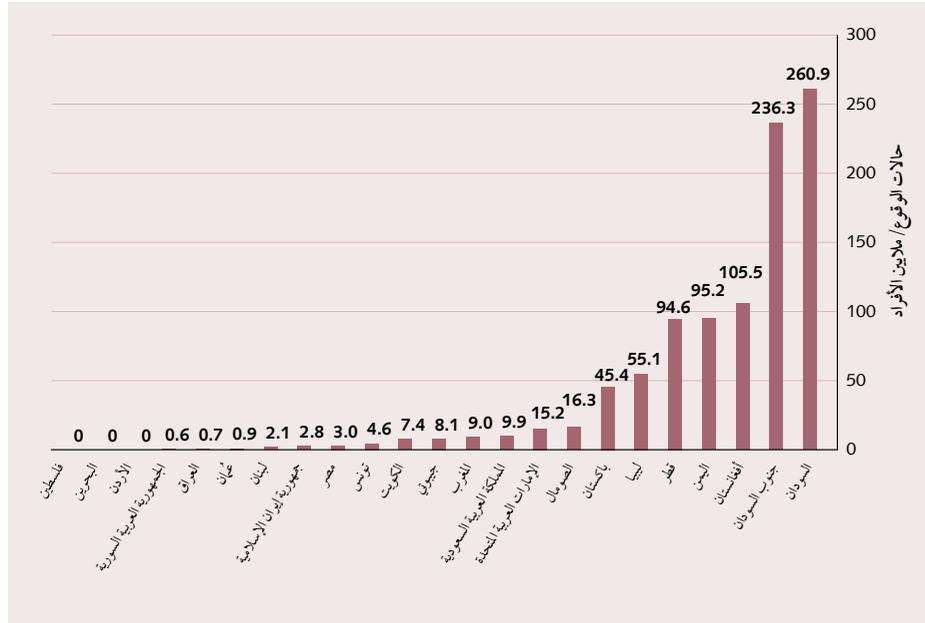
ولوحظ انخفاض قدره 50% في عدد حالات مرض الدودة الغينية في جنوب السودان في عام 2012 مقارنةً بعام 2011، ولا تزال 179 قرية فقط يتوطن فيها المرض. وأكملت برامج التخلص من داء الفيلاريات اللمفية (داء الفيل) في اليمن ومصر مرحلة التخلص من هذا الداء، وجرى بناء القدرات لتقييم انتقال العدوى والتأكد من التخلص منها. وقد تم الإشهاد على التخلص من داء العمى النهري "داء كلابيات الذنب" 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 الترصّد المخبري للحصبة المرتكز على الحالات، إما بتنفيذه في كافة أرجاء البلاد (20 بلداً) أو من خلال الترصّد المخبري (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 حَظَر وقوع جائحة إنفلونزا الطيور يُجَيِّم على الإقليم، سلطَ ظهور الفيروس التاجي (كورونا) الذي يسبب متلازمة الشرق الأوسط التنفسية مزيداً من الضوء على تعرُّض الإقليم لخطر الأمراض المُستجدة. فهناك عوامل خطر رئيسية تُسهم في انتشار أمراض جديدة منها الصراعات الدائرة وحالات الطوارئ الإنسانية المزمنة 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 بالقدرة 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 العَجَلية في 7 بلدان. وانطلقت المرحلة الأولى من حملة إدخال لقاح المكورات السحائية المتقارن (أ) في السودان. ويُتوقع إدخال اللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية واللقاح المضاد للفيروس العَجَلية 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 بالتمنيع 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 الموضوعية والمخطط 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 مدّة مهلة تنفيذ اللوائح الصحية الدولية لمدة عامين، مشفوعة بخطط هذه البلدان لتنفيذ اللوائح. واقتصرت ثلاثة بلدان على تقديم طلبات مدّة 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

