منظمة الصحة العالمية

**المجلس التنفيذي**
**الدورة الثانية والعشرون بعد المائة**
**البند ٨-٢ من جدول الأعمال المؤقت**

**م ت١٢٢/٢٩ إضافة ١**
**١٠ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٨**
**EB122/29 Add.1**

# التقارير المرحلية

## تقرير من الأمانة

### المحتويات

**الصفحة**

ألف: مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري (القرار ج ص ع٥٧-٢) ..... ٢

هاء: استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري (القرار ج ص ع٦٠-١) ..... ٣

واو: الصحة الإنجابية: استراتيجية تعجيل التقدم المحرز نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية (القرار ج ص ع٥٧-١٢) ..... ٦

زاي: تغذية الرضّع وصغار الأطفال: تقرير مرحلي ثنائي السنوات (القرار ج ص ع٥٨-٣٢) ..... ٨

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي ..... ١٠

## ألف: مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري

١- يتوطن داء المثقبيات الأفريقي البشري الناجم عن *المثقبية البروسية الغمبية* ٢٤ بلداً. وفي الحقبة الممتدة بين عامي ١٩٩٧ و ٢٠٠٦، انخفض عدد الحالات الجديدة التي أُبلغت بها منظمة الصحة العالمية بنسبة ٦٩٪. ومن أصل ٢٤ بلداً، أبلغ ستة بلدان (غامبيا وغينيا - بيساو، وليبيريا، والنيجر، والسنغال، وسيراليون) عن عدم حدوث أي حالة طيلة هذه الحقبة بأكملها. وأبلغ خمسة بلدان (بنن، بوركينا فاصو، وغانا ومالي وتوغو) عن حالات متفرقة. وأبلغ ستة بلدان (الكاميرون وكوت ديفوار، وغينيا الاستوائية، وغابون وغينيا ونيجيريا) عن متوسط يقل عن ١٠٠ حالة جديدة سنوياً. وأبلغ أربعة بلدان عمّا يتراوح عدده بين ١٠٠ و١٠٠٠ حالة جديدة سنوياً (تشاد، وجمهورية أفريقيا الوسطى، والكونغو وأوغندا)، وأبلغ ثلاثة بلدان (أنغولا، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، والسودان) منظمة الصحة العالمية عن متوسط بما يزيد على ١٠٠٠ حالة جديدة سنوياً أو ٩٠٪ من العدد الإجمالي للحالات الناجمة عن *المثقبيّة البروسيّة*.

٢- وفي ١٣ بلداً تتوطنه *المثقبية البروسية الروديسية*، انخفض عدد الحالات الجديدة التي أُبلغت بها منظمة الصحة العالمية في الحقبة الممتدة بين عامي ١٩٩٧ و٢٠٠٦ إلى ٢١٪.[١] ومن هذه البلدان الثلاثة عشر، أبلغ خمسة (بوتسوانا وبوروندي وإثيوبيا وناميبيا وسوازيلند) عن عدم حدوث أي حالة خلال ذلك العقد، وأبلغ أربعة بلدان (كينيا وموزامبيق ورواندا وزمبابوي) عن حالات متفرقة (تبلغ ٢,٥٪ من العدد الإجمالي للحالات الناجمة عن *المثقبية البروسية الروديسية*)، وأبلغ بلدان (ملاوي وزامبيا) عن متوسط يقل عن ١٠٠ حالة جديدة سنوياً (تمثل ٨,٧٪ من العدد الإجمالي للحالات المبلغ عنها والناجمة عن *المثقبية البروسية الروديسية*)، وأبلغ بلدان (أوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة) عن عدد يتراوح بين ١٠٠ و١٠٠٠ حالة جديدة سنوياً (٨٨,٨٪ من العدد الإجمالي للحالات المبلغ عنها).

٣- وشهد هذا الوضع تحسناً كبيراً منذ عام ١٩٩٧ حيث دفع القلق البالغ الذي ساور جمعية الصحة العالمية الخمسين إلى اعتماد القرار ج ص ع٥٠-٣٦ بشأن داء المثقبيات الأفريقي. وإلى جانب ما ظهر من الإرادة السياسية (مدعومة بالحملة الأفريقية لاستئصال ذبابة التسي تسي وداء المثقبيات)، تم تيسير تشخيص ومعالجة المرضى الذين يعيشون في مناطق توطنها داء المثقبيات من خلال وضع حدٍّ للاضطرابات الاجتماعية وبناء القدرات وتقديم الدعم المالي والتقني لأنشطة التوعية، وتأمين إنتاج الأدوية وتوزيعها لمعالجة مرضى المثقبيات مجاناً.

٤- ومن دواعي الأسف شهدت الأولوية التي حظي بها داء المثقبيات تراجعاً بسبب ضآلة عدد الحالات التي تم الكشف عنها. ومنذ ٥٠ سنة مضت، كان الوضع مشابهاً حيث ساد الاعتقاد باستئصال هذا المرض. ولتفادي تكرار وقوع هذا الخطأ، من الضروري العمل على أن يكون ترصد داء المثقبيات ومكافحته أمرين دائمين يحققان المردودية مما يمثل مشكلة لابد من حلها فوراً. ولن تكون الاستدامة أمراً ممكناً إلا بتوخي نهج متكامل في مجال أنشطة الترصد والمكافحة التي يُضطلع بها داخل نظم صحية معززة بوسعها مواجهة أعباء هذه المسؤولية. ومع ذلك، فإن الأدوات الحالية تجعل من الصعب على النظم الصحية المشاركة في مكافحة هذا المرض. أما العقبتان التقنيتان الرئيسيتان فتتمثلان في الافتقار إلى اختبار تشخيصي حساس وخاص زهيد التكلفة، ويسهل إجراؤه في الأوضاع الميدانية، كما يمكن استعماله على جميع مستويات النظام الصحي، والافتقار إلى دواء فموي يكون زهيد التكلفة، ومأموناً ويسهل إعطاؤه، كما يكون قادراً على شفاء هذا الداء بشكليه.

---

١ تضررت أوغندا من كلا نوعي المرض ولذلك ترد في التحليلين كليهما.

٥- وحتى أن تتاح أدوات جديدة لمكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري، فإن التحدي الأكبر والمباشر يبقى تعزيز الاتجاه الوبائي الراهن ودعمه بالوسائل الحالية. وستظل أنشطة الترصد والمكافحة الفعلية في حاجة إلى موارد بشرية ملائمة وأنشطة مكافحة مواتية وإلى إرساء عملية إبلاغ فعالة والإبقاء على الوعي، ومناصرة الأولوية العليا وجمع التبرعات. ويجب المحافظة على البحوث والتطوير وتوجيه الأولويات صوب تحقيق مرمى تعزيز الاستئصال المتواصل للمرض من خلال توفير الأدوات الملائمة. وستستمر منظمة الصحة العالمية في الاضطلاع بدور قيادي في مجال توفير الدعم إلى البلدان وتنسيق أنشطة أصحاب المصلحة.

## هاء: استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري

٦- تعرض هذه الوثيقة تقريراً عن الاجتماع التاسع للجنة الاستشارية التابعة للمنظمة والمعنية ببحوث فيروس الجدري (جنيف، ٢٨ و٢٩ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٧) وعن عمل الأمانة في هذا المضمار. وقد أُنشئت اللجنة الاستشارية عملاً بالقرار ج ص ع٥٢-١٠ الذي أذنت فيه جمعية الصحة بالاحتفاظ مؤقتاً بما تبقى من مخزونات فيروس الجدري الحي وطلبت إلى المديرة العامة تعيين فريق خبراء يتولى تحديد البحوث التي يجب إجراؤها، إن وجدت، بغرض التوصل إلى توافق عالمي في الآراء بشأن توقيت تدمير مخزونات فيروس الجدري هذه. وفي القرار ج ص ع٥٥-١٥ أصدرت جمعية الصحة تفويضاً باستمرار الاحتفاظ من جديد وبصورة مؤقتة بالمخزونات الموجودة من فيروس الجدري الحي على أن تظل كل البحوث المعتمدة موجهة نحو النتائج ومحدودة الوقت وعلى أن تخضع منجزاتها ونتائجها لاستعراض دوري. وطلبت جمعية الصحة أيضاً إلى المديرة العامة تقديم تقرير سنوي عن التقدم المحرز في برنامج البحوث والمسائل ذات الصلة إلى جمعية الصحة من خلال المجلس التنفيذي. وفي القرار ج ص ع٦٠-١ طلبت جمعية الصحة إلى المدير العام القيام باستعراض رئيسي في عام ٢٠١٠ لنتائج البحوث التي تم الاضطلاع بها والبحوث الجارية حتى يتسنى لجمعية الصحة العالمية الرابعة والستين التوصل إلى توافق عالمي في الآراء حول توقيت تدمير مخزونات فيروس الجدري الحي الحالية.

٧- **أحدث المعلومات عن اقتراحات البحوث المقدمة إلى المنظمة.** تلقت اللجنة الاستشارية ملخصاً لاقتراحات البحوث المعتمدة (١٢ برنامج عمل) واقتراحات البحوث المرفوضة (١٢) من قِبَل لجنتها الفرعية العلمية. وقد أشرف كثير من المشاريع المعتمدة على الانتهاء، حسب الجدول الزمني، وينبغي تقديم تقارير ختامية عنه. أما الاقتراحات الجديدة التي تم تلقيها مؤخراً فسيجري تقييمها طبقاً للإجراءات المنقحة التي اتفق عليها أثناء انعقاد الاجتماع الثامن للجنة في عام ٢٠٠٦،[١] والتي يتم بمقتضاها التناوب على عضوية اللجنة الفرعية العلمية. ووافقت اللجنة على العضوية الجديدة.

٨- **سلالات الفيروس في المستودعين.**[٢] استعرضت اللجنة البيانات الخاصة بسلالات فيروس الجدري والمستفردات الرئيسية المحتفظ بها في المجموعتين ولم تلاحظ حدوث أي تغييرات. ومثلما أوصي به في اجتماعات سابقة خضعت هاتان المجموعتان لجرد سنوي باستخدام نظام موحد. وأعربت اللجنة عن ارتياحها لتوافق المواد التي تضمها المجموعتان مع قوائم الجرد، ولأن المواد يُحتفظ بها مع الالتزام بالضمانات الملائمة القائمة.

١ الوثيقة م ت١٢٠/٣٩.

٢ المركز الحكومي الروسي لبحوث الفيروسات والتكنولوجيا الحيوية، كولتسوفو، إقليم نوفوسيبيرسك، الاتحاد الروسي، ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها، أتلانتا، جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية.

٩- **تحليل تسلسل الحامض النووي دنا لفيروس الجدري.** مثلما أوصت اللجنة به من قبل لم يجر أي تحديد آخر لتسلسل الحامض النووي دنا الجينومي، باستثناء تحديد لتسلسل سلالة آسيوية في المجموعة الروسية يجري حالياً في المركز الروسي المتعاون من أجل استكمال تغطية التنوع الجغرافي للفيروسات.

١٠- **السمات السريرية للجدري.** تجاوباً مع التوصية السابقة الصادرة عن اللجنة بإجراء استعراض للمحفوظات من أجل تحديد إذا كانت هناك أم لا أي علاقة بين مستفردات معينة من فيروس الجدري وبين شدة السمات السريرية للجدري عُرضت على اللجنة نتائج تحليل للسجلات المحفوظة في المنظمة. ومعظم هذه التقارير تضمن القليل من المعلومات السريرية أو لم يتضمن أي معلومات سريرية على الإطلاق. ومن ثم لم يسفر هذا البحث عن أي معلومات تتيح الربط بين مستفردات فيروسية معينة وبين خصائص المرض.

١١- **النماذج الحيوانية التي يستخدم فيها فيروس الجدري الحي.** لاحظت اللجنة أنه تم تحقيق كثير من أغراض العمل الخاص بتحسين نموذج الثدييات العليا لفيروس الجدري البشري. ولكن قد يلزم القيام بالمزيد من العمل لجعل النموذج أنسب لاختبار المركبات الفرعية من أجل استصدار التراخيص.

١٢- **الأدوية المضادة للفيروسات.** لاحظت اللجنة التقدم الذي تحقق مؤخراً في استحداث دواء ST-246 للفيروسات، الذي يكبت نمو فيروس الجدري في المختبر، وهو فعال في العلاج من مجموعة متنوعة من عداوى فيروس الجدري، ويبدو أنه مأمون وتتحمله تلك النماذج جيداً. وتم تقديم البيانات الخاصة بالنجاعة في مختلف النماذج الحيوانية إلى إدارة الأغذية والأدوية في الولايات المتحدة الأمريكية. وأُبلغت اللجنة كذلك بأن هذه النتائج الأولية الخاصة بدواء ST-246 كانت إيجابية بما يكفي لتخزين كميات قليلة من الدواء حالياً من قِبَل الشركة التي تنتجه وذلك للاستعمال في الطوارئ بصورة شبه رسمية. ويجري العمل على تحديد ما إذا كان يمكن أم لا استعمال دواء ST-246 مع الأفراد المنقوصي المناعة أو مع الحوامل.

١٣- **اللقاحات.** استعرضت اللجنة الأساليب الجديدة الواعدة. وتم الترخيص باستخدام لقاح جديد مضاد للجدري (ACAM 2000) في إحدى الدول الأعضاء. وتبين من العمل الخاص باثنين من لقاحات الجيل الثالث (MVA وLC16m8) أنهما مأمونان وأقل إحداثاً للتفاعل، وتشير البيانات الأولية إلى أن معدل نجاح التطعيم الفردي (معدل الأخذ) ومستوى تحريض الأضداد المستعدلة مشابهان للمعدل والمستوى المسجلين مع لقاحات الجيلين الأول والثاني؛ وتجري دراسات أخرى لكلا اللقاحين. وناقشت اللجنة المسائل التنظيمية الخاصة بشروط استصدار تراخيص لقاحات الجيل الثالث، وسلطت الضوء على عدم وجود نموذج حيواني يبعث على الارتياح في ما يتعلق باختبار لقاحات الجدري، وعلى عدم معرفة علاقات الحماية ضد الجدري البشري. ومع ذلك فقد بدا أن هناك وكالتين تنظيميتين على الأقل، لن تعتبرا النموذج الحيواني الذي يُستعمل فيه فيروس الجدري الحي إلزامياً لاستصدار تراخيص لقاحات الجيل الثالث.

١٤- **استعمال الغلوبولين المناعي المضاد للفيروسات ودواء سيدوفوفير ودواء ST-246 في علاج التهاب الجلد اللقاحي.** تم الإبلاغ عن علاج حالة أُصيبت بالتهاب جلد لقاحي يهدد الحياة. ولاحظت اللجنة أن استعمال دواء ST-246 يبدو مفيداً بوجه خاص وأن المريض تعافى بعد أخذه. ومن ثم ينبغي النظر في دواء ST-246 كخيار للعلاج المبكر إذا أكدت الدراسات الأخرى مأمونيته ونجاعته لدى البشر.

١٥- **استعراض أعمال البحوث المنفذة من قِبَل المختبرات التي حصلت على الحامض النووي دنا لفيروس الجدري بموافقة المنظمة.** عرضت الأمانة النتائج الأولية لمسح أُجري في مختبرات معروفة بالمشاركة في هذه البحوث، ومن بين المختبرات التي جرى الاتصال بها وأجابت على الاستبيان، والبالغ عددها ٣٥ مختبراً (٨٠٪)، تبين أن هناك ٢٤ مختبراً يستعمل شدف الحامض النووي دنا لفيروس الجدري في بحوثه. وتضمنت

هذه الأنشطة إجراء دراسات بشأن وسائل التشخيص (٥٢٪)، والتفاعلات بين الثوي والفيروس (٢٠٪)، ووسائل العلاج (٢٠٪)، واللقاحات (٨٪). ورأت اللجنة أن المنظمة ينبغي أن تواصل الاطلاع على أحدث المعلومات عن استعمال وتوزيع شدف الحامض النووي دنا لفيروس الجدري لضمان ثقة دوائر الصحة العمومية الأوسع نطاقاً. وأوصت بأن تستمر الأمانة في بذل جهودها الرامية إلى الاحتفاظ بقاعدة بيانات دقيقة للبحوث الخاصة بشدف الحامض النووي دنا لفيروس الجدري التي توزع بموافقة المنظمة، والحصول على المعلومات غير المتاحة حالياً.

١٦- **نقل الحامض النووي دنا لفيروس الجدري.** أوصت اللجنة بعدم تغيير نص التوصيات والدلائل الحالية الخاصة بنقل الحمض النووي دنا لفيروس الجدري. وكانت المشكلة الرئيسية المحددة هي تعميم وتوصيل التوصيات والدلائل الحالية على نطاق أوسع. وبالإضافة إلى ذلك رأت اللجنة أنه ينبغي توضيح المبادئ العامة التي تقوم عليها هذه اللوائح والتركيز عليها. وكان من الشواغل الرئيسية نقل الأطراف الثالثة لشدف الحامض النووي دنا. واتفقت اللجنة على أن هذا النقل يقتضي الحصول على إذن من منظمة الصحة العالمية وينبغي مراقبته من خلال اتفاقات نقل المواد المبرمة بين المختبرات الموزعة والمختبرات المتلقية، مع إرسال نسخة إلى المنظمة.

١٧- **التدابير الرامية إلى تعزيز إتاحة نتائج البحوث على نطاق واسع وبعدالة.** استعرضت اللجنة كل المواضيع المذكورة في ما طلبته جمعية الصحة من المدير العام في القرار ج ص ع٦٠-١ أي تقديم تقرير عن "التدابير التي تشجع في الدول الأعضاء على الحصول على أوسع نطاق ممكن وعلى نحو يؤمن أكبر قدر من العدالة الممكنة على نتائج البحوث، بما في ذلك العوامل المضادة للفيروسات واللقاحات ووسائل التشخيص". وجرت مناقشات مبدئية بخصوص إتاحة الأدوية المضادة للفيروسات واللقاحات الأحدث، ولكن هذه الكواشف ليست متطورة بالقدر الكافي الآن للتخطيط لتطبيقات واسعة النطاق، وستنظر اللجنة مجدداً في هذه البنود في المستقبل مع التقدم في البحوث. وفي ما يتعلق بالحصول على لقاحات الجيلين الأول والثاني تواصل المنظمة العمل على توسيع نطاق إمدادات اللقاحات في بنك اللقاحات العالمي، وتستلم إمدادات لقاحات الجيل الثاني من أجل مخزون اللقاحات الاحتياطي الموجود في سويسرا. وإذا ثبتت مأمونية اللقاحات الأحدث واستمناعها ينبغي للمنظمة أن تقبلها في بنك اللقاحات، وينبغي تشجيع الدول الأعضاء التي تنتج هذه اللقاحات أو تشتريها على المساهمة في المخزون الاحتياطي. وعرضت الأمانة تقريراً عن تحديث آلية الإفراج عن اللقاح من المخزون الاحتياطي من أجل مراعاة تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥). وعرضت كذلك تقريراً عن الخطوات الأولية المتخذة من أجل إنشاء شبكة غير رسمية من المختبرات. وتتمثل الخطة في أن يوجد في كل إقليم من أقاليم المنظمة مختبر واحد على الأقل، ويُفضل وجود أكثر من مختبر، لديه القدرة على استعمال وسائل تشخيص الجدري على نحو يمكن الركون إليه وبكفاءة، بما في ذلك التشخيص الأولي لحالات الجدري المشتبه فيها باستعمال أساليب الكيمياء الجزيئية في المواد السريرية المعطلة. وستكون النتيجة هي تسريع الحصول على النتائج الخاصة بالعينات المأخوذة من المرضى الذين تم التفكير في تشخيص حالتهم، وتوفير الموارد الوطنية حيث إن تكاليف الشحن مرتفعة. وعرضت قائمة مؤقتة بالمختبرات المشاركة، ولكن اللجنة قررت أن من الضروري إجراء المزيد من المشاورات لتحديد المختبرات المهتمة بالمشاركة والمختبرات المؤهلة للمشاركة. وستتطلب هذه الشبكة إقامة نظام لتقييم النتائج والحفاظ على موثوقيتها، وتعمل الأمانة مع المراكز المتعاونة مع المنظمة على تحديد الدعم اللازم.

## واو: الصحة الإنجابية: استراتيجية تعجيل التقدم المحرز نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية

١٨- يورد هذا التقرير معلومات تستكمل التقرير المقدم في عام ٢٠٠٦[١] إلى جمعية الصحة العالمية، ويضيف إليه معلومات عن طائفة متنوعة من الأنشطة التي تجريها الدول الأعضاء والأمانة لتنفيذ الاستراتيجية التي أيدها القرار ج ص ع٥٧-١٢.

١٩- وقد وزعت الاستراتيجية على نطاق واسع هي والنبذات الأربع المتعلقة بالسياسات والتي لخصت أهم جوانب الاستراتيجية. وبعد التشاور مع بلدان في جميع الأقاليم تم إعداد إطار للتنفيذ[٢] شرح مجالات العمل والتوصيات المتعلقة بالسياسات والبرامج. هذا فضلاً عن تنظيم حلقات عملية إقليمية لتقديم المزيد من المساعدة التقنية إلى الدول الأعضاء. وقد حضر هذه الحلقات راسمو السياسات ومديرو البرامج وغيرهم، لتحديد العقبات وتقاسم الدروس المستفادة وتعريف الإجراءات اللازمة للتعجيل بالتقدم.

٢٠- وتم تحديث وسيلة التقييم اللازمة لرصد التقدم المحرز في تنفيذ هذه الاستراتيجية، وذلك وفقاً لإطار التنفيذ، وتم توزيعها على الدول الأعضاء. وأصبح كل من الاستراتيجية والإطار يستخدم لوضع الاستراتيجيات الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية؛ وتصميم الأدلة التفصيلية لخفض معدل وفيات الأمهات والولدان؛ وبلورة عمليات التخطيط الاستراتيجي؛ وتنقيح السياسات؛ وتحديد الأولويات لتعزيز النُظم الصحية.

٢١- وقدمت البلدان تقارير عن التقدم الذي أحرزته في كل من مجالات العمل الرئيسية الخمسة وهي:

- **تعزيز قدرات النظم الصحية** – رسم السياسات التي تعزز النُظم الصحية، وتقدير الموارد البشرية اللازمة لهذا المجال الصحي

- **تحسين المعلومات اللازمة لتحديد الأولويات** – وذلك بإنشاء استعراضات لمعدل وفيات الأمهات

- **استنهاض الإرادة السياسية** – من خلال عقد مؤتمرات عالمية وإقليمية لراسمي السياسات، مثل المؤتمر الذي أسفر عن خطة عمل مابوتو للإتاحة الشاملة لخدمات الصحية الجنسية والإنجابية في أفريقيا،[٣] والمؤتمر العالمي الذي عقدته منظمة "المرأة عنصر فاعل "Women Deliver" (لندن، ١٨-٢٠ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٧)؛ والمبادرات التي اتخذها بعض رؤساء الحكومات والدول، مثل الحملة العالمية من أجل المرامي الإنمائية المتعلقة بالصحة في إعلان الألفية (المرامي ٤ و٥ و٦)؛ وكذلك من خلال تقديم الدعم المستمر إلى شراكات مثل الشراكة المعنية بصحة الأم والوليد والطفل التي تستضيفها منظمة الصحة العالمية؛ وتعميم المعلومات على وسائل الإعلام، والبرامج البعيدة الأثر التي تنفذها هيئات المجتمع المدني

---

١ الوثيقة ج٥٩/٢٣.

٢ الوثيقة WHO/RHR/06.3.

٣ الدورة الاستثنائية لمؤتمر وزراء الصحة في الاتحاد الأفريقي للإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية في أفريقيا: خطة عمل مابوتو لتشغيل إطار السياسات القارية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للفترة ٢٠٠٧-٢٠١٠. مابوتو، ١٨-٢٢ أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٦.

- **إنشاء أطر تشريعية وتنظيمية داعمة** – من خلال سن التشريعات اللازمة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية بالمجان، ووضع استراتيجيات وطنية لأمن سلع الصحة الإنجابية

- **تعزيز الرصد والتقييم** – من خلال إدراج مسألة الصحة الجنسية والإنجابية في أعمال رصد الخطط الإنمائية الوطنية.

٢٢- وقد شملت المجالات المحددة التي رأت الدول الأعضاء أنها تستحق المزيد من الانتباه ما يلي: تعزيز الموارد البشرية والتعاون بين القطاعات المتعددة؛ وتمكين المرأة والأُسر والمجتمعات المحلية؛ وتحسين الرصد والتقييم بالإضافة إلى تحسين جودة الخدمات.

٢٣- وكان لُب الاستراتيجية، وهو صدى لهدف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، ١٩٩٤)، موضع تأكيد جديد في مؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٥،[١] لأن رؤساء الدول والحكومات تعهدوا "بالإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥". وفي تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٦ أحاطت الجمعية العامة للأمم المتحدة علماً بتقرير الأمين العام[٢] الذي أوصى فيه بإضافة أربعة أهداف جديدة إلى المرامي الإنمائية في إعلان الألفية، ومن بينها هدف الإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الإنجابية. وعلى سبيل المتابعة في عام ٢٠٠٧ قدم الأمين العام إلى الجمعية العامة للأمم المتحدة[٣] إطاراً منقحاً يتكامل مع المرمى الإنمائي رقم ٥ من إعلان الألفية وفيه هدف جديد هو "الإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥"، ووضع له مؤشرات لقياس التقدم صوب بلوغ هذا الهدف هي: معدل انتشار موانع الحمل، ومعدل الإنجاب في سن المراهقة ومدى الرعاية الصحية في فترة ما قبل الولادة، واحتياجات تنظيم الأسرة التي لم يتم إشباعها. وقد دأبت منظمة الصحة العالمية على التعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان من أجل تعريف وتشغيل مجموعة واسعة من المؤشرات الدالة على مدى الإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الإنجابية، ودعم جهود الدول لرصد التقدم المحرز.

٢٤- وبعد ذلك تم تأييد الاستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها، للحقبة ٢٠٠٦-٢٠١٥،[٤] الأمر الذي جعل التركيز حاداً على هذا الجانب من الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الحاجة إلى التخلص من الزهري الخلقي. ويتطلب بلوغ هذا الهدف جهوداً دائبة وموارد وافية للعمل في هذا المجال، بالإضافة إلى تحقيق التكامل المنهجي بين تحري وعلاج حالات الإصابة بالزهري وبين اختبار الأيدز في مرحلة الحمل.

٢٥- ويعد توثيق الروابط بين الوقاية من الأيدز وبين الصحة الجنسية والإنجابية عنصراً مهماً في الاستراتيجية. ولذلك وسعت الأمانة نطاق عملها في هذا المجال، ولاسيما نطاق الأعمال المتعلقة بالدعوة والبحث والسياسات ودعم البرامج. وأعدت الأمانة مثلاً مواد للدول الأعضاء عن كيفية إدماج الروابط بين الصحة الجنسية والإنجابية والأيدز في الاقتراحات التي تقدم إلى الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا.

---

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٦٠.

٢ المقرر ٥٠٤/٦١.

٣ الوثيقة A/62/1.

٤ الوثيقة ج ص ع٢٠٠٦/٥٩/ سجلات/١، الملحق ٢.

٢٦- وتلبية لما في الاستراتيجية من توصيات بشأن الرصد والتقييم، حدّثت المنظمة مع البنك الدولي واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان التقديرات العالمية لمعدل وفيات الأمهات. وتدل الأرقام التقديرية الجديدة على أن ٥٣٦ ٠٠٠ وفاة حدثت بين الأمهات في عام ٢٠٠٥، وأن ٩٩٪ منها حدث في بلدان نامية. ومازال التقدم نحو التخفيض النسبي لوفيات الأمهات متفاوتاً: إذ لم تتجاوز نسبة التخفيض ٠,١٪ في السنة بين عام ١٩٩٠ وعام ٢٠٠٥ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وكانت هذه النسبة أعلى في شرق آسيا وشمال أفريقيا وجنوب شرق آسيا (٥,٥٪ سنوياً) على سبيل بلوغ المرمى الإنمائي للألفية الذي نص على تخفيض وفيات الأمهات بنسبة الثلاثة أرباع بين عام ١٩٩٠ وعام ٢٠١٥. أما في ما يتعلق بالإجهاض فإن التقديرات تدل على هبوط معدله وخصوصاً في أوروبا الوسطى والشرقية بسبب ارتفاع معدل انتشار موانع الحمل هناك. لكن انتشار الإجهاض غير المأمون مازال كما هو، وتتسبب هذه الممارسة في وقوع ٦٨ ٠٠٠ حالة وفاة في السنة بين الأمهات.

## زاي: تغذية الرضّع وصغار الأطفال: تقرير مرحلي ثنائي السنوات

٢٧- إن سوء التغذية هو المسؤول، سواءً كان ذلك بشكل مباشر أو غير مباشر، عن وقوع حوالى نصف حالات وفاة الأطفال دون الخامسة كل عام في العالم. وهناك ١٧٨ مليون طفل دون الخامسة من الذين يتوقف نموهم في جميع أنحاء العالم يعيش ٩٠٪ منهم في البلدان التي ترزح تحت أعباء فادحة. ومن التدخلات الرئيسية الرامية إلى تصحيح هذا الوضع تحسين ممارسات تغذية الرضّع وصغار الأطفال.[١] وتشير المعطيات الراهنة إلى أن عدد الأطفال الذين يرضعون أمهاتهم ويكتفون بذلك لمدة ستة شهور في تلك البلدان لا يكاد يناهز الثلث وتبدأ الرضاعة بالنسبة لأقل من نصف ذلك العدد في غضون الساعة الأولى من ميلادهم،[٢] وهذا الوضع أبعد ما يكون عن التوصية العالمية التي صدرت بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال.[٣]

٢٨- وتواصل منظمة الصحة العالمية الترويج لتغذية الرضَع وصغار الأطفال بوصفها من الأمور الأساسية لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية، وخاصة المرامي المتعلقة باستئصال الفقر المدقع والجوع وبتقليص معدلات وفيات الأطفال. وتمشياً مع الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال تتبع الأمانة نهجاً من شعبتين اثنتين: إعداد دلائل إرشادية واستحداث أدوات لبلوغ المرامي التشغيلية الواردة في الاستراتيجية ثم المساعدة على ضمان استخدامها من خلال بناء القدرات الوطنية؛ وتقديم الدعم لإجراء البحوث وبث نتائجها. وقد تم، في عام ٢٠٠٧، إصدار دليل تخطيطي مشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف لمساعدة البلدان على ترجمة الاستراتيجية إلى خطط عمل وطنية.

٢٩- وفي غمار تغطية إعلامية واسعة أطلقت منظمة الصحة العالمية مبادرة معايير نمو الطفل في نيسان/ أبريل ٢٠٠٦ إلى جانب الأدوات اللازمة لضمان التنفيذ. وهناك بلدان كثيرة عمدت منذ ذلك الحين إما إلى التنفيذ أو إلى اعتماد المعايير رسمياً. وقد أدى استخدام تلك المعايير إلى إدخال تغييرات فورية هامة للتحول نحو أفضل الممارسات وذلك بالتزامن مع توحيد البلدان لمبادئها التوجيهية الخاصة بتقييم نمو الأطفال، وإنعاش

١ الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضّع وصغار الأطفال، الوثيقة ج ص ع٥٥/٢٠٠٢/ سجلات/١، الملحق ٢.

٢ WHO global database on infant and young child feeding, updated 5 December 2007.

٣ تنص التوصية على الاقتصار على الرضاعة الطبيعية طوال الشهور الستة الأولى من العمر مع إعطاء كميات ملائمة ومأمونة من الأغذية من خلال البدء بإعطاء كميات مأمونة وكافية من الأطعمة المحلية والتقليدية مع الاستمرار في الإرضاع من الثدي حتى يبلغ الطفل عامين من العمر أو أكثر من ذلك.

برامجها الخاصة بتعزيز نمو الطفل. وضاعفت الأمانة أنشطتها الرامية على إنشاء شبكة من المدربين في مجال تقييم النمو.

٣٠- وفي عام ٢٠٠٦، أصدرت المنظمة، بمعية اليونيسيف، منهجاً دراسياً متكاملاً حول التوعية بشأن تغذية الرضّع وصغار الأطفال. والغرض من ذلك هو زيادة عدد العاملين الصحيين المتمرسين في ميدان التوعية بشأن الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية وتغذية الرضّع الذين يحملون فيروس الأيدز. كما أصدرت المنظمة، مع اليونيسيف، في عام ٢٠٠٧، نسخة محدثة من مواد مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال. وأنهت المنظمة، في عام ٢٠٠٦، استعراضاً تقنياً للبيّنات العلمية حول التغذية المثلى للرضّع المنخفضي الوزن، واستكملت، في عام ٢٠٠٧، استعراضاً منهجياً، استناداً إلى دراسات معشاة تقوم على الملاحظة، للآثار المديدة المترتبة على الرضاعة الطبيعية. وفي الوقت الحاضر، تعكف المنظمة على تطوير تقنيات ترمي إلى وضع دلائل إرشادية تغذوية تقوم على الأطعمة وتستند إلى النمذجة الرياضية والبرمجة الخطية.

٣١- وفي إطار إحدى المشاورات (واشنطن العاصمة، ٦-٨ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠٠٧) قامت المنظمة وشركاؤها باستعراض البيّنات المتاحة ووافقت على مجموعة من المؤشرات لتقييم ممارسات تغذية الرضّع وصغار الأطفال. وسيتم إدراج تلك المؤشرات في قاعدة البيانات العالمية للمنظمة حول تغذية الرضّع وصغار الأطفال.

٣٢- وقد اتخذت عدة بلدان خطوات لزيادة إعمال المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، بما في ذلك تعزيز القدرة على التنفيذ والرصد، واعتماد أو إصلاح التشريعات واللوائح. وعقد المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ مشاورة اشتركت في رعايتها المنظمة واليونيسيف مع خبراء قدموا من ١٨ بلداً (مانيلا، ٢٠-٢٢ حزيران/ يونيو ٢٠٠٧) لاستعراض حالة تنفيذ المدونة وتحديد الخطوات اللازمة لزيادة معدل تنفيذها، وتم تنظيم أنشطة تدريبية حول تنفيذ ورصد المدونة لصالح بلدان شرقي وجنوبي أفريقيا.

٣٣- وفي تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٦، عقدت المنظمة، نيابة عن فريق العمل المشترك بين الوكالات والمعني بتوقي عداوى فيروس العوز المناعي البشري في النساء الحوامل والأمهات وأطفالهن، مشاورة تقنية في جنيف حول فيروس العوز المناعي البشري وتغذية الرضّع وذلك بهدف استعراض البيّنات الجديدة وأحدث التجارب في هذا المجال، ولإيضاح وتهذيب التوصيات الحالية. وقد أقرت المشاورة المبادئ العامة التي قامت عليها التوصيات السابقة وأصدرت إعلاناً توافقياً حول خيارات التغذية في سياق الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري.

٣٤- وللتعرف على سوء التغذية وتوقي حالاتها في مرحلة مبكرة، تعكف المنظمة على تعزيز نهج متكامل حيال تحسين التدبير العلاجي لسوء التغذية الوخيم بين الأطفال وذلك من خلال اتباع أسلوب مبتكر يتم في إطاره تحقيق التكامل بين التدبير العلاجي القائم على المجتمع المحلي وبين التدبير العلاجي داخل المؤسسات الاستشفائية. كما تعكف المنظمة على وضع توجيهات تشغيلية لفائدة العاملين في الإغاثة في حالات الطوارئ وللقائمين على إدارة البرامج.

٣٥- وتم تحديث الدلائل الإرشادية حول مؤشرات اضطرابات عوز اليود، التي وضعتها المنظمة واليونيسيف والمجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عوز اليود. كما تم إصدار بيان اشترك في وضعه برنامج الأغذية العالمي واليونيسيف حول الوقاية من حالات عوز المغذيات الدقيقة ومكافحتها. ووضعت الأمانة مسوّدة الاستراتيجية للدعوة والتواصل وإشراك المجتمعات المحلية في مجال التغذية.

٣٦- وبدأت المنظمة، مع شركائها، تحليلاً لحالة التأهب بشأن العمل في مجال التغذية، بتمويل من مؤسسة بيل وميليندا غيتس. ويضم ذلك التحليل تقييماً للثغرات والعقبات كما يتعرف على الفرص السانحة لاتخاذ الإجراءات الكفيلة بتقليص معدلات نقص التغذية لدى الأم والطفل في ٣٦ بلداً تؤوي ٩٠٪ من أطفال العالم الناقصي النمو.

## الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٣٧- المجلس التنفيذي مدعو إلى أن يحيط علماً بهذه التقارير.

= = =