

## التقارير المرحلية

### تقرير من الأمانة

#### المحتويات

#### الصفحة

٢	ألف: شلل الأطفال: آلية للسيطرة على المخاطر المحتملة المحدقة بعملية الاستئصال (القرار جص ع ٦١٤-١) .....
٦	باء: مكافحة داء المتقيبات الأفريقي البشري (القرار جص ع ٥٧٤-٢) .....
٧	جيم: الصحة الإيجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية (القرار جص ع ٥٧٤-١٢) .....
١١	دال: تسريع إعداد القوى العاملة الصحية (القرار جص ع ٥٩٤-٢٣) .....
١٤	هاء: تعزيز التمريض والقبالة (القرار جص ع ٥٩٤-٢٧) .....
١٦	واو: التخلص من اضطرابات عوز اليود بشكل دائم (القرار جص ع ٦٠٤-٢١) .....
١٨	زاي: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل (القرار جص ع ٦١٤-١٢) .....
٢٠	حاء: صحة المهاجرين (القرار جص ع ٦١٤-١٧) .....
٢٢	طاء: تغيير المناخ والصحة (القرار جص ع ٦١٤-١٩) .....
٢٤	ياء: الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية (القرار جص ع ٦٢٤-١٢) ..

## ألف: شلل الأطفال: آلية للسيطرة على المخاطر المحتملة المحدقة بعمليّة الاستئصال (القرار ج ص ٦١ع-١)

١- اعتمدت جمعية الصحة العالمية، عام ١٩٨٨ القرار ج ص ٤١-٢٨ بشأن استئصال شلل الأطفال العالم بحلول عام ٢٠٠٠. وبحلول عام ٢٠٠٨ تمكنت جميع البلدان، عدا أربعة (أفغانستان والهند ونيجيريا وباكستان) من وقف السراية المحلية لفيروس شلل الأطفال من النمط البري، كما انخفض عدد حالات الإصابة السنوية بأكثر من ٩٩٪ منذ عام ١٩٨٨. إلا أن عدد وقوع الحالات مايزال يتراوح بين ١٠٠٠ و ٢٠٠٠ حالة في السنة، كما أن ما بين ١٢ و ٢٣ بلداً إضافياً تظهر فيها، كل عام، حالات إصابة بشلل الأطفال جراء وفود الفيروس من خارجها. وقد ظل الفيروس الوافد موجوداً في اثنين من تلك البلدان (أنغولا وتشاد)، وربما جمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان، لمدة تزيد على ١٢ شهراً مما سبب مزيداً من الانتشار على الصعيد الدولي. وفي عام ٢٠٠٨، دعت جمعية الصحة العالمية، في قرارها ج ص ٦١-١، إلى وضع استراتيجية جديدة لاستئصال شلل الأطفال من بقية البلدان الموبوءة. وقد أنشئ برنامج العمل ٢٠٠٩ الخاص بالمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال من أجل توفير المعلومات اللازمة حول هذه الاستراتيجية الجديدة من خلال تقييم الابتكارات التكتيكية في كل منطقة يتوطنها هذا المرض<sup>٢</sup> حيث تجرى التجارب السريرية على تركيبات اللقاح الفموي الجديد لفيروس شلل الأطفال، وتيسير تقييم مستقل لأهم العقبات التي تحول دون وقف سراية الفيروس.

٢- وفي الهند، أدت التكتيكات الجديدة التي اعتمدت إلى زيادة التغطية بحملات التمنيع باللقاح الفموي ضد فيروس شلل الأطفال عام ٢٠٠٩، بين السكان المهاجرين والرحل، كما عززت تلك التكتيكات عمليات الحملات التي تجرى في المقاطعات الموطونة بالمرض في وسط ولاية بيهار وفي غرب ولاية أوتار براديش، مما رفع نسبة صغار الأطفال الذين تكونت لديهم أصداد للنمط الأول من فيروس شلل الأطفال في المنطقة الأخيرة من ٨٥٪ في أواخر عام ٢٠٠٧ إلى ٩٦٪ في أواخر عام ٢٠٠٩. وفي نيجيريا، وبمقارنة فترة الأشهر الستة الأخيرة (أيار/ مايو - تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٩) مع نفس الفترة من عام ٢٠٠٨، يتبين أن نسبة الأطفال الذين لم يسبق لهم تلقي التطعيم في الولايات العشر الموطونة (الولايات المعرضة لأشد المخاطر) قد انخفضت مما يقرب من ٢٠٪ (١٩,٥٪) إلى أقل من ١٠٪ (٩,٦٪) في عام ٢٠٠٩، بعد توقيع حكومة الولاية "للتزامات أوجا فيما يتعلق باستئصال شلل الأطفال" في شهر شباط/ فبراير ٢٠٠٩. كما شكل الزعماء الشعبيون في حزيران/ يونيو ٢٠٠٩ لجنة لاستئصال شلل الأطفال. وقد أفضى هذان الإجراءان إلى إيجاد نظام مساهمة أكثر صرامة لأداء حملات التطعيم ضد شلل الأطفال على الصعيد المحلي. وفي باكستان، أطلق رئيس الوزراء، في شباط/ فبراير ٢٠٠٩، خطة عمل خاصة بشلل الأطفال، عززت الدعم المتعدد القطاعات المقدم لحملات التطعيم باللقاح الفموي ضد فيروس شلل الأطفال في عديد من المناطق، وذلك على الرغم من استقرار مستوى التغطية في مستوى يقل عن ٨٠٪ في الولايات الموطونة بالمرض في المناطق الشمالية، في كل من ولاية الحدود الشمالية الغربية والمناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية، وفي

١ أعداد حالات شلل الأطفال متاحة على العنوان التالي: [www.polioeradication.org/cascount.asp](http://www.polioeradication.org/cascount.asp).

٢ مناطق لم تتوقف فيها قط سراية فيروس شلل الأطفال البري.

٣ بيانات مستقاة من إحدى دراسات الانتشار السيرولوجي في مدينة مراد آباد (الهند) بين ١٠٠٢ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة وتسعة أشهر، نيسان/ أبريل - أيار/ مايو ٢٠٠٩؛ والبيانات متاحة في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية.

٤ Analysis of immunization profile of reported cases of non-polio myelitis acute flaccid paralysis; data available in WHO headquarters.

بلوشستان، ومنطقة كراتشي الكبرى في إقليم السند. وفي الولايتين المتبقيتين اللتين يتوطنهما المرض في أفغانستان (قندهار وهلمند، في الإقليم الجنوبي) تحسنت عملية الوصول إلى الأطفال في الولايات الرئيسية التي تعاني من عدم استتباب الأمن، أثناء إجراء الحملات الأخيرة للتطعيم باللقاح الفموي ضد فيروس شلل الأطفال، وذلك باستخدام التكتيكات الجديدة التي تتضمن دوراً أكثر قوة للمنظمات غير الحكومية، وتعيين "مفاوضين محليين" للوصول إلى المناطق المستهدفة بالتطعيم، إلى جانب التفاوض مع القوة الدولية للمساعدة الأمنية ومع طالبان بخصوص أيام التهيئة. وعلى الرغم من استمرار تذبذب عملية الوصول إلى المناطق المستهدفة بالتطعيم في الإقليم الجنوبي، إلا أن نسبة الأطفال الذين يصعب الوصول إليهم قد انخفضت، لأول مرة، من ٥٪ خلال حملات التطعيم باللقاح الفموي ضد شلل الأطفال التي أجريت في شهري تموز/ يوليو وأيلول/ سبتمبر ٢٠٠٩ في اتجاه هبوطي انطلاقاً من نسبة تتجاوز ٢٠٪ مع بداية العام<sup>١</sup>.

٣- ولزيادة فعالية وتأثير حملات التطعيم باللقاح الفموي ضد فيروس شلل الأطفال ضد النمطين المصليين الأخيرين المتبقين لفيروس شلل الأطفال البري، أُجريت التجارب السريرية على لقاح فموي ثنائي التكافؤ مضاد لفيروس شلل الأطفال، يحتوي على فيروسات من النمط الأول والنمط الثالث. وفي عام ٢٠٠٩، أظهرت نتائج التجارب السريرية أن الحماية الكامنة ضد المرض في هذا اللقاح الثنائي التكافؤ والراجعة لوجود كلا النمطين المصليين فيه، كانت أعلى من الحماية التي وفرها اللقاح الفموي الثلاثي التكافؤ المضاد للفيروس، كما أنها لم تكن "أقل كفاءة" من اللقاحات الفموية الأخرى المضادة لهذا الفيروس<sup>٢</sup>. وقد خلصت اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال إلى أن "استخدام اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال في أنشطة التمنيع التكميلي هو بمثابة أداة جديدة هامة من أدوات المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال"، وأوصت اللجنة باستخدام هذه الأداة<sup>٢</sup>. وقد تم استخدام هذا المنتج في فترة لاحقة للمرة الأولى في إطار المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، في شهر كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٩، في أفغانستان والهند ونيجيرو وباكستان في الربع الأول من عام ٢٠١٠. ومن المتوقع أن تتوافر إمدادات كافية من اللقاح لتلبية الطلب عليه على النحو الكامل في أواسط عام ٢٠١٠.

٤- وقد أوضح تقييم مستقل لأهم العقبات التي تحول دون كسر سراية فيروس شلل الأطفال أجراه فريق برئاسة الدكتور علي جعفر محمد (سلطنة عُمان)، نائب رئيس المجلس التنفيذي، وانبثقت عنه خمسة أفرقة فرعية ضمت في عضويتها ٢٨ خبيراً في التخصصات ذات الصلة، بما في ذلك الصحة العمومية وبرامج التمنيع، وعلم اللقاحات، والتعبئة المجتمعية والأمن. وقد أنفقت هذه الأفرقة الفرعية في مجموعها، وقتاً يعادل ٢٤ شخصاً- شهراً على تقييم الأوضاع في كل من أفغانستان وأنغولا والهند ونيجيرو وباكستان والسودان والمكتب الإقليمي لكل من أفريقيا وشرق المتوسط والمقر الرئيسي للمنظمة، مع إجراء مشاورات موسعة مع الشركاء في المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال وأصحاب المصلحة المعنيين في كل بلد من هذه البلدان. وقد قدم فريق التقييم تقريره إلى المديرية العامة في ٢٢ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٩. كما قدم تقريره المرحلي إلى المجلس التنفيذي في دورته السادسة والعشرين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٠<sup>٣</sup>.

٥- وفي الهند، تأكد الفريق من المستوى العالي جداً للتغطية الذي تم أثناء القيام بحملات التطعيم باللقاح الفموي المضاد لشلل الأطفال وأوصى بوضع برنامج بحوث مكثف وتبني نهج ذي شعب متعددة من أجل

١ تقارير مستقلة عن رصد أنشطة التمنيع التكميلي المضطلع بها في الفترة من تموز/ يوليو إلى أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٩. والبيانات متاحة في المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية.

٢ اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال: التوصيات بشأن استخدام اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال من النمط ١ والنمط ٣. السجل الوبائي الأسبوعي، ٢٠٠٩، ٢٩(٨٤): ٢٨٩-٣٠٠ (النص الإنكليزي).

٣ الوثيقة م٢٦/٣٨ إضافة ١، الفرع ألف.

التغلب على التحدي الفريد الناجم عن عدم اكتمال المناعة ضد فيروس شلل الأطفال من خلال الأغشية المخاطية المعوية في الأماكن الواقعة شمال الهند. وفي نيجيريا، أوصى الفريق بالانطلاق من التحسينات التي شهدتها حملات التغطية بالتطعيم باللقاح الفموي المضاد لفيروس شلل الأطفال عام ٢٠٠٩، ولاسيما في أداء البرنامج حيث تمثل القضايا الإدارية في هذا المستوى الآن أكبر العقبات التي تعرقل تحقيق النجاح. ولدى تأكد الفريق من أن عدم استتباب الأمن في أفغانستان وباكستان يمثل أهم العراقيل التي تحول دون استئصال شلل الأطفال في هذين البلدين، فقد أكد على الحاجة إلى وضع الخطط والحلول الخاصة بالمناطق والمناطق الفرعية في مثل هذه الأقاليم وفقاً للثقافات المحلية وبالتنسيق مع الشركاء المحليين، وبحسب طبيعة الصراعات الأهلية. وفي باكستان، أوصى الفريق أيضاً برصد مستوى التغطية الذي تحقق من خلال حملة التطعيم باللقاح الفموي المضاد لشلل الأطفال على مستوى المناطق الفرعية حتى يتسنى إصلاح عملية "عدم المساءلة والتدخلات السياسية" لزعماء المناطق المحلية، ولاسيما في المناطق الموبوءة في إقليمي السند وبلوشستان.<sup>١</sup>

٦- وقد تبين للفريق أن استمرار سرية فيروس شلل الأطفال الوافد في كل من أنغولا وتشاد، وربما في جمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان، كان نتيجة لعدم تطبيق المبادئ التوجيهية الخاصة بالتصدي لفاشيات شلل الأطفال على النحو الكامل. وأوصى الفريق بأن يتم اعتبار سرية فيروس شلل الأطفال قد عادت إلى التوطن في مثل هذه المناطق، مما يشير إلى ازدياد الخطورة التي تشكلها هذه السرية على جهود الاستئصال العالمية. ولكي يتسنى الحد بشكل أكبر من الانتشار الدولي لفيروسات شلل الأطفال، حث فريق التقييم على مساندة أنشطة التغطية بالتطعيم الروتيني باللقاح الفموي المضاد لفيروس شلل الأطفال في المناطق المجاورة للمناطق الموبوءة وتركيز حملات التطعيم هذه على المناطق التي عاد الفيروس إليها، والتي شهدت تغطية ضعيفة بالتطعيم الروتيني باللقاح الفموي المضاد لشلل الأطفال. كما أوصى الفريق بتطعيم المسافرين على نقاط العبور البرية ما بين البلدان الموبوءة والبلدان الخالية من شلل الأطفال في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ودعم أيضاً تطعيم المسافرين الآخرين، كلما كان ذلك ملائماً، حتى يتسنى التقليل بشكل أكبر من مخاطر الانتشار الدولي للفيروس، على النحو الذي تم تنفيذه أثناء موسم الحج.

٧- وليتسنى تعزيز دعم المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال المقدم للبلدان الموبوءة بشلل الأطفال، أوصى الفريق بمواصلة إجراء البحوث في هذا المجال، مع سرعة إدخال المنتجات الواعدة (مثل اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال) واستخدامه على نطاق واسع، وأن يتم تنسيق مستويات المساعدة التقنية التي تقدمها المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال في البلدان التي يترسخ فيها الفيروس بعد وفوده من مناطق أخرى، مع تلك المقدمة في المناطق الموطونة بالمرض، وربط عمل المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال بشكل وثيق مع الأنشطة الخاصة بتقوية نظم التمنيع وتعزيزها. وقد أوصى فريق التقييم بالنظر في إنشاء المزيد من الآليات بهدف التصدي لمسألة الكيانات المحلية السيئة الأداء.

٨- وقد تم، حتى ١٦ شباط/فبراير ٢٠١٠، الإبلاغ عن وقوع ما مجموعه ١٥٩٥ حالة من حالات شلل الأطفال، في ٢٣ بلداً خلال عام ٢٠٠٩: منها ١٢٤٧ حالة في البلدان الأربعة التي تظل موطونة بالمرض (أفغانستان والهند ونيجيريا وباكستان)، و ١٤٢ حالة من أربعة بلدان معروفة بسرية فيروس شلل الأطفال فيها أو يشتبه في ترسخه فيها (أنغولا وتشاد وجمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان)؛ و ٢٠٦ حالات في ١٥ بلداً آخر في غرب ووسط أفريقيا وفي القرن الأفريقي، بسبب حالات جديدة نجمت عن وفود الفيروس.<sup>٢</sup> وفي

١ التقييم المستقل لأهم العقبات التي تحول دون كسر سرية فيروس شلل الأطفال - الموجز، ٢٠ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩، متاح على الموقع: [http://www.polioeradication.org/content/general/Polio\\_Evaluation\\_CON.pdf](http://www.polioeradication.org/content/general/Polio_Evaluation_CON.pdf) (أطلع عليه في ٢٦ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩).

٢ أعداد حالات شلل الأطفال متاحة على العنوان التالي: [www.polioeradication.org/casecount.asp](http://www.polioeradication.org/casecount.asp).

نيجيريا، أسهمت التحسينات التي طرأت على أنشطة التغطية بالتطعيم باللقاح الفموي المضاد لشلل الأطفال في خفض العدد الكلي لحالات شلل الأطفال بنسبة ٥٠٪ وفي حدوث انخفاض بلغ ٩٠٪ في الحالات الناجمة عن فيروس شلل الأطفال من النمط الأول، وذلك بالمقارنة مع عام ٢٠٠٨. وعلى الرغم من أن أعداد الحالات في الهند كانت مشابهة لأعدادها في عام ٢٠٠٨، إلا أن التكتيكات الجديدة التي أدخلت في عام ٢٠٠٩ أدت إلى انخفاض في التنوع الجيني وفي المدى الجغرافي لبقية الفيروسات.<sup>١</sup> وفي باكستان، كان العدد الإجمالي للحالات أقل بنسبة ٢٥٪ عنه في نفس الوقت من عام ٢٠٠٨، مع الإبلاغ عن عديد من الحالات في المناطق المتأثرة بعدم استتباب الأمن أو التي ترتبط جينياً بها. وفي أفغانستان، كان فيروس شلل الأطفال المتوطن، مترسحاً أساساً في ١٣ منطقة فقط في الإقليم الجنوبي، من بين ٣٢٩ منطقة في ذلك البلد. ولم يبلغ حتى أواخر عام ٢٠٠٩، عن أي حالات جديدة على مدى أكثر من ثلاثة أشهر في القرن الأفريقي على الرغم من استمرار وقوع فاشيات المرض في أنغولا وتشاد وأفريقيا الوسطى وغرب أفريقيا.

٩- وتمت مراجعة نتائج وأثار برنامج العمل ٢٠٠٩ الخاص بالمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال من قِبل فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع التابع للمنظمة في ٢٩ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩، ومن قِبل اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال، في ١٨ و ١٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩، وذلك في إطار مشاوره خاصة أجراها ذلك الفريق مع ممثلي البلدان الموبوءة بشلل الأطفال ومع شركاء الفريق العالمي لتدبير شلل الأطفال. وقد حث فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال على النظر، على وجه السرعة، في نتائج التقييم المستقل وأخذها بعين الاعتبار، كما دعم البرنامج المعزز للبحوث، واتفق على أن التطعيم باللقاح الفموي الثنائي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال يُعد أداة جديدة هامة. وأوصى الفريق بضرورة رصد المؤشرات الرئيسية للمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال على الصعيد الدولي مع تعيين جهات إشرافية مؤثرة من قِبل الإدارة العليا في الوكالات الشريكة ومن قِبل البلدان الموبوءة بشلل الأطفال. وذكرت اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال أن التحديات التي تواجه المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال في عام ٢٠٠٩ لا ينبغي أن تلقي بظلالها على الانجازات الكبيرة التي تحققت، ولا سيما في أفغانستان والهند ونيجيريا. واتفق المشاركون في اللجنة الاستشارية على أن المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال ينبغي أن تُنشئ، من خلال عملية تشاورية تتم مع البلدان والشركاء، وخطة عمل استراتيجية جديدة تنفذ على مدى ثلاث سنوات وتركز على وقف الانتشار العالمي لفيروس شلل الأطفال البري وتتضمن نتائج التقييم المستقل وتوصياته.

١٠- وقد رحب المجلس التنفيذي، في دورته السادسة والعشرين بعد المائة بالاقترح القاضي بوضع خطة استراتيجية الهدف منها وضع حد لسراية فيروسات شلل الأطفال المتبقية على الصعيد العالمي ودعمها بقوة، علماً بأن خطة العمل تلك ينبغي أن تُؤسس على الحصائل الرئيسية المتمخضة عن برنامج العام لعام ٢٠٠٩. ومن بين تلك الحصائل التوسع السريع في استخدام اللقاح الفموي الجديد الثنائي التكافؤ، ووضع خطط خاصة بالمناطق التي لا يستتب فيها الأمن وسائر المناطق المعرضة لمخاطر شديدة، وتعزيز نظم التمنيع في المناطق المعرضة لأشد مخاطر انتشار الفاشيات وإمكانات تعزيز تطعيم المسافرين للحد من انتشار فيروس شلل الأطفال على الصعيد الدولي.<sup>٢</sup> كما طلب المجلس التنفيذي وضع معالم واضحة ورصد التقدم المحرز من أجل ضمان زيادة مستوى المساءلة فيما يتعلق بتنفيذ الخطة الجديدة على الصعيدين الوطني والدولي. واتفق على إمكانية تضمين ملخص التقييم المستقل تعديلاً يشير إلى الشواغل الوقائية التي أثارها بعض أعضاء المجلس.

١ Twentieth Meeting of the India Expert Advisory Group for Polio Eradication: conclusions and recommendations (Delhi, India, 24–25 June 2009); available at [www.polioeradication.org/content/meetings/IEAG\\_200906.report.pdf](http://www.polioeradication.org/content/meetings/IEAG_200906.report.pdf).

٢ انظر الوثيقة م٢٦/٢٠١٠/٢/سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).

١١- ونزولاً على ما جاء في قرار جمعية الصحة جص ع٦١-١، واتباعاً لتوجيهات المجلس في دورته السادسة والعشرين بعد المائة عمدت مبادرة استئصال شلل الأطفال إلى وضع خطة استراتيجية جديدة للثنائية ٢٠١٠-٢٠١٢ ووضع الميزانية الخاصة بها لكي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون. وتقترح الخطة الاستراتيجية تلك إدخال تعديلات جوهرية على الاستراتيجية في مجالين رئيسيين وخاصة بلوغ الحدود الدنيا لتمنيع السكان واللازمة لوقف سراية فيروس شلل الأطفال البري في كل المناطق المتبقية الموبوءة بالفيروس في أفريقيا وآسيا والحد من مخاطر انتشار الفيروس على الصعيد الدولي وعودة العدوى إلى المناطق التي خلت منه. وبتاريخ شباط/فبراير ٢٠١٠ بلغت الميزانية الثلاثية السنوات المخصصة للخطة الاستراتيجية الجديدة ٢٦٠٠ مليون دولار أمريكي تعذر تحصيل ١٤٠٠ مليون دولار أمريكي منها وتحصيل مبلغ ٣٣٠ مليوناً منها يمثل العجز المسجل في عام ٢٠١٠. ولتيسير رصد التقدم المحرز على الصعيدين الوطني والدولي وإدخال التعديلات في منتصف المدة إذا لزم الأمر، ترد في الخطة الاستراتيجية ٢٠١٠-٢٠١٢ محطات محددة يتولى فريق الخبراء الاستراتيجي المعني بالتنسيق، كل ستة شهور، أمر استعراض التقدم المحرز صوب بلوغها علماً بأن النتائج التي يخلص إليها فريق الخبراء سترفعها المديرية العامة إلى المجلس التنفيذي وجمعية الصحة.

## باء: مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري (القرار جص ع٥٧-٢)

١٢- يتوطن الشكل المزمن من داء المثقبيات الأفريقي البشري التي تسببه المتبقية البروسية الغامبية ٢٤ بلداً. وقد انخفض عدد الحالات الجديدة المبلغ عنها، في الفترة ما بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ بنسبة ٤٠٪ ليصبح ٢٣٥ ١٠ حالة. ولم يبلغ أحد عشر بلداً (بنن، بوركينافاسو، غامبيا، غانا، غينيا - بيساو، ليبيريا، مالي، النيجر، السنغال، سيراليون، توغو) عن وقوع أي حالة في حين أبلغت ستة بلدان (الكاميرون، كوت ديفوار، غينيا الاستوائية، غابون، غينيا، نيجيريا) عن حدوث أقل من ١٠٠ حالة جديدة في السنة. وأبلغت جمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد والكونغو وأوغندا عن وقوع عدد يتراوح بين ١٠٠ و١٠٠٠ حالة جديدة سنوياً. وتعد أنغولا وجمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان أكثر البلدان تأثراً إذ تبلغ كل منها عن وقوع عدد متوسط من الحالات يفوق ١٠٠٠ حالة جديدة كل عام.

١٣- وفي الفترة ذاتها، انخفض عدد الحالات الجديدة المبلغ عنها من الشكل الحاد لداء المثقبيات الأفريقي البشري الناجم عن المتبقية البروسية الروديسية والذي يتوطن ١٣ بلداً بنسبة ٥٦٪ ليصبح ٢٥٩ حالة. ولم تبلغ بوتسوانا وبوروندي وإثيوبيا وناميبيا وسوازيلند عن وقوع أي حالة. وأبلغت كينيا وموزامبيق ورواندا وزمبابوي عن حالات متفرقة وأبلغت ملاوي وزامبيا عن وقوع أقل من ١٠٠ حالة جديدة كل عام، في حين أبلغت أوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة عن وقوع عدد يتراوح بين ١٠٠ و١٠٠٠ حالة جديدة كل عام.

١٤- وقد مكّنت شراكات قامت بين القطاعين العام والخاص بلداناً يتوطنها داء المثقبيات الأفريقي البشري من استخدام أفضل خيارات العلاج المتاحة. فقد بلغت نسبة حالات المرض في مرحلته الثانية والناجم عن المتبقية البروسية الروديسية والتي عولجت بالميلارسوبرول السام ٨٦٪ في عام ٢٠٠٤ أما في عام ٢٠٠٨ فإن هذا الرقم قد انخفض ليصبح ٥١٪ وعولجت الحالات المتبقية بالإفلورنيتين وهو دواء أكثر أماناً.

١٥- واستجابة لأحكام القرار جص ع٥٠-٣٦ بشأن داء المثقبيات الأفريقي، وقعت منظمة الصحة العالمية مذكرة تفاهم مع مفوضية الاتحاد الأفريقي وافقت فيها على ضم الجهود من أجل مكافحة داء المثقبيات الأفريقي في إطار الحملة الأفريقية الشاملة للتخلص من ذبابة تسي تسي وداء المثقبيات. كما أطلقت منظمة الصحة العالمية، بمعية منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو) مبادرة لوضع خرائط توزع المرض في إطار البرنامج المشترك بين عدة مؤسسات لمكافحة داء المثقبيات الأفريقي.

١٦- وقد أصبح وصول مرضى داء المتقيبات الأفريقي إلى خدمات التشخيص والعلاج أمراً أيسر بفضل انخفاض حدة القلاقل الاجتماعية وبناء القدرات وزيادة الدعم التقني والمالي المقدم من أجل مكافحة والترصد، وتوفير الكوادر التشخيصية والأدوية بالمجان لمكافحة هذا المرض.

١٧- وعلى الرغم من التقدم المحرز، يظل داء المتقيبات الأفريقي البشري خطراً ماثلاً في أفريقيا، ولاسيما في مناطق من جمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديمقراطية تعوق فيها العقبات القائمة لدواع أمنية أنشطة مكافحة. وينبغي دعم البلدان الموطونة لتعزيز أنشطة مكافحة والترصد وذلك بفضل التعرف إلى الجيوب المتباعدة التي يسري فيها الداء وتحسين عملية الإبلاغ. ومن سوء الطالع أن انخفاض عدد الحالات المكتشفة قد قلل من الأولوية التي تم إيلائها لمكافحة هذا المرض مما يعكس الوضع الذي كان سائداً منذ ٥٠ عاماً عندما كان يعتقد أن المرض قد تم التخلص منه. وبناءً على ذلك قل الوعي بخطورة داء المتقيبات الأفريقي البشري كما أسهم تحديد أولويات أخرى في مجال الصحة العمومية في دفعه إلى زوايا النسيان، ولتلافي إعادة التاريخ نفسه من الأهمية بمكان العثور على طرق عالية المردود ومضمونة الاستمرار لترصد داء المتقيبات الأفريقي البشري ومكافحته.

١٨- والجدير بالذكر أن مكافحة داء المتقيبات الأفريقي البشري على نحو مستدام أمر لا يمكن أن يحدث إلا عن طريق اتباع نهج متكامل يتم في إطاره الاضطلاع بأنشطة الترصد والمكافحة داخل نظم صحية معززة تمتلك مقومات العمل بفعالية. وهناك عقبتان تقنيتان رئيسيتان في هذا الطريق وهما: عدم وجود اختبار تشخيصي حساس ونوعي زهيد التكلفة ويسهل إجراؤه في الظروف الميدانية ويحظى بإجراؤه بالقبول في أي مستوى من مستويات النظام الصحي، وعدم وجود عامل جديد مضاد للمتقيبية يكون أزهّد تكلفة من الأدوية الموجودة وأكثر مأمونية ولا يحتاج إعطاؤه إلى الكثير من الجهد والعناء ويمكن إعطاؤه من شفاء المرضى بشكله.

١٩- ويتمثل أكثر التحديات مباشرة، في هذا الصدد، في التوسع في أنشطة مكافحة والرصد الجارية حالياً وضمان استمرارها وذلك باستخدام أفضل الأدوات المتاحة. وينبغي إكفاء الوعي بهذا المرض والدعوة إلى تحديد الأولويات وجمع الأموال في هذا الصدد، وينبغي أن تستمر المنظمة في تزعم الجهود المبذولة من أجل تقديم الدعم للبلدان وتنسيق العمل الذي تضطلع به كل الأطراف التي يعينها أمر مكافحة داء المتقيبات الأفريقي البشري وإجراء البحوث بشأنه.

٢٠- وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً بهذا التقرير في دورته السادسة والعشرين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠.

## جيم: الصحة الإنجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية (القرار ج ص ع ٥٧-١٢)

٢١- تم دعم تنفيذ هذه الاستراتيجية بإدراج هدف جديد (٥-ب) إلى المرمى رقم ٥ من المرامي الإنمائية للألفية: الإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥. وواصلت الأمانة تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء لتحسين إتاحة وجودة خدمات الرعاية للصحة الجنسية والإنجابية والتعجيل ببلوغ الإتاحة الشاملة للخدمات والسلع المناسبة لهذا المجال.

١ انظر الوثيقة مت ٢٠١٠/١٢٦/٢/سجلات، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).

٢٢- وشملت الأنشطة الإقليمية التي نفذت بالتعاون مع الشركاء ما يلي: تطوير الاستراتيجية لتناسب السياقات الإقليمية وتشبع احتياجات الصحة الإنجابية المحلية على أفضل نحو؛ وتقديم الدعم اللازم لإعداد سياسات الإتاحة الشاملة لخدمات و سلع الصحة الإنجابية؛ وتقييم جدوى قياس المؤشرات المذكورة في الإطار الموضوع لتنفيذ الاستراتيجية؛<sup>١</sup> وعقد مشاورات ثقافية اجتماعية للتجديد بلوغ المرميين ٤ و ٥؛ وتنظيم حلقات عملية لتعزيز القدرات الوطنية على وضع استراتيجيات وسياسات مستجيبة للاحتياجات؛ وتحسين جودة الرعاية الصحية.

٢٣- وفي عام ٢٠٠٩ أجرت الأمانة تقييماً للتقدم الذي أحرزته الدول الأعضاء في مجالات العمل الرئيسية الخمسة المحددة في الاستراتيجية، فظهرت النتائج التالية من الإجابات التي ردت على الاستبيان:

- **تعزيز قدرة النظم الصحية.** أعدت استراتيجيات للتوسع في خدمات الصحة الإنجابية وتقديم الرعاية الأساسية لطوارئ التوليد في المناطق الريفية. واتخذت مبادرات لاجتذاب مقدمي الرعاية الصحية إلى العمل في المناطق النائية. وازداد الاهتمام بالرعاية الصحية الوقائية، وأدرجت سلع الصحة الإنجابية في قوائم الأدوية الأساسية.
- **تحسين المعلومات اللازمة لتحديد الأولويات.** أدرجت في الاستقصاءات السكانية واستمارات التعداد أسئلة بشأن أمور الصحة الإنجابية.
- **استنهاض الإرادة السياسية.** عقدت حلقات عملية لأعضاء البرلمانات. ونشرت المعلومات على رسمي السياسات، وركزت أنشطة الدعوة على أهمية الصحة الإنجابية لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية.
- **إنشاء أطر تشريعية وتنظيمية داعمة.** سنت قوانين لتقديم خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية.
- **تعزيز الرصد والتقييم والمساءلة.** أدرجت مؤشرات للصحة الإنجابية في الآليات الوطنية للرصد، وتم استعراض معدلات وفيات الأمومة.

٢٤- وظهر من الاستقصاء أيضاً أن الدول الأعضاء حددت مختلف العوائق التي اعترضت تنفيذ خدمات الصحة الإنجابية، وكان أهمها: العوامل الاجتماعية والثقافية المناوئة، والمنازعات المسلحة، وقلة التقارير الشاملة لجميع مؤشرات الصحة الإنجابية؛ وقلة حصول المجموعات المستضعفة على هذه الخدمات؛ ونقص المعدات وعدد مقدمي الرعاية؛ وانعدام رغبة مقدمي الرعاية في العمل في المناطق النائية؛ وقلة الوعي بتنوع أساليب تنظيم الأسرة؛ وعدم كفاية الخدمات المخصصة للمراهقين.

٢٥- وصدرت تقارير عن تطبيق أهم التدخلات التي أعدتها منظمة الصحة العالمية للحد من وفيات الأمومة وتحسين الصحة الإنجابية. ومن بين ٥٧ بلداً رد على الاستقصاء أبلغ ٤٨ بلداً (٨٥٪) من جميع الأقاليم بأن نهج رعاية الحوامل الذي ركزت عليه المنظمة قد أدمج في برامج الصحة الإنجابية، وأبلغ أكثر من ٨٠٪ من البلدان بأن سلفات المغنيسيوم أصبحت تستعمل لعلاج مقدمات الارتعاج. لكن تنفيذ برامج فرز سرطان عنق الرحم كان محدوداً، وكان أكثر بقليل من نصف البلدان قد أدرج أساليب منع الحمل في حالات الطوارئ ضمن مختلف أساليب تنظيم الأسرة.

١ الوثيقة WHO/RHR/06.3.



٢٦- وأثبتت أحدث البيانات المتاحة تفاوتاً في مدى التقدم صوب الحد من وفيات الأمومة في العالم النامي. فقد بينت إحصاءات رصد تنفيذ المرامي الإنمائية في أقاليم شرق آسيا وشمال أفريقيا وجنوب شرق آسيا انخفاضاً في هذه الوفيات قدره ٣٠٪ أو أكثر لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥، في حين انخفضت هذه الوفيات بنسبة تربو على ٢٠٪ في الفترة نفسها في جنوب شرق آسيا. أما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فمزال احتمال الوفاة عالياً في أثناء الحمل أو الوضع.<sup>٢</sup> ويقدر أن الإجهاض غير المأمون قد تسبب في نحو ٧٠ ٠٠٠ حالة وفاة بين الأمهات في مختلف أنحاء العالم في عام ٢٠٠٥، وأن حوالي ٤٦٪ من هذه الحالات حدث لنساء عمرهن أقل من ٢٥ سنة.<sup>٣</sup>

٢٧- وباستعمال النساء لموانع الحمل الفعالة لتأخير الحمل أو الكف عن الحمل يمكن تفادي ٣٢٪ من وفيات الأمومة. وكان أكثر من ٦٠٪ من نساء العالم المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شريك لهن يستعملن موانع الحمل، لكن نسبهن المئوية في كل إقليم تفاوتت بشدة. فالنساء في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى سجلن أقل مستويات استعمال موانع الحمل (٢٢٪ في عام ٢٠٠٧). وتغيرت الاحتياجات التي لم يتم إشباعها في مجال تنظيم الأسرة تغيراً لا يكاد يُذكر في أقل البلدان نمواً: فقد كانت ٢٦٪ في عام ١٩٩٠ وانخفضت إلى ٢٤٪ في عام ٢٠٠٧. وفي أفريقيا جنوب الصحراء لا تحصل امرأة من كل أربع نساء متزوجات أو يعشن مع شريك على ما يشبع احتياجاتها في مجال تنظيم الأسرة. وتبين أن احتياجات تنظيم الأسرة التي لا تلبى تزداد بالنسبة إلى النساء الأفقر حالاً مقارنة بالأسر حالاً (انظر الشكل). هذا مع أن إشباع احتياجات تنظيم الأسرة يساعد أيضاً على بلوغ مرام أخرى غير المرمى ٥. فاستعمال موانع الحمل مثلاً للمباعدة بين كل ولادة وأخرى يحول دون حدوث ١٠٪ من وفيات الرضع،<sup>٤</sup> ويسهم أيضاً في إعطاء المرأة قوة السيطرة على نفسها والتساوي مع الجنس الآخر ويعزز فرص مشاركتها في الأنشطة الاجتماعية والإنمائية.

٢٨- ويُعد الحصول على الرعاية طوال الحمل وعند الوضع من الأمور الحاسمة للحد من وفيات الأمومة وتحسين صحة الأم. وقد ازداد استعمال خدمات صحة الأمومة الأساسية منذ التسعينات. وازدادت نسبة النساء اللاتي يلدن بمساعدة مهنيين صحيين مهرة من ٦١٪ في منتصف التسعينات إلى ٦٦٪ في منتصف السنوات ٢٠٠٠ في العالم (انظر الجدول). لكن الاستعانة بالمهنيين الصحيين المهرة يتفاوت حسب مستوى المرأة الاجتماعي الاقتصادي والخصائص الأخرى. ففي البلدان النامية يساوي متوسط نسبة الولادات بمساعدة المهنيين الصحيين المهرة ٥٠٪ في المناطق الريفية مقابل ٨٣٪ في المناطق الحضرية. وفي الأماكن الفقيرة يحصل ٤٣٪ من النساء على رعاية الحمل أربع مرات على الأقل طوال الحمل مقابل ٧٩٪ من النساء في الأماكن الغنية.

٢٩- أما احتياجات الصحة الإيجابية للصبيان والرجال فتحتاج إلى الانتباه، لأن ٥٠٪ من الشباب عموماً ممن يتراوح عمرهم بين ١٥ سنة و ٢٤ سنة يستعملون العازل الذكري حتى وإن كانوا منخرطين في سلوك جنسي شديد الخطر.<sup>٥</sup> وأقل من ثلث الرجال في بلدان نامية كثيرة يعلمون طريقتين لتفادي العدوى المنقولة جنسياً، ألا وهما استعمال العازل الذكري، والامتناع عن الجماع أو الاقتصار على شريكة واحدة غير مصابة

١ United Nations Millennium Development Goals (MDG) monitoring regions  
(<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/RegionalGroupings.htm>).

٢ World Health Organization. *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva, World Health Organization, 2007.

٣ World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, Fifth edition. Geneva, World Health Organization, 2007.

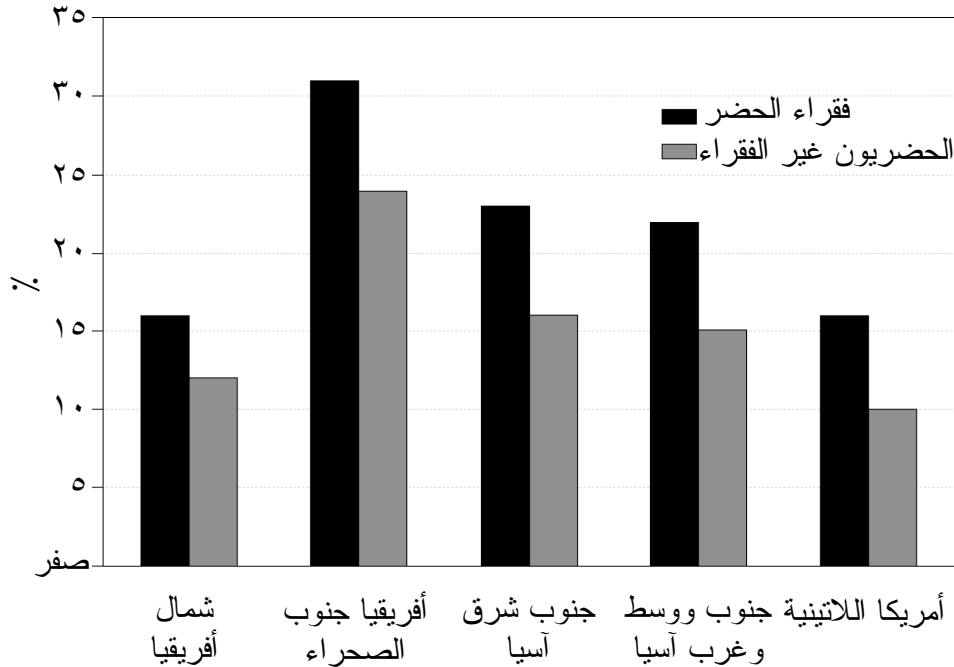
٤ الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠٠٩، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩.

٥ The Millennium Development Goals Report 2009, Statistical Annex; Indicator 6.2.

بالعدوى. وقد كان لبرامج التنقيف الجنسي أثر قوي على الحد من السلوكيات الجنسية الخطرة. وتعكف المنظمة مع شركائها على إجراء بحوث وإعداد دلائل إرشادية عن السلوك الجنسي للرجال وصحتهم الإيجابية وأدوارهم في تحسين الصحة الجنسية والإنجابية للنساء. وتشمل المسائل ذات الأولوية العالية ما يلي: تنظيم الأسرة، والعقم، والوقاية والعلاج من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً بما فيها عدوى الأيدز، وعلاقة الصحة الجنسية بحقوق الإنسان، وصحة الأم، والعنف ضد المرأة، وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وتنقيف الصبيان والشباب بمعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها، وإقناع الصبيان والرجال بالعمل على تحقيق المساواة بين الجنسين. وأسفرت الدراسات التي أجريت على التدخلات التي أشركت الرجال في الوقاية من حصائل العادات السيئة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية عن نتائج إيجابية من حيث عدة أمور، ومنها مثلاً ازدياد استعمال العازل الذكري (من ٥٥٪ إلى ٧٨٪)، والإكثار من النقاهم بين الشريكين على استعمال العازل الذكري (من ٢٣٪ إلى ٤٥٪)، وازدياد اللجوء طوعاً إلى النصح واختبار عدوى الأيدز، وانخفاض حالات الحمل بين المراهقات.

٣٠- وقد أحاطت الأمانة علماً بالنداء الذي وجهه المجلس التنفيذي<sup>١</sup> لتكريس موارد تنظيمية لمجال الصحة الجنسية والإنجابية، وهي تعمل الآن مع شركائها على تخصيص موارد مستدامة لهذا الغرض. وستواصل المنظمة العمل مع شركائها، ولاسيما وزارات الصحة، على إعداد تدخلات فعالة لتحسين الصحة الجنسية والإنجابية، وذلك بالاعتماد المنهجي على عدة وسائل، ومنها برنامج الشراكة الاستراتيجية المشترك بينها وبين صندوق الأمم المتحدة للسكان.

**الشكل: الاحتياجات غير المشبعة في مجال تنظيم الأسرة حسب المركز الاجتماعي الاقتصادي (النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٥ سنة و ٢٩ سنة ويعشن في مناطق حضرية)**



المصدر: Montgomery MR et al (Eds). *Cities transformed: demographic change and its implication in the developing world*. Committee on Population, National Research Council of the National Academies. Washington DC, The National Academy Press, 2003.

WHO.10.8

١ الوثيقة مت ٢٠١٠/١٢٦/٢ سجلات، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ جيم (النص الإنكليزي).

الجدول: نسبة الولادات التي تمت بمساعدة عامل صحي ماهر: الاتجاهات الإقليمية

٢٠٠٨-٢٠٠٠	١٩٩٩-١٩٩١	
%	%	
		<b>إقليم المنظمة</b>
٤٦	٤٨	الإقليم الأفريقي
٩٢	٨٧	إقليم الأمريكتين
٤٨	٤٠	إقليم جنوب شرق آسيا
٩٦	٩٥	الإقليم الأوروبي
٥٩	٤٢	إقليم شرق المتوسط
٩٢	٨٥	إقليم غرب المحيط الهادئ
		<b>فئات الدخل</b>
٤١	٣٩	الدخل المنخفض
٧٠	٦٢	الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط
٩٥	٩٠	الشريحة العليا من الدخل المتوسط
٩٩	٩٨	الدخل المرتفع
٩٥	٦١	<b>المجموع العالمي</b>

المصدر: الإحصاءات الصحية العالمية ٢٠٠٩.

دال: تسريع إعداد القوى العاملة الصحية (القرار ج ص ع ٥٩-٢٣)

٣١- تعهدت عدة أقاليم وبلدان بزيادة أعداد قواها العاملة الصحية، ونفذ العديد منها حلولاً ابتكارية. كما تم الإقرار بضرورة زيادة القوى العاملة الصحية، وذلك في إطار عدد من المنظمات الثنائية والمتعددة الأطراف، والمبادرات الخاصة، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص، والمنظمات الخيرية.

٣٢- وتعمل الأمانة على الاستجابة للطلبات التي وجهتها جمعية الصحة إلى المديرية العامة في ذلك القرار، وذلك على المستوى العالمي والإقليمي والوطني. وفي سياق تجديد التأكيد على الرعاية الصحية الأولية، حددت الأمانة التوجهات الاستراتيجية الثلاثة التالية: إتاحة المعلومات الاستراتيجية بشأن الموارد البشرية الصحية؛ وتعزيز الاستثمار الاستراتيجي في تنمية الموارد البشرية الصحية؛ وترويج اتباع النهج الابتكارية لتحقيق الاتساق بين السياسات والبرامج الخاصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للناس طوال دورة حياتهم وللمجتمعات المحلية. كما حددت الأمانة ثلاثة تيارات رئيسية للعمل وهي: الدعوة؛ والعمل التقني؛ وبناء القدرات في الأقاليم والبلدان.

٣٣- وفيما يتصل بالدعوة، تعاونت المنظمة مع الأطراف المعنية الرئيسية على تحديد أهداف العمل من أجل تسريع إعداد القوى العاملة الصحية. فقد تعهدت وكالة التعاون الدولي اليابانية مثلاً، بدعم تدريب ١٠٠ ٠٠٠ عامل صحي جديد للعمل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، كما تم، في إطار خطة طوارئ رئيس الولايات المتحدة الأمريكية للإغاثة من داء الأيدز التعهد بتدريب ١٤٠ ٠٠٠ عامل صحي جديد. ودافعت المنظمة أيضاً عن إعداد القوى العاملة الصحية باعتباره مجالاً استثمارياً ذا أهمية حاسمة بالنسبة إلى فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بتمويل النظم الصحية الابتكاري، وقدمت دعماً في إجراء تقدير لتكاليف تسريع إعداد الموارد البشرية الصحية. كما أقر أعضاء مجموعة الدول الثماني في عام ٢٠٠٨ بضرورة تسريع إعداد القوى العاملة الصحية من أجل بلوغ عتبة ٢,٣ عامل صحي لكل ١٠٠٠ شخص التي حددتها المنظمة، وأكدوا على ذلك في الإعلان الذي اعتمده مؤتمر القمة لرؤساء دول هذه المجموعة المعقود عام ٢٠٠٩.

٣٤- وشاركت المنظمة مع تحالف القوى العاملة الصحية في العالم في تنظيم المحفل العالمي الأول المعني بالموارد البشرية الصحية (كمبالا، أوغندا، ٢-٧ آذار/ مارس ٢٠٠٨)، حيث اعتمد المشاركون إعلان كمبالا وبرنامجاً للعمل العالمي.<sup>٢</sup>

٣٥- ووفقاً لولاية المنظمة، وعملاً بالقرار ج ص ع ٥٧-١٩ بشأن الهجرة الدولية للموظفين الصحيين، تعمل الأمانة مع الدول الأعضاء على وضع مدونة عالمية لقواعد الممارسة في مجال توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي. وفي هذا الصدد، دعا الإعلان الذي اعتمده مؤتمر قمة رؤساء مجموعة الدول الثماني في تموز/ يوليو ٢٠٠٩ المنظمة لكي تكمل إعداد مدونة قواعد الممارسة الطوعية بشأن القواعد الأخلاقية لتوظيف العاملين الصحيين كما دعا البلدان إلى اعتمادها.

٣٦- وتعاونت الأمانة أيضاً مع عدد من المبادرات الصحية العالمية مثل التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع والصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، على وضع توصيات بشأن دعم توجيه أكبر قدر ممكن من التمويل لإيجاد حلول طويلة الأجل ومستدامة لمشكلة الموارد البشرية الصحية.<sup>٣</sup>

٣٧- وأصدرت المنظمة، بالتعاون مع خطة طوارئ رئيس الولايات المتحدة الأمريكية للإغاثة من داء الأيدز وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، مجموعة من التوصيات والدلائل الإرشادية العالمية بشأن إعادة توزيع المهام.<sup>٤</sup> وهي تغطي أيضاً إعداد الكوادر من المستوى المتوسط والعاملين الصحيين المجتمعيين. ويجري الآن تطبيق الدلائل الإرشادية في ١٥ بلداً من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

٣٨- وضمت المنظمة الجهود التي تبذلها إلى الجهود المبذولة في إطار خطة طوارئ رئيس الولايات المتحدة الأمريكية للإغاثة من داء الأيدز في إطار الشراكة التي تعمل على تنفيذ مبادرة جديدة للتوسع في مناهج تعليم الطب والتمريض لدعم الأهداف الرامية إلى الحفاظ على مستوى وأعداد الموارد البشرية الصحية في البلدان.

١ [http://www.g8italia2009.it/G8/Home/Summit/G8-G8\\_Layout\\_locale-1199882116809\\_Atti.htm](http://www.g8italia2009.it/G8/Home/Summit/G8-G8_Layout_locale-1199882116809_Atti.htm).

٢ <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2011/en/index.html>.

٣ <http://www.who.int/healthsystems/publications/positivesynergiesdocs/en/index.html>.

٤ WHO, President's Emergency Plan for AIDS Relief, UNAIDS. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines on task shifting*. Geneva, World Health Organization, 2008.

٣٩- وتشارك الأمانة أيضاً في العمل على زيادة عدد القابلات من أجل مواصلة التقدم نحو المرمى الخامس من المرامي الإنمائية للألفية (تحسين صحة الأم).

٤٠- وتعاونت المنظمة مع تحالف القوى العاملة الصحية في العالم ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة وعدد من الشركاء الآخرين في وضع إطار الموارد البشرية من أجل العمل الصحي، وذلك لغرض تنظيم العمل على الصعيد القطري وتصميم أدوات التنفيذ اللازمة للبلدان للتعجيل بإعداد القوى العاملة الصحية.

٤١- وتقدم الأمانة دعماً تقنياً إلى الدول الأعضاء على تنفيذ توصيات فرقة العمل المعنية بالارتقاء بمستوى تعليم وتدريب العاملين الصحيين التابعة لتحالف القوى العاملة الصحية في العالم، وهي التوصيات التي شاركت المنظمة في وضعها.<sup>١</sup> وتتضمن التوصيات إعداد خطة عمل تستغرق ١٠ سنوات لزيادة أعداد العاملين الصحيين.

٤٢- وقدمت الأمانة الدعم للبلدان في وضع اقتراحات وتقديمها للصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، وهي تشمل تدخلات لتسريع إعداد القوى العاملة الصحية. وقد خصص الصندوق العالمي ٢٣٪ من إجمالي التمويلات التي يقدمها لتمويل عدد من الاقتراحات يتراوح بين اقتراحين وسبعة اقتراحات تتعلق بالموارد البشرية الصحية.

٤٣- كما قدمت الأمانة الدعم إلى شبكتين تعليميتين في أفريقيا بغية وضع برامج أكاديمية تركز على تنمية القوى العاملة الصحية، وهي تؤدي أيضاً دور المنسق القيادي للمحفل الإلكتروني الذي يشارك فيه ما يزيد على ٥٠٠ طرف معني لغرض تبادل المعلومات بشأن زيادة أعداد القوى العاملة الصحية.

٤٤- وتولت عدة بلدان زيادة أعداد القوى العاملة الصحية بفضل الدعم التقني المقدم من قبل المنظمة وشركائها. حيث دربت البرازيل ونشرت زهاء ٣٠ ٠٠٠ من الأفرقة المعنية بصحة الأسرة التي استطاعت الوصول إلى ٧٠٪ من السكان بحلول عام ٢٠٠٨. ودربت إثيوبيا خلال السنوات الثلاث الماضية ونشرت ما يزيد على ٢٥ ٠٠٠ من خبراء التوعية الصحية، كما يتلقى التدريب الآن ٦٨٠٠ عامل مرشد آخر: وارتفع معدل استيعاب طلاب الطب من ٢٠٠ طالب سنوياً في عام ٢٠٠٦ إلى ١٥٠٠ طالب في عام ٢٠٠٨ ويجري الآن النظر في استراتيجية تستغرق أربع سنوات لتجديد تعليم الطب. وفي ملاوي، ارتفع عدد الأطباء المتخرجين من مؤسسات التدريب من ١٧ خريجاً في عام ٢٠٠٢ إلى ٥٩ خريجاً في عام ٢٠٠٨؛ كما ارتفع عدد العاملين السريريين من ٦٦ إلى ١٠٣؛ والمساعدین الطبيين من الصفر إلى ١٩٢؛ والمرضين والقابلات من ١٦٨ إلى ٣٢٢.

٤٥- وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً بهذا التقرير المرحلي في دورته السادسة والعشرين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠.

<sup>١</sup> World Health Organization, Global Health Workforce Alliance. *Scaling Up, Saving Lives: summary and recommendations*. Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Geneva, World Health Organization, 2008.

<sup>٢</sup> انظر الوثيقة م٢٦٦/٢٠١٠/سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).

## هاء: تعزيز التمريض والقبالة (القرار ج ص ع ٥٩-٢٧)

٤٦- تلبية للقرار ج ص ع ٢٧-٥٩ تعمل الأمانة بالتعاون مع شركاء دوليين وإقليميين ووطنيين ومع الدول الأعضاء على الصعيد الإقليمي على تعزيز القدرات القطرية في مجالي التمريض والقبالة. ويسلط هذا التقرير الضوء على التقدم المحرز في مجالات تنمية الموارد البشرية الصحية، وتعزيز النظم الصحية في إطار الرعاية الصحية الأولية، وتحقيق أمثل الفوائد من التمريض والقبالة في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة.

### تنمية الموارد البشرية الصحية

٤٧- بالتعاون مع ٤٥ هيئة تمثل المهنيين الصحيين، وضعت المنظمة إطاراً للتعاون فيما بين المهنيين على التنقيف والممارسة، وذلك كاستراتيجية لاستخدام القوى العاملة استخداماً فعالاً. وقد دخل هذا الإطار في طور التجربة في بلدين من منطقة البحر الكاريبي.

٤٨- وكانت الأمانة قد أنشأت في عام ٢٠٠٨ برنامج عمل وطنياً يعتمد على وسائل ومعايير وضعت خصيصاً له، وذلك بالتعاون مع شركاء وعينة بيانية من الدول الأعضاء<sup>١</sup>. ووفقاً لذلك البرنامج ينفذ بلد واحد من أقاليم المنظمة الستة الأنشطة التالية: تعزيز التنقيف بأعمال التمريض والقبالة، وتحسين الخدمات الصحية، والترويج لجعل أماكن العمل بيئات داعمة، وبناء قدرات القيادة والتنظيم الإداري، وتعزيز الشراكات.

٤٩- وأعد المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ نموذجاً مزوداً بخمسة عشر مؤشراً أساسياً لاحتياجات المستقبل في مجال الموارد البشرية الصحية. وتعكف الآن خمسة بلدان من ثلاثة أقاليم على الاستعانة بهذا النموذج في التخطيط للإبقاء على العاملين في التمريض والقبالة بأعداد وافية.

### تعزيز النظم الصحية في إطار الرعاية الصحية الأولية

٥٠- شرعت جميع أقاليم المنظمة في إعادة توجيه برامج التمريض والقبالة بحيث تدعم تجديد أنشطة الرعاية الصحية الأولية. وفي عام ٢٠٠٩ عمد المكتب الإقليمي لشرق المتوسط إلى دعم إنشاء برامج تمريض وطنية معنية بصحة الأسرة. وسيصدر المكتب الإقليمي لأوروبا تقريراً فيه تقييم لمدى انطباق هذه البرامج على الاحتياجات الصحية الراهنة للسكان.

٥١- وقد عكف كل من المنظمة وشركائها الرئيسيين على الدعوة إلى الإصلاح التنظيمي لدعم تعزيز النظم الصحية. وبناءً على ذلك بدأ عشرون بلداً من إقليم الأمريكتين يحدث لوائح التمريض لتواكب نتائج دراسة أجراها المكتب الإقليمي للأمريكتين. وفي عام ٢٠٠٩ أجرت ثمانية بلدان ناطقة بالفرنسية في الإقليم الأفريقي تقييماً لأدوار ووظائف الهيئات التنظيمية، ووضع ٢١ بلداً خطط عمل وطنية.

٥٢- وتم جمع ٣٨ دراسة حالة في كتاب جامع عن نماذج الرعاية الصحية الناجعة في ٢٩ بلداً<sup>٢</sup>. وستتبع الدروس المستفادة لتعزيز دور التمريض والقبالة في تجديد الرعاية الصحية الأولية.

١) *Scaling up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the Millennium Development Goals: Programme of Work, 2008-2009*. Geneva, World Health Organization, 2008.

٢) *Now more than ever: the contribution of nurses and midwives to primary health care. A compendium of primary care case studies*. Geneva, World Health Organization, 2009 (document WHO/HRH/HPN/09.2).

## تحقيق أمثل الفوائد من التمريض والقبالة

٥٣- أصدر الفريق الاستشاري العالمي المعني بتنمية التمريض والقبالة مشورة خاصة بالسياسات في عام ٢٠٠٨، تضمنت في جملة أمور إنشاء فريق متعدد التخصصات ورفيع المستوى لتجديد الرعاية الصحية الأولية. وتقدم المنظمة الدعم التقني ليعيد هذا الفريق النظر في السياسات ذات الصلة ونماذج الرعاية الصحية.

٥٤- وأعدت المنظمة مسودة استراتيجية للتعبيل بالعمل في مجال الموارد البشرية الصحية، وذلك دعماً لبلوغ المرمى ٥ من المرامي الإنمائية للألفية (تحسين صحة الأم) في موعد أقصاه عام ٢٠١٥. ويقدم المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا دعمه إلى الدول الأعضاء من أجل تعزيز البرامج التنقيفية وإصلاح نظام التنقيف قبل الخدمة وفي أثناء الخدمة في مجال صحة الأم والطفل.

٥٥- وفي إطار التعاون الدائب بين الأمانة ومختلف أصحاب المصلحة تم تنظيم حلقتين عمليتين لبناء القدرات، واستخدمت فيهما المواد المتكاملة للتدريب على توقي ومكافحة الأمراض التنفسية الحادة؛<sup>١</sup> وتم أيضاً نشر مقالة عن إسهام أهل التمريض والقبالة في استئصال شلل الأطفال ومكافحة الحصبة؛<sup>٢</sup> وبدأ تشغيل شبكة آسيا والمحيط الهادئ للتأهب للكوارث والسيطرة عليها، وذلك بناءً على توصية من اجتماع التشاور العالمي حول التمريض والقبالة، الذي عقد في جنيف في عام ٢٠٠٨.

٥٦- وقدمت المنظمة الدعم إلى ١٤ بلداً في إقليم الأمريكتين لشن حملات تطعيم ضد التهاب الكبد B من أجل منع سرياء الكائنات الممرضة المنقولة بالدم بين المهنيين الصحيين؛ وأسفرت هذه الحملات عن تطعيم ٥٠٠ ٠٠٠ مهني صحي. وتم إعداد خطة عمل عالمية جديدة بشأن الصحة المهنية للفترة ٢٠٠٩-٢٠١٢. وفي مشاوررة دولية نظمها المنظمة (جنيف، ١٤-١٦ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٩) تم الاتفاق على توصيات وخيارات سياسية لتمكين العاملين الصحيين من الحصول على خدمات مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والسل.

## توجهات المستقبل لتعزيز التمريض والقبالة

٥٧- يجري الآن تحديث الإرشادات الاستراتيجية لمنظمة الصحة العالمية بشأن تعزيز خدمات التمريض والقبالة (٢٠٠٢-٢٠٠٨) لتواكب الأولويات الصحية العالمية وبرنامج العمل العام الحادي عشر.

٥٨- وستواصل المنظمة العمل على استثمار المزيد في القوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة على جميع المستويات، وسوف تعزز التعاون بين المهنيين على إنجاز المرامي الإنمائية للألفية وتجديد الرعاية الصحية الأولية.

٥٩- وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً بهذا التقرير المرحلي في دورته السادسة والعشرين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠.<sup>٣</sup>

١ Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. WHO interim guidelines. Geneva, World Health Organization, 2007 (document WHO/CDS/EPR/2007.6).

٢ Nkowane A et al., The role of nurses and midwives in polio eradication and measles control activities: a survey in Sudan and Zambia. *Human Resources for Health*, 2009, 7:78.

٣ انظر الوثيقة م٢٦/٢٠١٠/٢، سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).

## واو: التخلص من اضطرابات عوز اليود بشكل دائم (القرار ج ص ع ٦٠-٢١)

٦٠- إن اضطرابات عوز اليود سبب هام من أسباب الإصابة بضعف الإدراك الذي يمكن توقيه. وفي القرار ج ص ع ٤٣-٢ قررت جمعية الصحة العالمية أن تعمل المنظمة على التخلص من هذه الاضطرابات بوصفها من مشكلات الصحة العمومية، وأكدت من جديد على هذا المرمى في القرار ج ص ع ٤٩-١٣. وحثت في قرارين تالين على زيادة الجهود الخاصة بتعزيز الالتزام بالتخلص من هذه الاضطرابات بشكل دائم وعلى تعزيز الجهود من أجل بلوغ أولئك الذين لم يستفيدوا بعد من الحماية ضد هذه الاضطرابات. ١ وأحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته السادسة والعشرين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠ بنسخة سابقة من هذا التقرير تصف التقدم المحرز خلال السنوات الثلاث الماضية نحو التخلص من تلك الاضطرابات. ٢

٦١- وقد تم حصر حالة السكان من حيث مدخول اليود، وذلك بقياس كميات اليود التي يفرزها أطفال المدارس في البول. ٣ وفي فترة السنوات الخمس الممتدة من عام ٢٠٠٤ إلى عام ٢٠٠٨ لم يبلغ سوى ٣٧ دولة من الدول الأعضاء في المنظمة والبالغ عددها ١٩٣ دولة عن البيانات الوطنية الخاصة بتركيز اليود في بول أطفال المدارس، ولا يغطي ذلك إلا ٣٦,٣٪ من أطفال المدارس في العالم. وتظهر هذه البيانات أن هناك تسعة بلدان يعتبر معدل انتشار انخفاض مدخول اليود فيها ذا أهمية في مجال الصحة العمومية، ٤ وهناك ١٧ بلداً يعتبر مدخول اليود فيها كافياً، وهناك ثمانية بلدان يعتبر مدخول اليود فيها مفرطاً. وهناك ثلاثة بلدان تم فيها توثيق ارتفاع مخاطر الإصابة باضطرابات الغدة الدرقية في فئات حساسة من السكان. وفي ظل إبلاغ ٣٧ دولة عضواً فقط عن البيانات الوطنية الخاصة بتركيز اليود في بول أطفال المدارس بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ من الصعب إعداد تقديرات عالمية لعوز اليود بالاستناد إلى البيانات الوطنية فحسب. وعندما وضعت في الحسبان جميع التقارير الواردة من مختلف المستويات الإدارية بين عامي ١٩٩٣ و٢٠٠٧ انخفض عدد البلدان التي توجد فيها مشكلات صحية عمومية ناجمة عن اضطرابات عوز اليود بمقدار أكثر من النصف، أي من ١١٠ إلى ٤٧. وفي هذا العام ستدشن الأمانة تحليلاً عالمياً للتقدم المحرز نحو التخلص من هذه الاضطرابات.

٦٢- وقد انخفض عدد البلدان التي قدمت بيانات عن حالة السكان من حيث مدخول اليود لإدراجها في نظام معلومات المنظمة الخاص بالتغذية بالفيتامينات والمعادن من ٤٧ في الفترة ١٩٩٣-٢٠٠٣ إلى ٣٧ في الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٨. ومن الضروري إعداد المزيد من البيانات عن النساء في سن الإنجاب، حيث إنهن هدف هام لبرامج الصحة العمومية.

### استراتيجية مكافحة اضطرابات عوز اليود

٦٣- إن الاستراتيجية المفضلة لمكافحة اضطرابات عوز اليود لاتزال تتمثل في تعميم يودنة الملح. وقد اختير الملح كوسيط للإغناء باليود لأن معدل استهلاكه ثابت إلى حد ما على مدار السنة، كما أن تكنولوجيا

١ القرار ج ص ع ٥٨٤-٢٤ وج ص ع ٦٠-٢١.

٢ انظر الوثيقة م٢٦/٢٠١٠/٢ سجالات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).

٣ متوسط تركيز اليود في البول هو مؤشر لمدخول اليود. وقد تم تقسيم البلدان إلى ثلاث فئات حسب مدخول اليود: "بلدان الكمية الكافية" (المتوسط أكبر من ١٠٠ ميكروغرام/لتر وأقل من ١٩٩ ميكروغرام/لتر)، و"بلدان الكمية التي تتجاوز الموصى به" (المتوسط أكبر من ٢٠٠ ميكروغرام/لتر وأقل من ٢٩٩ ميكروغرام/لتر)، و"بلدان الكمية المفرطة" (المتوسط أكبر من ٣٠٠ ميكروغرام/لتر) وهي البلدان التي يتجاوز فيها مدخول اليود كثيراً الكمية اللازمة لتوقي ومكافحة اضطرابات عوز اليود.

٤ تركيز اليود في بول أطفال المدارس > ١٠٠ ميكروغرام/ديسيلتر.



اليودنة قليلة التكلفة فضلاً عن سهولة تنفيذ هذا الإجراء. وبالإضافة إلى ذلك يمكن بسهولة ضبط تركيز اليود في الملح حسب السياسات الرامية إلى خفض استهلاك الإنسان للملح بهدف الوقاية من الأمراض المزمنة.<sup>١</sup> وتكون يودنة الملح أكثر فعالية عندما ينص عليها القانون.

٦٤- ويوصى أيضاً بالتكملة الغذائية باليود، ولاسيما من أجل الفئات الحساسة مثل الحوامل وصغار الأطفال ممن يعيشون في المجتمعات المحلية الشديدة الاختطار والذين من المستبعد أن يحصلوا على الملح الميودن،<sup>٢</sup> أو اللجوء إلى التكملة الغذائية باليود إذا لم ينجح تنفيذ يودنة الملح. ويبلغ الآن عدد البلدان التي يستهلك ما لا يقل عن ٩٠٪ من أسرها كمية كافية من الملح الميودن ٣٦ بلداً<sup>٣</sup> مقابل ٣٣ بلداً في عام ٢٠٠٦. و٢٨ بلداً في عام ٢٠٠٤.<sup>٥</sup> وتشير التقديرات على الصعيد العالمي إلى أنه لا يزال ٧٠٪ من الأسر تحصل على الملح الميودن.

٦٥- وفي عام ٢٠٠٧ عُقدت مشاوررة خبراء بشأن الملح كوسيط للإغناء باليود<sup>١</sup> خلصت إلى أن سياسات يودنة الملح متوافقة مع سياسات الحد من استهلاك الملح الرامية إلى الوقاية من الأمراض القلبية الوعائية. ومن الضروري أن تقوم السلطات الوطنية بتعديل التوصية الحالية بأن يتم إغناء الملح باليود بمقدار يتراوح بين ٢٠ و ٤٠ جزءاً من المليون على ضوء بياناتها الخاصة بمدخول الملح في الغذاء ومتوسط تركيز اليود في بول السكان. وتعكف الأمانة حالياً على استعراض مبادئها التوجيهية بشأن استعمال الملح كوسيط للإغناء باليود، وتستهدف إعداد توصيات بخصوص تعديل نسبة تركيز اليود في الملح المغنى حسب مدخول الملح في غذاء السكان.

## الرصد والتقييم

٦٦- يكتسي رصد وتقييم تأثير برامج مكافحة اضطرابات عوز اليود أهمية بالغة لضمان فعالية التدخلات ومأمونيتها على السواء. ويوصى حالياً بأن تجري البلدان مسحاً وطنياً بشأن حالة السكان من حيث مدخول اليود كل ثلاث إلى خمس سنوات. وفي عام ٢٠٠٧ قامت منظمة الصحة العالمية واليونسيف والمجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عوز اليود بنشر المبادئ التوجيهية المنقحة بشأن مؤشرات تقييم ورصد برامج مكافحة هذه. كما صدر في عام ٢٠٠٧ بيان مشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونسيف بخصوص التوصل إلى المستويات المثلى للتغذية باليود لدى الحوامل والمرضعات وصغار الأطفال.<sup>٢</sup>

٦٧- وستعقد منظمة الصحة العالمية مشاوررة تقنية في عام ٢٠١٠ بالتعاون مع مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (جورجيا، أتلانطا، الولايات المتحدة الأمريكية) لمناقشة الطرق التي يمكن اتباعها في إعداد التقديرات الإقليمية والعالمية الخاصة بعوز اليود وسائر حالات عوز الفيتامينات والمعادن، ولاسيما عندما لا تتوفر البيانات القطرية.

١ World Health Organization. *Salt as a vehicle for fortification. Report of a WHO Expert Consultation, Luxembourg, 21-22 March 2007*. Geneva, World Health Organization, 2008.

٢ World Health Organization, United Nations Children's Fund. *Joint Statement: Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children*. Geneva, World Health Organization, 2007.

٣ اليونسيف، تقرير وضع الأطفال في العالم. نيويورك، اليونسيف، ٢٠١٠.

٤ اليونسيف، تقرير وضع الأطفال في العالم. نيويورك، اليونسيف، ٢٠٠٧.

٥ اليونسيف، تقرير وضع الأطفال في العالم. نيويورك، اليونسيف، ٢٠٠٤.

## الدعوة

٦٨- إن شبكة التخلص من عوز اليود بشكل دائم تدعم الجهود التي تُبذل على المستوى الوطني من أجل التسريع بالتخلص من اضطرابات عوز اليود من خلال التعاون بين القطاعين العام والخاص وبين المنظمات العلمية والمدنية. وقد وضعت الشبكة خطة اتصالات من أجل حشد أصحاب القرار وسلطات الصحة العمومية للعمل في المجال الهام الخاص بعوز اليود.

## زاي: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل (القرار ج ص ٦١٤-١٢)

٦٩- يشرف المنسق الخاص المعني بتعزيز التعددية اللغوية<sup>١</sup> على تنفيذ خطة العمل بشأن التعددية اللغوية، ويتعاون مع مسؤولي الاتصال في المقر الرئيسي<sup>٢</sup> والمكاتب الإقليمية من أجل تعزيز احترام التنوع اللغوي وتعزيز منشورات المنظمة بلغات متعددة.

٧٠- وبتوجيه من المنسق الخاص، تم وضع برنامج إلكتروني "e-Pub" (المطبوعات الإلكترونية) من أجل تيسير تحديد أولويات الترجمة التحريرية. وحققت المكاتب الإقليمية التابعة للمنظمة تقدماً في تحديد أولويات الترجمة التحريرية بالتعاون مع الدول الأعضاء عن طريق عقد مشاورات غير رسمية للتعرف على المواضيع والعناوين ذات الأهمية الكبرى. فقد أجرى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، مثلاً، مسحا للتعرف على المواضيع والعناوين التقنية التي تهتم الدول الأعضاء لإصدارها بلغاتها الوطنية. وهناك خطط يعكف المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ على وضعها لعقد اجتماعات مع الدول الأعضاء خلال النصف الأول من عام ٢٠١٠ الغرض منها تحديد أولويات الترجمة إلى اللغتين الصينية والفيتنامية.

٧١- وفي محاولة لاستخدام التكنولوجيات الجديدة في ترشيد التعاطي مع الوثائق المتعددة اللغات، نجحت الأمانة في تجربة برمجيات جديدة للنشر بصيغ لغوية متعددة من مصدر منفرد. وتساعد هذه البرمجيات على تحقيق أقصى قدر ممكن من دقة الإنتاج وكفاءته، ويجري تطبيقها الآن في إنتاج نشرة منظمة الصحة العالمية، التي تتضمن خلاصات لجميع المقالات بست لغات.

٧٢- واستمر العمل على ضمان إتاحة منتجات المنظمة الإعلامية باللغات الرسمية وغير الرسمية. ووافق المكتب الإقليمي لأوروبا على ٧٠ طلباً للحصول على حقوق الترجمة في عام ٢٠٠٩، بينما قام المكتب الإقليمي للأمريكتين بترجمة ١٢ منشوراً. وفي عام ٢٠٠٩، ترجم المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ٥٢ منشوراً إلى اللغة العربية ووافق على ٥٤ طلباً فيما يتعلق بحقوق الترجمة إلى لغات غير رسمية مثل الفارسية والأوردو. وبالتعاون مع شركاء خارجيين من ٤٠ دولة عضواً، أصدرت المنظمة في العام الماضي ١٩٢ منشوراً في صيغة متعددة اللغات بلغ مجموعها ٤١ لغة.

٧٣- ولوحظت زيادة ملحوظة في المضامين التقنية المتعددة اللغات على موقع المقر الرئيسي للمنظمة على الإنترنت؛ وتتاح الآن بجميع اللغات الرسمية معلومات عمّا يزيد على ٣٥ موضوعاً من المواضيع الصحية الأساسية. وأضيفت، في عام ٢٠٠٩، أكثر من ١٧٠٠ صفحة في كل لغة من اللغات الرسمية إلى موقع "governance" الفرعي التابع للمنظمة. وأضيف في السنة نفسها إلى موقع المنظمة على الإنترنت ما بين

١ انظر الوثيقة مت ٦/١٢١.

٢ خاصة مسؤولي الاتصال العاملين في مجال الترجمة والنشر وموقع الإنترنت والمكتبة.

٥٠٠ و ٧٠٠ صفحة تتعلق بالمضامين بكل لغة من تلك اللغات. واختيرت الصفحات وفقاً لأولوية المواضيع لكل لغة - كما يستنتج من إحصاءات الإنترنت وأغراض المنظمة الاستراتيجية - والاستجابة للأزمات والطوارئ الصحية. وتمت التوعية بأهمية التعددية اللغوية على الإنترنت مما حفز زيادة طلب الوحدات التقنية على مواقع الإنترنت المتعددة اللغات. وبلغ عدد مواقع الإنترنت التقنية التي أُتيحت في العام الماضي على النحو الكامل بجميع اللغات الرسمية ١٠ مواقع. كما وضعت المنظمة أول دليل لها عن أسلوب تحرير المواقع الإلكترونية المتعددة اللغات بهدف تقنين الاستعمال اللغوي ومراقبة جودة مواقع الإنترنت التابعة للمنظمة.<sup>١</sup>

٧٤- ونشر المكتب الإقليمي لأوروبا ٤٦٥ صفحة من صفحات الإنترنت بلغات غير الإنكليزية على موقعه في عام ٢٠٠٩ وحُملت ٤٧٪ من الوثائق في أرشيف الوثائق الإلكتروني باللغة الفرنسية والألمانية والروسية. وفي عام ٢٠٠٩، أضاف المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ٤٥٠ صفحة باللغة العربية إلى موقعه على الإنترنت، وترجم إلى العربية نصوصاً كاملة من نشرة منظمة الصحة العالمية، وأتاحها على موقع الإنترنت التابع للمنظمة.

٧٥- واقترحت خطة العمل إنشاء مستودع مؤسسي عالمي لجمع وتخزين منتجات المنظمة الفكرية بصيغة رقمية. وعقب عملية تقييم مسببة، أختير برنامج الكتروني يستخدم برمجيات مفتوحة المصدر، وذلك، إلى حد ما، بسبب قدرة تلك البرمجيات على حمل حجم كبير من المحتويات المتعددة اللغات.<sup>٢</sup> وسيجري تكييف مواصفات البرنامج لإتاحة أفضل الظروف للتصفح والاستعراض والبحث والاسترداد بجميع اللغات الرسمية وتم وضع خطة تنفيذية لنشر البرنامج.

٧٦- ويتوقع أن يطلق المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ رسمياً برنامج "Index Medicus" في أيار/مايو ٢٠١٠. وسيتيح هذا البرنامج الحصول على المجالات الطبية بالصينية واليابانية والكورية والمنغولية والفيتنامية، بالإضافة إلى ملخصات بالإنكليزية. وفي المكتب الإقليمي لأفريقيا، تواصل قاعدة البيانات Index Medicus جمع البيانات وتسجيلها من البلدان الأفريقية الناطقة بالإنكليزية والفرنسية والبرتغالية.

٧٧- وتشكل شبكة ePORTUGUÊSe برنامجاً يرمي لتعزيز بناء القدرات وتوطيد التعاون بين البلدان الناطقة بالبرتغالية. وساهمت هذه الشبكة في إقامة مكاتب صحية افتراضية وطنية في جميع بلدان أفريقيا الناطقة بالبرتغالية وكذلك في تيمور لشتي في إقليم جنوب شرق آسيا.

٧٨- وطلبت جمعية الصحة العالمية في قرارها، ج ص ٦١ع-١٢، إلى المديرية العامة العمل على إنشاء قاعدة بيانات تتيح تحديد اللغات الرسمية للمنظمة التي يجدها موظفوها من الفئة المهنية. ونزولاً على ذلك الطلب، أُجري مسح تجريبي في إحدى إدارات المقر الرئيسي.<sup>٣</sup>

٧٩- ومازال التدريب في المجال اللغوي متاحاً بالمجان لجميع موظفي المنظمة. وفي عام ٢٠٠٩، بلغ عدد موظفي المقر الرئيسي المسجلين في دورات التدريب في المجال اللغوي ١٠٥٠ موظفاً، كان من بينهم ٢٪ يتعلمون العربية، و ٢٪ الصينية، و ١٢٪ الإنكليزية، و ٦٥٪ الفرنسية، و ٢٪ الروسية، و ١٥٪ الأسبانية.

١ وأنشئ بالإضافة إلى ذلك قسم للمصطلحات ووظيفة لأخصائي المصطلحات في المكتب الإقليمي لأفريقيا بغية ضمان اتساق الأسلوب. ويقوم المكتب الإقليمي لأوروبا بوضع دليل للأسلوب باللغة الفرنسية والألمانية والروسية.

٢ اختير اسم عام للمستودع المؤسسي: IRIS (Institutional Repository for Information Sharing).

٣ يمكن الحصول على نتائج المسح من المنسق الخاص. وستجرى مسوحات مماثلة في أقسام أخرى يعقبها مسح على نطاق المنظمة الشامل.

٨٠- وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً بصيغة سابقة من هذا التقرير في دورته السادسة والعشرين بعد المائة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠.

## حاء: صحة المهاجرين (القرار ج ص ٦١-١٧)

٨١- بعد إصدار القرار ج ص ٦١-١٧ أسفرت الأزمة الاقتصادية العالمية عن وقع شديد على مجموعات المهاجرين وأثارت المخاوف إزاء تأثير البطالة وانخفاض الأجور وتدهور ظروف العمل على صحة المهاجرين. واستمرت تيارات الهجرة غير المشروعة، وكان دافعها الفقر ونقص فرص العمالة، فكانت عواقبها وخيمة على الصحة لأن أوضاع مهاجرين كثيرين لم تكن نظامية فلم يتمتعوا بالخدمات الصحية. هذا فضلاً عن الكوارث الطبيعية والحروب وحالات انعدام الأمن الغذائي التي شردت ملايين الناس وهددت أحوالهم الصحية. وها هي جائحة الأنفلونزا A (H1N1) ٢٠٠٩ تثبت من جديد الروابط القائمة بين تنقل السكان وانتشار الأمراض؛ ولعلاج هذه الأوضاع ينبغي حصول الناس على التدابير الوقائية والعلاج بصرف النظر عن صفتهم مهاجرين.

٨٢- ولذلك واصلت المنظمة عملها في مجال النزوح الذي يضطر إليه الناس بوصفها المنظمة الرائدة في مجال المساعدات الإنسانية الصحية، فقد عملت مع الشركاء والحكومات والمجتمعات المحلية على التقليل من حالات الوفاة التي بالإمكان تفاديها، وخفض عبء الأمراض والعجز في البلدان التي تأثرت بالأزمات أو التي كانت عرضة لها.

٨٣- وحشدت المنظمة الموارد اللازمة لتسهيل حصول النازحين وغيرهم من ضحايا الأزمات على الخدمات الصحية. ومن بين هؤلاء نذكر المجموعات المستهدفة التالية: اللاجئين، والمشردون في أوطانهم، والعائدون من المهجر، والمجتمعات المحلية المضيفة، وخصوصاً في أفغانستان والكاميرون وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد وكولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية والأردن وباكستان والسودان والجمهورية العربية السورية. وبذلت المنظمة أيضاً جهودها لإدراج المعلومات المتوفرة عن صحة النازحين في القواعد الوطنية للمعلومات الصحية.

٨٤- وقدمت المنظمة الدعم إلى الدول الأعضاء والشركاء من أجل إنتاج بيانات عن بعض مجموعات المهاجرين الذين يصعب الوصول إليهم، مثل المهاجرين في جنوب المكسيك وفي المحافظات التايلندية القريبة من الحدود. وكان دور المنظمة في هذه الحالات هو توثيق الأوضاع الصحية للمهاجرين وتحديد الحواجز التي تمنعهم من الحصول على الخدمات الصحية. وأجرت المنظمة في الإقليم الأوروبي بحثاً عن هجرة النساء تمهيداً لترويج حقوق الصحة الإنجابية، مما أسفر عن تسجيل التدابير اللازمة لتحسين صحتهن وتحليل محددات الصحة في حالة الهجرة.

٨٥- وقام فريق عامل يعنى بصحة المهاجرين في الإقليم الأوروبي بتحديد الأنشطة المضطلع بها في ذلك الإقليم من أجل صحة المهاجرين؛ وتبادل هذا الفريق معلوماته مع المكاتب القطرية التابعة للمنظمة، ونسق المدخلات التقنية بخصوص مختلف العمليات. وفي إطار المشاورة التي جرت بين أصحاب المصلحة المتعددين في الاتحاد الأوروبي حول صحة المهاجرين، وعنوانها "صحة أفضل للجميع" (لشبونة، ٢٤ و ٢٥ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٩)، شاركت المنظمة في إعداد توصيات بشأن إيجاد قوى عاملة واعية لمسائل الهجرة.

١ انظر الوثيقة مت ١٢٦/٢٠١٠/سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).

٨٦- وعملت المنظمة بالتعاون مع شركائها على منع انتشار الأمراض المعدية وعلى ضمان حصول العمال المهاجرين على الخدمات الصحية. وكانت هذه الأعمال محور مبادرات أوروبية مختلفة دعمت المحادثات التي جرت بين رئيس وزراء الاتحاد الروسي والمديرة العامة للمنظمة التي دارت في حزيران/يونيو ٢٠٠٩.

٨٧- وشجعت المنظمة بالتزامن مع المنظمة الدولية للهجرة تعزيز صحة المهاجرين في عدة منابر ومنها: حوار الهجرة السادس عشر في منطقة أفريقيا الجنوبية، وإفطار للوزراء على مائدة مستديرة نظمها المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة حول موضوع الاحتياجات الصحية للمهاجرين؛ والمؤتمر العالمي السابع لتعزيز الصحة (نيروبي، ٢٦-٣٠ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩). وشملت التوصيات عدة مواضيع ومنها ضرورة توطيد حقوق المهاجرين في الحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية؛ والتعاون المتعدد الأقاليم والمتعدد القطاعات؛ وإدماج مواضيع الصحة في حوارات السياسة العامة للهجرة، وخصوصاً المنتدى العالمي للهجرة والتنمية؛ وإدماج مسائل الهجرة في مناقشات السياسة الخارجية والصحة العالمية.

٨٨- وتعاونت المنظمة الدولية للهجرة مع منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٩ في مجال الهجرة والصحة، وحسنت المنطمتان برامجهما المشتركة، ووقعتا على اتفاق تعاون بينهما شمل ضمن بنوده إعارة موظف إلى منظمة الصحة العالمية ليعمل لديها بصفة كبير مسؤولي صحة المهاجرين.

٨٩- وشاركت المنظمة في الاجتماع الرابع والعشرين لمجلس تنسيق برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، وكان عنوانه "الأشخاص الدائمون التنقل - المجموعات المجبرة على النزوح والهجرة"؛ وشاركت أيضاً في فرقة العمل الدولية المعنية بالقيود المفروضة على سفر مرضى الأيدز، والتي نظرت في مسائل الإتاحة للجميع وحقوق الإنسان.

٩٠- وضماناً للإنصاف في تقديم خدمات النظم الصحية في جميع الأقاليم بما يناسب مجتمعات اليوم المتعددة الأعراق، مازالت الحاجة قائمة إلى اتخاذ الإجراءات التالية: إجراء تحاليل منهجية لصحة المهاجرين من واقع بيانات غير تجميعية بل ومقسمة حسب الجنس والعمر؛ وتعزيز التعاون المتعدد البلدان والمتعدد القطاعات؛ وإعداد سياسات متماسكة.

٩١- وفي آذار/مارس ٢٠١٠ نظمت وزارة الصحة والسياسة الاجتماعية في الحكومة الأسبانية مع منظمة الصحة العالمية والمنظمة الدولية للهجرة مشاورة عالمية حول صحة المهاجرين. ومكنت تلك المشاورة من استعراض الإجراءات التي اتخذتها الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة، والتوصل إلى توافق في الآراء حول الاستراتيجيات الرامية إلى تحسين صحة المهاجرين ومواصلة إرساء قواعد شبكة تقنية قطاعية دولية ووضع الخطوط العريضة لشبكة عملية الهدف منها دعم الجهود التي تبذلها الدول الأعضاء والجهات صاحبة المصلحة فيما يتعلق بتنفيذ أحكام القرار ج ص ع ٦١-١٧. وتتضمن الشبكة العملية المساهمات المقدمة من قِبَل الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة عبر القطاعات وتأخذ في الحسبان الخبرات والإنجازات المسجلة في تطبيق السياسات والبرامج الراهنة. ويُعد الالتزام السياسي ومشاركة جميع أصحاب المصلحة وتأزرهم من الأمور الأساسية حتى يؤدي الإطار المذكور إلى اتخاذ الإجراءات اللازمة بالمستوى المطلوب وتشمل تلك الإجراءات: تحسين رصد صحة المهاجرين وإعادة توجيه السياسات العامة في هذا الصدد والتطبيق الفعلي للصوصك القانونية وتطوير النظم الصحية بما يعطي صورة عن تنوع مجتمعات اليوم.

٩٢- وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً، في دورته السادسة والعشرين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠، بصيغة أولى من هذا التقرير المرحلي.<sup>١</sup>

١ انظر الوثيقة م٢٦٦/٢٠١٠/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).

## طاء: تغيّر المناخ والصحة (القرار ج ص ٦١ع -١٩)

٩٣- في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩ اعتمد المجلس التنفيذي، في دورته الرابعة والعشرين بعد المائة، القرار م١٢٤ق٥ الذي أقر خطة عمل الأمانة الخاصة بتغيير المناخ والصحة وطلب إلى المديرية العامة جملة أمور منها تنفيذ الإجراءات التي تضمنتها خطة العمل. وفي أيار/مايو ٢٠٠٩ أحاطت جمعية الصحة العالمية الثانية والستون علماً بالقرار وبخطة العمل. وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً بصيغة أولى من هذا التقرير في دورته السادسة والعشرين بعد المائة<sup>١</sup>. وترد أدناه الأنشطة المضطلع بها حتى الآن وفقاً للأغراض الأربعة التي وردت في خطة العمل.

٩٤- **الدعوة وإنكاء الوعي.** تم إنتاج ملف إعلامي شامل يتضمن مواد سمعية بصرية منها الملصقات والشفافات والإعلانات المتعلقة بمسائل الخدمة العمومية والكراسات وصحائف المعلومات، بنية تقديم الدعم للبلدان والمهنيين الصحيين لمواجهة الآثار الصحية المترتبة على تغيير المناخ والتوقي منها. وفي أيار/مايو ٢٠٠٩ اشتركت منظمة الصحة العالمية مع المنظمة غير الحكومية Health Care Without Harm (الرعاية الصحية بدون إلحاق الأذى) في إعداد وإصدار دراسة تحدد إطاراً لتحليل أثر قطاع الصحة في البيئة والتصدي له. كما تمت إعادة تصميم موقع منظمة الصحة العالمية الخاص بالمناخ والصحة وتحديثه.

٩٥- **الشراكات مع مؤسسات منظومة الأمم المتحدة الأخرى ومع سائر القطاعات.** لقد أسهمت منظمة الصحة العالمية بنشاط في مجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق والآليات ذات الصلة. وقد أدى ذلك إلى زيادة الاعتراف بالآثار الصحية المترتبة على تغيير المناخ في وثائق الأمم المتحدة ذات الصلة مثل تقرير الأمين العام حول تغيير المناخ وآثاره المحتملة على الأمن الذي نظرت فيه الجمعية العامة في دورتها الرابعة والستين<sup>٢</sup>. كما أسهمت المنظمة في العملية التفاوضية التي أدت إلى إبرام اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغيير المناخ دعماً لإدراج إشارة واضحة إلى أثر تغيير المناخ على الصحة في الاتفاق المناخي الجديد. وشاركت منظمة الصحة العالمية بهمة أيضاً في المؤتمر الخامس عشر للأطراف في الاتفاقية الإطارية (كوبنهاغن، ٧-١٨ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٩). كما شاركت في تنظيم تظاهرات أثناء الدورات التحضيرية للمؤتمر، وفي الاجتماعين التحضيريين اللذين انعقدوا في بانكوك وبرشلونة حيث ناقشت مع عدد من الأطراف في الاتفاقية الإطارية أفضل الطرق الكفيلة بتضمين الهواجس الصحية في نص الاتفاق الجديد. ونظمت المنظمة كذلك تظاهرة على هامش المؤتمر بشأن حماية الصحة من تغيير المناخ خلال الجزء الرفيع المستوى من المؤتمر الخامس عشر للأطراف. ومن ضمن المشاركين في التظاهرة وزيراً للصحة في كل من بنغلاديش وساموا، ووزير الدولة للشؤون الصحية والأسرة في جمهورية ملديف إلى جانب ممثلين رفيعي المستوى من بلدان أخرى. وشاركت المنظمة كذلك في مؤتمر المناخ العالمي - ٣ (جنيف، ٣١ آب/أغسطس - ٤ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٩) الذي نظّمته المنظمة العالمية للأرصاد الجوية الذي أفضى إلى عقد دورة عمل تقنية حول المناخ وصحة الإنسان.

٩٦- وتجاوباً مع رغبة الأمين العام للأمم المتحدة في "تحرير منظومة الأمم المتحدة من الكربون" تم إجراء تحليل شامل لبصمة المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومكاتبها الأخرى. وتعكف الأمانة على استعراض خيارات السياسة العامة وعلى وضع خطة عمل الغرض منها تقليص انبعاثاتها في مجال ثاني أكسيد الكربون.

١ انظر الوثيقة م١٢٦/٢٠١٠/٢ سجالات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).

٢ الوثيقة A/64/350.

٩٧- تعزيز ودعم استدرار البيئات العلمية. نشرت المنظمة النتائج التي تمخضت عنها مشاورة عالمية كان الغرض منها تحديد جدول أعمال تطبيقي في هذا الميدان. كما وضع مشروع تعاوني دولي يرمي إلى تحسين تقديرات العبء العالمي للمراضة المعزوة إلى تغير المناخ. وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩ نشر كونسرتيوم دولي، يضم منظمة الصحة العالمية، تقييماً أولياً للأثار الصحية المترتبة على الإجراءات الرامية إلى خفض انبعاثات غازات الدفيئة.<sup>١</sup> ومن الأمثلة على هذه الحاصلات، التي كانت إيجابية، بشكل عام، تقليص الأثار الصحية السلبية الناجمة عن تلوث الهواء. واستعرضت المنظمة ونشرت البيئات العلمية الشاملة بشأن العلاقة بين تغير المناخ والصحة حيث عُممت تلك البيئات بمناسبة انعقاد المؤتمر الخامس عشر للأطراف في الاتفاقية الإطارية.<sup>٢</sup>

٩٨- تعزيز النظم الصحية من أجل حماية المجموعات السكانية من التهديدات التي يطرحها تغير المناخ. يجري إدراج الأنشطة المضطلع بها دعماً لهذا الغرض في أطر السياسة العامة الإقليمية ذات الصلة مثل إعلان ليبروفيل بشأن الصحة والبيئة في أفريقيا (٢٠٠٨).

٩٩- وقام المكتب الإقليمي للأمريكتين بتحديث التوجيهات الخاصة بتقييم التهديد الذي يطرحه تغير المناخ بالنسبة إلى صحة المجموعات السكانية المحلية وباختيار التدابير التكميلية اللازمة، ويجري الآن تطبيق تلك التوجيهات بشكل تجريبي في عدة بلدان. وفي آب/أغسطس ٢٠٠٩، نشر المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا التابع للمنظمة مجموعة من المحاضرات القصد منها توفير التدريب في مجال تغير المناخ والصحة. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠٠٩، انعقد اجتماع تقني بشأن تحسين نظم الإنذار المبكر دعماً لمكافحة الملاريا. وخلال عام ٢٠٠٩، اشتركت المنظمة مع بعض الحكومات في تنظيم حلقات عملية في مجال بناء القدرات في كل من ألبانيا وبوتان وملديف وعمان والاتحاد الروسي وجمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة وأوزبكستان.

١٠٠- وبدأت المنظمة تنفيذ مشاريع قطرية بشأن تغير المناخ والصحة. وقد شملت تلك المشاريع سبعة بلدان في شرق أوروبا (بدعم من الحكومة الألمانية). وتم الحصول على تمويل من المرفق العالمي للبيئة في مطلع عام ٢٠١٠ من أجل تنفيذ مشروع عالمي يشمل سبعة بلدان أخرى يضطلع به بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وهو يخص كلا من بربادوس وبوتان والصين وفيجي والأردن وكينيا وأوزبكستان. في حين تم تلقي أموال من أسبانيا لتنفيذ مشاريع إضافية في الصين والأردن.

١٠١- ويركز هذا التقرير على الأنشطة المنفذة في عام واحد من أجل تنفيذ القرار ج ص ع ٦١-١٩. غير أن جمعية الصحة قد ترغب في دراسة وضع أسس إنشاء دورة ثنائية السنوات للإبلاغ كما اقترح أثناء المناقشة ذات الصلة التي دارت في جمعية الصحة العالمية الثانية والستين في أيار/مايو ٢٠٠٩.<sup>٣</sup>

١ Wilkinson P et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: household energy; and Woodcock J et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: urban land transport, *The Lancet*, 374 (5 December 2009): 1917–1943. Initially published online.

٢ *Protecting health from climate change: connecting science, policy and people*. Geneva, World Health Organization, 2009.

٣ انظر الوثيقة ج ص ع ٦٢/٢٠٠٩/سجلات/٣، المحضر الموجز للجلسة السابعة (النص الإنكليزي).

## باء: الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية (القرار ج ص ٦٢٤-١٢)

١٠٢- يلخص هذا التقرير التقدم المحرز في تخطيط الدعم المقدم لتجديد الرعاية الصحية الأولية من خلال مشاركة المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومكاتبها الإقليمية والقطرية.

١٠٣- وقد أبلغ كل إقليم عن أمثلة عديدة على مشاركة البلدان في تنفيذ إصلاحات تستهدف تجديد الرعاية الصحية الأولية، وهي إصلاحات شاملة في معظم الأحيان، ومن أبرز معالمها التغطية الشاملة وتركيز الرعاية الأولية على الناس. والنتائج التي توصلت إليها اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة هي التي تحدد معالم الجهود الرامية إلى اتخاذ الإجراءات المتعددة القطاعات باعتبارها عنصراً رئيسياً. وفيما يلي المواضيع التي تردت الإشارة إليها:

- التحول إلى التغطية الشاملة عن طريق الجهود المبذولة لتوسيع نطاق إيتاء الخدمات، وإزالة العقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات، وتوسيع الحماية الصحية الاجتماعية عن طريق آليات تجميع المدفوعات المسبقة؛
- تحويل العمليات التقليدية لإيتاء الرعاية الصحية الأولية إلى شبكات للرعاية الأولية تركز على الناس، مع تكرار الإشارة إلى شمولية الرعاية وتكاملها واستمراريتها وإعادة توزيع الأدوار بين أفرقة الرعاية الأولية والمستشفيات القريبة من الزبائن؛
- التوعية بشأن الإجحاف في المجال الصحي، وتعزيز القدرة على تنفيذ تدخلات الصحة العمومية والاستجابات السريعة، واتباع نهج تدرج الصحة في جميع السياسات؛
- إقامة حوار على صعيد السياسات يتناول الاستراتيجيات الوطنية الشاملة من أجل التنمية الصحية، والسعي إلى التوصل لتوافق الآراء بشأن المسؤوليات ومستوى مشاركة الدولة في قطاع الصحة، ومساهمة وإشراك المجتمع المدني.

١٠٤- ويضع كل إقليم الآن الخطط الرامية الخاصة بدعم تجديد الرعاية الصحية الأولية. وفي الإقليم الأفريقي تستهدى هذه العملية بإعلان واغادوغو بشأن الرعاية الصحية الأولية والنظم الصحية في أفريقيا (٢٠٠٨)؛ وتستهدى في إقليم الأمريكتين بالخطة الاستراتيجية المعدلة ٢٠٠٨-٢٠١٢ لمكتب الإصحاح للبلدان الأمريكية؛ وتستهدى في إقليم جنوب شرق آسيا بالإطار الاستراتيجي الذي وضعه الاجتماع الإقليمي المعني بإصلاح الرعاية الصحية (بانكوك، ٢٠-٢٢ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩)؛ وتستهدى في الإقليم الأوروبي بميثاق تالين: النظم الصحية من أجل الصحة والثروة (٢٧ حزيران/يونيو ٢٠٠٨)؛ وتستهدى في إقليم شرق المتوسط بميثاق الدوحة وإعلانها بشأن الرعاية الصحية الأولية (تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٨). وقد بدأ إقليم غرب المحيط الهادئ في تخطيط عمله الذي يركز إلى حد بعيد على التغطية الشاملة، وذلك إبان الاجتماع المشترك بين البلدان والمعني بعمل منظمة الصحة العالمية في مجال الرعاية الصحية الأولية وتعزيز النظم الصحية (مانيليا، ١٤-١٥ نيسان/أبريل ٢٠٠٩). وتقدم فرق العمل الإقليمية والأفرقة العاملة التقنيّة خدمات الإشراف والتوجيه من أجل ترجمة الالتزامات إلى وثائق استراتيجية للتعاون مع البلدان وإلى أعمال التخطيط للتثائية ٢٠١٠-٢٠١١.



١٠٥- ولضمان أن تسهم الجهود التنظيمية المبذولة على نطاق المنظمة في مجال تجديد الرعاية الصحية الأولية بدأت الأمانة في تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء من خلال ما يلي:

- وضع الاستراتيجيات الصحية الوطنية وعمليات التخطيط التي تستجيب لمقتضيات المشكلات الصحية في البلد المعني، والصعوبات التي يواجهها النظام الصحي والتوقعات بشأن تجديد الرعاية الصحية الأولية؛
  - وضع الترتيبات المؤسسية والإدارية اللازمة لتنفيذ هذه الاستراتيجيات والخطط؛
  - اتخاذ هذه الاستراتيجيات والخطط الوطنية أساساً للتفاوض بشأن الموارد المناسبة مع أصحاب المصلحة على الصعيدين القطري والعالمي.
- ١٠٦- وتعيد المنظمة تحديد أولوياتها وفقاً لذلك، كما أنها:

- بدأت في ربط جميع برامجها واستراتيجياتها بالتعاون مع البلدان بعمليات التخطيط وبناء القدرات الوطنية. وتتصدى هذه العمليات للأثر الناجم عن تجديد الرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بكل لبنة من لبنات بناء النظم الصحية؛
- تعكف على وضع خطة متعددة السنوات على نطاق المنظمة لتعزيز قدراتها الخاصة بدعم الحوار على صعيد السياسات على المستويين القطري والعالمي فيما يتصل بتجديد الرعاية الصحية الأولية؛
- بدأت في إعداد التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠ بشأن تمويل التغطية الشاملة وسائر المبادرات المؤسسية كوسيلة لمعالجة القضايا التي لم تنلق اهتماماً كافياً في السابق، مثل الاستثمار في البنى التحتية للرعاية الصحية، بما فيها المستشفيات، وإشراك المجتمع المدني في الحوار على صعيد السياسات فيما يتصل بالاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية؛
- تعمل على إنشاء لجنة استشارية تقنية تعنى بالرعاية الأولية وتعزيز النظم الصحية؛
- كثفت جهودها الرامية إلى مواءمة التدخلات العالمية مع الخطط الصحية الوطنية من خلال عدد من الإجراءات الأخرى، مثل: الاضطلاع مع البنك الدولي بوظائف أمانة الشراكة الصحية الدولية؛ وتيسير المحاولات التي يقوم بها كل من الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع والبنك الدولي من أجل التقدم نحو تعزيز الاتساق بين آليات التمويل؛ وتكثيف التعاون مع الشركاء، ولاسيما اليونيسيف.

١٠٧- وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً، بهذا التقرير المرحلي في دورته السادسة والعشرين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠.

### الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٠٨- جمعية الصحة مدعوة إلى أن تحيط علماً بالتقارير المرحلية أعلاه.

= = =

١ انظر الوثيقة م٢٦/٢٠١٠/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤ (النص الإنكليزي).