المؤتمر الوزاري
حول التمنيع
في أفريقيا

الوفاء بالوعد: كفالة التمنيع للجميع في أفريقيا

شكر وتقدير

تم إعداد هذا التقرير من قبل فريق يقوده مكتبا منظمة الصحة العالمية في منطقتي أفريقيا وشرق المتوسط. ويشمل الأعضاء الرئيسيون في هذا الفريق ريتشارد ميهيغو، ونادية عبد العزيز طلب بدر، وهيلينا أومالي وإرتازا شودري. وقد قام فريقا التطعيم وشلل الأطفال في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في أفريقيا في برازفيل وموظفو المركز الرئيسي لدائرة التمنيع واللقاحات والمستحضرات البيولوجية بتقديم دعم كبير في إضفاء اللمسات النهائية على هذا التقرير.

ويتقدم المؤلفون أيضا بالشكر إلى بريان وال ودانييل إرشيك من جامعة جونز هوبكنز ، وكذلك إلى فرق العمل في مؤسسة بيل وملينددا غيتس واستراتيجيات الصحة العالمية على الدعم الذي قدموه.

الصورة: فريدرك كوربيه/ مؤسسة بيل وميلندا غيتس 4

قسم 1

التمنيع في أفريقيا: حان وقت العمل

يعدّ التمنيع من أكثر التدخلات الصحية العامة المتاحة فاعلية. وفي العقود الأخيرة، ساهمت اللقاحات في إحداث انخفاض كبير في عبء أمراض الطفولة حول العالم مما أنقذ ملايين الأرواح. فقد مثل التمنيع الاستراتيجية الأساسية لاستئصال الجدري - وذلك من أعظم الانجازات التي تمت في تاريخ الصحة العامة. وأصبح شلل الأطفال على وشك أن يستأصل، أيضاً بفضل قوة اللقاحات. وأصبح عدد الأطفال الذين ينعمون اليوم بحياة صحية أكثر مما كان في أي وقت مضى، وقد تحرروا من الأمراض التي يمكن تقيها اللقاحات ، وذلك بفضل التمنيع. وعلاوة على ذلك، يتجاوز أثر اللقاحات الصحة العامة فحسب، ليمتد إلى الأداء التعليمي للطفل، وزيادة دخل الأسرة المعيشي، وارتفاع النمو الاقتصادي الوطني في نهاية المطاف.

يلقي هذا التقرير الضوء على الإنجازات التي تحققت فيما يتعلق بتوسيع نطاق إمكانية الحصول على اللقاحات في أفريقيا ويناقش بعض التحديات التي لا تزال قائمة والتي تحول دون تحقيق إمكانية وصول الجميع إلى اللقاحات. ويتزامن توقيت هذا التقرير مع نقطة منتصف تنفيذ "عقد اللقاحات"، والذي يتمثل في رؤية تمتد على مدى عشر سنوات للأوساط الصحية العالمية من شأنها توسيع نطاق إمكانية الحصول على الخدمات المتعلقة باللقاحات والتمنيع للجميع بحلول عام 2020. وفي 2012، صدقت الدول الـ194 الأعضاء في جمعية الصحة العالمية على خطة العمل العالمية للقاحات، وهي عبارة عن إطار لتحقيق هذه الرؤية. ويعكس هذا التقرير أيضاً الالتزامات والأولويات وخطط تحقيق غايات التمنيع في القارة، على النحو الذي عبر عنه مكاتبا منظمة الصحة العالمية لأفريقيا ولشرق المتوسط. وفي حين تشمل جهود التمنيع عدداً هائلاً من الجهات الفاعلة المحلية والعالمية، يركز هذا التقرير بشكل كبير على إنجازات الحكومات والمجتمعات والقادة الأفريقيين، فضلاً عن أدوارهم ومسؤولياتهم.

خطة العمل العالمية للقاحات - صدقت عليها الدول الـ194 الأعضاء في جمعية الصحة العالمية في أيار / مايو 2012 - وهي خارطة طريق من شأنها تجنب ملايين الوفيات بحلول عام 2020 من خلال تحقيق المزيد من التكافؤ في مجال إمكانية الحصول على اللقاحات لجميع الأشخاص بغض النظر عن المكان الذي ولدوا فيه، أو عن هويتهم، أو عن مكان إقامتهم.

وتشمل الغايات المحددة لخطة العمل العالمية للقاحات ما يلي:

الهدف	بحلول عام 2015	بحلول عام 2020
التغطية التطعيمية	تغطية وطنية بنسبة 90 في المائة و80 في المائة في كل حي بالنسبة للجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق	تغطية وطنية بنسبة 90 في المائة و80 في المائة في كل حي بالنسبة لجميع اللقاحات في البرامج الوطنية
اللقاحات الجديدة واللقاحات التي لا تستخدم بالشكل الكافي	إدخال لقاح أو أكثر من اللقاحات الجديدة أو تلك التي لا تستخدم بالقدر الكافي في 90 بلد على الأقل من البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط	إدخال لقاح أو أكثر من اللقاحات الجديدة أو تلك التي لا تستخدم بالقدر الكافي في جميع البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط
شلل الأطفال	عدم وقوع أي حالات شلل أطفال جديدة بعد عام 2014 ("وقف سراية العدوى")	الإشهاد على استئصال شلل الأطفال
غايات القضاء العالمي والإقليمي	القضاء على الكزاز الوليدي على مستوى العالم القضاء على الحصبة على الأقل في أربعة أقاليم من أقاليم منظمة الصحة العالمية القضاء على الحصبة الألمانية على الأقل في إقليمين من أقاليم منظمة الصحة العالمية	القضاء على الحصبة والحصبة الألمانية على الأقل في خمسة أقاليم من أقاليم منظمة الصحة العالمية
الهدف الإنمائي للألفية رقم 4	خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين مقارنة بعام 1990	تجاوز غاية الهدف الإنمائي للألفية 4 لخفض وفيات الأطفال

الصورة: فريدريك كوربيه/ مؤسسة بيل وميلندا غيتس

شهدت التغطية بالتمنيع تحسناً كبيراً في جميع بلدان أفريقيا تقريباً على مدى العقود الأخيرة. ونتيجة لذلك، أصبح ملايين الأطفال يستطيعون الحصول على اللقاحات المنقذة للحياة. وانخفضت الحالات المتعلقة بالعديد من الأمراض التي يمكن تقيها اللقاحات ، مثل الحصبة والتهاب السحايا، في بلدان أفريقية عديدة. وقد ساهمت الحملات الرامية إلى التوعية بشأن أهمية التمنيع، بما في ذلك أسبوع التمنيع الأفريقي، في تحقيق تلك النجاحات. إلا أن المساعي نحو زيادة التغطية بالتمنيع في القارة قد تباطأ في السنوات الأخيرة. وهناك حاجة للمزيد من الالتزامات الرامية إلى زيادة التغطية لمستويات مرتفعة بشكل كافٍ لوقف سريان الأمراض وإدخال اللقاحات الجديدة في نظم التمنيع القطرية.

مرّ عام ونصف دون أن تشهد أفريقيا حالة واحدة لفيروس شلل الأطفال البري . هذا الهدف يعكس إسهام الزعماء السياسيين، المسئولين الصحيين والمجتمعات فى القارة. ومع ذلك، هناك تحديات لا تزال تحول دون ضمان استدامة هذا النجاح في أفريقيا، بما في ذلك ضرورة إدخال تحسينات في مجال التغطية باللقاح الفموي لشلل الأطفال، والمراقبة المستمرة والقدرة على الاستجابة في حالة تفشي العدوى، وإدخال لقاح شلل الأطفال المعطل في نظم التمنيع الروتيني.

يتطلب الوصول إلى جميع الأطفال وتعزيز نظم التمنيع وإدخال اللقاحات الجديدة دعماً سياسياً قوياً وتمويلاً منتظماً. ولا بد أن تستمر البلدان والشركاء الإنمائيون في زيادة التمويل المتاح من أجل تحقيق غايات التمنيع الوطنية، وخصوصاً في البلدان ذات الدخل المتوسط وغير المؤهلة لتلقي الدعم التمويلي الدولي للقاحات. ولا بد أن يقوم أيضاً المجتمع المدني وقادة المجتمعات المحلية بدورهم في تعزيز الطلب على اللقاحات وإخضاع الحكومات للمساءلة. وتتوقف إمكانية ضمان أن يعيش الأطفال حياة صحية وبلوغ الحد الأقصى لإمكاناتهم على الحكومات وشركائها - على المستويات المحلي والوطني والدولي - وسدّ ثغرات التمويل، وزيادة ملكية البلدان لزمام المبادرة وضمان الاستدامة المالية لبرامج التمنيع.

وفي هذه المرحلة المحورية، يجتمع القادة من كافة أرجاء أفريقيا، بما في ذلك قادة الحكومات والمجتمع المدني والمجتمعات المحلية، لمناقشة الالتزامات والإجراءات التي ستكون ضرورية لضمان المستقبل الذي ترتئيه خطة العمل العالمية للقاحات. وقد نمت الاقتصادات في أفريقيا بوتيرة أسرع من أي مكان آخر في العالم، جالبة معها فرصاً ووجه تقدم جديدة في مختلف القطاعات، بدأ من التكنولوجيا وصولاً إلى الهياكل البنية التحتية [1، 2]. وإذا ما جمعنا تلك العوامل، نجدها تساهم في إحداث تفاؤل ملموس حول مستقبل أفضل لأفريقيا. ويعد تحسين أنظمة الصحة، وخصوصاً التمنيع، أمراً جوهرياً لضمان ذلك المستقبل.

التحالف العالمي للقاحات والتمنيع: شريك أساسي في توصيل اللقاحات إلى جميع أنحاء أفريقيا

يتمثل التحالف العالمي للقاحات والتمنيع في شراكة بين القطاعين العام والخاص تلتزم بمهمة إنقاذ الأرواح وحماية الصحة من خلال توسيع نطاق فرص الحصول على اللقاحات في أكثر بلدان العالم فقراً. ويدعم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع 73 بلداً حول العالم من خلال تقديم التمويل لـ11 لقاحاً جديداً وغير مستخدم بالقدر الكافي، بما في ذلك اللقاح الخماسي التكافؤ، الذي أصبح اليوم مستخدماً في جميع بلدان التحالف، ولقاح شلل الأطفال المعطل - وهو عنصر أساسي في الاستراتيجية العالمية لاستئصال شلل الأطفال. وإضافة إلى ذلك، يقدم التحالف أيضاً الدعم المالي لتعزيز نظم التمنيع ونظم الصحة.

ولقد وضعت الاستراتيجية الجديدة للتحالف العالمي للقاحات والتمنيع لفترة 2016 - 2020 تحقيق التغطية المتكافئة والمستدامة في صميم جهود التحالف. وبدأ العمل مع البلدان في مختلف أرجاء القارة من أجل مواءمة التدخلات وتحديد أولوياتها بشكل أفضل بغية معالجة تلك الثغرات.

ويستطيع التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، باعتباره شريك أساسي في توصيل اللقاحات في البلدان النامية، خفض أسعار اللقاحات من خلال حشد الطلبات القطرية، والعمل مع المانحين والبلدان لضمان تمويل يمكن التنبؤ به وطويل الأجل، وإنشاء أسواق صحية للقاحات. ومنذ عام 2000، ساهم دعم التحالف في حصول أكثر من 500 مليون طفل على التمنيع، مما أنقذ ما يقدر بنحو 7 ملايين روح.

قسم 2

التغطية بالتمنيع الروتيني

لمحة عن الموضوع

- **ازدادت التغطية بالتمنيع الروتيني بشكل كبير في مختلف أرجاء أفريقيا ـ فقد ازداد متوسط التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق من 57 في المائة عام 2000 إلى 80 في المائة عام 2014. ومع ذلك، تباطأ التقدم في السنوات الأخيرة.**

- **حققت أقل من نصف البلدان الأفريقية غاية خطة العمل العالمية للقاحات المتمثلة في زيادة التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق على المستوى الوطني لتبلغ أكثر من 90 في المائة في عام 2014. تقدر التغطية في خمسة بلدان أفريقية بأقل من 50 في المائة[1].**

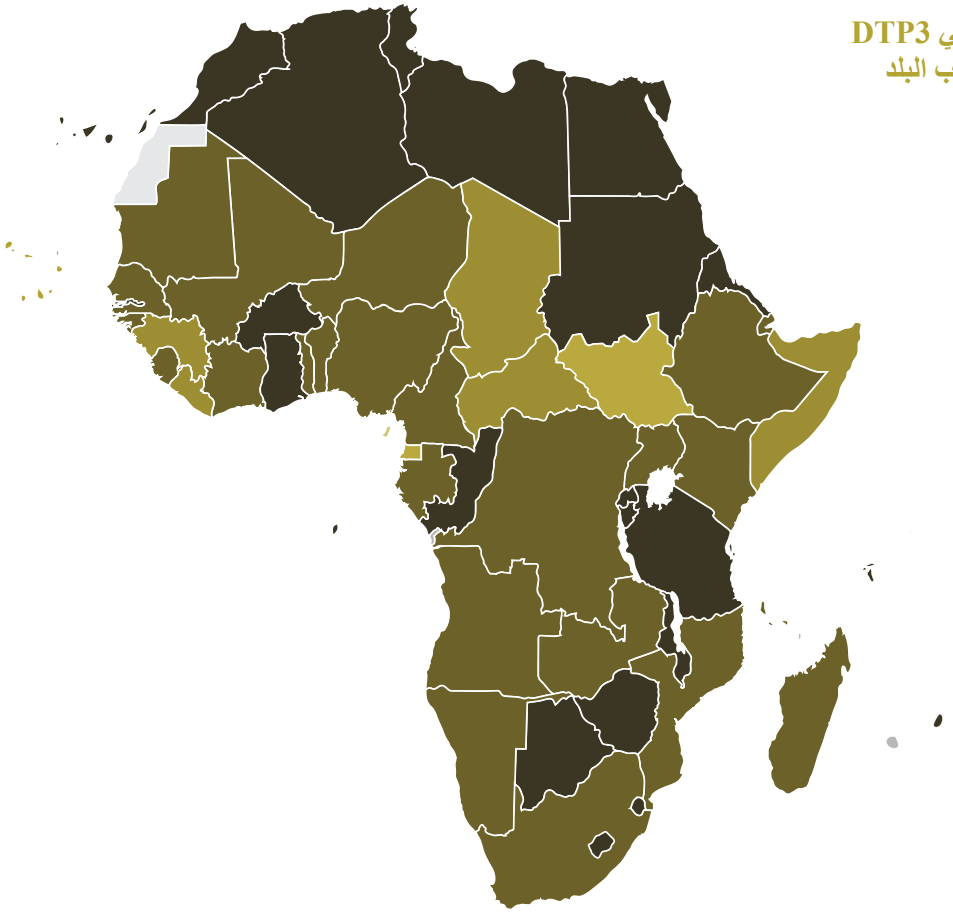
- **يتطلب تحقيق الغايات المتعلقة بالتغطية ضمان تكافؤ فرص حصول الأطفال الذين يصعب الوصول إليهم على التطعيمات المنقذة للحياة.**

وأطلقت منظمة الصحة العالمية البرنامج الموسع للتمنيع، من أجل توصيل التمنيع إلى الأطفال حول العالم، في عام 1974 [3]. ومنذئذ ومن خلال الجهود الوطنية والإقليمية والعالمية الرامية إلى توسيع نطاق التمنيع الروتيني، ازدادت التغطية في أفريقيا بشكل ملموس. وممع ذلك، بالرغم من التحسينات السريعة التي أنجزت في العقود التي تلت انطلاق البرنامج الموسع للتمنيع، ظل التقدم المحرز نحو النهوض بتغطية التمنيع الروتينية في أفريقيا في حالة ركود خلال السنوات الأخيرة [4، 5].

وعادة ما تستخدم التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق لقياس مدى قوة ونطاق برامج التمنيع الروتيني، حيث يتطلب الوصول باللقاحات إلى الأطفال ثلاث مرات في الفترات الزمنية المحددة للجرعات[2]. وتحدد خطة العمل العالمية للقاحات غايتين للتغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق للبلدان بحلول عام 2015: (1) تغطية بحد أدنى 90 في المائة على المستوى الوطني؛ و(2) تغطية بحد أدنى 08 في المائة في كل حي [6].

اللقاح الثلاثي DTP3
التغطية حسب البلد

2014



[1] التغطية المقدرة وفق منظمة الصحة العالمية ـ اليونيسيف

[2] غالباً ما يقدم اللقاح المضاد للخناق والكزاز والشاهوق عالمياً على شكل لقاح مركب يشمل أيضاً لقاحات مضادة للمستدمية النزلية من النمط "ب" ولالتهاب الكبد الباتي في قنينة واحدة.

ولم يبلّغ أي بلد أفريقي عام 1980 من البلدان التي توافرت بياناتها (وعددها 12 بلداً) عن تجاوز التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق نسبة 90 في المائة، كما أبلغ بلد واحد (موريشيوس) عن تغطية تتجاوز 80 في المائة - وهو الغاية الأصلية للتغطية العالمية [3]. وبحلول عام 2014، قدرت نسبة بلدان أفريقيا التي حققت غاية خطة العمل العالمية للقاحات للتغطية الوطنية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق المحددة بحلول عام 2014 بـ 43 في المائة (23 من أصل 54 بلداً) [7]. وتعتبر التغطية باللقاح المحتوي على الحصبة مؤشراً آخراً تستخدمه منظمة الصحة العالمية لتقييم قوة نظم التمنيع. وفي عام 2014، بلغت تغطية الجرعة الواحدة من اللقاح المحتوي على الحصبة نسبة 74 في المائة [7]. ومع ذلك، تتطلب مكافحة الحصبة تغطية مرتفعة بجرعتين من اللقاح المحتوي على الحصبة. وقد أدخل أقل من نصف البلدان الأفريقية (48 في المائة) الجرعة الثانية من اللقاح المحتوي على الحصبة، ونتيجة لذلك تبلغ تغطية الجرعة الثانية من اللقاح المحتوي على الحصبة على مستوى القارة حوالي 17 في المائة [7].

قائمة أفضل 10 بلدان في أفريقيا من حيث أداء التغطية في عام 2014 (بالترتيب الأبجدي)

البلد	التغطية بالجرعة الأولى من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق	التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق	التغطية بالجرعة الثانية من اللقاح المحتوي على الحصبة
تنزانيا	99	97	29
تونس	98	98	95
رواندا	99	99	77
سوازيلاند	99	98	89
سيشيل	99	99	98
غامبيا	98	96	73
غانا	99	98	67
ليسوتو	97	96	54
المغرب	99	99	95
موريشيوس	97	97	85

فلم يزداد متوسط التغطية التقديرية للجرعة الثالثة في أفريقيا إلا من 74 في المائة عام 2010 إلى 80 في المائة فقط عام 2014 [7، 8]. وعلاوة على ذلك، هناك فوارق مقلقة بين البلدان. وقد سجلت معظم بلدان شمال أفريقيا تغطية وطنية بنسبة تفوق 90 في المائة - وهي غاية خطة العمل العالمية للقاحات - في حين شهدت معظم بلدان أفريقيا جنوب الصحراء تقدماً أكثر محدودية [7]. وقد أبلغت خمسة بلدان أفريقية عن التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق بنسبة أقل من 50 في المائة [7].

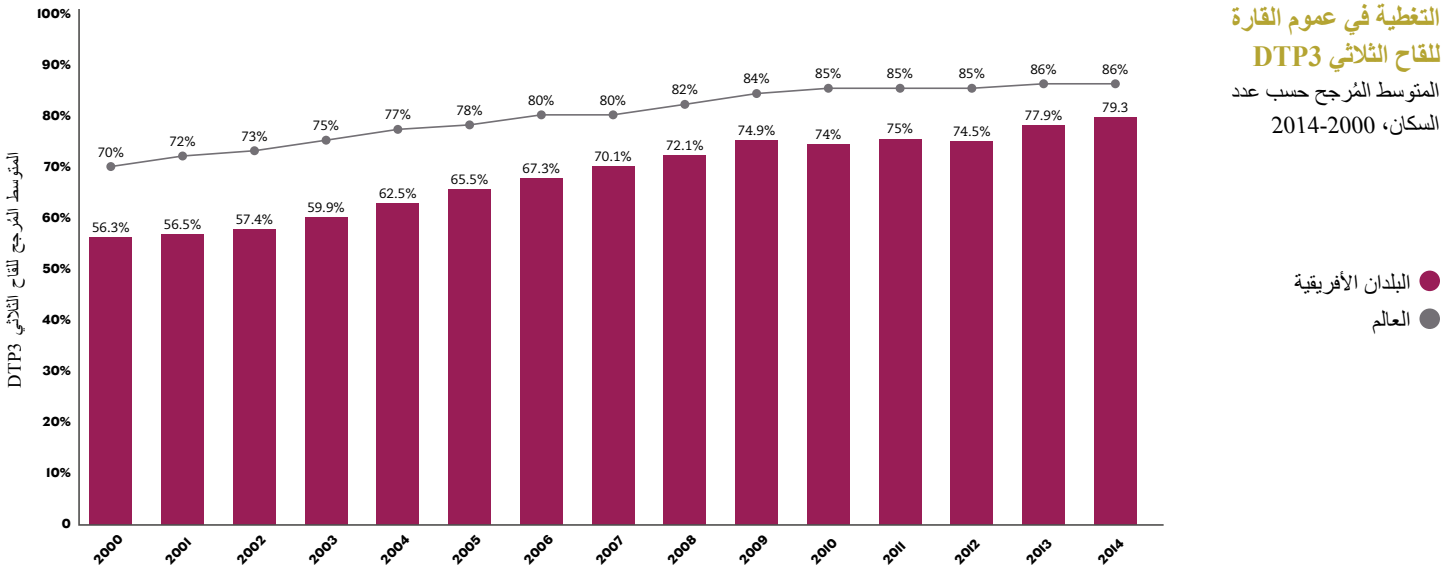
وفي عام 2014، لم تحقق سوى 17 في المائة من البلدان في أفريقيا (أي 9 من أصل 54 بلداً) غاية خطة العمل العالمية للقاحات المتمثلة في التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق بنسبة 80 في المائة على الأقل في جميع الأحياء بحلول عام 2014، مما يبرز الفوارق الجغرافية بين باقي البلدان [7]. وعلاوة على ذلك، توجد فوارق في التغطية بالتمنيع داخل البلدان أيضاً بين السكان الفقراء والأثرياء. ويثير ذلك قلقاً بالغاً، حيث يتعرض أطفال الأسر المعيشية الفقيرة بشكل أكبر لخطر الوفاة من الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات، مقارنة بأطفال الأسر الأغنى. وهناك حاجة لزيادة التركيز على التكافؤ لضمان وصول التمنيع إلى الأطفال المنتمين إلى مختلف المجتمعات الجغرافية والاجتماعي - الاقتصادية في كل حي على المستوى الوطني.

إدراك العوامل المحددة للتغطية باللقاحات

علاوة على معالجة قيود نظم الصحة (مثلاً رداءة الهياكل الأساسية، قلة أعداد العاملين في مجال الصحة)، يمكن تحسين تغطية التمنيع من خلال معالجة العوامل المتعلقة بالفرد والأسرة والمجتمع المحلي والتي تنسب إليها إهدار التمنيع أو تقديمه في أوقات غير مناسبة [9 - 14]. وفي العديد من البلدان الأفريقية، وليس جميعها، اقترن تعليم مقدمي الرعاية، وحجم الأسرة، ونوع جنس الطفل، وأوضاع المهاجرين، وترتيب المواليد، بما إن كان الطفل ممنَّعاً بصورة كاملة أم لا. وقد أظهر استعراض منهجي للدراسات أجري في بلدان ذات منخفضة ومتوسطة الدخل أن عدم المساواة بين الجنسين قد يمثل جانباً كامناً للتطلب المنخفض على التمنيع [14]. ووجد الباحثون أن الوضع الاجتماعي المتدني للمرأة يؤثر سلباً على إمكانية الحصول على التطعيم للنساء بسبب افتقارهن القدرة على صنع القرارات بشأن الموارد وقلة استقلالهن [14]. ولهذا السبب، يمكن تحسين التغطية بالتطعيمات في بعض الحالات من خلال إشراك الآباء والمجتمعات المحلية في الأنشطة التطعيمية. ويمثل إدراك العوامل المحددة للتغطية بالتمنيع عملية هامة تسمح لصانعي القرارات ومديري برامج الصحة بتحسين وصقل استراتيجية برامج التمنيع.

التغطية في عموم القارة للقاح الثلاثي DTP3

المتوسط المُرجح حسب عدد السكان، 2000-2014



هناك طريقة أخرى لتقييم قوة برنامج التمنيع لكل بلد، وهي قياس عدد المنقطعين عن التمنيع، أو الفرق بين عدد الأطفال الحاصلين على الجرعة الأولى من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق وبين عدد الأطفال الذين حصلوا على الجرعات الثلاث. فإذا لم تتعدَ النسبة 10 في المائة وكانت التغطية مرتفعة، أشار ذلك إلى احتمال أن يكون الأطفال قد حصلوا على الجرعات الثلاث المطلوبة للخناق والكزاز والشاهوق، وذلك ما يدل على تفوق أداء التمنيع [15]. وفي عام 2014، قدر الفرق بين الجرعة الأولى والجرعة الثالثة بحوالي 9 في المائة على مستوى أفريقيا [7، 8]. بيد أن بعض البلدان في أفريقيا أبلغت عن فرق يفوق 20 في المائة، مما يدل على نسبة كبيرة من المنقطعين عن التمنيع. ووجدت النسبة الأكبر من المنقطعين في البلدان التي يحصل فيها عدد صغير جداً من الأطفال حتى على الجرعة الأولى من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق.

ويشغل إدراك التغطية التطعيمية على المستوى الوطني أهمية جوهرية لرصد أداء برامج التمنيع، والتعرف على المجالات التي تحتاج إلى تحسين داخل نظم التمنيع، والإعداد لإدخال التطعيمات الجديدة [16]. وتستند تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسف للتغطية الوطنية بالتمنيع إلى البيانات الإدارية والاستقصائية والتقديرات الرسمية للبلدان [16]. إلا أن الدراسات الاستقصائية المستخدمة تتصف بالمحدودية، وذلك بسبب أساليب جمع البيانات الخاصة بها - ولا سيما استعراض بطاقات التمنيع في المنازل، واستجواب مقدمي الرعاية بشأن تاريخ التمنيع أو كليهما معاً. وتقترن كذلك تلك التحديات بالعمل تحت ظروف تفتقر إلى الموارد. ويحتسب تعزيز نوعية بيانات التمنيع وتقديرات التغطية، واستخدام البيانات من أجل تحسين أداء برنامج التمنيع، خطوات أساسية للنهوض بالتغطية في أفريقيا.

قيادة البلدان ، حالة رواندا: تحسين التمنيع الروتيني وإدخال اللقاحات الجديدة

أحرزت رواندا تحسينات ملموسة في مجال صحة الأم والطفل في السنوات الأخيرة. ومن خلال القيادة الوطنية القوية، أولى البلد الأولوية لتكافؤ فرص الحصول على الخدمات الصحية، واستخدم استراتيجيات لإزالة الطابع المركزي عن الرعاية الصحية وتعزيز قدرات العاملين في مجال الصحة المجتمعية. واستجابة لذلك، انخفضت وفيات الأطفال بنسبة 73 في المائة (من 152 إلى 42 حالة وفاة في كل 1000 مولود حي) من عام 1990 إلى 2015، متوفقة بذلك على غاية الهدف الإنمائي للألفية 4 الذي تم تحديده للبلد [17].

واتبعت رواندا نهجاً متعدد القطاعات للنهوض بالصحة. وقد ساهم التمنيع الروتيني - كجزء جوهري من نظام الرعاية الصحية الأولية - في المكاسب المذهلة التي أحرزت في مجال بقاء الطفل على قيد الحياة. وفي عام 2013، وصلت الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق إلى 99 في المائة من الأطفال المؤهلين [3]، وأصبح أكثر من 90 في المائة من الأطفال في عام 2011 ممنَّعين بصورة كاملة بجميع أشكال التطعيمات الروتينية [7]. وللتوصل لهذه التغطية، أدرجت السلطات نُهُجاً مبتكرة، مثل تحفيز العاملين في مجال الصحة للوصول إلى الأطفال في المناطق التي يخدمونها، وتقديم التمنيع في المدارس، والتركيز على التثقيف الصحي والتواصل.

ومهدت رواندا كذلك الطريق في مجال إدخال اللقاحات الجديدة. وكانت رواندا من أوائل البلدان في أفريقيا التي أدخلت اللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية، وذلك منذ عام 2009 [18]. وبعد عامين، أدخلت رواندا اللقاح المضاد للورم الحليمي البشري، مما أتى للفتيات بالحماية من سرطان عنق الرحم - وهو أكثر أنواع السرطان انتشاراً بين نساء البلد [19]. وواصلت رواندا بعد ذلك بإدخال اللقاح المضاد للفيروس العجلي (الروتا) في عام 2012، واللقاح المدمج المضاد للحصبة والحصبة الألمانية في عام 2014.

إن حالة رواندا تلقي الضوء على قوة الالتزام السياسي الرفيع المستوى تجاه التمنيع، المقترن بالالتزام على نطاق واسع بتعزيز نظم الصحة.

[3] تعتبر نسبة 99 في المائة هي أعلى تقدير ممكن للتغطية للبلدان في تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف للتغطية السنوية.

قسم 3

التمنيع والقدرة على القضاء على الأمراض

لمحة عن الموضوع

- **يشكل التمنيع تدخلاً قوياً للقضاء على الأمراض، وفي بعض الأحيان، استئصالها.**
- **أوشك العالم اليوم على استئصال شلل الأطفال؛ ولكن لا تزال هناك تحديات، بما في ذلك إجراء حملات التمنيع العالية الجودة، والنهوض بالتمنيع الروتيني، وإدخال لقاح شلل الأطفال المعطل، ومواجهة التحديات الأمنية للوصول إلى كل طفل.**
- **لا تزال الأمراض الأخرى التي تستهدفها خطة العمل العالمية للقاحات قائمة في أفريقيا، بما في ذلك الحصبة والكزاز الوليدي، ونحتاج إلى بذل الجهود من أجل زيادة التغطية باللقاحات المضادة لها.**

ومن خلال الجهد العالمي الذي بذل بصورة منقطعة النظير، أدى التمنيع إلى استئصال[4] الجدري في عام 1977، وهو المرض البشري الوحيد الذي استؤصل حتى الآن. وبغية الاستفادة من هذا النجاح ومن قدرة اللقاحات على مكافحة الأمراض، وفي إطار خطة العمل العالمية للقاحات، حددت البلدان والشركاء الدوليون عدة أمراض يمكن توقيها باللقاحات - بما في ذلك شلل الأطفال، والكزاز الأمومي والوليدي، والحصبة، و الحصبة الألمانية - باعتبارها أهدافاً للاستئصال أو الإزالة. وتمثل معظم تلك الأمراض تحدياً حقيقياً لأفريقيا.

أدت التحسينات الحديثة في مجال التغطية بالتمنيع، مدفوعة بدعم من البلدان والمانحين الدوليين، إلى انخفاض الإصابة بالأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات بين الأطفال في أفريقيا [20]. فانخفضت الوفيات الناجمة عن الحصبة على سبيل المثال، بنسبة 86 في المائة في الفترة ما بين عام 2000 و2014 في الإقليم الأفريقي، كما أصبحت القارة خالية من سراية عدوى فيروس شلل الأطفال لأكثر من عام [20- 22]. وعلى الرغم من تلك الإنجازات، إلا أن بعض الأمراض الخطيرة الأخرى، بما في ذلك الحصبة والكزاز الوليدي - والتي قضي عليها أو أوشك أن يقضى عليها في معظم مناطق العالم، لا تزال متوطنة في أفريقيا [20].

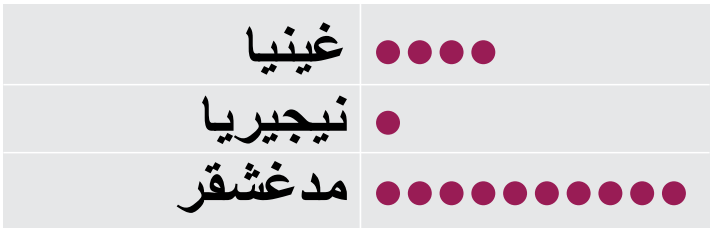
استئصال شلل الأطفال

يقتصر اليوم تنقل عدوى شلل الأطفال على الصعيد العالمي على بلدين فقط، وهما أفغانستان وباكستان. تخلو أفريقيا من شلل الأطفال منذ 11 آب / أغسطس 2014، عندما تم التعرف على آخر حالة فيروس شلل الأطفال البري من النمط 1 في الصومال [23]. وقد تم وقف سراية فيروس شلل الأطفال البري من النمطين 2 و3 في الإقليم الأفريقي في وقت سابق، عامي 1999 و2012 على التوالي. ومع ذلك، لا تزال هناك مخاطر كبرى تهدد عملية استئصال شلل الأطفال في أفريقيا. فعلى سبيل المثال، يظل خطر عودة تسلل الفيروس قائماً إذا لم تتم زيادة التغطية بالتمنيع الروتيني بالجرعات الثلاثة للقاح شلل الأطفال البري - والتي تتحقق حالياً في 79 في المائة من القارة الأفريقية - والحفاظ عليها. ويمكن للقاح الفموي لشلل الأطفال في حالات نادرة أن يتحور إلى فيروس شلل الأطفال الدوار الناجم عن أخذ اللقاح بين الفئات السكانية التي تعاني من نقص في التطعيم. ويبرز ذلك ضرورة مراقبة الشلل الرخو الحاد، وتعزيز نظم التمنيع الروتيني، وإدخال لقاح شلل الأطفال المعطل [22].

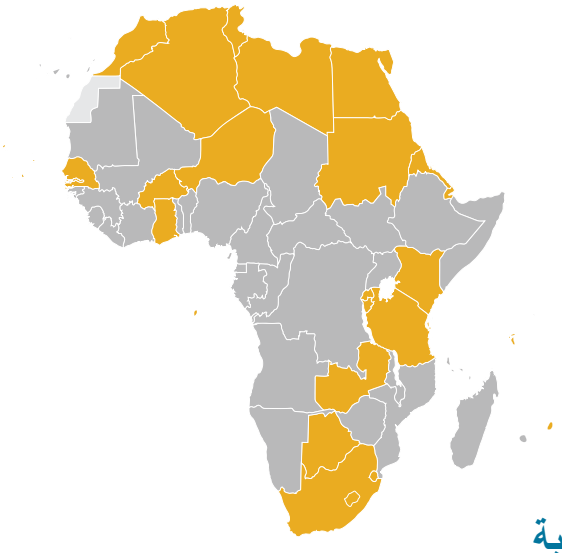
حالات العدوى بفيروس شلل الأطفال المشتقة من اللقاح الجائل، 2015

حالات العدوى بفيروس شلل الأطفال المشتقة من اللقاح الجائل في عام 2015

● =حالة للعدوى بفيروس شلل الأطفال المشتقة من اللقاح الجائل



[4] "الاستئصال" هو خفض انتقال المرض عالمياً إلى الصفر. ويقصد بـ "الإزالة" أو "القضاء" على المرض خفض انتقال المرض إلى الصفر في منطقة جغرافية محددة. أما "المكافحة" فهي خفض عبء المرض إلى درجة تقل عن عدد الحالات المحدد.



اللقاح المحتوي على الحصبة (MCV2)

جرعتان من لقاح الحصبة في الجدول الوطني للتمنيعات

المفتاح

- تم إدخال اللقاح MCV2
- لم يتم إدخال اللقاح MCV2
- لا ينطبق

القضاء على الحصبة

تقدر عدد الوفيات الناجمة من الحصبة بمقدار 48000 في الإقليم الأفريقي عام 2014، مما يمثل 42 في المائة من الوفيات حول العالم بسبب هذا المرض [20]. ولأن الحصبة فيروس شديد العدوى، فإن مكافحته تتطلب أكثر من 95 في المائة من التغطية بجرعتين من اللقاح المحتوي على الحصبة في جميع الأحياء، تعطيا من خلال التمنيع الروتيني أو أنشطة التمنيع التكميلية. وعلى الرغم من توصية منظمة الصحة العالمية باتباع جدول ثنائي الجرعات، لم يقم سوى أقل من نصف البلدان الأفريقية (48 في المائة) بإدراج جرعتي اللقاح المحتوي على الحصبة في برامج التمنيع لديهم [24]. ففي عام 2014، بلغت تغطية الجرعة الأولى من اللقاح المحتوي على الحصبة 75 في المائة، والجرعة الثانية منه 19 في المائة [7].

استئصال الكزاز

أقل من حالة واحدة للكزاز الوليدي لكل ألف ولادة حية في كل منطقة

المفتاح

- تم استئصال الكزاز
- لم يتم استئصال الكزاز
- لا ينطبق

القضاء على الكزاز

أحرز العالم تقدماً ملموساً نحو القضاء على الكزاز الأمومي والوليدي، متمثلاً في أقل من حالة واحدة لكل 1000 مولود حي في كل حي سكني. إلا أن حوالي خُمس البلدان الأفريقية لم تقضِ على حالات الكزاز بعد، أي هناك 13 بلداً من 23 بلداً حول العالم لم يحقق هذا الإنجاز بعد. وعلى الرغم من استحالة استئصال الكزاز (لتواجد أبواغ الكزاز في البيئة)، إلا أن هناك تدخلات واستراتيجيات أساسية ومتاحة تتسم بالفعالية الفائقة لمكافحة المرض، بما في ذلك تمنيع الأمهات والولادة النظيفة وممارسات رعاية الحبل السري. وفي عام 2014، كان 77 في المائة من أطفال أفريقيا محصنين من الكزاز الوليدي عند الولادة من خلال تمنيع الأمهات [7].

نيجيريا خالية من شلل الأطفال: إنجاز تاريخي في مجال الصحة العامة

لفترة طويلة وحتى عام 2102، ظلت نيجيريا - (البلد الوحيد الذي يستوطن فيه شلل الأطفال - تعتبر إحدى بؤر سراية شلل الأطفال، حيث كانت تضم أكثر من نصف جميع حالات شلل الأطفال في العالم. ومنذئذ، تآزر مسؤولو الحكومة، والعاملون في مجال الصحة، والزعماء الدينيون، والمجتمع المدني، والشركاء الدوليون معاً من أجل تحسين برنامج التمنيع لديهم من خلال ابتكارات محلية، حتى استطاعوا أن يصلوا إلى ملايين الأطفال، حتى في أكثر المناطق نأياً في نيجيريا. وجاءت نتيجة هذا الجهد العظيم جلية: لم تسجل نيجيريا حالة شلل أطفال بري واحدة منذ 42 يوليو 4102.

وبعد نجاح نيجيريا، لم يعد هناك سوى بلدين في العالم يسري فيهما فيروس شلل الأطفال البري في العالم، وهما باكستان وأفغانستان. ولكن لا تزال هناك عدة تحديات أخرى بجانب وقف سراية شلل الأطفال البري في العالم.

وقد تم وضع مجموعة من التدخلات والاستراتيجيات لوقف سراية شلل الأطفال. والأهم، لا بد من تعزيز نظم التمنيع الروتيني للوصول إلى كل طفل بلقاح شلل الأطفال وضمان بلوغ التمنيع مستوى مرتفع في المجتمع. ويتعين على الحكومات أيضاً الحفاظ على رقابة عالية على الأمراض وعلى برامج رامية إلى مكافحة الفاشيات لمنع عودة ظهور المرض. وفي النهاية، وبدعم من التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، ستقوم البلدان بإدخال لقاح شلل الأطفال المعطل وتوسيع نطاق تغطيته، وذلك أمر أساسي لمكافحة تفشي فيروس شلل الأطفال الدوار الناجم عن أخذ اللقاح.

لقد جعلت نيجيريا العالم أقرب لإحدى أعظم الإنجازات في تاريخ البشرية. ولا بد من أن يستغل المجتمع العالمي هذه الفرصة لوضع نهاية لشلل الأطفال إلى الأبد وضمان تحرر أطفال الأجيال القادمة من هذا المرض الفتاك.

قسم 4

4. اللقاحات الجديدة واللقاحات التي لا تستخدم بالشكل الكافي

لمحة عن الموضوع

- **حقق إدخال اللقاحات الجديد في أفريقيا نجاحاً كبيراً. فإن غاية خطة العمل العالمية للقاحات المتمثلة في قيام 09 بلد على الأقل من البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط بإدخال لقاح واحد أو أكثر من اللقاحات الجديدة أو التي لا تستخدم بالشكل الكافي، في طريقها الآن للتحقق على مستوى العالم، ويرجع ذلك بشكل كبير إلى النجاحات التي أحرزت في مختلف أرجاء أفريقيا بقيادة الزعماء الأفريقيين وبالشراكة مع التحالف العالمي للقاحات والتمنيع.**

- **أدخلت بلدان عديدة في أفريقيا مختلف اللقاحات الجديدة، كاللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية واللقاح المضاد للفيروس العجلي (الروتا) في وقت واحد. ويشير ذلك إلى الأولوية العالية التي يشغلها التطعيم لدى القادة السياسيين في أفريقيا.**

- **يعتمد الأثر النهائي للقاحات في أفريقيا - على النحو المقاس بالأرواح التي يتم إنقاذها والأمراض التي يتم تجنبها والمعتمدة على عدد الأطفال الممنَّعين. وينبغي على البلدان أن تواصل تحسين التغطية بالتحصين الروتيني من أجل تحقيق الوعد الكامل لتلك اللقاحات.**

خلال العقدين الماضيين، أحرز العالم تقدمات ضخمة نحو تطوير اللقاحات الجديدة وطرحها. واليوم، أصبح من الممكن الوقاية من 25 مرضاً بواسطة اللقاحات. وفي الماضي، اتصفت وتيرة اعتماد اللقاحات الجديدة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط بالبطء، بما في ذلك البلدان التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأطفال، وذلك بسبب عدد كبير من العوامل من ضمنها تكاليف اللقاحات المرتفعة وتنافس الأولويات في مجال الصحة. ولحسن الحظ، تغير الأمر في السنوات الأخيرة بفضل زيادة الإرادة السياسية الوطنية ودون الوطنية، والدعم المنقطع النظير من قبل المجتمع العالمي، والدعم التمويلي الغير مسبوق من التحالف العالمي للقاحات والتمنيع.

وفي عام 2013، التزمت كافة البلدان الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بضمان قيام 90 بلد على الأقل من البلدان النامية بإدخال لقاح واحد أو أكثر من اللقاحات الجديدة أو التي لا تستخدم بالشكل الكافي قبل عام 2015 [6]. ولقد ساهمت بلدان أفريقيا بشكل كبير في السعي نحو تحقيق هذه الغاية ونتيجة لذلك، أوشكت على إنجاز الهدف [25]. ومنذ عام 2014، تم إدخال 821 لقاحاً جديداً في البلدان النامية حول العالم، بما في ذلك بلدان أفريقية عديدة - وقد أدخلت بعض البلدان لقاحات جديدة متعددة. وبالتطلع إلى المستقبل، تنص خطة العمل العالمية للقاحات على أنه يتعين على جميع البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط إدخال لقاح أو أكثر من تلك اللقاحات بحلول عام 2020.

وهناك عدة مسائل لا بد أن تراعيها البلدان عند تقييم ما إن ستدخل لقاحاً جديداً ما أم لا. ومن ضمن تلك المسائل عبء الأمراض، وقوة برنامج التحصين، وتكلفة اللقاحات المتاحة وفعاليتها، والإرادة السياسية. ولضمان ملكية البلد لزمام المبادرة وتوجيه صنع القرارات بشأن اللقاح، شكل العديد من البلدان فرق استشارية تقنية مستقلة، على النحو الموصى به من خطة العمل العالمية للقاحات [6].

الصورة: ريكاردو جانجالي/ مؤسسة بيل وميلندا غيتس

تتضمن اللقاحات الجديدة والتي لم يتم استعمالها بالقدر الكافي ، والوثيقة الصلة بأفريقيا، ما يلي:

اللقاح المضاد للمستديمة النزلية من النمط "ب"

إن المستديمة النزلية من النمط "ب" عبارة عن بكتريا قد تسبب أمراضاً وخيمة كالالتهاب الرئوي والتهاب السحايا بين الأطفال. وفي عام 2000، عندما لم يكن يستخدم اللقاح المضاد للمستديمة النزلية من النوع "ب" سوى في بلدين فقط في أفريقيا، تسببت في ما يقارب 180000 حالة وفاة في أفريقيا [26]. واليوم، تقوم جميع البلدان الأفريقية بتمنيع الأطفال بهذا اللقاح، ويقترن بشكل أساسي بأربعة مستضدات أخرى (وهي الخناق، والكزاز، والشاهوق، والتهاب الكبد ب). وإذا حقق اللقاح المضاد للمستديمة النزلية من النمط "ب" التغطية الكافية، فسوف يستطيع أن يقضي على هذه العدوى الخطيرة لدى السكان [27 - 29].

اللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية

يمكن للمكورات الرئوية، على غرار المستديمة النزلية من النمط "ب"، التسبب في أمراض تهدد الحياة كالالتهاب الرئوي، والإنتان، والتهاب السحايا لدى الأطفال. فهي واحدة من الأسباب الرئيسية للوفيات التي يمكن توقيها باللقاحات حول العالم، حيث تسببت في حوالي 300000 حالة وفاة في إقليم أفريقيا عام 2008 [30]. وفي تلك الفترة، لم يكن يستخدم أي بلد في أفريقيا اللقحات المقترنة المضادة للمكورات الرئوية بعد [18]. واليوم، أصبح 14 بلداً في أفريقيا يستخدم اللقحات المقترنة المضادة للمكورات الرئوية في برامج التمنيع الروتيني لديهم [18].

لقاح شلل الأطفال المعطل

سار اليوم شلل الأطفال، وهو مرض فيروسي عالي العدوى يمكن أن يؤدي إلى الشلل أو الوفاة، متوطناً في بلدين فقط في العالم. لم تبلغ أفريقيا عن حالة شلل أطفال بري واحدة منذ آب / أغسطس 2014. ويشكل إدخال جرعة واحدة على الأقل من لقاح شلل الأطفال المعطل، بالاقتران مع اللقاح الفموي لشلل الأطفال، عنصراً أساسياً من الخطة الاستراتيجية الجديدة للقضاء على شلل الأطفال والشوط الأخير من استئصاله، حيث سيساعد ذلك على الحد من خطر تفشي العدوى المرتبط باستخدام اللقاح الفموي لشلل الأطفال. وقد ازدادت مؤخراً نسبة اعتماد لقاح شلل الأطفال المعطل في أفريقيا بصورة ملموسة. وأدخلت جميع البلدان الـ17 في أفريقيا لقاح شلل الأطفال المعطل إما في عام 2014 أو في عام 2015، ما عدا بلد واحد [18].

اللقاح المضاد لالتهاب السحايا من النمط "أ"

كانت تعرف الزمرة "أ" من المكورة السحائية بأنها أكثر الأسباب شيوعاً لالتهاب السحايا في أفريقيا، حيث كانت تتسبب في فاشيات موسمية حادة لالتهاب السحايا تقتل الآلاف وتصيب أعداداً أكبر بكثير بالإعاقة في منطقة من أفريقيا جنوب الصحراء المعروفة بـ"حزام التهاب السحايا". ومن خلال شراكة عالمية مميزة، تم تطوير لقاح متقارن من الزمرة "أ" ضد المكورات السحائية يسير التكلفة وفعال، ليتم استخدامه خصيصاً في أفريقيا. وتم ترخيص هذا اللقاح في عام 2010 ويستخدم الآن في الحملات الوقائية في حزام التهاب السحايا. ولقد قضي على الزمرة "أ" تقريباً في الإقليم، مما يشكل نجاحاً ساحقاً في مجال الصحة العامة. ومع ذلك، تشير الدراسات إلى أنه قد يعود ظهوره إن لم يتم الحفاظ على معدلات مرتفعة للتغطية ببرامج التمنيع الروتيني [31].

اللقاح المضاد للفيروس العجلي (الروتا)

يمثل الفيروس العجلي المسبب الأساسي لحالات الإسهال الحاد لدى الأطفال حول العالم [32]. وبدون تطعيم، يعاني كل طفل تقريباً من الإصابة بالفيروس العجلي بحلول عيد ميلاده الثالث. وعلى العكس من المسببات الأخرى للإسهال، لا يمكن اتقاؤه بمجرد تحسين المياه والصرف الصحي فقط، ولا يمكن علاجه بالمضادات الحيوية. وتعتبر اللقاحات الآن إحدى أكثر التدخلات فعالية من حيث التكلفة للوقاية من الوفيات والأمراض الناجمة عن الإسهال [33]. ومنذ عام 2015، قام 30 بلداً أفريقيا، ومن ضمنهم بلدان عديدة تستأثر بأعلى معدلات في مجال وفيات الأطفال في القارة، بإدخال اللقاحات المضادة للفيروس العجلي [18].

اللقاح المضاد للورم الحليمي البشري

يمثل سرطان عنق الرحم المسبب الأساسي للوفاة من السرطان لدى النساء في البلدان النامية، بسبب سوء إمكانية الحصول على خدمات الفحص والعلاج. وأصبح هناك لقاحان يوفران الحماية من ذراري الورم الحليمي البشري الذي يتسبب في حوالي 70 في المائة من حالات سرطان عنق الرحم، في معظم البلدان المتقدمة النمو. بيد أن الأسعار المرتفعة وتحديات التوصيل (تعطى اللقاحات المضادة للورم الحليمي البشري للمراهقين)، لطالما شكلت حاجزاً يحول دون انتشار استخدام اللقاحات المضادة للورم الحليمي البشري على نطاق واسع بصورة روتينية في معظم البلدان في أفريقيا. وبفضل دعم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، يستخدم اليوم ثماني بلدان اللقاحات المضادة للورم الحليمي البشري بشكل روتيني في أفريقيا، في حين يجري 21 بلداً في القارة مشاريع تجريبية للقاحات المضادة للورم الحليمي البشري قبل استخدامها على نطاق واسع بصورة روتينية [34].

وفي حين عملية إدخال اللقاحات الجديدة ظلت واعدة في السنوات الأخيرة، إلا أن الجهود الرامية إلى زيادة التغطية بالتمنيع الروتيني، وخاصة بين الفئات الأكثر عرضة للأمراض، ستلعب دوراً حيوياً في ضمان تحقيق اللقاحات الجديدة قدرتها الكاملة على إنقاذ الحياة.

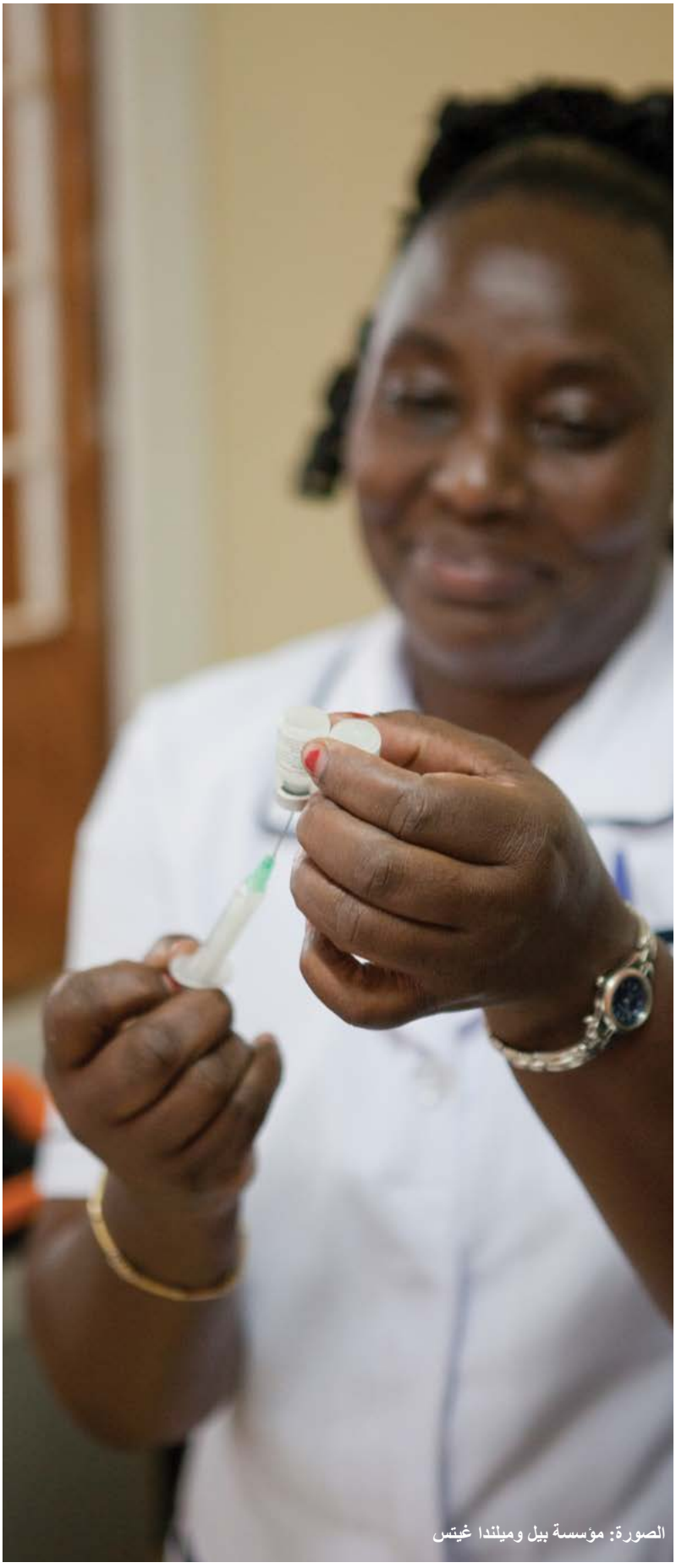
كسر الدورة: اللقاح المضاد لالتهاب السحايا يقضي تقريباً على مرض فتاك

في عام 1996، اجتاح وباء الزمرة "أ" من المكورة السحائية البلدان الـ26 لأفريقيا جنوب الصحراء، المعروفة باسم "حزام التهاب السحايا". وأدى المرض، الذي يظهر في ذلك الإقليم كل 7 سنوات إلى 14 سنة، إلى وقوع أكثر من 250000 حالة عدوى و25000 حالة وفاة. وبعد ظهور ذلك الوباء، دعى الزعماء الأفريقيون، بما في ذلك عدد من وزراء الصحة، لتطوير لقاح لكسر تلك الدورة الفتاكة.

وبعد أقل من 15 عاماً، أُدخل لقاح MenAfriVac- المتقارن من خلال حملات تطعيم واسعة النطاق بدعم من التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، والتي وصلت إلى 220 مليون شخص من الأطفال والبالغين في 61 بلداً في مختلف أرجاء حزام التهاب السحايا ما بين عامي 2010 و2015. وقد تم تطوير اللقاح من خلال الشراكة بين منظمة الصحة العالمية، وبرنامج اعتماد التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة، ومعهد الأمصال بالهند، بدعم من مؤسسة بيل وميلندا غيتس. ولقد تم تصميمه خصيصاً للاستخدام في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث يتميز بالقدرة على تحمل درجات حرارة مرتفعة وبسعر معقول لا يتجاوز 0,50 دولار أمريكي للجرعة الواحدة.

اليوم، تم القضاء تقريباً على التهاب السحايا من النمط "أ" - ففي عام 2013، لم يتم الإبلاغ سوى عن أربع حالات فقط للمرض في حزام التهاب السحايا بين الأشخاص غير المطعمين. وأشيد بلقاح MenAfriVac بوصفه نجاحاً ساحقاً ومثالاً لكيفية تعاون قيادات البلدان مع الشركاء العالميين لمكافحة مرض يصيب ملايين الناس.

ومع ذلك، لا تزال التحديات قائمة. فلا بد أن تحافظ بلدان حزام التهاب السحايا على التغطية بلقاح MenAfriVac من خلال برامج التمنيع الروتيني من أجل منع انخفاض المناعة الذي قد يؤدي إلى عودة ظهور المرض [31].



الصورة: مؤسسة بيل وميلندا غيتس

قسم 5

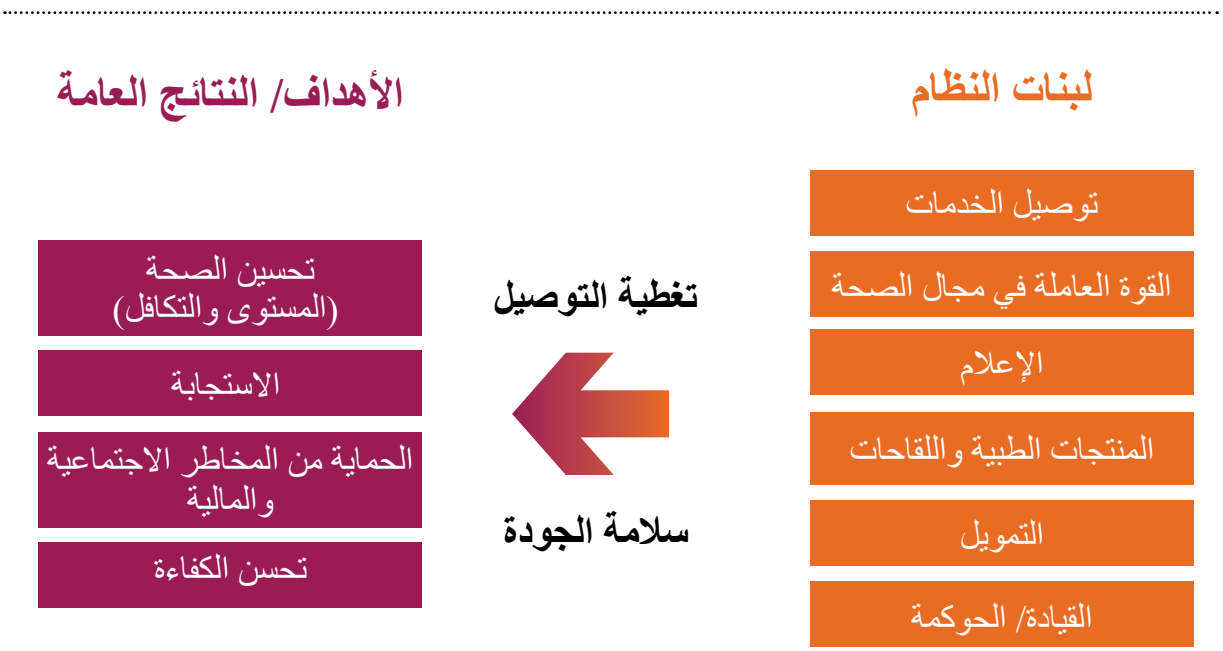
التمنيع وأهمية نظم الصحة القوية

لمحة عن الموضوع

- **هناك ارتباط وثيق بين نظم التمنيع ونظم الصحة. فنظام الصحة الضعيف يؤدي إلى سوء التغطية بالتمنيع.**
- **تتأثر أنظمة الصحة بالصراعات وطوارئ الصحة العامة وقد تعاني نظم التمنيع في تلك الحالات إذا لم توجد موارد إضافية.**
- **وقد يساعد إدخال اللقاحات الجديدة أحياناً في النهوض بالتمنيع ونظم الصحة.**

يشكل التمنيع الروتيني جزءاً لا يتجزأ من النظام العام للصحة. وعلى الرغم من أن بعض مكونات برنامج التمنيع تعمل بصورة مستقلة، إلا أنها تتقاسم بصفة عامة عدة مهام وموارد مع النظام العام للصحة. ويشمل ذلك العاملين في مجال الصحة، والهياكل الأساسية الصحية الأولية، ونظم التخطيط والإدارة. يمكن ويجب أن تشكل اللقاحات جزءاً جوهرياً لا يتجزأ من الخدمات الصحية. ويشمل ذلك الصحة العامة للأمهات والأطفال والمراهقين، إضافة إلى الخدمات المشتركة الأخرى كالوقاية من الملاريا وعلاجه. وتعتمد فعالية توصيل اللقاحات على اللبنات الأساسية لنظم الصحة المحددة من قبل منظمة الصحة العالمية والتي تساعد على تحقيق أهداف نظم الصحة الفعالة ونتائجها. وتستطيع برامج التمنيع القوية مدّ العاملين بفرص توصيل الخدمات الصحية الهامة الأخرى إلى المجتمعات المحلية، بما في ذلك الرعاية السابقة للولادة، والكشف الطبي التالي للولادة، والخدمات الاستشارية في مجال الصحة الإنجابية.

وفي غياب نظم الصحة القوية، قد يتقوض أداء نظم التمنيع الروتيني بشكل خطير. فبرامج التمنيع تحقق أعلى مستوى من التغطية عندما تؤسس داخل نظم صحة تتسم بالقوة وتقدم مجموعة من الخدمات عالية الجودة. لذلك، يدعم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع تعزيز نظم الصحة، في إطار مساعدته للبلدان، بغية النهوض بتغطية وتكافؤ التمنيع كجزء من تحسينات العامة في مجال الصحة.



الصورة: يونيسيف/ فلانتز

وقد يؤثر أيضاً غياب الهياكل الأساسية الصحية ونقص العاملين الماهرين في مجال الصحة سلباً على خدمات التمنيع، خاصة في حالات التأثر بالصراعات وأثناء طوارئ الصحة العامة. فيمكن للتغطية باللقاحات أن تنخفض بشكل كبير في ظروف ما بعد الصراعات؛ في بعض الحالات، بلغت تغطية الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق مستويات منخفضة وصلت إلى 6 في المائة في مثل تلك الظروف [35]. وكان لوباء الإيبولا في غرب أفريقيا، منذ فترة ليست بطويلة، أثراً هائلاً على الخدمات الصحية، بما في ذلك التطعيم. وفي بعض المناطق المصابة، أبلغت برامج الصحة عن ارتفاع حالات الحصبة والشاهوق - رغم أنه يمكن توقي هذين المرضين باللقاحات. وأدت المعلومات الخاطئة بشأن أصل الإيبولا وانتقال العدوى إلى تأجيج الوضع في غينيا، وليبيريا، وسيراليون، حيث جعلت بعض المجتمعات المحلية تتشكك بشأن سلامة التمنيع الروتيني. واستجابة لذلك، أصدرت منظمة الصحة العالمية مجموعة من المبادئ التوجيهية عن برامج التمنيع في سياق وباء الإيبولا. وفي حين يبدو أن وباء الإيبولا قد تلاشى في غرب أفريقيا، فإن الدروس

قد يكون لإدخال اللقاحات الجديدة أحياناً آثاراً إيجابية على برامج التمنيع وحتى على النظام الصحي الأوسع. فعلى سبيل المثال، وفي بعض الحالات، يمكن لإدخال اللقاحات الجديدة أن يعزز نظام التمنيع من خلال تحديث نظم سلاسل التبريد وأنشطة بناء القدرات. ويمكن للقاحات الجديدة أن توجد أيضاً فرصاً جديدة لنقاط اتصال إضافية بالسكان المستهدفين، مما يؤدي إلى تحسين إمكانية الوصول إلى بعض المجتمعات المحلية والفئات العمرية [37]. ومع ذلك، قد تساهم عدة عوامل في التأثير الإجمالي للقاحات على النظم الصحية. وتشمل تلك العوامل السياق المحلي ونقاط القوة والضعف التي يتصف بها النظام الصحي.

موزامبيق: سدّ فجوة التمنيع من خلال تصميم الجيل القادم من سلاسل إمدادات التمنيع

يظل توصيل اللقاحات إلى مرافق المراكز الصحية تحدياً معقداً في بلدان عديدة لأن سلاسل الإمدادات لا تتناسب مع الطلب المتزايد الملقى على عاتقها فيما يتعلق باللقاحات الجديدة والأغلى. وبدعم منظمة فيليدج ريتش الدولية، أصبحت موزامبيق رائدة في مجال تنفيذ وتوسيع نهج مبتكر لتوزيع اللقاحات في جميع أرجاء البلد.

فقد قام النهج الجديد بتبسيط نظام توزيع اللقاحات بالكامل - من خلال تحسين النقل إلى الحد الأمثل، وإعادة توزيع الأدوار والمسؤوليات، ورفع مستوى وضوح البيانات، وإدراج الرقابة وصيانة سلاسل التبريد في عمليات التوزيع الشهرية. وقد بدأ هذا النظام الجديد لسلسلة توريدات التمنيع في محافظة واحدة وتوسع حتى أصبح يخدم نصف البلد. وشملت التغييرات التي أدخلت على تصميم نظام سلسلة التوريدات إشراك خبراء في مجال اللوجستيات مكرسين لمسؤولية التوصيل المباشرة للمرافق الصحية، واستخدام أدوات محسنة لجمع البيانات الإلكترونية وإعداد التقارير، والنهوض بحلقات النقل إلى الحد الأمثل.

ومن العوامل الرئيسية لتقدم موزامبيق كان التزام القادة على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات في وزارة الصحة الذين أبدوا تفتحهم تجاه النُهج الجديدة والمختلفة في مجال نماذج سلاسل الإمدادات، بناء على الأدلة الناتجة عن نمذجة سلسلة التوريدات إضافة إلى أفضل الممارسات العالمية. ويقدم "أبطال التغيير" هؤولاء دليلاً قوياً للمجتمع العالمي عن أهمية القيادة في تنفيذ الجيل القادم من سلاسل إمدادات التمنيع. وفي نهاية المطاف، سيضمن استعدادهم لاعتماد النماذج الجديدة وصول اللقاحات المنقذة للحياة إلى جميع أطفال موزامبيق.

قسم 6

6. تمويل التمنيع في أفريقيا

لمحة عن الموضوع

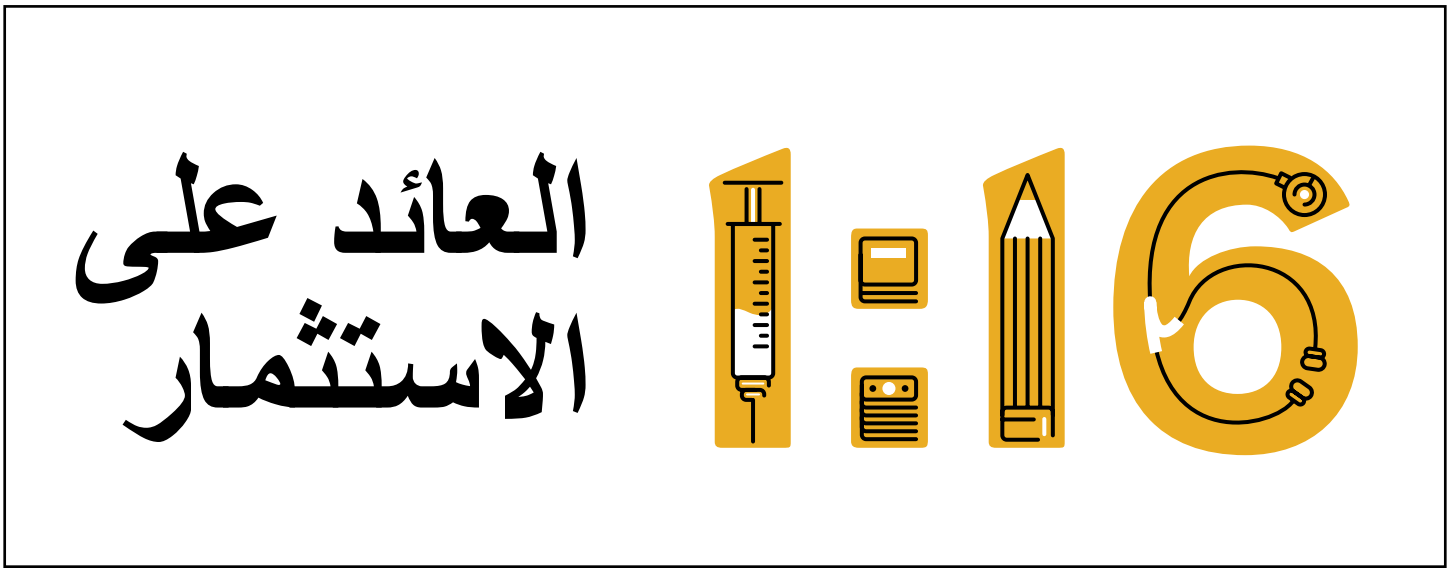
- **تقدم اللقاحات مزايا للأسر، والمجتمعات، والبلدان على شكل تحسن النتائج في مجال الصحة وكذلك النمو الاقتصادي.**
- **ارتفع تمويل الحكومات للتمنيع في البلدان الأفريقية خلال السنوات الأخيرة، وعززها التحالف العالمي للقاحات والتمنيع وغيره من الصناديق المانحة.**
- **في بلدان عديدة في أفريقيا، هناك حاجة للمزيد من التمويل المحلي والدولي، لضمان توصيل اللقاحات لكل طفل ومواصلة إمكانية إدخال اللقاحات الجديدة.**

تقدم اللقاحات مزايا تفوق النتائج في مجال الصحة، بما في ذلك تجنب التكاليف الطبية وتقليل الوقت الذي يقضيه الآباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية في رعاية الأطفال المرضى. وتعود هذه الوفورات على الأسر والمجتمعات والأمم بالتحسن في مجالات التعليم والنمو الاقتصادي والحد من الفقر [38]. وأبلغت إحدى الدراسات عن أن زيادة التغطية باللقاحات الجديدة أو تلك التي لا تستخدم بالشكل الكافي التي يتم إمداد البلدان المؤهلة لتلقي دعم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع بها، قد تؤدي إلى تحقيق عائد من الاستثمار بنسبة 18 في المائة بحلول عام 2020 [39].

في السابق ، كانت اللقاحات الروتينية تمثل حوالي 20 في المائة من التكاليف العامة لبرنامج التمنيع في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط [15]. ومع بدء البلدان في إدخال اللقاحات الأحدث والأغلى في بداية القرن، ازدادت تكلفة برامج التطعيم في بلدان نامية عدة بمثلين وأحياناً بثلاثة أمثال [37]. وتقدم اللقاحات الجديدة، بصفة خاصة، فرصة لم يسبق لها نظير لحماية الأطفال، بتمنيع مدى الحياة في كثير من الأحيان، من الأمراض التي لم يكن لها في الماضي خيارات وقائية. وعلى الرغم من زيادة التكاليف - ويرجع ذلك جزئياً إلى تكاليف البحث والتطوير واستخدام التكنولوجيات الأكثر تعقيداً - تظل التطعيمات إحدى أكثر التدخلات فعالية من حيث التكلفة في مجال الصحة العامة. ومع تطلع البلدان إلى النهوض بالآثار الصحية للتمنيع إلى أقصى حد، ستكون هناك حاجة للمزيد من التمويل لتغطية تلك التكاليف وتوفير فرص متكافئة لحصول الأطفال في جميع أرجاء أفريقيا على اللقاحات.

العائد على الاستثمار

من شأن الاستثمارات المنفذة في مجال التطعيم ما بين عامي 2011 و 2020 أن تحقق عائدا أعلى بستة عشر ضعفا من حيث تكاليف الاعتلال الذي تم اجتنابه، وهي أموال يمكن إنفاقها على أولويات أخرى



وتدعو خطة العمل العالمية للقاحات البلدان والشركاء الإنمائيين لرفع حجم التمويل المتاح ليحقق التمنيع الغايات الوطنية [6]. وتتوقف الاستدامة المالية لبرامج التمنيع على الحكومات، سواء الوطنية أو دون الوطنية منها، التي توفر الموارد المحلية الملائمة مع التقييم المنتظم للاحتياجات. وقد تساعد برامج التمنيع الروتيني الفعالة وتعبئة الموارد من قبل الشركاء على سدّ الفجوات التمويلية [6]. وقد ازدادت القيمة المطلقة لتمويل التمنيع بشكل ملموس بسبب تكاليف برامج التمنيع الآخذة في التزايد [40]. ومع ذلك، بقيت نسبة تمويل التطعيم المقدمة من قبل البلدان عند مستوى ثابت نسبياً في الفترة بين عامي 2010 و2014 [40]. وعلاوة على ذلك، تتباين نسبة التمويل المحلي بشكل كبير بين البلدان الأفريقية، حيث تتراوح ما بين 0 (صفر) و100 في المائة [40]. ويقتصر عدد البلدان الأفريقية التي تمول أكثر من 05 في المائة من إنفاقها الوطني على التمنيع على 15 بلداً فقط.

وقد استثمر التحالف العالمي للقاحات والتمنيع بشكل مكثف في أفريقيا، حيث قدم الدعم لـ70 في المائة من بلدان القارة (38 من أصل 54 بلداً) في إطار قيام تلك البلدان برفع إمكانية الحصول على اللقاحات الجديدة وتلك التي لا تستخدم بالشكل الكافي. ويتطلب التمويل المشترك للقاحات من خلال التحالف العالمي للقاحات والتمنيع قيام البلدان تدريجياً بزيادة مساهمتها نحو تحقيق هدف تغطيتها لتكلفة اللقاحات بالكامل فيما بعد. وتضم القارة ستة عشر بلداً لا يستوفون الحد الأدنى من أهلية الدخل القومي الإجمالي الذي يحدده التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، مما يلقي على عاتق تلك البلدان مسؤولية التمويل الذاتي الكامل لبرامج التمنيع لديهم. وعلاوة على ذلك، في عام 2016، يستعد بلدان أفريقيان، وهما أنغولا وجمهورية الكونغو، للانتقال إلى مرحلة الاستغناء عن دعم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع وسيواجهان تحدي زيادة تمويلهما المحلي للحفاظ على برامج التمنيع لديهما. وعلى غرار جميع البلدان التي تتأهب للانتقال إلى مرحلة الاستغناء عن دعم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، ستستمر تلك البلدان في الحصول على اللقاحات بأسعار التحالف لمدة خمس سنوات بعد المرحلة الانتقالية. ومع انتقال المزيد من البلدان وانضمامها إلى قائمة البلدان التي تتكبد تكاليف برامج التمنيع لديها بالكامل، ستزداد حتمية ملكية البلدان لتلك البرامج واستدامتها المالية.

الصورة: مولوغيتا أيينا/ مؤسسة بيل وميلندا غيتس

إيلاء الأولوية للتمنيع في مواجهة الصراعات: ليبيا تخصص موارد للتطعيم

قد تؤثر حالات الصراع سلباً على النظم الصحية وبرامج التمنيع الروتيني. وبعد الثورة الليبية في عام 2011، أدى الطلب الإضافي على الخدمات الصحية إلى جعل النظام عاجزاً عن التأقلم وعلى وشك الانهيار [41]. فسعت وزارة الصحة في ليبيا، بدعم قوي من منظمة الصحة العالمية، إلى إعادة بناء برنامج الصحة العامة لديها وتعزيزها من خلال التركيز على اللبنات الستة الأساسية لتحقيق نظام صحي متين [41]. وعلى الرغم من التحديات العديدة في ليبيا، أدى التزام الحكومة والطلب المجتمعي على اللقاحات إلى الحفاظ على مستوى مرتفع من التغطية بالتمنيع الروتيني، حيث لم تنخفض التغطية بالجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي المضاد للخناق والكزاز والشاهوق لأقل من 94 في المائة منذ بداية الصراع [7].

وخطت الحكومة خطوات كبيرة نحو إدخال اللقاحات الجديدة منذ بداية الثورة. فأدخل اللقاح المتقارن المضاد للمكورات الرئوية واللقاح المضاد للفيروس العجلي في وقت واحد في تشرين الأول / أكتوبر 2013، الأمر الذي يمثل مهمة صعبة حتى في الظروف المثلى [18]. وفي عام 2014، أدخلت ليبيا أيضاً لقاح شلل الأطفال المعطل كجزء من لقاح مركّب، بجانب اللقاح المضاد للورم الحليمي البشري بعد أقل من 6 أشهر [18، 34]. وفي عام 2014 كذلك، أدخل البلد لقاح الحُماق ولقاحاً مركباً ضد المكورات السحائية يوفر المناعة من أربع ذراري من المكورات السحائية، بما في ذلك النمط "أ".

ولكونها من البلدان المتوسطة الدخل، فإن ليبيا غير مؤهلة لتلقي دعم التحالف العالمي للقاحات والتمنيع وعليها بالتالي تمويل نظام اللقاحات والتمنيع لديها بالكامل. وتمثل التكلفة العالية للقاحات الجديدة التي أدخلتها ليبيا والحاجة إلى تحسين نظم توصيل التمنيع تحدياً إضافياً تواجهه ليبيا. ففي فترات الصراع وتحول الأولويات المالية، يتطلب الحفاظ على التغطية الواسعة بالتمنيع وإدخال اللقاحات الجديدة جهوداً سياسية متضافرة بدعم قوي من الشركاء الإنمائيين حول العالم.

الصورة: مولوغيتا أيينا/ مؤسسة بيل وميلندا غيتس

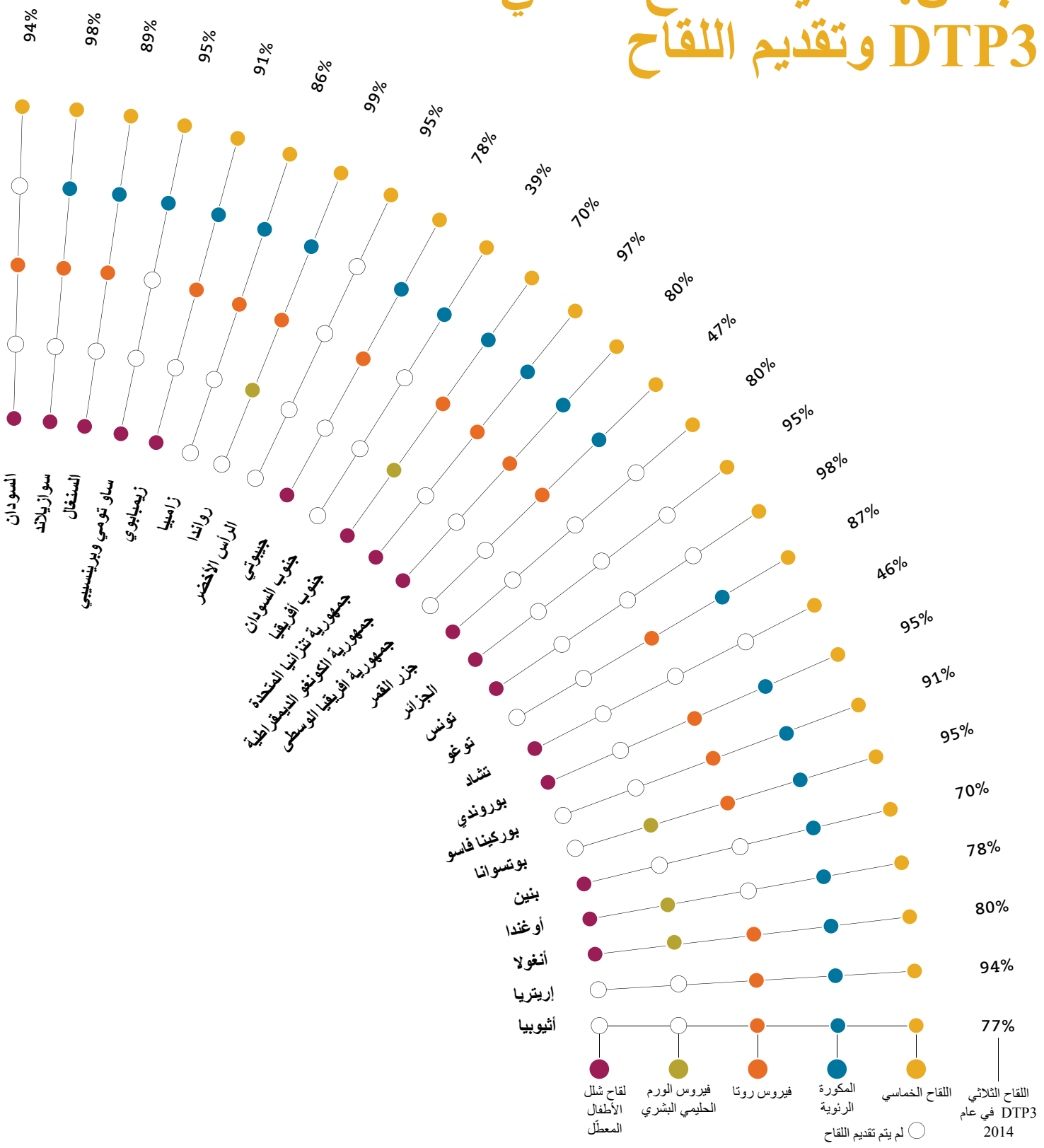
الرؤى المستقبلية للتمنيع في أفريقيا

مما لا شك فيه أن التمنيع من أكثر التدخلات الصحية العامة المتاحة نجاحاً وفعالية من حيث التكلفة. وقد تم إحراز تقدماً هائلاً من أجل تحسين التغطية بالتمنيع وإدخال اللقاحات الجديدة في أفريقيا. وفي حين تظل هناك تحديات عديدة، بما في ذلك ظهور إصابات جديدة والحفاظ على التقدم في مجال مكافحة شلل الأطفال، إلا أن هناك دواعي للتفاؤل. فالإرادة السياسية الوطنية ودون الوطنية والتمويل الحكومي للتمنيع في تزايد. ويزداد الاعتراف بالمجتمعات المحلية والمجتمع المدني لدورهما الجوهري في تشكيل نظم التمنيع وتحسين التغطية باللقاحات من خلال رفع الطلب على اللقاحات وإخضاع الحكومات للمساءلة.

وعلاوة على ذلك، هناك لقاحات في الأفق، بما في ذلك للملاريا والإيبولا. وعلى الرغم من أن الأطفال عادة ما يمثلون محور تركيز نظم التمنيع الروتيني، إلا أن للقاحات القدرة على نفع الأشخاص طوال دورة الحياة. وقد يؤدي إدخال اللقاحات التي تستهدف المراهقين والبالغين إلى الحد من عبء السرطان وغيره من الأسباب الرئيسية للوفاة.

وتقدم خطة العمل العالمية للقاحات إطـاراً قوياً للتغلب على التحديات من أجل السير نحو تحقيق التمنيع للجميع في أفريقيا. وقد تم أيضاً وضع خطط تمنيع استراتيجية شاملة في أفريقيا ومناطق شرق المتوسط تنص على نُهج محددة لتحقيق غايات التمنيع. ولا بد أن تعمل الحكومات والمجتمعات المحلية والأفراد بشكل جماعي من أجل تنفيذ تلك الخطط. فتستطيع البلدان وشركائها معاً ضمان مستقبل صحي لأطفال أفريقيا ودعم التنمية الاقتصادية في جميع أرجاء القارة.

لمحة عامة على مستوى البلدان: تغطية اللقاح الثلاثي DTP3 وتقديم اللقاح



سيراليون
83%
سيشيل
99%
الصومال
42%
الغابون
70%
غامبيا
96%
غانا
98%
غينيا
51%
غينيا الاستوائية
24%
غينيا بيساو
80%
الكاميرون
87%
كوت ديفوار (ساحل العاج)
67%
الكونغو
90%
كينيا
81%
ليبيا
94%
ليبيريا
50%
ليسوتو
96%
مالي
77%
مدغشقر
73%
مصر
94%
المغرب
99%
ملاوي
91%
موريتانيا
84%
موريشيوس
97%
موزامبيق
78%
ناميبيا
88%
النيجر
68%
نيجيريا
66%

المراجع

1. Asongu, S.A., *The impact of mobile phone penetration on African inequality*. 2012.
2. Kwasi, A., *Institutions and African Economic Development: A Concise Review*. Centre for the Study of African Economies (CSAE), University of Oxford: Oxford, UK.
3. *WHA Resolution. WHO Expanded Programme on Immunization*. Twenty-seventh World Health Assembly, Geneva, 1974.
4. Arevshatian, L., et al., *An evaluation of infant immunization in Africa: is a transformation in progress?* Bull World Health Organ, 2007. 85(6): p. 449-57.
5. Machingaidze, S., C.S. Wiysonge, and G.D. Hussey, *Strengthening the expanded programme on immunization in Africa: looking beyond 2015*. PLoS Med, 2013. 10(3): p. e1001405.
6. *Global Vaccine Action Plan. Decade of vaccine collaboration*. Vaccine, 2013. **31 Suppl 2**: p. B5-31.
7. *WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage*. 2014.
8. Nations, U., World *Population Prospects*. 2014.
9. Gibson, D.G., et al., *Individual level determinants for not receiving immunization, receiving immunization with delay, and being severely underimmunized among rural western Kenyan children*. Vaccine, 2015. **33**(48): p. 6778-85.
10. Ahanhanzo, C.D., et al., *Determinants of routine immunization costing in Benin and Ghana in 2011*. Vaccine, 2015. **33 Suppl 1**: p. A66-71.
11. Clark, A. and C. Sanderson, *Timing of children's vaccinations in 45 low-income and middle-income countries: an analysis of survey data*. Lancet, 2009. **373**(9674): p. 1543-9.
12. Canavan, M.E., et al., *Correlates of complete childhood vaccination in East African countries*. PLoS One, 2014. 9(4): p. e95709.
13. Awoh, A.B. and E. Plugge, *Immunisation coverage in rural-urban migrant children in low and middle-income countries (LMICs): a systematic review and meta-analysis*. J Epidemiol Community Health, 2015.
14. Merten, S., et al., *Gender Determinants of Vaccination Status in Children: Evidence from a Meta-Ethnographic Systematic Review*. PLoS One, 2015. **10**(8): p. e0135222.
15. Maurice, J.M. and S. Davey, *State of the World's Vaccines and Immunization*. 2009: World Health Organization.
16. Burton, A., et al., *WHO and UNICEF estimates of national infant immunization coverage: methods and processes*. Bull World Health Organ, 2009. 87(7): p. 535-41.
17. Unicef, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report*. 2015: United Nations Children's Fund, The (UNICEF).
18. *VIMS Report: Global Vaccine Introduction. September 2015. International Vaccine Access Center (IVAC)*. 2015: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
19. *Human papillomavirus and related cancers in Rwanda: Summary report 2010*, in *WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer*. 2010: Geneva.
20. Liu, L., et al., *Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis*. Lancet, 2015. **385**(9966): p. 430-40.
21. World Health Organization (WHO), *Global control and regional elimination of measles, 2000-2012*, . Weekly Epid. Rec., 2014. **89(6)**: p. 45-52.
22. World Health Organization (WHO), *Report on the status of polio eradication to WHO's Executive Board*. 2015.
23. Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative, *Now is the time for peak performance*. 2015.
24. World Health Organization (WHO), *Measles vaccines: WHO position paper*. Weekly Epid. Rec. , 2009. 84: p. 349-360.
25. *2015 Assessment Report of the Global Vaccine Advisory Action Plan*. 2015.
26. Watt, J.P., et al., *Burden of disease caused by Haemophilus influenzae type b in children younger than 5 years: global estimates*. Lancet, 2009. **374**(9693): p. 903-11.
27. Adegbola, R.A., et al., *Elimination of Haemophilus influenzae type b (Hib) disease from The Gambia after the introduction of routine immunisation with a Hib conjugate vaccine: a prospective study*. Lancet, 2005. **366**(9480): p. 144-50.
28. Cisse, M.F., et al., *The Elimination of Haemophilus influenzae type b meningitis following conjugate vaccine introduction in Senegal*. Pediatr Infect Dis J, 2010. **29**(6): p. 499-503.
29. Lewis, R.F.K., A.; Gessner, B. D.; Duku, C.; Odipio, J. B.; Iriso, R.; Nansera, D.; Braka, F.; Makumbi, I.; Kekitiinwa, A., *Action for child survival: elimination of Haemophilus influenzae type b meningitis in Uganda*. Bull World Health Organ, 2008. **86**(4): p. 292-301.
30. World Health Organization; Immunization, V.a.B. *Estimated Hib and pneumococcal deaths for children under 5 years of age*, 2008. 2013 [cited 2016.
31. Karachaliou, A., et al., *Modeling Long-term Vaccination Strategies With MenAfriVac in the African Meningitis Belt*. Clin Infect Dis, 2015. **61 Suppl 5**: p. S594-600.
32. Kotloff, K.L., et al., *Burden and aetiology of diarrhoeal disease in infants and young children in developing countries (the Global Enteric Multicenter Study, GEMS): a prospective, case-control study*. Lancet, 2013. **382**(9888): p. 209-22.
33. Paternina-Caicedo, A., F. De la Hoz-Restrepo, and N. Alvis-Guzman, Epidemiological and *Economic Impact of Monovalent and Pentavalent Rotavirus Vaccines in Low and Middle Income Countries: A Cost-effectiveness Modeling Analysis*. Pediatr Infect Dis J, 2015. **34**(7): p. e176-84.
34. *Cervical Cancer Action*. [cited 2016; Available from: http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php.
35. Bustreo, F., et al., *Improving child health in post-conflict countries: Can the World Bank contribute?* 2005: World Bank.
36. de Savigny, D. and T. Adam, *Systems Thinking for Health Systems Strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research*; 2009. 2012.
37. Lydon, P., et al., *Introducing new vaccines in the poorest countries: what did we learn from the GAVI experience with financial sustainability?* Vaccine, 2008. **26**(51): p. 6706-16.
38. Bloom, D.E., *Valuing vaccines: deficiencies and remedies*. Vaccine, 2015. 33 Suppl 2: p. B29-33.
39. David, E., D.C. Bloom, and M. Weston, *The value of vaccination*. World Econ, 2005. 6(15-39).
40. World Health Organization; *Immunization, V.a.B. Immunization surveillance, assessment and monitoring*. 2015.
41. El Oakley, R.M., et al., *Consultation on the Libyan health systems: towards patient-centred services*. Libyan J Med, 2013. **8**.

المؤتمر الوزاري حول التمنيع في أفريقيا

الموقع الإلكتروني:
www.ImmunizationinAfrica2016.org

تويتر: @africavaxconf | #MCIA16

صورة الغلاف: جيرو أوسي/ مؤسسة بيل وميليندا غيتس