



世界卫生组织

执行委员会
第一〇五届会议
临时议程项目 8.2

EB105/36
1999年11月10日

决议和决定实施情况

秘书处的报告

目 录

	页次
I. 疫苗和免疫全球联盟	2
II. 修订的药物战略	4
III. 健康促进	6
IV. 消灭恰加斯病的传播	8
V. 发展中国家间的技术合作	10
VI. 婴幼儿营养	11
VII. 人类健康中的克隆问题	15
VIII. 根除脊髓灰质炎	16

I. 疫苗和免疫全球联盟

1. WHA44.4号决议其中要求总干事向执行委员会通报有关儿童疫苗倡议的进展。儿童疫苗倡议是由包括世界卫生组织、联合国儿童基金会、世界银行、联合国开发计划署和洛克菲勒基金会在内的一群联合发起者在世界儿童问题首脑会议（纽约，1990年）之后确立的。该倡议是一项国际性集体努力，旨在利用科学新进展以便增强对传染病的防护和简化疫苗提供。
2. 今天，每年仍有约200万儿童死于可用目前获得的疫苗预防的疾病，并且如果有针对艾滋病、结核和疟疾等疾病的有效疫苗，还可挽救数百万人的生命。
3. 现在，慈善基金会已作出新的承诺，并且疫苗生产工业和各种公立部门机构已继续承诺，向当代儿童以及未来儿童提供这些疫苗。在一系列会议（世界银行，华盛顿，1998年3月；意大利贝拉焦，1999年3月；美国西雅图，1999年7月）之后并经有关主要伙伴对免疫相关活动开展一年深入审评，建立了疫苗和免疫全球联盟。
4. 建立联盟是要实现每一个儿童的权利，保护他们免患疫苗可预防的对公共卫生具有重要关系的疾病。其使命是通过广泛使用安全疫苗，挽救儿童的生命和保护人民的健康，特别将重点放在发展中国家的需要上。
5. 联盟的根本原则是，各伙伴商定一系列共同目标，对此他们均将通过联合行动予以促成。联盟不是一个新的组织，而是一种组合，它扩大了疫苗和免疫的伙伴关系，并在各伙伴的贡献之间增进协同作用。
6. 联盟的战略目标是：(i)改进获得可持续免疫服务；(ii)扩大利用现有所有具成本效益的疫苗；(iii)加速开发和利用新疫苗；(iv)促进发展中国家明确需要的疫苗和相关产品的研究和开发工作；以及(v)使免疫覆盖率成为设计和评估卫生系统以及国际发展努力的有机组成部分。中期目标已获通过，以保证在特定时限内减少获得疫苗方面的不平等现象以及减轻可预防疾病的负担，尤其在穷人中间。
7. 联盟将通过下列机制开展工作：
 - 儿童疫苗全球基金，便利(i)资助未得到充分利用的和新的疫苗；(ii)加强提供免疫基础设施；和(iii)为贫穷人群和国家研究和开发重点疫苗；

- 理事会，最初由12个成员组成，表达各伙伴的最高政治承诺并就共同目标和战略的决策提供论坛。各伙伴组织的行政首长当然成员，将轮流担任理事会主席，任期两年。世界卫生组织总干事已同意担任第一个两年的主席，同时联合国儿童基金会执行主任同意担任下一任主席。理事会成员包括世界卫生组织、联合国儿童基金会、世界银行、工业化国家和发展中国家、技术机构、研究和开发机构、洛克菲勒基金会以及比尔和梅林达·盖茨基金会的代表；
 - 协调秘书处，促进理事会的工作并协助确保参与免疫活动的所有机构的参与和代表性；秘书处将由联合国儿童基金会安排在其日内瓦的办公场所；
 - 工作小组，由各主要伙伴内富有献身精神的职员组成，以确保将理事会的决定转化为适合各主要机构的业务行动；
 - 有时限的专题小组，以处理具体问题：三个已商定职权范围的专题小组目前正在开展活动：由世界卫生组织领导的国家协调、由联合国儿童基金会领导的宣传倡导和由世界银行领导的筹资专题小组。此外，理事会已要求在一年内完成对研究与开发方面差距的分析；
 - 国际会议，大约每两年举行一次，以便将更广泛的免疫界汇集在一起。
8. 预期联盟将于2000年1月末，可能在世界经济论坛期间与儿童疫苗全球基金同时公开启动。
9. 由于联盟的建立，参与确立儿童疫苗倡议的伙伴已同意到1999年12月31日将其终止。

II. 修订的药物战略

1. 1999年5月会员国通过了关于修订的药物战略的WHA52.19号决议。该项决议处理在国际贸易协定、获得基本药物、药物质量和合理使用药物方面的挑战。该项决议以原先经卫生大会（1986年）在WHA39.27号决议中通过的修订的药物战略为基础。这一战略确定了世界卫生组织在药物领域工作的原则和目标。

2. WHA52.19号决议中概述的世界卫生组织职责领域将在一份有关2000—2003年世界卫生组织基本药物战略和药物政策的更广泛文件中得到反映，该文件正在世界卫生组织各级并与一系列广泛的发展伙伴一起制定。有关该项决议所强调的主要领域的当前工作归纳在下列各段中。

3. 国家药物政策。到1999年末，近100个会员国已制定国家药物政策，并且145个会员国已拟定国家基本药物清单。在政策制定、实施和监测方面继续提供支持，特别将重点放在从政策转向实施和评价政策影响。*监测国家药物政策的指标*出版物正在修订中，并且不久将出版*制定国家药物政策的准则*新版本。此外，正在制定将两性观点应用于国家药物政策的工具和战略。对实施国家药物政策的支持还将扩大到有关药物筹资以及药物管理和供应方面的合作。在全球级，已汇编有关世界药物状况的数据库。

4. 药物与贸易。正在国家药物政策框架内将新的国际经济环境通知各国。为对会员国就国际协定之间关系以及药物价格、革新和地方生产、例外情况的应用、技术转让、许可安排和最不发达国家过渡期等主题提出的问题作出反应，正在拟订指导。一份更新的关于全球化、专利和药物的参考目录—有助于各国自己研究这些问题—正在定稿。与此同时，正在与世界卫生组织合作中心（在巴西和泰国）一起发展监测新协定对药物和公共卫生影响的方法。正在就贸易协定和获得HIV相关药物与联合国艾滋病联合规划开展合作工作。一个由世界卫生组织、世界贸易组织、世界知识产权组织和联合国贸发会议组成的与有关方面联络小组已经建立。

5. 药物质量。正在设计机制，扩大世界卫生组织关于在国际商业中流通的药物产品质量合格证书方案以包括起始材料和就贸易有关的质量问题提供指导。同时，正在为*基本药物标准清单*中所列的药物包括抗疟药和抗结核药草拟专著，以列入*国际药典*。最近的工作包括收集抗疟药和抗结核药的筛选试验。这些活动符合对质量控制采取逐步进行的做法。

6. 一个加强世界卫生组织良好生产质量管理规范的重要培训和技术合作项目正在顺利进行。此外，正在为国家检查起始材料和药物产品成品的制药场所起草标准检查证

书。目的是确保遵守世界卫生组织良好生产质量管理规范。正在计划与会员国合作实施。

7. 药物信息和药物推销。世界卫生组织继续就HIV相关药物、抗微生物药物和其它具有公共卫生重要性的药物出版标准处方信息。第十一版*基本药物标准清单*和最新*世界卫生组织标准处方集*预期于2000年出版。世界卫生组织和有关方面正致力于实施*世界卫生组织推销医用药物的道德标准*和监测其实施的办法。一个严格审查全世界不恰当药物推销证据的项目也正在取得进展。

8. 药物捐赠。世界卫生组织改进药物捐赠战略的基础继续是，以1999年8月发布并经过在紧急人道主义救济方面有经验的15个组织联合提出的修订的*药品捐赠准则*为基础¹，积极促进实施良好捐赠规范。已为各组织和制药公司公开认可该准则启动一项方案。同时，世界卫生组织正在设立一项机制，使接受者报告无益的捐赠。正在制定计划以公布对良好捐赠规范的反复违反行为。

9. 扩大伙伴关系。世界卫生组织正越来越多地与联合国儿童基金会、世界银行、联合国系统其它组织、无国界医生、非政府组织和私立部门等组织合作就有关获得基本药物的问题开展工作。该项工作应充分利用世界卫生组织药物政策的影响和扩大对修订的药物战略的支持。

¹ 文件WHO/EDM/PAR/99.4。

III. 健康促进

1. WHA51.12号决议要求卫生组织采取与健康促进相关的一些特定行动，本组织正在对此作出反应。
2. 卫生组织正在继续促进使用从“环境”着手的措施以确保将卫生列入地方和国家计划制定者和决策者的发展议程中。在全球和国家范围内，做出了很大努力，动员对健康城市、岛屿、社区、市场、学校、工作场所和卫生服务的支持。
3. 为了加强健康促进政策和措施的依据基础，卫生组织正在制定各种框架，以便在使用综合性的环境措施处理卫生发展问题的地方，指导任何工作一开始时收集基线信息的工作。正在制定方法和工具以指导随后对过程和结果进行的评价，包括参与性评估。这种实用的准则将提高地方和国家政府监测和评价在特定环境中发生的社会变化复杂过程的能力。卫生组织将在这些手段中纳入具体的建议，以便收集促进对贫穷与健康不良之间联系进行了解的信息，包括性别、民族、年龄和残疾对健康的影响。取得的结果将为健康的公共政策做出至关重要的贡献。
4. 卫生组织正在重新确定其活动重点，以便使之能够更加有效地促进和分享关于如何开展针对穷人需求的健康促进的知识基础。例如，它将表明，把健康促进战略纳入卫生政策、规划和项目有助于使生活在资源贫乏环境中的脆弱人群改善健康并提高生活质量。卫生组织正在编制和传播发展中国家健康促进活动方面已发表的评价研究的综合数据库。根据其提供已证明确实有效的方法的潜力，在过去六个月中对1000多项此类研究中的450多项进行了筛检。
5. 为了引起对健康促进战略在纠正日益增多的卫生不公平现象方面贡献的注意，卫生组织与泛美卫生组织和墨西哥卫生部正在共同发起第五次健康促进全球会议（2000年6月于墨西哥城）。会议将注重于健康促进，把它作为克服公平性方面问题的一种方式。正在挑选案例研究以说明把跨越整个生命过程的健康促进战略纳入各项政策、规划或项目对健康有积极的影响。
6. 健康促进的基石是承诺通过使用授权社区和各年龄段个人做出健康选择的措施实现公平性。但是，这还不够。健康促进还涉及确保公共政策促进健康的选择。它涉及对存在于卫生部门之外并在个体、家庭、社区、国家和全球级发生作用的各种复杂和相互作用的健康决定因素采取行动。这种工作的性质使之有必要形成部门间伙伴关系。因此，所作的努力将注重于三个领域：促进卫生行动、促进健康的政策以及提高对健康问题社会决定因素采取行动所需的知识和能力。

7. 此外，卫生组织正在采取初步措施以建立全球健康促进联盟。这种联盟明确地承认，有效的卫生行动超出卫生部门的范围并涉及动员和联合对健康问题社会决定因素有影响的众多社会机构和组织。因此，卫生组织正在促进国家级的多部门行动，以便使国家能有效地实施雅加达宣言中概述的战略。在国家级，卫生部门可以最有效地确认范围广泛的和常常具有利害冲突的群体并与之合作，以便从卫生与发展的角度来计划、规划和评价他们所做出的努力。国家级的工作是建立和维持区域和全球健康促进联盟和网络的奠基石。

8. 有始终如一的证据表明健康促进和保护战略在社会和经济方面是可行的，而且，持续的措施可改进卫生后果并促使各方面的社会行动者采取负责的行动。但是，各国卫生部尚不能充分了解健康促进的作用。这是部分由于健康促进超出了传统医疗服务的范围并需要对人们身体健康或生病的原因有更广泛的了解。健康促进的哲理和实践是以这样一种信念为基础的，即获得卫生成就的最佳方法是帮助个人和社区形成一种意识以控制他们选择如何进行生活的方式。

9. 许多医务人员和其他卫生工作者承认，健康是多种因素的复杂综合体，现代医学和社会科学对其中许多因素仍然一无所知。卫生组织利用先进的医学知识，将作为一座桥梁，连接改善健康的生物医学进展和对健康与幸福具有极大贡献的社会因素。通过它对人类生活更广泛环境的了解，它将促进了解如何有效和负责地减少不必要的痛苦、疾病和死亡。

10. 由于越来越需要利用范围广泛的地方和国家机构以确保卫生行动和健康的公共政策，可能需要审查各国卫生部内健康促进工作的情况。可能需要调整健康促进的方向，以便加强它对形成和巩固卫生联盟做出的贡献。

11. 健康促进的依据基础已经存在并正在发展。关于有益于下层人群或脆弱人群的部门间卫生行动，有许多例子。即将召开的健康促进会议将提供一个论坛，供世界各国卫生部长交流促进和保护本国人民健康方面的信息或成功经验以及挑战。

IV. 消灭恰加斯病的传播

1. 此处介绍的阻断恰加斯病传播方面的进展是用流行病学和昆虫学比率衡量的。下文的表格概括了1985年至1999年期间儿童人群中感染率的减少。

儿童人群中感染率的减少，1985年—1999年（比率×100）¹

分区	国家	年龄组 (岁)	1985年	1995年	1999年	1985年— 1999年 减少	备注
南锥	巴西	7 - 15	18.5	0.23	0.04	99.8	由独立委员会在2000年进行评价
	智利	0 - 10	5.9	5.4	0.38	94.0	在1999年认证为无传播
	乌拉圭	6 - 12	5.6	0.7	0.06*	99.0	在1997年认证为无传播
安第斯 国家	委内瑞拉	0 - 4	1.7	0.1	0.1	95.0	由独立委员会在2000年进行评价
中美洲	所有国家	--	--	--	--	N/A	应WHA51.14号决议的要求，正在进行患病率调查

¹ 国家提供的数据。

* 1997年的数据。

-- 无数据。

N/A 不适用。

南锥国家

巴西

2. 在1999年，7—

14岁人群中克鲁氏锥蝨感染率为0.04%，这意味着该年龄组中感染率减少了99.8%。在1999年对0至4岁人群中有限数量的抽样血清检查结果表明，该年龄组中的血清阳性率为

0.0%，这可解释为证明在巴西阻断了恰加斯病的病媒传播。

3. 控制规划于1998年在全国捕获的住所骚扰锥蝨昆虫数仅为485只。这意味着调查的每1万座房屋中平均有1只虫子，即侵扰率远低于把寄生虫有效地传播给新病人所需的最低限度。

4. 这些数据确认，恰加斯病在巴西的病媒传播已被阻断。负责评价病媒传播阻断情况的国际委员会将在2000年前往巴西以证实取得的成就。根据上述流行病学和昆虫学数据，预计将在2000年认证该国为无传播国家。

智利

5. 在1999年，全国仅有113座房屋被重新感染，捕获的骚扰锥蝨昆虫仅为55只。

6. 在1998年，0至10岁年龄组中的感染率为0.38%。这显著地低于1985年该年龄组5%—9%的感染率以及1995年同一年龄组中5.4%的感染率。这意味着，在这一时期中减少了94%。

7. 一个独立委员会前往疾病流行地区认证病媒传播的阻断。1999年11月10日在圣地亚哥颁发了证书。

安第斯国家

委内瑞拉

8. 阻断传播方面的进展值得注意，其中包括在1993年和1998年之间房屋侵扰率减少37%。除了侵扰率超过2.9%的巴里纳斯州和葡萄牙萨州之外，该国其它10个州的侵扰率低于1.1%。这是一项重大的成就，因为控制规划规定的目标是使该国的侵扰率低于2.0%。受感染的血库的比率从1993年的1.16%减少至1998年的0.78%。

9. 0至4岁年龄组中的感染率在1992年和1998年之间减少了90%，即从1.0%减少至0.1%。

V. 发展中国家间的技术合作

1. WHA42.37号决议要求总干事尤其促进发展中国家间技术合作的规划并确认合作领域。在全球迅速变化的情况下，正在审查发展中国家间技术合作的概念和惯例。卫生组织正在确定自身的新标准并正在与各国一起制定在脱贫和公立部门改革等关键领域内开展发展中国家间技术合作的更具战略意义的措施。发展中国家间技术合作与发展中国家间经济合作之间的联系很密切，并取决南南贸易的扩展以及许多发展中国家私立部门的加强。现在已广泛认识到，从新出现的全球经济体系的角度来看，非政府组织、民间社会和私立部门的作用对发展中国家间技术合作的发展是至关重要的。

2. 全球化和贸易自由化提高了发展中国家间合作的重要意义并为之提供了新的动力，尤其是在区域和亚区域级。发起发展中国家间技术合作20年之后，可以清楚地看到，这种南南合作取得了相当大的进展。例如，区域性贸易集团并不仅仅局限于贸易问题：社会部门的发展是议事日程的一个不可缺少的组成部分。很显然，越来越多的国家，尤其是中等收入的发展中国家，正在使用发展中国家间技术合作作为表示团结一致及扩大合作和贸易的政治手段。联合国系统在促进发展中国家间技术合作方面的作用也得到了扩大。

3. 不结盟运动卫生部长第二十三次会议（1998年6月于哈瓦纳）以及随后召开的不结盟国家的国家或政府首脑会议（1998年9月于南非德班）确定了与卫生组织开展共同活动的四个领域：

- 作为制定政策基础的社会价值观
- 全球化和人人享有卫生保健
- 卫生部门改革
- 修订的药物战略

根据这种情况并为了确保使卫生进入持续发展和消除贫困行动的主流，最近建立了一个卫生和脱贫专题小组。此外，卫生组织加强了其支持工作，以便向作为技术合作主要方式的发展中国家间技术合作提供必要的推动力。鉴于区域和亚区域合作日益增长的重要性，卫生组织正在以加强区域动力的方式作出反应。

4. 卫生组织正在以更具战略意义的形式处理发展中国家间的技术合作，促进卫生服务和疾病控制领域内的合作，并面对全球化的挑战。已认识到，应当利用发展中国家间的技术合作，使发展和政治议程把卫生作为核心。同样，在脱贫和改善营养等范围更广泛的卫生决定因素以及整个持续发展方面，应当促进横向合作。

VI. 婴幼儿营养

1. 在全世界5岁以下儿童中，有三分之一以上营养不良，包括发育不良、消瘦、或者缺乏碘、维生素A或铁。这种形式的营养不良常常是不可逆转的并威胁生命的。由于它们非常牢固地建立在贫穷和发展落后的基础上，持续发展在存在饥饿和营养不良的人群的地方受到了影响。本报告的重点是改善婴幼儿的营养状况，尤其是通过适当的喂养¹。

2. 蛋白—能量性营养不良。根据发育不良和体重过轻的比率确定的蛋白—能量性营养不良患病率继续缓慢地下降。但是，世界上还有四分之一以上的儿童营养不良—

26.7%（1.5亿）体重过轻，32.5%（1.82亿）发育不良，其中70%在亚洲，26%在非洲，4%在拉丁美洲。非洲某些地区的情况尤其令人不安，因为生态灾难、战争、国内动乱或大量人口流离失所使上述数字不断增加。

3. 贫穷是世界上大部分营养不良的基础，随之而产生食物供应不足和无保障，喂养习惯和照料不适当，营养方面的紧急情况以及广泛的感染和寄生虫侵扰，而缺少医疗服务使问题更加严重。孕产妇营养不良仍然是造成每年出生的患子宫内生长迟缓症的3000万婴儿的一个主要因素，该病可导致身体、精神和智力发育迟缓并可提高患传染病和死亡的风险。发展中国家的学龄前儿童中每年有1070万人死亡，其中近半数（49%）死于营养不良。

4. 卫生组织在评估、监测、预防和管理蛋白—能量性营养不良方面向国家提供支持。全球儿童发育和营养不良数据库覆盖了世界上5岁以下人口的95%²。最近出版的一本手册涉及营养严重不良儿童的评估、管理和康复，为制定用于不同情况的简易准则和培训材料提供了基础，例如，可用于儿童期疾病综合管理³。与此同时，确定新的国际生长参照基准的多中心研究在巴西、挪威和美国正在顺利进行，还将在加纳、印度和阿曼开始进行研究⁴。

5. 国家营养政策和规划。过去10年中的两次重大全球性营养会议承认，旨在形成持

¹ 本报告系根据WHA33.32和WHA49.15号决议以及《国际母乳代用品销售守则》第11.7条提交。关于全球营养不良问题全面概况以及世界卫生组织的反应，可参见：《有益于健康和发育的营养：21世纪前夕的进展和前景》。文件WHO/NHD/99.9（仅有英文版）。

² 现在可在万维网上查阅：<http://www.who.int/nutgrowthdb>。

³ 《营养严重不良的管理：供医生和其他高级卫生工作者使用的手册》。日内瓦，世界卫生组织，1999年。

⁴ 关于多中心生长参照研究现状的进一步信息，请见文件EB105/INF.DOC./1。

久的粮食和营养保障并减少多数形式营养不良的多部门营养政策与计划具有重要意义¹。与粮农组织和儿童基金会的密切合作以及卫生组织各区域营养规划的积极努力为制定或加强符合《世界营养宣言和行动计划》目标的全面国家营养规划和政策作出了贡献。迄今已有151个会员国（79%）完成了其营养计划和政策，还21个会员国（11%）正在制定营养计划和政策。与粮农组织和儿童基金会合作，在1999年审查了各国营养规划并为东南亚区、欧洲区和西太区制定了区域战略。卫生组织还在开展一项多国研究，以便在加强国家营养政策和规划的情况下确认关键性的粮食和营养保障问题²。

6. 其它主要形式的儿童期营养不良。在130个国家中，包括儿童和成人在内的约7.4亿人患碘缺乏症，该病仍然是造成胎儿、婴儿和幼儿可预防的大脑损伤最主要的一种病因。尽管如此，取得了可观的进展，1999年在卫生大会上对此进行了讨论³。维生素A缺乏症在118个国家中（主要在非洲和东南亚）影响1亿至1.4亿儿童，造成盲症并加大感染和死亡的风险。成功的预防和控制战略包括补充维生素A，在食品中加入维生素A和改善饮食。在1998年，通过国家免疫规划提供的维生素A添加剂暂时但迅速地改善了2400万儿童的维生素A状况。关于全球营养不良问题的报告中还讨论了其它主要形式的儿童期营养不良，包括铁缺乏症、贫血以及令人震惊的儿童期肥胖症问题⁴。

7. 紧急情况中的营养问题。为了协助预防、诊断和管理在难民中和其它极端贫困或受饥荒影响的人群中一般发生的营养不良和特定营养素缺乏症暴发，编写了关于坏血病、维生素B₁缺乏症⁵和糙皮病的技术评述。卫生组织和联合国难民事务高级专员办事处联合组织了一次协商会（1998年2月于罗马），以便制定在紧急情况中照料营养方面脆弱人群的指导原则。在巴尔干半岛南部各国的危机期间（1999年4月至7日），由卫生组织担任主席的机构间医疗/卫生专题小组每周开会审议现场提出的关于基本公共卫生事务的问题，包括婴幼儿最佳喂养⁶。卫生组织、儿童基金会、国际婴儿食品行动网以及关联组织（哥伦比亚特区华盛顿）正在编制关于紧急情况中婴儿喂养的培训范例。

8. HIV和婴儿喂养。在1998年，世界卫生组织/联合国儿童基金会/联合国艾滋病规划

¹ 国际营养会议（1992年于罗马）以及世界粮食问题首脑会议（1996年于罗马）。

²

在中国、埃及、加纳、印度尼西亚、缅甸和南非正在开展关于为脆弱人群改进家庭粮食和营养保障的研究。柬埔寨也已表示有兴趣参与。

³ 见文件WHA/1999/REC/3，甲委员会第八次和第九次会议摘要纪录以及WHA52.24号决议。另见：消灭碘缺乏症的进展情况（文件WHO/NHD/99.4）。

⁴ 《有益于健康和发育的营养》（见前引书）。

⁵ 坏血病及在重大紧急情况中的预防和控制（文件WHO/NHD/99.11）；维生素B₁缺乏症及在重大紧急情况中的预防和控制（文件WHO/NHD/99.13）（印刷中）。

情况报道之六，“紧急情况中的婴幼儿喂养”，出自《巴尔干半岛南部各国机构间医疗/卫生专题小组报告》（编写中）。

关于HIV和婴儿喂养的联合技术协商会提出了政策和实践指导方针¹。最近有一篇文章²认为，完全母乳喂养传播HIV的可能性小于混合喂养。尽管卫生组织的结论是不需要对现行指导原则进行改变，但它正在带头开展进一步研究。与此同时，卫生组织、儿童基金会和联合国艾滋病规划正在联合制定与母乳喂养培训配合使用的关于HIV和婴儿喂养的咨询课程。

9. 母乳喂养和补充喂养。适宜的喂养对一生中最初两年期间的发育、健康和营养状况是至关重要的。不适当的喂养是造成大部分儿童期营养不良及相关死亡的原因。世界卫生组织的全球母乳喂养数据库现在已覆盖94个国家和世界婴儿人口的65%，其中数据表明，估计只有35%的婴儿在出生后0至4个月期间完全得到母乳喂养³。

10. 1992年发起的爱婴医院行动在171个国家中正在得到实施；获得“爱婴医院”称号的医院数从1995年的4300所上升到1999年末的16000多所。尽管如此，越来越令人担忧的是，并没有在所有情况下维持标准。据此，卫生组织正在力图加强国家能力，具体措施包括培训卫生工作者⁴，提高行政管理机构和决策者的认识^{5、6}，以及分发与Wellstart国际社合作制定以协助确保该行动持续性的监测与重新评估成套材料⁷。

11. 营养不良的一个主要原因仍然是错误的补充喂养习惯以及常常过早（在发展中国家和发达国家）或过晚（在发展中国家）开始喂给营养不足并经常被污染的食物。为了提出合理的婴儿喂养建议，对科学依据进行了评述，并广泛地予以散发⁸。在这一基础上，正在与伦敦卫生和热带医学院合作，制定在补充喂养方面（例如，在儿童期疾病综合管理的背景下）培训社区卫生工作者的实用准则。

12. 实施《国际母乳代用品销售守则》的进展情况。自第34届世界卫生大会于1981年通过《国际守则》以来，160个会员国（84%）向卫生组织报告了为实施其原则和目标而采取的行动（非洲区有83%的会员国，美洲区有97%，东南亚区有80%，欧洲区有63

¹ HIV和婴儿喂养（文件WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3）。

² Coutoudis A等。婴儿喂养模式对南非德班HIV-1母婴早期传播的影响：预期群体研究。《柳叶刀》1999年；354：471-476。

³ 很快就可在因特网上查阅世界卫生组织全球母乳喂养数据库。

⁴ 母乳喂养咨询：培训课程（文件WHO/CDR/93.3-6）。

⁵ 在卫生设施中促进母乳喂养—行政管理机构和决策者的短期课程（文件WHO/NUT/96.3）。

⁶ 成功母乳喂养十大步骤的依据（文件WHO/CHD/98.9）。

⁷

世界卫生组织、儿童基金会和Wellstart国际社。爱婴医院行动。监测与重新评价：维持进展的工具。（文件WHO/NHD/99.2）。

⁸ 卫生组织、儿童基金会、加州大学（戴维斯）、ORSTOM。发展中国家的幼儿补充喂养：关于当前科学知识的评述（文件WHO/NUT/98.1）。

%，东地中海区有95%，西太区有96%）。国家行动包括采用或加强法规、适用于卫生工作者或销售厂商的准则、与制造厂商的协议以及监测和报告机制。自总干事上一次报告以来（1998年），柬埔寨、克罗地亚、法国、格鲁吉亚、几内亚、马来西亚和巴拿马就范围广泛的新行动提供了信息。

13. 卫生组织对一些国家（包括澳大利亚、新西兰和巴基斯坦）关于技术支持的要求作出了反应，并在泰国和非洲区（为12个使用法文的国家）组织了培训讲习班。在1998年11月，总干事召开了两次圆桌会议，其中一次涉及以消费者和社区为基础的非政府组织，另一次涉及国际婴儿食品制造业协会。会议就改进《守则》在各国的实施和改善有关各方之间对话的问题进行了讨论。

14. 关于婴幼儿喂养的全球技术协商会。卫生组织和儿童基金会正在联合组织一次专家协商会（2000年3月13日至17日于日内瓦），以便评估婴幼儿喂养政策，审议重点干预措施，并为下一个10年制定全面战略。将向第五十三届世界卫生大会提交会议结果的信息。

VII. 人类健康中的克隆问题

1. 应WHA51.10号决议的要求，由独立专家和政府专家组成的一个小型工作组（1998年10月12至14日于日内瓦）审议了人类健康中克隆问题领域内指导原则和建议草案初稿。随后，通过电子邮件对草案进行了协商，其中包括政府、国际组织和学术与专业团体¹。
2. 为了对第五十二届世界卫生大会上讨论的问题开展进一步的讨论，并根据会员国、国际专家和其它各方所表示的关注，即卫生组织应当在对遗传学进展所提出的卫生与伦理方面的问题作出反应方面发挥领导作用，将在1999年12月于日内瓦召开又一次协商会。
3. 根据卫生大会期间收集的意见，该协商会将审议关于医用遗传学和生物技术对公共卫生影响的一份报告。此外，协商会将充分利用这一宝贵的文件以及协商会上各方在场的机会，确定今后卫生组织在这一领域以及相关领域内工作的可能方向。
4. 将向第五十三届世界卫生大会提交协商会的报告，以便使之有可能开展更广泛的讨论，对克隆和相关问题提出的卫生与伦理方面问题作出反应。

¹ 见文件A52/12。

VIII. 根除脊髓灰质炎

1. WHA52.22号决议（1999年）呼吁加速到2000年末根除脊髓灰质炎的行动。到2005年应当完成认证工作。
2. 已经取得了巨大的成就；世界卫生组织六个区域中的三个现在报告的脊髓灰质炎病例数为零。美洲区、欧洲区和西太区最后报告的病例分别发生于1991年8月、1998年11月和1997年3月。在脊髓灰质炎流行的其余区域中，1999年报告的病例数少于前一年报告的病例数的二分之一。根除行动以极大的活力和影响向前发展。现在已经到了最后的冲刺阶段。但是，全球工作的最终成功将需要在脊髓灰质炎仍然存在或最近流行的国家中加速根除和监测工作。
3. 成功地加速的关键是流行脊髓灰质炎的会员国必须在2000年和2001年开展额外的全国免疫日活动，尤其是在阿富汗、安哥拉、孟加拉国、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、印度、尼日利亚、巴基斯坦、索马里和苏丹等十个全球重点国家。
4. 在东南亚区和东地中海区，四个全球重点国家已开始额外的免疫日活动，或者已作出承诺开展此类活动。仅在印度，1999年10月至2000年3月的四个全国免疫日和两个亚国家免疫日期间将分发10亿多剂口服脊髓灰质炎疫苗。根据可利用的资源，阿富汗、孟加拉国和巴基斯坦将在2000年和2001年每年增加二至四次免疫日活动。
5. 在非洲六个全球重点国家中，根除行动在1999年8月至10月期间经过了一个历史性的转折点，即在刚果民主共和国首次开展了三轮全国免疫日活动。在1999年6月至8月期间，安哥拉将其活动扩展至三轮。除了免疫日，尼日利亚和苏丹于1999年在高危地区开展了两轮额外的亚国家活动。在埃塞俄比亚，仅开展了两轮活动。在索马里，免疫日因安全问题受到了影响。
6. 由于意识到在2005年之前加速和完成这一运动需要大量经济资源（截至1999年5月，缺额为5亿美元），卫生大会要求总干事筹集额外资金。此后，联合国基金会和比尔与梅林达·盖茨基金会承诺提供7500万美元。Pasteur-Merieux-Connaught为受武装冲突影响的非洲地区捐赠了价值为500万美元的脊髓灰质炎疫苗。世界银行向印度政府提供了支持，用于大规模加速根除活动。加拿大、联合王国和美国加强了他们对根除行动的总体支持。国际扶轮社和许多开发机构继续为全球根除工作提供积极支持。
7. 有些国家和组织仍然低估了在目标日期根除脊髓灰质炎的重要性。但是，脊髓灰

质炎病毒在南撒哈拉非洲和南亚继续猖獗传播的时间越长，现在已无该病的地区被重新感染的风险就越大。1999年在安哥拉和伊拉克的重大疾病暴发表明，已取得的进展非常容易被破坏。如果不能按时达到目标，根除工作的总费用每年将增加多达一亿美元。此外，超过24至36个月，就很难维持目前的供资水平，尤其是在已无脊髓灰质炎但需要维持免疫日活动以便防备外来疾病的国家。

8. 联合国系统各组织和根除脊髓灰质炎工作中的伙伴必须提高他们的能力以满足加速这一行动的需求。在1999年，计划和协调方面的缺陷造成了在非洲和南亚推迟或取消免疫日的情况。联合国系统各组织、疫苗制造厂商和捐助国政府之间更好的疫苗预测、计划和协调必须得到加强，以便在会员国对加速根除的呼吁作出反应时预防或预先制止脊髓灰质炎疫苗的进一步短缺。

9. 为开展全国免疫日而建立和平（或者至少形成安全的工作环境并允许在未受益的社区中开展工作）所做的成功努力必须推广到受长期冲突影响的所有地区。在索马里，为根除脊髓灰质炎活动就地招聘的两名联合国工作人员在1999年被杀害。在安哥拉，也有两名疫苗接种队成员被杀害。在该国，争取安哥拉彻底独立全国联盟控制的地区内只有少数儿童能在免疫日期间得到免疫。联合国秘书长在刚果民主共和国为免疫日创造“安宁日”方面的成功表明，尽管似乎有难以克服的后勤和安全问题，但在这些地区成功地开展工作是可行的。

10. 全球根除脊髓灰质炎认证委员会制定的标准在任何地方都未予以遵守。有些国家甚至停止了辅助免疫活动，尽管监测灵敏度仍然远低于认证标准。美洲区、欧洲区、东地中海区和西太区的经验最终表明，这种行动可危及历史成果，因为在监测工作未达最佳标准的地区，低水平的脊髓灰质炎传播可在未被发现的情况下持续三年以上。

= = =