

التقارير المرحلية^١

تقرير من الأمانة

المحتويات

الصفحة

| | | |
|---|-------|--|
| ٢ | | باء: مكافحة داء المتقيبات الأفريقي البشري (القرار جص ع٥٧-٢) |
| ٣ | | جيم: الصحة الإنجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الإنمائية الدولية (القرار جص ع٥٧-١٢) |
| ٥ | | واو: التخلص من اضطرابات عوز اليود بشكل دائم (القرار جص ع٦٠-٢١) |
| ٦ | | زاي: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل (القرار جص ع٦١-١٢) |
| ٨ | | حاء: صحة المهاجرين (القرار جص ع٦١-١٧) |

باء: مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري

١- يتوطن الشكل المزمن من داء المثقبيات الأفريقي البشري التي تسببه المتقيبة 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.

٢- وفي الفترة ذاتها، انخفض عدد الحالات الجديدة المبلغ عنها من الشكل الحاد لداء المثقبيات الأفريقي البشري الناجم عن المتقيبة 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 وقع 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.

٣- 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 المتقيبة البروسية الروديسية والتي عولجت بالميلارسوبرول السام ٨٦٪ في عام ٢٠٠٤ أما في عام ٢٠٠٨ فإن هذا الرقم قد انخفض ليصبح ٥١٪ وعولجت الحالات المتقيبة بالإفلورنيثين وهو دواء أكثر أماناً.

٤- واستجابة لأحكام القرار ج ص ع ٥٠-٣٦ بشأن داء المثقبيات الأفريقي، وقّعت 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، بمعونة منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو) مبادرة لوضع خرائط توزع المرض في إطار البرنامج المشترك بين عدة مؤسسات لمكافحة داء المثقبيات الأفريقي.

٥- وقد أصبح وصول مرضى داء المثقبيات 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.

٦- وعلى الرغم من التقدم المحرز، يظل داء المثقبيات الأفريقي البشري خطراً ماثلاً في أفريقيا، ولاسيما في مناطق من جمهورية الكونغو الديمقراطية وجمهورية أفريقيا الوسطى 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 المثقبيات 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 المثقبيات الأفريقي البشري ومكافحته.

٧- 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 إجراؤه بالقبول في أي مستوى من مستويات النظام الصحي، وعدم وجود عامل جديد مضاد للمتقيبة يكون أزهّد تكلفة من الأدوية الموجودة وأكثر مأمونية ولا يحتاج إعطاؤه إلى الكثير من الجهد والعناء ويمكن إعطاؤه من شفاء المرضى بشكله.

٨- ويتمثل أكثر التحديات مباشرة، في هذا الصدد، في التوسع في أنشطة المكافحة والرصد الجارية حالياً وضمان استمرارها وذلك باستخدام أفضل الأدوات المتاحة. وينبغي إنكاء 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.

جيم: الصحة الإيجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الإنمائية الدولية

٩- لقد تم دعم تنفيذ الاستراتيجية بإدراج هدف تحقيق الإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الإيجابية بحلول عام ٢٠١٥ في إطار المرامي الإنمائية للألفية. وقد تم بيان ذلك في تقرير الأمين العام الذي أحاطت به الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثانية والستين في عام ٢٠٠٧.

١٠- وتشمل الأنشطة الإقليمية التي اضطلع بها بالتعاون مع الشركاء، وخاصة صندوق الأمم المتحدة للسكان، تكييف الاستراتيجية لتتواءم مع الأوضاع الإقليمية وذلك للاستجابة، على أفضل وجه، لاحتياجات الصحة الإيجابية على الصعيد المحلي؛ ووضع أطر سياساتية من أجل التعجيل بالإتاحة الشاملة للخدمات والمنافع في مجال الصحة الإيجابية؛ وتقدير الجدوى من وضع المؤشرات الموصى بها^٢ وعقد مشاورات تقنية حول النهج الاجتماعية الثقافية حيال التعجيل بتحقيق المرميين الرابع والخامس من المرامي الإنمائية للألفية؛ وتقوية القدرات الوطنية على وضع الاستراتيجيات والسياسات القادرة على الاستجابة، وتنفيذ ورصد التدخلات الرامية إلى تحسين الصحة الجنسية والإيجابية؛ واستحداث واعتماد أدوات ودلائل إرشادية تتعلق بالتخطيط استناداً إلى البيّنات العلمية؛ وتنظيم حلقات عملية بهدف تقوية أنشطة تنظيم الأسرة والوقاية من سرطان عنق الرحم والرعاية في مرحلة ما بعد الولادة والرعاية النفسانية والوقاية من الإجهاد غير المأمون؛ وتحسين صحة المراهقين الإيجابية.

١١- وقد أحرز تقدم في خمسة من مجالات العمل الرئيسية:

- تعزيز قدرة النظم الصحية. وضعت استراتيجيات القصد منها التوسع في خدمات الصحة الإيجابية في الريف وفي البنى التحتية الخاصة بها من أجل توفير الرعاية التوليدية الطارئة؛ واستقطاب مقدمي خدمات الرعاية الصحية إلى المناطق التي يصعب الوصول إليها؛ وتعزيز

١ الوثيقة A/62/PV.22.

٢ انظر إطار تنفيذ الاستراتيجية: "تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي الدولية في مجال الصحة الإيجابية: إطار لتنفيذ الاستراتيجية العالمية للصحة الإيجابية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية". جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦.

خدمات الرعاية الصحية الوقائية. وعلاوة على ذلك فقد أدرجت السلع الخاصة بالصحة الإنجابية في قائمة الأدوية الأساسية.

- تحسين المعلومات من أجل تحديد الأولويات. تمت تغطية قضايا الصحة الإنجابية في الاستبيانات الخاصة بالفئات السكانية وفي تعداداتها.
- استنهاض الإرادة السياسية. تم تنظيم حلقات عملية تركز على نواب البرلمان كما تم الاضطلاع بأنشطة الدعوة حول أهمية تحسين الصحة الإنجابية في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.
- إنشاء أطر تشريعية وتنظيمية داعمة. تم تقديم الدعم للدول الأعضاء لاستعراض وتحديث التشريعات الخاصة بالترويج لخدمات الصحة الإنجابية وتقديمها للنساء والولدان.
- تعزيز الرصد والتقييم. تم إدراج مؤشرات الصحة الإنجابية ضمن آليات الرصد الوطنية كما تم الاضطلاع باستعراض معدلات وفيات الأمومة.

١٢- وقد حددت الدول الأعضاء العقبات التي تحول دون تحسين خدمات الصحة الإنجابية التي تشمل ما يلي: العوامل الاجتماعية الثقافية أو العوامل التقليدية؛ والنزاعات؛ وسوء الإبلاغ عن الحالات من قِبَل المرافق الصحية؛ وسوء قنوات الوصول إلى الفئات المستضعفة بمن فيهم المراهقون؛ ونقص المعدات والعاملين؛ وعدم استعداد مقدمي الخدمات الصحية للعمل في المناطق النائية وقلة وعي الجمهور بتنوع وسائل تنظيم الأسرة المتاحة.

١٣- وقد صدرت تقارير عن التدخلات الرئيسية التي استحدثتها منظمة الصحة العالمية للحد من وفيات الأمومة وتحسين الصحة الإنجابية. وفي ما يزيد على ٨٥٪ من البلدان التي شملتها الدراسات الاستقصائية يتم إدراج خدمات الرعاية في فترة الحمل، بشكل يتم التركيز عليه، في برامج الصحة الإنجابية، كما يتم تسجيل مادة سلفات المغنيزيوم في قائمة المواد المستخدمة في حالات مقدمات الارتعاج. ولدى أكثر من ٥٠٪ من البلدان المشمولة بالدراسات الاستقصائية برامج لتوفير وسائل منع الحمل الطارئة في إطار مجموعة من وسائل تنظيم الأسرة إلا أن التقارير تفيد بأن تنفيذ برامج تحري سرطان عنق الرحم مازال محدوداً.

١٤- وتشير البيانات المتاحة إلى أن التقدم المحرز فيما يتعلق بالحد من وفيات الأمومة لم يكن متكافئاً في جميع البلدان. ذلك أن مناطق شرق آسيا وشمال أفريقيا وجنوب شرق آسيا سجلت انخفاضاً بنسبة ٣٠٪ في معدلات وفيات الأمومة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥، في حين أبلغت منطقة جنوب آسيا عن انخفاض يزيد على ٢٠٪. أما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فإن مخاطر وفاة الأم في فترة الحمل أو عند الولادة تظل مرتفعة. وقد ارتفعت نسبة الولادات التي يشرف عليها عاملون صحيون مهرة في المناطق النامية من ٥٧٪ في منتصف تسعينات القرن الماضي إلى ٦٢٪ في عام ٢٠٠٥. غير أن عدم تلبية الاحتياجات من خدمات تنظيم الأسرة يظل متوسطاً إلى مرتفع في معظم المناطق على الرغم من الزيادة في اللجوء إلى وسائل تنظيم الأسرة. ذلك أن احتياجات رُبُع النساء في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من المتزوجات أو اللاتي يعشن في حل من الروابط الزوجية تظل غير ملباة في مجال تنظيم الأسرة.

١٥- وقد بدأت الأنظار تتجه الآن، على الصعيد العالمي، أكثر فأكثر نحو الحد من وفيات الأمومة. وقد أعربت الدول الصناعية الثماني الكبرى، في آخر مؤتمر قمة عقده (لاكويا، إيطاليا، ٨-١٠ تموز/ يوليو ٢٠٠٩) عن التزامها بتعزيز اتباع نهج أشمل وأكثر تكاملاً حيال بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات العلاقة بالصحة. وقد تعهد كل من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي، في بيان مشترك، "بالعمل مع الحكومات ومع المجتمع المدني على ... رفع مستوى جودة الخدمات الصحية لضمان استفادة الجميع من خدمات الصحة الإنجابية ... وضمان إيجاد الروابط في هذا الصدد مع الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وعلاج مرضاه".

واو: التخلص من اضطرابات عوز اليود بشكل دائم

١٦- إن اضطرابات عوز اليود من الأسباب الهامة وراء ضعف الاستعراف الذي يمكن توقيه. وقد تولت جمعية الصحة التصدي لمسألة التخلص من تلك الاضطرابات بوصفها من مشكلات الصحة العمومية، وذلك في القرار ج ص ع ٤٣-٢ الصادر عام ١٩٩٠ وأكدت على ذلك مجدداً في فترة لاحقة.^١ كما حثت جمعيات الصحة، في الأونة الأخيرة، على بذل المزيد من الجهود من أجل بلوغ الهدف المنشود.^٢ ويأتي هذا التقرير مبيئاً للتقدم المحرز منذ عام ٢٠٠٧.

١٧- وقد تم توظيف استثمارات كبرى في حصر حالة المجموعات السكانية من حيث تناولها لليود وذلك من خلال تقدير كميات اليود التي يفرزها أطفال المدارس في بولهم. وفي الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٨، قدمت ٣٧ بلداً بيانات وطنية تشمل ٣٦,٣٪ من سكان العالم الذين هم في سن الدراسة كما أبلغ ١٥ من تلك البلدان عن بيانات وطنية جديدة منذ عام ٢٠٠٧. وتشير بيانات تخص تسعة بلدان أن حالة تناول اليود كانت من الانخفاض بشكل يمكن اعتباره ذات مغزى بالنسبة إلى الصحة العمومية، وتبين أن المقادير المأخوذة من اليود في ١٧ بلداً كافية^٣ وأنها تفوق المعدلات المطلوبة في ثمانية بلدان. وقد وثقت ثلاثة بلدان زيادة مخاطر إصابة الفئات المعرضة للمخاطر باضطرابات الغدة الدرقية. وفي الفترة ما بين عامي ١٩٩٣ و ٢٠٠٧، انخفض عدد البلدان التي تثير فيها اضطرابات عوز اليود مخاوف في مجال الصحة العمومية بأكثر من النصف من ١١٠ إلى ٤٧. ولا يزال الاتجاه الهبوطي مستمراً وستنشر التفاصيل الكاملة في عام ٢٠١٠ في تقرير منظمة الصحة العالمية عن التقدم المحرز في العالم في هذا الصدد.

استراتيجية المكافحة

١٨- إن الاستراتيجية المفضلة لمكافحة اضطرابات عوز اليود تظل على ما هي عليه وتتمثل في يودنة الملح الشاملة. وقد اختير الملح كسواغ للتقوية لأن استهلاكه يظل شبه ثابت طوال العام كما أن أسلوب اليودنة هو أسلوب زهيد التكلفة وسهل التطبيق. وعلاوة على ذلك، فإن مقدار اليود في الملح يمكن تعديله بسهولة من أجل تطبيق السياسات الرامية إلى الحد من استهلاك البشر للملح لتوقّي الأمراض المزمنة^٤ والمعلوم أن يودنة الملح تكون أكثر فعالية عندما يقرها القانون.

١٩- ويوصى بالتكملة باليود وخاصة بالنسبة إلى الفئات المعرضة للإصابة مثل النساء الحوامل والأطفال الذين يعيشون ضمن المجتمعات العالية الاختطار التي يستبعد أن تحصل على الملح الميودن^٥ أو كاستراتيجية

١ القراران ج ص ع ٤٩-١٣ و ج ص ع ٥٢-٢٤.

٢ القراران ج ص ع ٥٨-٢٤ و ج ص ع ٦٠-٢١.

٣ إن وسطي تركّز اليود في البول يعد مؤشراً على مقادير اليود التي يتناولها الفرد. وتقسم البلدان إلى ثلاث مجموعات فيما يتعلق بالمأخوذ من اليود مجموعة "المأخوذ الكافي" (١٠٠ ميكروغرام/لتر > تركّز البول > ١٩٩ ميكروغرام/لتر)؛ مجموعة "أكثر من المقادير المأخوذة الموصى بها من العناصر المغذية" (٢٠٠ ميكروغرام/لتر > تركّز البول > ٢٩٩ ميكروغرام/لتر) ومجموعة "المقادير الزائدة عن الحاجة" تركّز البول < ٣٠٠ ميكروغرام/لتر أي بما يزيد على المقدار اللازم لتوقّي ومكافحة اضطرابات عوز اليود.

٤ 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.

٥ 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.

مؤقتة عندما لا تنفذ تقنية يودنة الملح بنجاح. ويبلغ عدد البلدان التي يحصل فيها ما لا يقل عن ٩٠٪ من الأسر على الملح الميودن بشكل مناسب الآن ٣٦ بلداً^١ بالمقارنة مع ٣٣ بلداً في عام ٢٠٠٦، و٢٨ بلداً في عام ٢٠٠٤. وتشير التقديرات إلى أن ٧٠٪ من الأسر، في جميع أنحاء العالم، تتوفر لها إمكانية الحصول على الملح الميودن.

٢٠- وخلصت مشاوررة الخبراء التي رتبها لها منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٧ حول الملح كسواغ للتقوية^٤ إلى أن السياسات التي تقضي بيودنة الملح والحد من استهلاك الملح بهدف توقي الأمراض القلبية الوعائية من الأمور التي لا تتعارض مع بعضها البعض. ولا بد للسلطات الوطنية من أن تعدل من المستوى الحالي الموصى به لتقوية الملح باليود (٢٠-٤٠ جزءاً بالمليون) وذلك في ضوء البيانات التي تمتلكها حول المدخول من الملح في النظام الغذائي ووسطي تركيز اليود في بول السكان.

٢١- والمعلوم أن رصد وتقييم أثر البرامج المنفذة لمكافحة اضطرابات عوز اليود من الأمور الحاسمة الأهمية لضمان فعالية ومأمونية التدخلات. وقد تم في عام ٢٠٠٧ مراجعة الدلائل الإرشادية بشأن المؤشرات الخاصة بتقييم ورصد هذه البرامج ونشرها من قبل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والمجلس الدولي لمكافحة اضطرابات عوز اليود،^٥ وأصدرت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، في عام ٢٠٠٧، بياناً مشتركاً حول بلوغ المستويات المثلى من التغذية باليود في النساء الحوامل والمرضعات وصغار الأطفال.^٦

٢٢- وتدعم الشبكة المعنية بالتخلص الدائم من عوز اليود، والمنظمة من أعضائها، الجهود الوطنية المبذولة من أجل التعجيل ببلوغ هدف التخلص من عوز اليود وذلك بتعزيز التعاون بين القطاعين العام والخاص والمنظمات العلمية والمنظمات المدنية.

زاي: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل

٢٣- أحاطت جمعية الصحة علماً في أيار/مايو ٢٠٠٩ بالتقرير المقدم إليها عن التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل المتعلقة بالتعددية اللغوية.^٧ أما التقرير الحالي فهو تحديث إضافي للمعلومات التي قدمت من قبل عن أنشطة تنفيذ تلك الخطة.

١ UNICEF. State of the World's Children. New York, 2010. http://www.childinfo.org/idd_progress.html.

٢ UNICEF. State of the World's Children. New York, 2007. http://www.childinfo.org/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2007_Executive_Summary_E.pdf.

٣ UNICEF. State of the World's Children. New York, 2004. http://www.childinfo.org/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2004.pdf.

٤ 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.

٥ World Health Organization. *Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers*. 3rd edition. Geneva, World Health Organization, 2007.

٦ http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/WHOStatement_IDD_pregnancy.pdf

٧ انظر الوثيقة ج ص ع ٦٢/٢٠٠٩/سجلات/٣، المحضر الموجز للجلسة الخامسة للجنة "ب"، الفرع ١ (النص الإنكليزي).

٢٤- وما زال العمل جارياً لنشر المنتجات الإعلامية الصادرة عن المنظمة باللغات الرسمية وغير الرسمية. وفي الأرباع الثلاثة الأولى من عام ٢٠٠٩ أنتجت المنظمة ٢٣٧ مطبوعاً متعدد اللغات. وإن كان معظم المطبوعات صادراً بالإنكليزية فإن التعاون الوثيق مع الشركاء الخارجيين بدأ يسفر عن زيادة في عدد المطبوعات الجاهزة بلغات أخرى. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠٠٩ أصدرت المنظمة ١٢٢ مطبوعاً إضافياً بـ ٢٩ لغة بفضل هذه الشراكات.

٢٥- وواصل المكتب الإقليمي لأفريقيا عمله على تسجيل المنتجات الإعلامية المتعددة اللغات الصادرة بلغاته الرسمية الثلاث وزيادة الاطلاع عليها، في حين قدم المكتب الإقليمي لأوروبا ٥٤ طلباً لتسجيل حقوق الترجمة في عام ٢٠٠٩. ومنذ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩ ترجم المكتب الإقليمي للأمرين ١٢ مطبوعاً، وأنتج المكتب الإقليمي لشرق المتوسط وشركاؤه ٢٢ مطبوعاً متعدد اللغات. أما المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ فقد أدمج في تخطيطه الإقليمي ترجمة مطبوعات إلى لغات غير اللغات الرسمية.

٢٦- واستمرت الجهود الرامية إلى دعم نشر نصوص موقع المنظمة الإلكتروني بلغات متعددة. ففي الفترة المنقضية بين كانون الثاني/يناير وأيلول/سبتمبر ٢٠٠٩ نشرت المنظمة على موقع مقرها الرئيسي عدداً ملحوظاً من الصفحات الإضافية: ٤١٨ صفحة بالعربية و ٣٤٤ صفحة بالصينية و ٥٥٢٦ صفحة بالإنكليزية و ٦٩٠ صفحة بالفرنسية و ٣٥٩ صفحة بالروسية و ٥٠٤ صفحات بالأسبانية. وما زال التقدم جارياً صوب تحديث ومراجعة عدد معين من هذه الصفحات لتحسين جودة المعلومات المتعددة اللغات.

٢٧- وأضاف المكتب الإقليمي لأوروبا إلى موقعه الإلكتروني صفحات أخرى باللغات الإنكليزية والفرنسية والألمانية والروسية، وأصبح يعتمد على نظام جديد لإدارة المحتويات يعتزم الشروع فيه في مطلع عام ٢٠١٠ من شأنه أن يجعل هذه الصفحات أوضح. وقام المكتب الإقليمي لشرق المتوسط بتحسين سبل الاطلاع على الصفحات العربية المنشورة على موقعه الإلكتروني، وقدم التدريب في المقر الرئيسي للمنظمة لاثنتين من موظفيه لكي يبدأ إصدار نشرة منظمة الصحة العالمية بالعربية من داخل المنظمة.

٢٨- وأحرز تقدم في إنشاء آلية لتحديد أولويات الترجمة التحريرية. وشرع مكتب المنظمة الإقليميين لشرق المتوسط وغرب المحيط الهادئ في التشاور مع الدول الأعضاء لوضع استراتيجية واضحة وفعالة لتحديد أولويات الترجمة التحريرية وأهم المواضيع والعناوين. وتم إصدار قائمة رئيسية بالمنتجات الإعلامية المقرر نشرها، ووضعت هذه القائمة في مسار إلكتروني اسمه "e-Pub" (المطبوعات الإلكترونية). وبوسع الدول الأعضاء أن تستعين بهذا المسار للاطلاع على هذه القائمة التي تشمل النصوص المقرر ترجمتها تحريراً، وأن تقترح أولويات ترجمة النصوص. وهذا المسار مشغل حالياً ومفتوح للمنظمة بأسرها، وتم تزويد موظفي المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية بالتدريب عليها.

٢٩- وأعد المقر الرئيسي للمنظمة أدلة أساليب تحرير المواقع الإلكترونية بجميع اللغات الرسمية، لكنه لا يزال بحاجة إلى محرر إضافي. وأنشأ المكتب الإقليمي لأفريقيا قسماً للمصطلحات ومنصباً لاختصاصي مصطلحات حتى يتسنى توحيد أسلوب التحرير. ويعكف المكتب الإقليمي لأوروبا على تعديل دليل أسلوب التحرير ليصلح للفرنسية والألمانية والروسية.

٣٠- وورد في خطة العمل اقتراح بإنشاء مستودع مؤسسي شامل تجمع فيه وتخزن المخرجات الثقافية التي أعدتها المنظمة بعد تحويلها إلى أشكال رقمية. وعقدت في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩ حلقة عملية لتقييم واختيار نظام إلكتروني لهذا المستودع كمرحلة عمل أولى لوزعه في المقر الرئيسي للمنظمة ومكاتبها الإقليمية قبل حلول شهر كانون الثاني/يناير ٢٠١٠.

٣١- وكانت جمعية الصحة قد طلبت في قرارها ج ص ٦١-١٢ أن تضمن المديرية العامة إنشاء قاعدة بيانات تحدد اللغات الرسمية التي يجيدها موظفوها من الفئة المهنية. وتلبية لذلك القرار تم إجراء استقصاء رائد في إحدى إدارات المقر الرئيسي من أجل تحديد القدرات اللغوية للموظفين. ومن المزمع إجراء استقصاءات مشابهة في إدارات أخرى، وبعد ذلك سيتسنى تقييم مدى إجادة اللغات في المنظمة بأسرها.

حاء: صحة المهاجرين

٣٢- 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 (H1N1) A 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.

٣٣- 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.

٣٤- 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.

٣٥- 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 صحتهم وتحليل محددات الصحة في حالة الهجرة.

٣٦- وقام فريق عامل يعنى بصحة المهاجرين في الإقليم الأوروبي بتحديد الأنشطة المضطرب 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 توعية العمال المهاجرين.

٣٧- 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 الوزراء الروسي والمديرة العامة للمنظمة التي دارت في حزيران/يونيو ٢٠٠٩.

٣٨- وشجعت المنظمة بالتضامن مع المنظمة الدولية للهجرة تعزيز صحة المهاجرين في عدة منابر ومنها: حوار الهجرة السادس عشر لجنوب أفريقيا، 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.

٣٩- 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.

٤٠- وشاركت المنظمة في الاجتماع الرابع والعشرين لمجلس تنسيق برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، وكان عنوانه "الأشخاص الدائمون المتنقلون - 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.

٤١- 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.

٤٢- وتنظم المنظمة بالتعاون مع المنظمة الدولية للهجرة مشاورات عالمية لأصحاب المصلحة المتعددين من أجل تحديد الإجراءات والممارسات الجيدة وتوصيات السياسة العامة السارية في جميع الأقاليم في مجال صحة المهاجرين، وتوطيد شبكة تقنية عبر القطاعات. وسترفع إلى جمعية الصحة حصائل هذه المشاورة المقرر عقدها في أوائل عام ٢٠١٠.

= = =