World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

جمعية الصحة العالمية الحادية والخمسون

البند ٢٠ من جدول الأعمال المؤقت

ج٥١/٦
٣ آذار/ مارس ١٩٩٨
A51/6

تنفيذ القرارات والمقررات الاجرائية

تقرير من المدير العام

تعرض هذه الوثيقة تقارير مرحلية عن قرارات جمعية الصحة ومقرراتها الاجرائية. وجمعية الصحة مدعوة الى أن تحيط علما بالتقارير وأن تنظر في القرارات التي أوصى بها المجلس.

المحتويات

		الصفحة
أولا:	فرقة العمل المعنية بالصحة في مجال التنمية (القرار ج ص ع٥٠-٢٣)	٢
ثانيا:	تحسين التعاون التقني بين البلدان النامية (القرار ج ص ع٤٣-٩)	٣
ثالثا:	الوقاية من العنف (القرار ج ص ع٥٠-١٩)	٥
رابعا:	تطوير النظم الصحية (القرار ج ص ع٥٠-٢٧)	١٠
خامسا:	الاستراتيجية الدوائية المنقحة (القرار ج ص ع٤٩-١٤)	١٢
سادسا:	الاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت (القرار ج ص ع٥٠-٤)	١٤
سابعا:	الآثار الأخلاقية والعلمية والاجتماعية المترتبة على التنسيل (الاستنساخ) في مجال الصحة البشرية (القرار ج ص ع٥٠-٣٧)	١٦
ثامنا:	النهوض بالصحة (القرار ج ص ع٤٢-٤٤)	١٧
تاسعا:	تغذية الرضّع وصغار الأطفال (القراران ج ص ع٣٣-٣٢ ومت٩٧ق١٣)	١٩
عاشرا:	التدرن (القرار ج ص ع٤٦-٣٦)	٢٢
حادي عشر:	التخلص من الحثر (التراخوما) المسبب للعمى على المستوى العالمي (القرار ج ص ع٤٥-١٠)	٢٥

أولا: فرقة العمل المعنية بالصحة في مجال التنمية

١- استعرضت جمعية الصحة العالمية الخمسون تقرير فرقة العمل المعنية بالصحة في مجال التنمية واعتمدت القرار ج ص ع ٥٠-٢٣ الذي يطلب الى المدير العام أن يقدم تقريرا بهذا الصدد الى دورة المجلس التنفيذي الواحدة بعد المائة والى جمعية الصحة العالمية الحادية والخمسين.

٢- وتواصلت أنشطة فرقة العمل ولاسيما فيما يتعلق بالترويج "للصحة كجسر يؤدي الى استتباب السلام" وكعنصر مركزي في عملية التنمية، ومناصرة ريادة المنظمة في المجال الصحي. ومن المزمع أن تعقد فرقة العمل اجتماعا بكامل هيئتها ويجري الآن وضع خطة عمل تستهدي بها في نشاطها في المستقبل.

٣- وعقدت، يومي ٤ و٥ كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧، مشاورة غير رسمية عن الصحة وحقوق الانسان. وسعى خبراء في مجالي الصحة العامة وحقوق الانسان من جميع الأقاليم الى اسداء المشورة للمنظمة حول: (١) مكونات برنامج فعال يرمي الى الأخذ بنهج يتناول الصحة وحقوق الانسان وما يقترن بها من التزامات في جميع أرجاء المنظمة؛ (٢) اقامة وتعزيز الشراكات مع كيانات تعنى بحقوق الانسان داخل منظومة الأمم المتحدة ومع المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية وكذلك مع المراكز الجامعية وغيرها من مراكز الخبرة المعنية بالصحة وحقوق الانسان.

٤- وقدم عدد من الاقتراحات المحددة عن كيفية تعزيز الروابط بين حقوق الانسان والأنشطة الصحية والتعجيل باقامتها وبيان الوعي بأثر التدابير المتخذة في أي ميدان أو آخر، وبذل جهود واعية من أجل تحقيق أقصى الأثر. وترد التفاصيل الأخرى للمداولات والتوصيات التي خلصت اليها المشاورة في الوثيقة WHO/HPD/98.1 وهي متاحة لدى الطلب.

٥- وأحيط المجلس التنفيذي علما بأن تقرير فرقة العمل يتضمن توصيات تمت مراعاتها عند وضع سياسة توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين (الوثيقة ج٥١/٥). وما الغرض الأساسي من السياسة العامة المتمثل في جعل الصحة في صدارة عملية التنمية على المستوى الدولي والمستويات الاقليمية والوطنية والمحلية الا نتيجة لبعض أنشطة فرقة العمل في هذا المجال، وكذلك الشأن بالنسبة للفكرة القائلة بأن تكون الصحة وحقوق الانسان احدى القيم التي توجه رؤية توفير الصحة للجميع في الألفية القادمة.

٦- وكما طلب في القرار ج ص ع ٥٠-٢٣، ستواصل فرقة العمل تقديم المساعدة الى المنظمة بوصفها الوكالة الرائدة في مجال الصحة العالمية مادامت المنظمة تواصل التكيف مع الاحتياجات الصحية المتغيرة في عالم سريع التغير وتواصل تلبية تلك الاحتياجات. وفي هذا الاطار، ستركز فرقة العمل على الدعوة الى الصحة على المستوى العالمي باستخدام التأثير الذي تمارسه عضويتها العريضة والخبرة التي تتميز بها في الحفاظ على صورة المنظمة ونشر المعلومات عن تصورات المنظمة ورسالتها والعمل كعنصر يحفز على التغيير.

٧- وسيجري، في منتصف عام ١٩٩٨، استكمال خطة عمل بشأن نشاط فرقة العمل في المستقبل، وتتضمن تلك الخطة اختصاصات مبسطة الهدف منها تحقيق أقصى الفائدة من مواردها وخبراتها. كما أن الخطة تعكس عضوية تناوبية للسماح لفرقة العمل بالتطور بالافادة من أفضل العقول وأكثر الشخصيات تأثيرا من جميع الأقاليم ومن طائفة عريضة من التخصصات، مع الحفاظ على الذاكرة المؤسسية لفرقة العمل والبناء على العمل المضطلع به فعلا.

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

٨- جمعية الصحة مدعوة الى أن تحيط علما بهذا التقرير.

ثانيا: تحسين التعاون التقني بين البلدان النامية

١- اكتسبت منظمة الصحة العالمية خبرة لا يستهان بها، خلال العقدين اللذين مرا على مؤتمر ألما آتا بشأن الرعاية الصحية الأولية، ومؤتمر بوينس آيرس المعني بالتعاون التقني بين البلدان النامية، في مجال تعزيز وتنفيذ هذا التعاون في العديد من البلدان. وقد ترك الجمع بين هدف توفير الصحة للجميع واستراتيجية الرعاية الصحية الأولية أثره العميق في هذه البلدان، وذلك من حيث العدالة والانصاف والاستدامة والاعتماد على الذات. وبالتالي فقد اعترفت المنظمة بالتعاون التقني بين البلدان النامية باعتباره الأسلوب الاستراتيجي الطبيعي نحو تحقيق هدف توفير الصحة للجميع.

٢- وقد شرعت المنظمة، على سبيل الاستعداد للقرن الحادي والعشرين، في تنفيذ عملية نشطة لتحديد سياسات واستراتيجيات توفير الصحة للجميع. أما التحديات الرئيسية التي سيتعين مواجهتها فهي جوانب عدم الانصاف الواسع النطاق فيما يتعلق بالوضع الصحي وسبل الحصول على الخدمات الصحية والفوارق الشاسعة بين الأغنياء والفقراء في العديد من البلدان بما في ذلك بعض أقل البلدان نموا وبين البلدان. وسيتطلب حل هذه المشكلات زيادة تقاسم الخبرات بين البلدان، وعليه فان التعاون التقني بين البلدان النامية سيشكل مكونا هاما من مكونات تحديث سياسة توفير الصحة للجميع.

٣- وبالنظر الى الهيكل اللامركزي للمنظمة فان هناك أساسا اقليميا متينا للتعاون التقني. فقد أسفرت، على سبيل المثال، المبادرات المتبادلة في مجال التعاون التقني هذا في أفريقيا وآسيا، والتي شاركت فيها بلدان كثيرة في مجالات مثل صحة الأم والطفل، والعقاقير الأساسية، والصحة الانجابية، عن نتائج مشجعة. وأدى التطور السريع للاتصالات السلكية واللاسلكية الى اقامة شبكات تربط بين المراكز المتعاونة مع المنظمة، والمؤسسات والجامعات الوطنية، والمنظمات غير الحكومية والاتحادات المهنية. وقد أنشئت الشبكات، التي خصص معظمها لبلدان الجنوب، في مجالات مثل اقتصاديات الصحة وتمويلها، ومكافحة البلهارسية والمعلومات الصحية (خصوصا فيما يتعلق باعتلال الصحة والفقر)، ومازالت تلك الشبكات تستخدم لتبادل المعلومات والتجارب بين البلدان والمؤسسات. وقد لعبت مشاركة بلدان الشمال دورا هاما في هذه الشبكات، بل ان اقليمين من أقاليم المنظمة (الأمريكي وغرب المحيط الهادي) ينظران رسميا الى مفهوم التعاون التقني بين البلدان بمجمله من منطلق التعاون التقني بين البلدان النامية لأن التعاون الأفقي ينبغي ألا يستبعد مشاركة أي بلد من البلدان. ويتم تقديم دعم المنظمة للتعاون التقني، بين البلدان النامية من الناحية الجغرافية عن طريق ستة مكاتب اقليمية، وتسلط الفقرات التالية الأضواء على بعض جوانب هذا الدعم.

٤- وفي الاقليم الأفريقي هناك تعاون بلداني في مجال العقاقير الأساسية. وهناك خطط لتبادل الخبرات على نحو منتظم بين البلدان في ميدان اصلاح القطاع الصحي ضمن اطار المبادرة الخاصة للأمم المتحدة من أجل أفريقيا القارية.

٥- وفي الاقليم الأمريكي يتعزز التعاون الصحي الأفقي الثنائي/ والمتعدد الأطراف من خلال التكامل الاقتصادي واعادة الهيكلة الاقتصادية في اطار الاتفاقات دون الاقليمية (اتفاقية التجارة الحرة لشمال أمريكا، والسوق المشتركة لأمريكا الجنوبية والأسواق المشتركة لبلدان أمريكا الوسطى والبلدان الأندية وبلدان منطقة البحر الكاريبي)، بالاضافة الى مبادرات الحدود الصحية. ومن الأمثلة على النجاح الذي يحققه كل ذلك التخلص من داء شاغاس في الاقليم الفرعي لبلدان المخروط الجنوبي.

٦- وتدعمت الأنشطة الجارية عبر الحدود في اقليم جنوب شرق آسيا من خلال الاجتماعات والزيارات الوزارية لتعزيز التعاون، وخصوصا من أجل مكافحة أمراض مثل شلل الأطفال، والبلهارسية، والبرداء (الملاريا) وداء كلا آزار ومن أجل تدريب العاملين الصحيين. وقد خلص استعراض اقليمي شامل لجوانب النجاح والفشل في تعزيز التعاون التقني بين البلدان النامية الى وجوب اتباع أسلوب أكثر استراتيجية، يرتبط ارتباطا وثيقا بالتخطيط القطاعي والتنمية الصحية الاجمالية. وسيحل هذا الأسلوب محل الأسلوب التدريجي السابق باتباع استراتيجية متناسقة في تخطيط التنمية واصلاح القطاع الصحي.

٧- وفي الاقليم الأوروبي يتم النهوض بمجالات استراتيجية عريضة مثل التخفيف من وطأة الفقر واصلاح القطاع الصحي وتنفيذها باتباع أسلوب التعاون التقني بين البلدان النامية.

٨- ويدعم اقليم شرق المتوسط الأنشطة الصحية "الأفقية" التي تضطلع بها المجموعات الجيو - سياسية دون الاقليمية، مثل المؤتمر الاسلامي وجامعة الدول العربية. وتسهل هذه الأنشطة التبادل بين البلدان استنادا الى أوجه التشابه الروحية والثقافية بينها.

٩- ويتعامل اقليم غرب المحيط الهادي مع التعاون التقني بين البلدان النامية باعتباره استراتيجية تعاونية تم ادراجها على نحو تام في المجالات البرنامجية، مع التأكيد على تنمية الموارد البشرية، والنهوض ببناء القدرات والاعتماد على الذات على المستوى الوطني.

١٠- وهناك مبادرة هامة جديدة بالاشتراك مع حركة عدم الانحياز تتلقى الدعم من المنظمة في مجال الاصلاحات الصحية، وتركز على الحد من أوجه عدم الانصاف في الميدان الصحي باعتباره الهدف الرئيسي لها. وفي أعقاب اجتماعين وزاريين للحركة ومشاورات تقنية بشأن الصحة، أوصت جمعية الصحة، في عام ١٩٩٧، باقامة شبكة من مؤسسات التعاون التقني بين البلدان النامية في البلدان المعنية (وذلك في القرار ج ص ع ٥٠-٢٧). ويتمثل الهدف من الشبكة في ضمان وجود آلية دائمة لهذا التعاون من أجل البحوث الميدانية وتبادل المعارف والخبرات بين بلدان حركة عدم الانحياز وغيرها من البلدان النامية. وتسلم الحركة بأن العديد من الاصلاحات استهلت من خلال المؤسسات المتعددة الأطراف والثنائية مما ركز قدرا أكبر من الاهتمام على مسألة التكيف الهيكلي الاقتصادي بدلا من تحديات الانصاف الخطيرة التي يوجهها القطاع الصحي. وهذا هو اطار انشاء هذه الشبكة بدعم من المنظمة ومن برنامج الأمم المتحدة الانمائي. وتضطلع بتنفيذها وزارة الصحة في كولومبيا، التي ترأس حركة عدم الانحياز في الوقت الحاضر.

١١- وستعقد المنظمة اجتماعا خاصا في أوائل عام ١٩٩٨ مع ممثلي حركة عدم الانحياز لتحسين الخطط المتعلقة بهذه الشبكة واعادة النظر في التعاون التقني بين البلدان النامية بصفته "الاستراتيجية الرئيسية" لصياغة سياسات توفير الصحة للجميع والتعجيل بتنفيذها من خلال تكثيف التعاون التقني بدعم من المؤسسات المتعاونة. وستكون التوصيات الصادرة عن هذا الاجتماع متاحة ابان انعقاد جمعية الصحة العالمية الحادية والخمسين في أيار/ مايو ١٩٩٨. وتتزامن هذه المبادرة مع النقاش الجاري في اطار الأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الانمائي بشأن الحاجة الى وضع أسلوب أكثر استراتيجية ازاء التعاون التقني بين البلدان النامية، يتصف بالقدرة على معالجة القضايا العريضة التي تمس عددا أكبر من البلدان.

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

١٢- جمعية الصحة مدعوة الى أن تحيط علما بالتقرير.

ثالثا: الوقاية من العنف

تنفيذ القرار ج ص ع ٥٠-١٩

١- أعلنت جمعية الصحة العالمية التاسعة والأربعون، في القرار ج ص ع٤٩-٢٥، الوقاية من العنف احدى الأولويات في مجال الصحة العامة وطلبت الى المدير العام اعداد خطة عمل تبين دور المنظمة ومساهمتها في الوقاية من العنف، كي ينظر فيها المجلس التنفيذي في دورته التاسعة والتسعين. وبعد أن نظر فيها المجلس أقرتها جمعية الصحة العالمية الخمسون بمقتضى القرار ج ص ع٥٠-١٩. وقد تم اتخاذ نوعين من الاجراءات فور انتهاء جمعية الصحة العالمية الخمسين على سبيل الاستجابة الفعالة للقرارين ج ص ع٤٩-٢٥ وج ص ع٥٠-١٩:

(١) فقد تعززت قدرة المنظمة على استهلال وتنسيق الأنشطة المتصلة بالعنف بفضل توسيع مهام وحدة تعزيز السلامة ومكافحة الاصابات والموظفين المهنيين فيها؛ وستواصل فرقة العمل المعنية بالعنف والصحة التي شكلها المدير العام في حزيران/ يونيو ١٩٩٦ تقديم المساعدة فيما يتعلق برصد وتقييم تنفيذ خطة العمل؛

(٢) تم انشاء شبكة مؤسسات لدعم تنفيذ خطة العمل، التي أرسلت الى المراكز المتعاونة مع المنظمة مشفوعة بطلب لتحليل قدرة هذه المراكز على المساهمة فيها، وستجري المصادقة على خطة تعاون نهائية ابان الاجتماع الثامن لرؤساء المراكز المتعاونة بشأن الوقاية من الاصابات ومكافحتها (جوهانسبرغ، ٢٠ و٢١ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٧).

٢- واستجابة للفقرة ٣(١) من القرار ج ص ع٥٠-١٩، تم التوصل الى اتفاقات مبدئية مع أربعة مراكز متعاونة للمساعدة على تنفيذ الخطة المتصلة "بالغاية ١: بيان المشكلة عن طريق الترصد"، و"الغاية ٣: تحديد التدخلات وتقييمها" و"الغاية ٤: تنفيذ البرامج وتعميمها". وستقدم المراكز الارشاد التقني وتساهم في حلقة عملية عن تنفيذ البرامج وبناء القدرات الوطنية. وقد وافق كل من المركز الوطني للوقاية من الاصابات ومكافحتها، ومراكز الوقاية من الأمراض ومكافحتها في الولايات المتحدة، ومعهد سلامة المستهلك في هولندا على الاضطلاع بدور رئيسي في تحقيق الغاية ١، وذلك عن طريق تدعيم القدرات في البلدان على ترصد الاصابات مع التركيز على العنف المتعمد ووضع تصنيف دولي للأسباب الخارجية كاضافة للتصنيف الدولي للأمراض، والاصابات وأسباب الوفيات. وقد بدأ بالفعل تنفيذ خطة العمل في أفريقيا (اثيوبيا، كينيا، أوغندا، زامبيا، زمبابوي)، واقليم شرق المتوسط (مصر)، وسيتم انشاء معهد وطني للوقاية من الاصابات ومكافحتها في أوغندا بدعم من المنظمة وبهدف المساهمة في تنفيذ خطة العمل هذه.

٣- وقد وافق كل من دائرة الطب الاجتماعي (معهد كارولينسكا، استكهولم)، وهو مركز متعاون مع المنظمة في مجال النهوض بالسلامة المجتمعية، ومركز الصحة العامة في كوبيك، المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تعزيز السلامة والوقاية من الاصابات، على مساعدة التدخلات القائمة على المجتمع للوقاية من العنف ووضع منهجية لتقييم البرامج فيما يتصل بالغايتين ٣ و٤ لخطة العمل. وسيستمر الاتصال الوثيق مع هذين المركزين المتعاونين من أجل تنفيذ البرامج فيما يخص الوقاية من العنف، ومع الوحدة الصحية النفسية ومركز العمل من أجل السلم، بجامعة جنوب أفريقيا، بجوهانسبرغ، ومركز تقصي أمور الصحة والعنف، بجامعة فالي، سان فرناندو، كولومبيا. وبمناسبة انعقاد المؤتمر الدولي السادس المعني بالمجتمعات الآمنة، الذي ترعاه المنظمة (جوهانسبرغ، ١٥-١٩ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٧) تم وضع خطة عمل تهدف الى تعبئة شبكة المنظمة "للمجتمعات الآمنة" لهذا الغرض.

٤- وتعكف المنظمة على اصدار وثيقة عن الوقاية من العنف في اطار "المدارس المعززة للصحة" وهذه الوثيقة تشمل ظاهرة العنف في مبادرتي "تعليم المهارات الحياتية" و"المدارس المصادقة للأطفال". وقد أدرجت مسألة العنف في عدة مشاريع تتعلق بالصحة العقلية ولاسيما فيما يخص اللاجئين وكذلك في اطار مبادرة "الأمم المتحدة للصحة العقلية".

٥- واستجابة للقرار ج ص ع٤٩-٢٥ قام المرصد القومي لحقوق الانسان في الجزائر بعقد حلقة دراسية دولية في أيلول/ سبتمبر ١٩٩٧ عن أنواع العنف المعاصرة و"ثقافة السلم"، برعاية وزارة الصحة والسكان واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية. وعلى سبيل المتابعة، اقترح انشاء مركز دولي لدراسة أشكال العنف في العالم المعاصر وقام اجتماع عقدته المنظمة مع وزارة الصحة وسائر الأطراف المهتمة (الجزائر، آذار/ مارس ١٩٩٨) بصياغة اختصاصات مثل هذا المركز.

٦- وتم، في اطار تحقيق الغاية ٤ من الخطة وتعميم المعلومات بما فيها النتائج الجديدة التي توصلت اليها البحوث كأساس للسياسات والاجراءات، اتخاذ خطوات تجريبية بايجاد "صفحة محلية" في موقع المنظمة على الشبكة العالمية النطاق (وورلد وايد ويب) لهذا الغرض.

٧- وأولت المنظمة اهتماما خاصا للانعاش الجسدي والنفسي للأطفال والنساء المتأثرين بالنزاعات المسلحة واعادة دمجهم في المجتمع، كما ساهمت في دراسة أجرتها الأمم المتحدة عن أثر النزاعات المسلحة على الأطفال. وساعدت في أعمال التنسيق المشترك بين الوكالات في موزامبيق بغية تنفيذ القرار ج/٧٧/٥١ ذي الصلة الذي اعتمدته الجمعية العامة.

٨- ويتم النظر في العنف الممارس ضد النساء في اطار العائلات والاغتصاب والاعتداءات الجنسية في المقام الأول. ويتم في رواندا وبوروندي تقييم احتياجات النساء والفتيات في غمرة النزاعات المسلحة أو أثناء المرحلة التالية للصراع وتعزيز الخدمات الصحية على تلبية تلك الاحتياجات. وفي رواندا قام هذا المشروع بتنفيذ عدة أنشطة على أساس خطة عمل مفصلة وضعت بالاشتراك مع الوزارات ذات الصلة. ونظمت عدة حلقات عملية تدريبية. كما أن هناك أنشطة تنفذ فيما يتعلق بصحة المجتمع والتعبئة الاجتماعية وتوفير العقاقير. وفي بوروندي، نفذ هذا المشروع أنشطة تتعلق بالترصد في جميع أنحاء البلد لاستكشاف أبعاد ظاهرة العنف الممارس ضد المرأة والآثار الصحية الناجمة عنها ولتحديد قدرة الخدمات على التعامل مع المشكلة تحديدا أفضل.

٩- وسيضطلع بدراسة بلدانية عن انتشار العنف والأخطار المتصلة به والعوامل التي تحمي الأسر منه في ستة الى ثمانية بلدان، في المرحلة الأولى، وذلك بغرض الحصول على تقديرات لمعدلات انتشار وحدوث ظاهرة العنف المنزلي، وبيان الآثار الصحية الناجمة عنها وتحديد ومقارنة عوامل الخطر والحماية في مختلف الظروف والاستراتيجيات التي تعمد اليها المرأة للتصدي للعنف الممارس ضدها من قبل أفراد الأسرة. وتسعى المنظمة كذلك الى تعزيز القدرات المحلية في مجال البحوث والى استنباط واختبار أدوات جديدة لقياس ظاهرة العنف وآثارها، بما في ذلك الصدمات العقلية والوجدانية، والى تشجيع البحوث الرامية الى تلبية احتياجات المرأة واشراك المنظمات النسائية في هذا الصدد.

١٠- وقد صدر ملف اعلامي عن العنف الممارس ضد النساء.[١] وهو يلخص أحدث المعلومات المتعلقة بانتشار مختلف أشكال العنف ضد المرأة، وكذلك بعض وثائق حقوق الانسان، والاجراءات التي اتخذتها مختلف الهيئات المتعاونة مع المنظمة ومكاتبها الاقليمية، وتتم حاليا ترجمة هذه الوثيقة الى الأسبانية والفرنسية.

١١- وبمناسبة انعقاد المؤتمر العالمي الخامس عشر لطب النساء والتوليد عقدت المنظمة حلقة عملية قبل المؤتمر بشأن "القضاء على العنف الممارس ضد النساء: البحث عن حلول". وقد اعتمد قرار من قبل الجمعية العامة للاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد عن هذا الموضوع. وتم استعراض التجارب والتدابير في القطاع الصحي لمواجهة العنف الممارس ضد النساء مع ايلاء اهتمام خاص لملاءمة هذه التدابير وقابليتها للاستدامة في ضوء الموارد المحدودة. وسوف تتابع المنظمة التوصيات القاضية بوضع التوجيهات لفائدة صانعي السياسات ووضع مواد تدريبية بغية استخدامها من قبل العاملين الصحيين.

١٢- ويجري الآن وضع مرجع لمنهجيات دراسة العنف الموجه ضد النساء واختباره ليوفر الارشادات الأخلاقية العملية بهذا الصدد وذلك بالتعاون مع مشروع سياسات الصحة والتنمية والشبكة الدولية للباحثين في مجال العنف الممارس ضد النساء.

١٣- وأنشئت قاعدة للبيانات لجمع المعلومات عن العنف الممارس ضد النساء داخل الأسر، والاغتصاب والاعتداءات الجنسية. وتم، حتى الآن، تجميع أكثر من ٦٠٠ بند من جميع الأقاليم وتسلم ما يزيد عن ١٠٠ طلب للحصول على المعلومات في هذا المضمار، ويتم استخدام المعلومات لدعم أنشطة الدعوة، والبحوث ووضع السياسات داخل المنظمة وخارجها. وستتيح المنظمة هذه المعلومات على نطاق واسع عن طريق التعاون مع البرنامج المناسب في ادارة الاحصاءات بالأمم المتحدة، وعن طريق شبكة الانترنت فيما بعد.

---

١ الوثيقة WHO/FRH/WHD/97.8.

١٤- وتشكل تدابير الوقاية من العنف الموجه ضد النساء والرعاية المتصلة بذلك، ووضع هذه التدابير واختبارها في القطاع الصحي موضوع الجهود المبذولة لتعبئة الأموال اللازمة للدعم حيث انه لا تتوفر أية تقارير ذات شأن عن التدابير المحدودة المتخذة في مختلف أرجاء العالم. فأكثر المجموعات قدرة على الابتكار والابداع كثيرا ما تكون أقلها قدرة من زاوية الوقت المتاح أو الأموال أو الخبرة التقنية على وضع تقارير عن أعمالها وافادة الآخرين في هذا الميدان.

التدابير المتضافرة بشأن الألغام المضادة للأفراد من منظور الصحة العامة

١٥- على الرغم من أن الألغام المضادة للأفراد التي تظل مزروعة بعد انتهاء الصراعات لاتزال تثير الرعب في الأسر والمجتمعات وتدمرها بعد مدة طويلة من زرعها، فان المعلومات الموثوقة غير متاحة بيسر عن عدد الألغام المضادة للأفراد في جميع أنحاء العالم وعدد ضحاياها. وعلاوة على ذلك، فان الأرقام التي استخدمت حتى الآن لا تذكر شيئا عن العبء النفسي الاجتماعي والاقتصادي الواقع على المجتمعات بسبب الألغام، والأثر الناجم عنها بالنسبة لشتى احتياجات المجتمع مثل يسر الحصول على الخدمات الصحية أو سلامة العاملين في مجال الرعاية الصحية وقدرة البلدان المتأثرة على تقدير أبعاد المشكلة والاحتياجات التالية ووسائل السيطرة على المشكلة وادارتها. كما أن تلك الأرقام لا تشير الى المدة التي يظل خلالها اللغم فعالا بعد أن يزرع وبالتالي لا تشير الى طول المدة التي يظل خلالها خطر الموت أو التشوه ماثلا.

١٦- ولابد من النظر الى الحاجة الماسة لجمع وتحليل البيانات عن العبء الذي تشكله الألغام المضادة للأفراد وعن آثارها على الصحة العامة بطريقة منهجية ومتساوقة وتعاونية من أجل المزاوجة بين الاحتياجات والموارد بهدف تقديم المساعدة الانسانية لضحايا الألغام، على أنها من الأولويات. وعليه فقد اعتمد المجلس التنفيذي، في دورته الواحدة بعد المائة، القرار م ت١٠١ق٢٣ الذي طلب الى المدير العام، في جملة أمور، أن يقدم الى جمعية الصحة العالمية الحادية والخمسين خطة عمل من أجل التصدي لمسألة الألغام المضادة للأفراد من منظور الصحة العامة.

١٧- وفي أعقاب اعتماد قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١٧٣/٥٢ بتاريخ ١٨ كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧ الذي يدعو الى اضطلاع الأمم المتحدة بدور تنسيقي في مجال العمل بشأن الألغام أسندت هذه المسؤولية الى دائرة عمليات حفظ السلم التي أنشأت مصلحة للأمم المتحدة للعمل على ازالة الألغام بغية وضع سياسة متضافرة تتسم بالاتساق والشفافية وخطة عمل. وتم انشاء فريقين وهما الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالأعمال المتعلقة بالألغام وهو مسؤول عن اعداد وثائق السياسة العامة وبرنامج العمل يتولى الفريق المشترك بين الوكالات المعني بالتنسيق التصديق عليهما واقرارهما. ومنظمة الصحة العالمية، بوصفها الوكالة الرائدة في مجال تنسيق العمل الدولي في ميدان الصحة العامة، هي عضو في كلا الفريقين وهي تشارك، خاصة، في اذكاء الوعي بالاصابات الناجمة عن الألغام وتقديم المساعدة للضحايا. وقد انعقد الاجتماع الأول للفريق الفرعي المعني بالتوعية بخطر الألغام وتقديم المساعدة للضحايا المنبثق عن الفريق العامل المشترك بين الوكالات في شباط/ فبراير ١٩٩٨ بمشاركة المنظمة وشرع في عمله على أساس مسودة خطة عمل من أجل "استجابة متضافرة لخطر الألغام المضادة للأفراد من منظور الصحة العامة" وضعتها المنظمة. كما ساهمت المنظمة في الفريق الفرعي المعني بادارة المعلومات وقواعد البيانات في علاقتها بالمقترح الرامي الى انشاء مركز تابع للمنظمة لتبادل المعلومات عن جوانب الصحة العامة فيما يتعلق بالألغام.

١٨- وجاءت خطة العمل المقترحة، والتي ستغطي فترة أولية تستغرق عامين، نتيجة عدة خطوات اتخذتها المنظمة من أجل تحديد دورها فيما يتعلق بالألغام المضادة للأفراد بعد أن فتح باب التوقيع على اتفاقية حظر استعمال وتخزين وانتاج ونقل الألغام المضادة للأفراد وتدميرها في أوتاوا في كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧. ويتمثل الهدف من خطة المنظمة في تعزيز قدرة الدول المتأثرة على تخطيط وتنفيذ برامج ترمي الى:

- تقييم أفضل لآثار الاصابات الناجمة عن الألغام المضادة للأفراد على الصحة وذلك عن طريق انشاء نظام للمراقبة أو تعزيزه
- تشجيع البرامج الرامية الى زيادة التوعية بخطر الألغام عن طريق التثقيف الصحي بالتعاون الوثيق مع الأطراف المهتمة

- تعزيز معالجة الاصابات الناجمة عن الألغام المضادة للأفراد في حالات الطوارئ وما بعدها في اطار تقديم الخدمات الصحية المتكاملة

- تقوية خدمات التأهيل مع ايلاء العناية الخاصة للتأهيل النفسي الاجتماعي.

١٩- وترد أدناه مفصلة الغايات الخمس من خطة عمل المنظمة والحصائل المتوقعة.

الغاية ١. الترصد والمعلومات: تقوية قدرة النظم الصحية الوطنية على الترصد بهدف تقدير جسامة المشكلة المترتبة على الاصابة الناجمة عن الألغام وذلك من خلال جمع البيانات عن الوفيات والمراضة والعجز، وتعزيز قدرة تلك النظم على الاستجابة عن طريق جمع البيانات عن مرافق الرعاية الصحية والقدرة والتنظيم والمعدات والموظفين وما الى ذلك.

الحصيلة: ستعمل المنظمة في تعاون وثيق مع مؤسسات منظومة الأمم المتحدة واللجنة الدولية للصليب الأحمر والمنظمات غير الحكومية العاملة في مجال جمع البيانات على المستوى الميداني والمراكز المتعاونة مع المنظمة، على انشاء قاعدة بيانات تضم معلومات دقيقة وموثوقة من البلدان التي تحدث فيها اصابات الألغام ومرتبطة بمركز المنظمة لتبادل المعلومات. وعلى المستوى القطري، ستعمم البيانات على مستخدميها من أجل وضع الأولويات فيما يتعلق بتخصيص الموارد الصحية وازالة الألغام وأنشطة الوقاية. أما على المستوى العالمي، فسيتم تقاسم البيانات واستخدامها من أجل الدعوة في هذا المضمار.

الغاية ٢. الوقاية والتوعية: ضمان ادراج عنصر تجنب الألغام بالنسبة للمجتمع ومكون تعزيز السلامة بالنسبة لعاملي الرعاية الصحية في برامج التوعية. وستعمل المنظمة في تعاون وثيق مع سائر هيئات منظومة الأمم المتحدة، ولاسيما اليونيسيف، على وضع المعايير والمقاييس لبرامج زيادة التوعية بخطر الاصابات الناجمة عن الألغام في اطار برامج التثقيف الصحي الوطنية وذلك بهدف الحيلولة دون حدوث اصابات الألغام والتقليل من عددها.

الحصيلة: اصدار وتوزيع ملفات اعلامية قطرية لصالح برامج زيادة التوعية بخطر الاصابات الناجمة عن الألغام.

الغاية ٣. المعالجة في حالات الطوارئ وما بعدها: التعاون مع وزارات الصحة في الدول المتأثرة والعمل مع اللجنة الدولية للصليب الأحمر على بث و/أو تحديد معايير تعزيز قدرة الخدمات الصحية الدولية في مجال ادارة الرعاية المقدمة في حالات الطوارئ وما بعدها مع ايلاء العناية الواجبة لاحتياجات خدمات المختبرات وخدمات بنوك الدم.

الحصيلة: سيتم تكييف وتوزيع ارشادات وطنية لاستخدامها من قبل العاملين في المستشفيات والعاملين شبه الطبيين. وسيجري اعداد كراريس تدريبية وتعميمها على عدد محدد من المدربين.

الغاية ٤. التأهيل: وضع معايير وبرامج شاملة وطنية ترمي الى تأهيل ضحايا الألغام المضادة للأفراد بدنيا ونفسيا واجتماعيا في اطار برامج التأهيل المجتمعية المرتكز وذلك من أجل ضمان اندماج أصحاب العاهات بصورة كاملة في المجتمع. ضمان توفير الأطراف الاصطناعية وغير ذلك من الأجهزة المساعدة بما في ذلك صيانتها واصلاحها. تشجيع اقامة خدمات تأهيل على أساس لامركزي من خلال الرعاية الصحية الأولية مدعومة بنظام احالة ملائم.

الحصيلة: ستقوم المنظمة، بالتعاون مع السلطات الصحية وسائر الشركاء، بوضع ارشادات من أجل تحقيق تكامل خدمات التأهيل المجتمعي المرتكز.

الغاية ٥. التنسيق داخل منظومة الأمم المتحدة: ضمان وضع أسلوب متسق ومتضافر ازاء مساعدة من بقي على قيد الحياة من ضحايا الألغام المضادة للأفراد وذلك من خلال الفريق العامل المشترك بين الوكالات والمعني بتنسيق الأعمال المتعلقة بالألغام برئاسة ادارة الأمم المتحدة لعمليات حفظ السلم. انشاء مركز لتبادل المعلومات عن جوانب استخدام الألغام من منظور الصحة العامة وذلك لتحسين ادارة المعلومات.

الحصيلة: ضمان تنسيق تنفيذ البرامج في البلدان واقامة مركز لتبادل المعلومات.

٢٠- وستنفذ خطة العمل بانتهاج أسلوب متكامل على الصعيد القطري يشترك في تطبيقه السلطات الصحية المحلية والشركاء المناسبون. وستركز الخطة على بذل الجهود المشتركة وتضمن التنسيق الفعال بهدف تنفيذ البرامج. ولبذل أقصى الجهود وتقديم مساعدة متضافرة ومتسقة لضحايا الألغام المضادة للأفراد ستقدم المنظمة الدعم التقني للفريق العامل المشترك بين الوكالات والمعني بتنسيق الأعمال المتعلقة بالألغام. وسيكون التعاون على الصعيدين العالمي والقطري مع الهيئات المذكورة في اطار الغاية ١ احدى الأولويات في تنفيذ المشروع.

٢١- وسيتم تقييم أثر الأنشطة المضطلع بها بموجب خطة العمل المقترحة والرامية الى دعم البلدان المتأثرة في نهاية السنتين الأوليين على أساس البيانات المجمعة والمقاييس والمعايير الموضوعة والتعاون الفعلي بين الشركاء المعنيين. وستضمن المنظمة ارساء دعائم عملية التقييم منذ البداية ولاسيما فيما يتعلق بتقديم التقارير المناسبة الى الجهات المانحة لدى الطلب.

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

٢٢- جمعية الصحة مدعوة الى أن تنظر في القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في قراره م ت١٠١ق٢٣.

رابعا: تطوير النظم الصحية

معلومات عامة

١- عين المجلس التنفيذي في دورته الثامنة والتسعين، بدافع القلق من تزايد الاهتمام بالبرامج الرأسية المعنية بالأمراض، مجموعة عمل خاصة معنية بتطوير النظم الصحية، قدمت تقريرها الى المجلس في دورته المائة.[١] واعتمد المجلس، عقب النظر في هذا التقرير، القرار م ت١٠٠ق١ الذي يطلب فيه الى المدير العام، في جملة أمور، "اطلاق مبادرة واسعة النطاق في مجال البحوث والدعوة وبناء القدرات والدعم البلداني لتطوير النظم الصحية". وكانت جمعية الصحة العالمية الخمسون اعتمدت، قبل اعتماد هذا القرار، القرار ج ص ع٥٠-٢٧ بشأن النهوض بتطوير النظم الصحية في البلدان النامية وذلك بناء على اقتراح من حركة عدم الانحياز، وطلبت الى المدير العام "تقديم تقرير الى جمعية الصحة العالمية الحادية والخمسين عن التقدم المحرز في هذا المضمار".

٢- والهدف من مبادرة تطوير النظم الصحية يتمثل في اعطاء الأولوية للصورة البيانية لمسألة تطوير النظم الصحية في البلدان والترويج لها. ويتطلب هذا الأمر المزيد من الوعي في المحافل الدولية ومجتمعات البحوث بالمساهمة الهامة التي يساهم بها تطوير النظم الصحية في مجال تحسين صحة المجموعات السكانية. ويجب توضيح أدوار ومهام الجهات والعناصر الفاعلة في النظم الصحية كما ينبغي تعزيز القدرات حيثما يحتاج الأمر الى ذلك. وتشمل الطرق الكفيلة بتحقيق هذا ما يلي:

- انشاء آليات داخل المنظمة تكفل التنسيق على صعيد المنظمة بين مختلف عناصر تطوير النظم الصحية وبين سائر البرامج التقنية
- تقديم الدعم للبلدان ولتشكيل "مجموعة من العقول المفكرة" لرصد السياسات وتقييمها
- التوكيد على أقل البلدان نموا وغيرها من البلدان التي هي أبعد ما تكون عن بلوغ أهداف توفير الصحة للجميع، وعلى الفئات المستضعفة والمهمشة داخل البلدان
- انشاء روابط مع المؤسسات الوطنية بغرض الترويج للأنشطة القطرية المشتركة وتنفيذها
- اقامة مراكز مرجعية اقليمية وعالمية لصالح البلدان المهتمة
- تعزيز الشراكات مع سائر المنظمات الثنائية والمنظمات المتعددة الأطراف على أساس سياسة راسخة ومقبولة.

مقترحات الفريق الاستشاري الخارجي

٣- اجتمع فريق استشاري خارجي، شكل نزولا على طلب تقدم به في القرار م ت١٠٠ق١، يومي ٢٦ و٢٧ تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٧؛ وعمد ذلك الفريق الى ايضاح بعض المصطلحات المستخدمة اذ شرح معنى مصطلحات نظم الرعاية الصحية والنظم الصحية وتطوير النظم الصحية. وخلص الفريق الى أن مصطلح نظم الرعاية الصحية يشير الى توفير الرعاية الصحية للأفراد والمجتمعات أما النظم الصحية فانها تتناول قضايا أعم منها التفاعل مع سائر القطاعات المؤثرة في الصحة؛ في حين يغطي مصطلح تطوير النظم الصحية الخيارات المتاحة لتعزيز النظم الصحية في البلدان مع توخي مقصد أسمى هو تحسين وضع السكان الصحي.

٤- واقترح الفريق أن تمضي المبادرة في دراسة بعض المواضيع التي تهم كل النظم بما فيها وضع السياسات، والتخطيط والمعلومات الصحية والتنظيم والتشريع، ودور القطاع الصحي والتمويل والانفاق ورصد الموارد، والتطوير التنظيمي والمؤسسي بما في ذلك الادارة و"تدبير الأمور" والأخذ باللامركزية، وتقديم الخدمات وضبط الجودة؛ والعقاقير الأساسية والتكنولوجيا الصحية؛ وتطوير القوى العاملة الصحية؛ و"الشراكات" و"التمكين" داخل القطاع

١ الوثيقة م ت١٠٠/١٩٩٧/ سجلات/١، الملحق ٢.

الصحي وسائر القطاعات. وأكد الفريق على أن هذه القائمة لا تستنفد كل المواضيع المطروحة ولا ينبغي أن تشكل، بالضرورة، الأساس الذي يقوم عليه عمل المنظمة أو تنظيم النظم الصحية على المستوى القطري.

المجالات الرئيسية

٥- لقد دأبت المنظمة على تقديم الدعم للبلدان التي تطلبه ولاسيما البلدان النامية وذلك بغرض متابعة تطوير نظمها الصحية وجهودها الرامية الى الاصلاح. ومن الأمثلة على ذلك أن المنظمة عمدت، في مجال البحوث، الى تقييم قضايا النظم الصحية وتحديد أفضل الممارسات ووضع الأطر والوسائل الكفيلة بتحليل الخيارات وصياغة طرق الرصد والتقييم داخل القطاع الصحي وخارجه ومع ما يناسب من وكالات حكومية وغير حكومية. وركزت المنظمة على الأخذ باللامركزية وعلى التغيير وعلى الأساليب الرامية الى اشراك المؤسسات المحلية والكيانات غير الحكومية وسياسات التمويل الصحي وتنمية الموارد البشرية وتنظيم وادارة البرامج المعنية بأمراض بعينها في اطار اصلاح القطاع الصحي.

٦- وقد عكفت المنظمة على تعزيز قدرتها التحليلية في هذا المجال بغرض تقييم نجاح الاصلاحات المضطلع بها في قطاع الصحة. وسيكرس التقرير الخاص بالصحة في العالم، ١٩٩٩ لموضوع تطوير النظم الصحية. وقد استخدم المكتب الاقليمي لأوروبا "نموذجا" لوضع الصور البيانية للنظم الصحية لفائدة "البلدان التي تمر بمرحلة انتقالية" ويجري الآن ادخال تعديلات على هذا "النموذج" تبعا لتصورات كل اقليم للاحتياجات التي ينفرد بها بغية اعداد مجموعة من الصور البيانية القطرية للنظم الصحية تبرز التغييرات والاصلاحات التي أدخلت في الآونة الأخيرة على النظم الصحية في ضوء التغيرات العالمية. كما أن هذا النموذج سيشكل أساس تحسين المعلومات الاقليمية والعالمية بشأن النظم الصحية القطرية وعمليات تغييرها.

الشراكات القائمة في مجال تطوير النظم الصحية

٧- لقد عملت المنظمة بهمة مع سائر الشركاء في المجالات التي تهمها. فقد وضعت اليونيسيف والمنظمة أساليب جديدة لتعزيز النظم الصحية في الدوائر. ويجري تعزيز العلاقات مع سائر المنظمات مثل برنامج الأمم المتحدة الانمائي ومنظمة العمل الدولية والبنك الدولي بهدف صياغة سياسات متكاملة ترمي الى دعم تنمية الموارد البشرية وتحديد الخيارات للشراكة العالمية من أجل تطوير النظم الصحية سواء على المستوى المحلي أو مستوى الدوائر. وتتعاون المنظمة أيضا مع بلدان حركة عدم الانحياز من أجل انشاء شبكة من المؤسسات في البلدان النامية من شأنها أن تتولى، فيما تتولاه، أمر جمع وتقييم وبث المعلومات عن الأساليب المتبعة ازاء اصلاح قطاع الصحة.[١] ويشارك برنامج الأمم المتحدة الانمائي مشاركة وثيقة في هذه الجهود. وعلاوة على ذلك فقد ساهمت المنظمة في العمل النظري الأولي بشأن الأساليب القطاعية النطاق مع سائر الوكالات الانمائية وصانعي السياسات والخبراء على الصعيد القطري كما تم، في الآونة الأخيرة، انشاء فريق عمل تقني دولي.

استنتاجات

٨- ان تطوير النظم الصحية ليس مهمة يقتصر تنفيذها على بضع برامج في المنظمة. بل هو مسألة تتخلل المنظمة برمتها اذ أن دوام العمل الصحي يتوقف، بالدرجة الأولى، على قدرة البلدان على تعزيز نظمها الصحية. وعليه لابد من بذل جهود تشمل المنظمة كلها لدعم البلدان في تطوير نظمها الصحية. زد على ذلك، أن التعاون الوثيق مع سائر الوكالات الخارجية والمنظمات غير الحكومية أمر ضروري اذا أريد تحقيق الأهداف المنشودة من وراء المبادرة. ومن الضروري عقد مؤتمرات اقليمية وعالمية كبرى للتوصل الى توافق في الآراء بشأن الدور الذي ينبغي للمنظمة أن تضطلع به.

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

٩- جمعية الصحة مدعوة الى أن تحيط علما بهذا التقرير.

---

١ انظر أيضا الفرع ثانيا.

خامسا: الاستراتيجية الدوائية المنقحة

١- أقر القرار ج ص ع٣٩-٢٧ الذي اتخذته جمعية الصحة العالمية التاسعة والثلاثون استراتيجية المنظمة الدوائية المنقحة. وقد دعت الاستراتيجية الى دعم الحكومات لتنفيذ السياسات والبرامج الدوائية الوطنية التي تعزز العدالة والانصاف فيما يتعلق بالحصول على العقاقير الأساسية والاستعمال الرشيد للعقاقير وتعزز جودة العقاقير.

٢- وأعاد القرار ج ص ع٤٩-١٤ التوكيد على مقاصد ومحتوى الاستراتيجية الدوائية المنقحة واشتمل على ١١ فقرة من الفقرات التنفيذية نالت كل منها عناية خاصة خلال فترة السنتين الحالية.

٣- لقد نفذت عناصر رئيسية من الاستراتيجية الدوائية المنقحة فيما ينوف عن ١٢٠ بلدا أو أكثر. لكن الأمر يقتضي مواصلة الجهود لبلوغ غايات هذه الاستراتيجية. وتضطلع ادارة تنظيم العقاقير وسياستها بوضع وارساء وتعزيز المعايير الدولية لمأمونية المنتجات البيولوجية والصيدلانية وجودتها ونجاعتها، وتعمم المعلومات الخاصة بتنظيم العقاقير. ويدعم برنامج العمل الخاص بالعقاقير الأساسية البلدان التي تنفذ السياسات والبرامج لبلوغ غايات الاستراتيجية الدوائية المنقحة دعما فعالا. حيث وضعت في عام ١٩٩٧ خطة تنفيذية جديدة لهيكل البرامج تركز على فعالية تطوير البرامج القطرية. وتسلط الخطة الأضواء أيضا على خمسة مجالات للسياسات والتطوير التقني: السياسات الدوائية الوطنية، واقتصاديات الصحة، وتمويل العقاقير وادارة العقاقير واستراتيجيات الامدادات والاستعمال الرشيد والقدرة على التنظيم وضمان الجودة. ويصبح التعاون مع البلدان أمرا ميسورا بفضل البرامج والخبراء الاستشاريين في مجال العقاقير الأساسية والمواد الصيدلانية وفي كل اقليم من أقاليم المنظمة الستة. كما يتم تنفيذ عناصر الاستراتيجية الدوائية المنقحة عن طريق البرامج الأخرى في المنظمة المتصلة بالنهوض بالصحة ومكافحة الأمراض.

٤- ويطبق أكثر من ٧٠ بلدا **سياسات دوائية وطنية** تستند الى مفهوم العقاقير الأساسية في اطار السياسات الصحية الوطنية. وقد أصبح من المقبول اليوم، على نطاق واسع، بأن السياسات الدوائية الوطنية تشكل رابطا أساسيا بين الاحتياجات الصحية الحقيقية وتطوير القطاع الصيدلاني. وأدى ايجاد مخازن دوائية مركزية مستقلة وغير ذلك من ترتيبات الامداد المبتكرة الى تحسين توفير العقاقير في بعض الدول الأعضاء لاسيما في أفريقيا. كما تلقت الدول الأعضاء المزيد من الدعم من أجل الاستراتيجيات المناسبة لتمويل العقاقير. وحظي الاستعمال الرشيد للعقاقير بالاهتمام من خلال مراجعة البرامج الدراسية المتبعة في التدريب الأساسي والتعليم المستمر وتنمية الموارد البشرية.

٥- وقد عملت المنظمة مع الدول الأعضاء لتحسين **تنسيق وانسجام استراتيجياتها الوطنية** في مجال الأدوية. ورعت المنظمة لهذا الغرض المؤتمر الدولي لسلطات تنظيم العقاقير عام ١٩٩٦ في المنامة، البحرين، واجتماعات اقليمية ودون اقليمية للقائمين على تنظيم العقاقير، ومديري شؤون العقاقير الأساسية، وراسمي السياسات انعقدت في كل اقليم من أقاليم المنظمة. وأعدت المنظمة، علاوة على ذلك، مواد مثل ارشادات منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بوضع وتطوير السياسات الدوائية الوطنية، ودليلا عمليا عن مؤشرات رصد مثل هذه السياسات، والدراسات المقارنة ذات الصلة بذلك، ومنشورات عن جوانب تتعلق بذلك في اصلاح القطاعات الصحية. وتم تعميم الارشادات الصادرة عن المؤتمر الدولي للتنسيق على الدول الأعضاء في المنظمة.

٦- وقد شجعت المنظمة بنشاط جهود التوعية فيما يخص **معايير المنظمة الأخلاقية في مجال ترويج العقاقير الدوائية** وتطبيقها. وتم عقد "مائدة مستديرة" للدول الأعضاء والأطراف المهتمة للمساهمة في استراتيجية المنظمة لاستعراض وتقييم فعالية المعايير الأخلاقية. وتسترعي استراتيجية المنظمة الناجمة عن ذلك الانتباه الى استمرار الترويج غير الأخلاقي للعقاقير. وتضع تفاصيل استراتيجيات ذات أثر أكبر من خلال التعاون القطاعي والدولي، والتنظيم الأشد صرامة، ومدونات التنظيم الذاتي، والتدابير الكفيلة بتمكين المستهلكين والمهنيين الصحيين من تقييم الترويج للعقاقير تقييما انتقاديا.

٧- ومازال **نظام منظمة الصحة العالمية للاشهاد على جودة المستحضرات الصيدلانية المتداولة في التجارة الدولية** الذي حظي بالمزيد من التأييد في القرار ج ص ع٥٠-٣، يروج في أوساط السلطات التنظيمية، والخدمات الرسمية لتوفير العقاقير، وتلك التابعة للمنظمات غير الحكومية وصناعة المستحضرات الصيدلانية. وقد وقعت حتى الآن قرابة ١٤٠ دولة عضوا على هذا النظام.

٨- وتم بعد اجراء مشاورات عالمية النطاق اصدار **الارشادات بشأن هبات العقاقير** في عام ١٩٩٦ باعتبارها وثيقة مشتركة بين الوكالات أقرتها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وخمس منظمات دولية أخرى. وتم توزيع هذه الارشادات على نطاق واسع باللغات الانكليزية والفرنسية والأسبانية. وتتوفر الآن ارشادات وطنية بشأن الهبات من العقاقير لدى كل من أستراليا وايطاليا والنرويج وزمبابوي وغيرها من الدول الأعضاء تستند الى الارشادات المشتركة بين الوكالات.

٩- ويتوقف الحصول على العقاقير الأساسية والمواد الخام الجيدة النوعية الى حد كبير على **الأسعار** المعقولة. وقد شرعت المنظمة، بالتشاور مع الأطراف المعنية، في اجراء دراسة حول أسعار العقاقير الأساسية ومصادر المعلومات المتصلة بالأسعار. وبدأ الاقليم الأفريقي فعلا خدمة تجريبية لتبادل الأسعار على المستوى الاقليمي. وتواصل المنظمة ضمان توفر المعلومات المتصلة بأسعار العقاقير الأساسية والمواد الخام على نحو منتظم. كما استكملت استعراضات لسياسات التسعير في الاقليمين الأمريكي والأوروبي، وتعكف حاليا على اعداد تحليل موجز عالمي لها.

١٠- ويلقى **تنظيم العقاقير وضمان الجودة** اهتماما متزايدا من خلال زيادة التشديد على التنظيم الفعال للعقاقير ومواصلة العمل على وضع المعايير الصيدلانية. وقد وفر الدعم للشبكات التنظيمية، وتبادل المعلومات، وتسجيل العقاقير بمساعدة الحاسوب، والاجتماعات المكرسة لتنسيق التدابير، وغير ذلك من المبادرات البلدانية و/أو القطرية في كل من أقاليم المنظمة الستة. وفي فترة السنتين ١٩٩٦-١٩٩٧ وحدها قدم الدعم للتنظيم وضمان الجودة في قرابة ٤٠ دولة عضوا. ومازالت مواصفات مراقبة الجودة فيما يخص المواد والمنتجات الدوائية المدرجة في قائمة المنظمة النموذجية للعقاقير الأساسية تخضع للتطوير وتنشر في "دستور الأدوية الدولي" (باللغات الانكليزية والفرنسية والأسبانية) و"الاختبارات الأساسية للمواد الصيدلانية" التي تصدر (باللغات الانكليزية والفرنسية والأسبانية والعربية والصينية). كما أضيفت الى "ارشادات منظمة الصحة العالمية بشأن الممارسات الجيدة في مجال التصنيع" التوصيات المتعلقة بتفتيش مواقع التصنيع وقنوات التوزيع والتوجيهات الخاصة بانشاء مختبرات مراقبة الجودة. ومافتئت المنظمة تعطي وتنشر قوائم بالأسماء الدولية غير المسجلة الملكية للمواد الصيدلانية المستحدثة، ولديها مشروع لمحاربة العقاقير المغشوشة، وقد وصلت الارشادات المتعلقة بمحاربة العقاقير المغشوشة مرحلتها النهائية الآن. وقد ارتفع عدد البلدان المشاركة في النظام العالمي لمراقبة مأمونية العقاقير الى ٤٧ بلدا. كما تلقت عدة بلدان نامية، وخصوصا في أمريكا اللاتينية وجنوب شرق آسيا وشرق المتوسط المساعدات لاقامة نظم لمراقبة مأمونية العقاقير.

١١- وتواصل المنظمة وضع وتعميم **المعلومات الخاصة بالمنتجات الصيدلانية**. وقد صدرت القائمة النموذجية التاسعة للعقاقير الأساسية للمنظمة في عام ١٩٩٧. وصدرت معلومات وضع الوصفات النموذجية بشأن فيروس العوز المناعي البشري والأخماج المرتبطة به فيما يتعلق بالعقاقير المستعملة للأمراض الجلدية. ويتواصل العمل على وضع كتيب الوصفات النموذجي للعقاقير الأساسية الذي ستصدره المنظمة. كما توفر "المعلومات الدوائية" للمنظمة الصادرة كل ثلاثة أشهر "والنشرة الاخبارية الصيدلانية" الشهرية المعلومات الراهنة عن استحداث العقاقير وتطويرها، وتنظيم العقاقير، والقرارات المتصلة بتنظيم العقاقير.

١٢- ويتواصل جمع المعلومات من الدول الأعضاء عن السياسات المتبعة في مجال استحداث **عقاقير للأمراض النادرة وأمراض المناطق المدارية**. ويعكف فريق عمل يتألف من جميع البرامج الرئيسية المعنية بالعقاقير الجديدة في المنظمة على تحديد الاستراتيجيات التي يمكن للمنظمة تطبيقها في تعزيز استحداث العقاقير الجديدة واتاحتها.

١٣- وبدأت المنظمة العمل على تحديد القضايا الواردة في **اتفاقات منظمة التجارة العالمية** ذات الصلة بالسياسات الدوائية وسبل الحصول على العقاقير الأساسية، وزيادة التعاون مع منظمة التجارة العالمية، ومقارنة اتفاقات هذه المنظمة مع شروط المنظمة التقنية وارشاداتها المتصلة بالمنتجات الصيدلانية والبيولوجية، وتقييم أثر "العولمة" على الغايات التي تسعى السياسات الدوائية الوطنية الى بلوغها، ولتوفير المشورة للدول الأعضاء بشأن التدابير الرامية الى حماية الصحة العامة في تنفيذ الاتفاقات التجارية الجديدة، ولتوعية البلدان بأهمية الاتفاقات التجارية الدولية بالنسبة للصحة العامة.

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

١٤- جمعية الصحة مدعوة الى النظر في القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في قراره م ت١٠١ق٢٤.

سادسا: الاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت

١- دعا المدير العام مجموعة العمل المخصصة للاجتماع في جنيف من ٣ الى ٥ أيلول/ سبتمبر ١٩٩٧، وذلك وفقا للقرار ج ص ع ٥٠-٤.

٢- واستعرضت مجموعة العمل المخصصة الآثار المترتبة على القرار ج ص ع ٥٠-٤ ووضعت التوصيات التالية:[١]

(١) ينبغي للدول الأعضاء أن تقوم بما يلي:

- استعراض التشريعات والتوجيهات الحالية لضمان ملاءمتها وانطباقها على القضايا المتصلة بالاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت؛

- وضع وتقييم وتنفيذ الاستراتيجيات لمراقبة وترصد وتنفيذ الأنشطة المتعلقة بالاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت، واتخاذ التدابير لتنفيذها، عندما يكون ذلك مناسبا، وتعميمها على نطاق واسع الا في حالات استثنائية؛

- التعاون مع الدول الأعضاء الأخرى بشأن القضايا الناشئة عن شبكة الانترنت، وتعيين ضباط اتصال مناسبين، وتعميم هذه المعلومات من خلال المنظمة أيضا على جميع الدول الأعضاء؛

- نشر المعلومات المتصلة بالمشكلات والجوانب المتعلقة بالاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت وايصال تلك المعلومات الى المنظمة والدول الأعضاء الأخرى والجمهور عموما، حيثما كان مناسبا؛

- اقامة مواقع على الشبكة العالمية النطاق (ورلد وايد ويب)، حيثما كان ذلك ممكنا، لتعميم المعلومات عن المنتجات الطبية والمعلومات التنظيمية؛

- انشاء آليات و/ أو المحافظة على الموجود منها، للرد على تساؤلات الجمهور في هذا المضمار؛

- اطلاع الجمهور على أن شبكة الانترنت تشكل وسيلة جديدة جبارة لتوفير المعلومات الصحية وتثقيف المهنيين الصحيين والمستهلكين بشأن استخدام الانترنت، على أن يتضمن هذا التثقيف القدرة على تقييم فوائد ومخاطر المنتجات، حيثما أمكن، بغية منع الحاق الضرر بالناس نتيجة المعلومات الخاطئة أو المضللة عن المنتجات الطبية؛

- وفيما يخص المعلومات عن المنتجات الطبية والترويج لها والاعلان عنها على شبكة الانترنت، ينبغي التشجيع على وضع وتنفيذ مدونة طوعية لقواعد سلوك تنطبق على كافة المنظمات التي تنشر معلومات على الانترنت، ويتضمن ذلك، على سبيل المثال، تحديد مصدر المعلومات وصفتها (مثل: اعلان، صحيفة بيانات، نشر معلومات للمرضى) والعمل في اطار نظام ذاتي التنظيم، اذا اقتضت الضرورة ذلك تدعمه التشريعات ذات الصلة، والتشجيع على التقيد بالمعايير الأخلاقية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الترويج للعقاقير الدوائية؛

- التعاون مع الدول الأعضاء الأخرى في وضع ترتيبات مناسبة لمنع الاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت الى البلدان التي تعتبر فيها غير قانونية، ووضع نظام لاصدار التراخيص لكل الكيانات العاملة في بيع المنتجات الطبية، حيثما كان ذلك ممكنا.

---

١ يمكن الحصول على تقرير مجموعة العمل المخصصة من الأمانة.

(٢) ينبغي لصناعة المستحضرات الصيدلانية والمهنيين الصحيين ومنظمات حماية المستهلكين وغيرها من الأطراف المعنية القيام بما يلي:

- تلقين أعضائها استخدام الانترنت بصورة فعالة؛

- تشجيع أعضائها، حيثما كان مناسبا، على النهوض بصياغة واستخدام المبادئ الارشادية في مجال الممارسات الاعلامية الجيدة، على أن تكون، حيثما أمكن، متسقة مع المبادئ التي تجسدها المعايير الأخلاقية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الترويج للعقاقير الدوائية؛

- ترصد المشكلات والجوانب المتعلقة بالاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت.

(٣) ينبغي للمدير العام أن:

- يشجع الأسرة الدولية على وضع مبادئ توجيهية ذاتية التنظيم للممارسات الاعلامية الجيدة، تتسق مع مبادئ المعايير الأخلاقية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الترويج للعقاقير الدوائية؛

- يضع دليلا نموذجيا للدول الأعضاء التي تستخدم شبكة الانترنت بشأن أفضل السبل للحصول على المعلومات المتعلقة بالمنتجات الطبية عن طريق الانترنت؛

- يتعاون مع المنظمات والمؤسسات الدولية الأخرى المعنية فيما يتعلق بقضايا الانترنت المتصلة بالمنتجات الطبية؛

- يحث الدول الأعضاء على النهوض بآلياتها لرصد وتقصي الاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت حيثما كان ذلك ممكنا، وأن يوفر لها المساعدة التقنية عند الاقتضاء؛

- يحث الدول الأعضاء على اتخاذ اجراءات تنظيمية، حيثما كان مناسبا، بشأن انتهاك قوانينها الوطنية المتصلة بالاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها باستخدام شبكة الانترنت؛

- يشجع الدول الأعضاء والمنظمات غير الحكومية المعنية على ابلاغ المنظمة عن المشكلات والجوانب المتعلقة بالاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت؛

- ابلاغ الدول الأعضاء، عند الاقتضاء، بالمشكلات القائمة والمشاغل في هذا الصدد.

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

٣- جمعية الصحة مدعوة الى النظر في القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في قراره م ت١٠١ق٣.

سابعا: الآثار الأخلاقية والعلمية والاجتماعية المترتبة على التنسيل (الاستنساخ) في مجال الصحة البشرية

سيقدم التقرير الخاص بتنفيذ القرار ج ص ع ٥٠-٣٧ في اضافة لهذه الوثيقة.

ثامنا: النهوض بالصحة

١- كان المؤتمر الدولي الرابع للنهوض بالصحة، جاكارتا، اندونيسيا، ٢١-٢٥ تموز/ يوليو ١٩٩٧ حول موضوع: "جهات فاعلة جديدة لعهد جديد - الدخول بالنهوض بالصحة في القرن الحادي والعشرين" أول مؤتمر يعقد في بلد نام كما جاء نصف المشاركين فيه من بلدان نامية. وقد أعقب هذا المؤتمر الدولي الأول للنهوض بالصحة المعقود في أوتاوا (١٩٨٦) والذي صدر عنه ميثاق أوتاوا بشأن النهوض بالصحة الذي يشكل مصدرا من مصادر التوجيه وطنيا ودوليا. أما المؤتمران الدوليان الثاني والثالث للنهوض بالصحة، المعقودان في أستراليا (آديليد، ١٩٨٨) والسويد (سندسفال، ١٩٩١) فقد أسفرا عن اعتماد توصيات آديليد بشأن سياسة الجماهير الموفورة الصحة وبيان سندسفال بشأن البيئات الداعمة. وانعقد المؤتمر الرابع بعد انقضاء ٢٠ عاما على التزام منظمة الصحة العالمية بسياسة توفير الصحة للجميع وبمبادئ الرعاية الصحية الأولية في ألما آتا. وساهم في متابعة القرار ج ص ع٤٢-٤٤ بشأن النهوض بالصحة والاعلام والتثقيف من أجل الصحة، الذي اعترف بأن "روح ألما آتا قد عززت في ميثاق أوتاوا للنهوض بالصحة..." وبأن "التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها" هو أول العناصر الأساسية الثمانية للرعاية الصحية الأولية.

٢- وانعقد المؤتمر في ظل تغيرات عالمية كبرى طرأت منذ انعقاد مؤتمر أوتاوا في عام ١٩٨٦. وقد توخى بلوغ ثلاث غايات هي:

- استعراض وتقييم أثر النهوض بالصحة؛
- استنباط الاستراتيجيات المبتكرة الرامية الى النهوض بالصحة؛
- تيسير تطوير "شراكات" في مجال النهوض بالصحة لمواجهة التحديات الصحية العالمية.

٣- ولم يكتف المؤتمر، باقرار ميثاق أوتاوا للنهوض بالصحة بل أكد أيضا ملاءمة مسألة النهوض بالصحة لكل من البلدان النامية والبلدان المتقدمة مما يضعها في "صميم مسيرة التنمية الصحية".

٤- ويؤكد اعلان جاكارتا بشأن "الدخول بالنهوض بالصحة في القرن الحادي والعشرين" نتائج استعراض وتقييم فعالية النهوض بالصحة. وهو يبين أن النهوض بالصحة انما هو أسلوب عملي ازاء تحقيق المزيد من العدالة والانصاف في المجال الصحي، وأن الاستراتيجيات الخمس المذكورة في ميثاق أوتاوا أمر أساسي كي يتحقق النجاح، وهناك الآن قرائن واضحة على أن الأساليب الشاملة ازاء التنمية الصحية هي أكثر الأساليب فعالية وأن من شأن اقامة بيئات تساعد على التنعم بالصحة مثل "المدن الصحية" و"الجزر الصحية" والمدارس وأماكن العمل والمجتمعات المعززة للصحة أن تتيح فرصا عملية لوضع تعزيز الصحة موضع التنفيذ.

٥- ويعكس الاعلان التزام المشاركين في المؤتمر الراسخ ببناء الشراكات، ويبين الموارد الكبيرة اللازمة للتصدي للمشكلات الصحية العالمية في القرن الحادي والعشرين. ويشدد الاعلان على ضرورة قيام المزيد من الشراكات مع الجامعات والقطاع الخاص وصناعات الترفيه من أجل مضاعفة جهود النهوض بالصحة، وهو يدعو الى زيادة حجم الاستثمارات في مجال الصحة وتمكين الأفراد والجمهور من "إعمال حقوقهم"، وزيادة المسؤولية الاجتماعية عن الصحة وتعزيز البنى الأساسية الخاصة بالنهوض بالصحة.

٦- وبالاضافة الى اعلان جاكارتا، أصدرت الندوات، التي عقدت أثناء المؤتمر بشأن الشراكات في مجال العمل، بيانات عن الصحة المدرسية والشيخوخة والصحة و"المدن الصحية" و"أماكن العمل الصحية". كما تلي بيان في الجلسة العامة الختامية نيابة عن المشاركين من شركات ومجموعات القطاع الخاص يؤكد التزامهم بالعمل مع المنظمة.

٧- ومنذ صدور اعلان جاكارتا بذلت جهود حثيثة على سبيل المتابعة، وتمت مراجعة خطة عمل المنظمة الخمسية بشأن النهوض بالصحة والتثقيف الصحي. والاعلان الذي ترجم الى ما يزيد عن عشر لغات يستخدم على نطاق واسع بل أنه كان بالفعل موضوع نقاش في دورات لجنتين اقليميتين على الأقل ومن بين النتائج التي تمخض عنها المؤتمر اقامة شبكة لأكثر البلدان ازدحاما بالسكان يطلق عليها اسم "مبادرة البلدان العملاقة" (تضم ١٠ بلدان تمثل حوالى ٦٠٪ من سكان العالم)؛ واصدار منشورات منها مسرد مصطلحات النهوض بالصحة؛ واعداد دليل دولي عن النهوض بالصحة؛

واصدار سلسلة اعلامية للمنظمة عن الصحة المدرسية واقامة موقع للنهوض بالصحة على شبكة الويب. ومن الجوانب الأخرى التي تبرهن على الطابع "الأفقي" للنهوض بالصحة التشيخ الصحي ومبادرة "العيش النشط" واقامة الشراكات مع الجمعيات الرياضية وجمعيات السياح. وبالاضافة الى ذلك، يجري استكشاف اقامة شبكة من المنظمات غير الحكومية التي تنتمي الى القطاع الخاص والملتزمة بمسألة النهوض بالصحة.

٨- وأثنى المجلس التنفيذي في دورته الواحدة بعد المائة على المؤتمر الدولي الرابع المعني بالنهوض بالصحة وعلى اعلان جاكارتا كخطوة هامة على طريق زيادة تطوير النهوض بالصحة.

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

٩- جمعية الصحة مدعوة الى النظر في القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في قراره م ت١٠١ق٨.

تاسعا: تغذية الرضّع وصغار الأطفال[١]

١- يقدم هذا التقرير عملا بأحكام القرار ج ص ع٣٣-٣٢ والفقرة ٧ من المادة ١١ من المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم، والقرار م ت٩٧ق١٣ والقرار ج ص ع٤٩-١٥ المتعلقة بتقديم التقارير عن تغذية الرضّع وصغار الأطفال، وممارسات الارضاع الصحيحة والقضايا ذات الصلة بهذا الموضوع.

سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة

٢- على الرغم من الهدف المنشود لنهاية العقد والمتمثل في تقليص سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة في أوساط الأطفال دون الخامسة بنسبة نصف ما كانت عليه مستويات عام ١٩٩٠، فان انتشار هذا النوع من سوء التغذية على النطاق العالمي لم ينخفض الا من نسبة ٢٨,٥٪ (١٧٧,٦ مليون) في عام ١٩٩٠ الى ٢٧,٤٪ (١٦٧,٩ مليون) في عام ١٩٩٥، في حين ارتفع هذا المستوى في الواقع في بعض البلدان الأفريقية. ومازال سوء التغذية لدى الأمهات يشكل عاملا رئيسيا بالنسبة لما يقدر بـ ٣٠ مليون (٢٣,٨٪) طفل يولدون كل سنة وهم يعانون من سوء التغذية الذي يتسبب في تأخير نموهم داخل الرحم.[٢] وتعتبر العوامل المتصلة بالفقر أهم أسباب سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة على الاطلاق، مثل قلة الموارد الغذائية أو عدم انتظامها، والعدوى ووجود طفيليات في الجسم، ونقص الرعاية الصحية، وممارسات الرضاعة والرعاية غير الملائمة، والأمية، والطوارئ التغذوية.

٣- ويشكل الدعم التقني والمالي المكثف للدول الأعضاء، وخصوصا تلك التي ترتفع فيها معدلات سوء التغذية، اضافة الى وضع المبادئ الارشادية والقواعد والمعايير والمنهجيات السليمة علميا فيما يخص التغذية، الأسلوبين الرئيسيين لمنظمة الصحة العالمية في هذا المضمار. وقد تمكنت ١٣٢ (٦٩٪) دولة عضوا حتى الآن من تدعيم خططها وبرامجها الوطنية في مجال التغذية على سبيل الاستجابة المباشرة لأهداف العقد والاستراتيجيات الارشادية، وأعادت تأكيد التزامها بالاعلان العالمي وخطة العمل المرتبطة به.[٣]

٤- وبالنظر الى أهمية رصد نمو الرضّع وصغار الأطفال، وتقييم سوء التغذية على المستويين المجتمعي والوطني، تجري المنظمة أيضا دراسة مرجعية للنمو مدتها أربع سنوات تشارك فيها عدة مراكز وذلك لوضع منحنيات نمو مرجعية جديدة ونموذجية على المستوى الدولي ترتكز على الأصحاء من الرضّع وصغار الأطفال الذين يرضعون أمهاتهم. اذ أن منحنيات النمو المشتركة بين المركز القومي للاحصاءات الصحية بالولايات المتحدة ومنظمة الصحة العالمية المستخدمة حاليا تمثل بصورة رئيسية الرضّع من الطبقة المتوسطة من أصل قوقازي الذين كانوا يرضعون رضاعة اصطناعية في الستينات، وبالتالي فهي خاطئة الى حد يدعو الى الاستعاضة عنها بمنحنيات أخرى على وجه السرعة. ويسعى الكثير من البلدان الى المشاركة في هذه الدراسة، ويؤمل الحصول على الأموال اللازمة لمشاركة البلدان النامية فيها. وقد بدأ جمع البيانات بشأنها فعلا في البرازيل.

السمنة في مرحلة الطفولة

٥- في الوقت الذي يعاني فيه الملايين من نقص التغذية، فان هناك وباء سمنة متزايدة الانتشار في أوساط الأطفال والبالغين، لاسيما في البلدان الصناعية، لكنه ينتشر في البلدان النامية التي تنمو اقتصاداتها بسرعة أيضا. وهناك ما يقدر بـ٢٢ مليون طفل دون الخامسة يعانون من زيادة كبيرة في الوزن (> ٢ انحراف قياسي فوق المتوسط المرجعي للوزن بالمقارنة مع الطول). وتعتبر السمنة لدى الأطفال من عوامل الخطر الهامة في حدوث السمنة لدى البالغين، مما يؤثر بدوره على ما يقدر بـ ٢٨٦ مليون نسمة. وتعد السمنة أحد عوامل الخطر البالغة التي تدخل في نطاق عبء المراضة والوفاة الهائل بسبب الأمراض القلبية الوعائية، وفرط ضغط الدم، والسكتة، والداء السكري (النوع ٢)، وبعض أنواع

---

[١] انظر أيضا الوثيقة ج٥١/وثيقة معلومات/٣ التي تورد معلومات مكملة لهذا الفرع، اذ أنها تعطي تقييما أشمل لأخطر أشكال سوء تغذية الطفل والتقدم المحرز صوب الاقلال منها والتدابير المتخذة من قبل الدول الأعضاء والمنظمة.

[٢] de Onis M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, November 1997. يعرف تأخر النمو داخل الرحم، في هذا السياق، على أنه أدنى من النقطة المئوية العاشرة في المنحنى المرجعي لوزن الولادة بالمقارنة مع عمر الحمل.

[٣] *See Joint FAO/WHO Progress Report on the Implementation of the ICN World Declaration and Plan of Action for Nutrition*. Food and Agriculture Organization, Rome, World Health Organization, Geneva, 1996.

السرطان، ومرض الكبد، ومرض المرارة، والحوادث. وقد أجرت المنظمة مشاورات واسعة النطاق بشأن السمنة،[١] وبالنظر الى أبعاد هذه المشكلة فان هناك ضرورة ملحة لوضع تقارير عالمية دورية واستراتيجيات وطنية فعالة للتغذية في مجال الصحة العامة على حد سواء.

سوء التغذية بالعناصر المغذية الدقيقة

٦- أحرزت بلدان كثيرة تقدما لا يستهان به في وضع برامج ليودنة الملح وفي الحد من **اضطرابات نقص اليود**، رغم أن نقص اليود مازال يشكل أهم سبب عالمي وحيد من أسباب تلف الدماغ الممكن تفاديه في الأجنة والرضّع وصغار الأطفال. ومازالت التقديرات تشير الى أن ما يزيد عن ٩١١ مليون نسمة (من كل الفئات العمرية) يعانون من الدراق. ومع ذلك، فان ٨٣ بلدا من أصل الـ ١١٨ بلدا التي كانت تعاني من اضطرابات نقص اليود كمشكلة من مشكلات الصحة العامة في عام ١٩٩٠، قطعت شوطا كبيرا في تطبيق برامج يودنة الملح حتى الآن. وسيقدم تقرير مرحلي شامل عن هذا الموضوع الى جمعية الصحة في عام ١٩٩٩.

٧- ورغم انحسار الاصابات **بنقص فيتامين "أ"** فانه مازال يؤثر على قرابة ٢٦٥ مليون طفل، حيث يظهر تلف العيون اجفاف الملتحمة لدى ٢,٨ مليون منهم، في حين يتعرض الباقون الى تزايد خطر العدوى والوفاة بسببه. كما يؤثر **نقص الحديد وفقر الدم** على زهاء ٣٤٠ مليون طفل، حيث تعاني ما يقدر بنسبة ٥٨٪ من الحوامل و٣١٪ من الأطفال دون الخامسة في البلدان النامية من فقر الدم. وتقدم المنظمة واليونيسيف ومنظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الايدز والوكالة الكندية للتنمية الدولية وغيرها من الوكالات الانمائية الثنائية والدولية الدعم للأنشطة المتصلة بالعناصر المغذية الدقيقة في العديد من البلدان البالغ مجموعها ٧٦ بلدا التي مازال نقص فيتامين "أ" يعد فيها مشكلة من مشكلات الصحة العامة. وتنصب معظم الجهود على استحداث برامج وطنية ومجتمعية فعالة ترتكز على تعزيز الرضاعة الطبيعية، ومكافحة العدوى، وتنويع القوت وتقوية الأغذية وتكميلها.[٢]

تعزيز الرضاعة الطبيعية

٨- يتضافر التجاهل الطويل العهد في بعض البيئات للحق في الرضاعة الطبيعية مع المصالح التجارية، سواء كان ذلك في الأسواق أو في النظم الصحية وفي صفوف المهنيين الصحيين، لثني الأمهات عن ممارسة الرضاعة الطبيعية. ولا يتلقى سوى ٣٥٪ من الرضّع في العالم لبن الأم دون سواه في وقت ما بين الولادة وحتى بلوغهم أربعة أشهر من العمر، كما يتبين من مصرف البيانات العالمي بشأن الرضاعة الطبيعية التابع للمنظمة، والذي يغطي ٩٤ بلدا و٦٥٪ من الرضّع في العالم.[٣] وعلى الرغم من اتساع نطاق الرضاعة الطبيعية في بضعة بلدان، فان ممارسات الرضاعة الخاطئة مازالت واسعة الانتشار في بلدان أخرى، حيث تتراجع الرضاعة الطبيعية، وغالبا ما يبدأ اعطاء الأغذية التكميلية في وقت أبكر مما ينبغي (في البلدان المتقدمة والبلدان النامية) أو في وقت متأخر أكثر مما ينبغي (في البلدان النامية). ويؤدي ذلك الى ارتفاع معدلات سوء التغذية والمراضة والوفيات.

٩- ويبين رصد التقدم المحرز في اتجاه تحقيق الأهداف التنفيذية الأربعة لاعلان انوتشنتي[٤] أن ١٢٢ دولة عضوا أنشأت حتى الآن لجانا معنية بالرضاعة الطبيعية (مع أنها لا تعتبر كلها ذات سلطة أو متعددة القطاعات)، ويعطي ١١٨ دولة عضوا اجازة أمومة لفترة لا تقل عن ١٢ أسبوعا لبعض الأمهات على الأقل، ويتم تطبيق مبادرة المستشفيات الرؤوفة بالرضّع، التي أطلقت عام ١٩٩٢، في ١٧١ بلدا الآن، حيث ارتفع عدد المستشفيات التي تعتبر "رؤوفة بالرضّع" وفق

---

١ Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997 (الوثيقة WHO/NUT/NCD/98.1، غير منشورة).

٢ See in this connection *Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia*. Second edition. Geneva, World Health Organization, 1997; Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation. Unpublished document WHO/NUT/98.4; and *Iron deficiency: indicators for assessment and strategies for prevention* (قيد الطبع).

٣ WHO global data bank on breast-feeding. Unpublished document WHO/NUT/96.1 (English only).

٤ يسعى اعلان انوتشنتي لحماية الرضاعة الطبيعية والنهوض بها ودعمها (١٩٩٠) الى بلوغ أربعة أهداف تنفيذية في جميع البلدان: وجود منسق وطني ولجنة متعددة القطاعات مفوضين للرضاعة الطبيعية؛ جعل جميع مرافق الأمومة "رؤوفة بالرضّع"؛ اتخاذ الاجراءات لتنفيذ مبادئ وهدف المدونة الدولية؛ وسن التشريعات لحماية حقوق النساء العاملات في ممارسة الرضاعة الطبيعية. انظر The Innocenti Declaration: progress and achievements (Part I). *Weekly Epidemiological Record*, 73(5): 25-30 (1998).

معايير المنظمة واليونيسيف من حوالي ٤٣٠٠ في عام ١٩٩٥، الى ٨٠٠٠ مستشفى في عام ١٩٩٦ وما يزيد على ١١ ٠٠٠ مستشفى بحلول نهاية عام ١٩٩٧.

التقدم المحرز في تنفيذ المدونة الدولية

١٠- منذ اعتماد المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم (١٩٨١)، أبلغت ١٥٨ دولة عضوا (أي ٨٣٪) المنظمة عن اتخاذ خطوات لوضع المدونة موضع التنفيذ. وتلقت المنظمة، منذ آخر تقرير قدمه المدير العام بهذا الصدد (١٩٩٦)، معلومات جديدة من ٣٠ دولة عضوا عن اتخاذ خطوات تشريعية في غالبها لتنفيذ المدونة كلها أو جزء منها وترسل من أصل هذه الأخيرة سبع دول (وردت أسماؤها بأحرف مائلة) تقارير لأول مرة عن هذا الموضوع: **أفريقيا:** بوتسوانا، مدغشقر، موريتانيا، موزامبيق، ناميبيا، سيشيل، توغو، زمبابوي، **الاقليم الأمريكي:** بليز، هندوراس، نيكاراغوا، ترينيداد وتوباغو، **اقليم جنوب شرق آسيا:** بنغلايش والهند، **الاقليم الأوروبي:** النمسا، بولندا، السويد، **اقليم شرق المتوسط:** قبرص، جيبوتي، جمهورية ايران الاسلامية، المملكة العربية السعودية، **أقليم غرب المحيط الهادي:** أستراليا، كمبوديا، الصين، جزر مارشال، نيوزيلندا، نيووي، بالاو، سنغافورة، تونغا.

١١- وأخذت الهيئات الحكومية تلعب دورا أنشط في تنفيذ ومراقبة الاجراءات الوطنية لوضع المدونة موضع التنفيذ. وعلاوة على ذلك، فانها تتقصى الادعاءات التي تشير الى عدم امتثال صانعي المنتجات وموزعيها لهذه الاجراءات كما نصت على ذلك المدونة والتي استرعت اليها الانتباه المنظمات غير الحكومية وغيرها من المنظمات وفقا للمادتين ١١-٢ و١١-٤ من المدونة. ووضعت المنظمة اطارا[١] الغرض منه تيسير قيام الدول الأعضاء باستعراض وتقييم الاجراءات التي تتخذها لوضع المدونة الدولية موضع التنفيذ.

التغذية في حالات الطوارئ

١٢- لقد تعرض، في كل سنة من سنوات ربع القرن الماضي، ما لا يقل عن ١٥٠ مليون نسمة لنوع ما من أنواع الطوارئ، ويشمل هذا الرقم الآن ما يقدر بـ ٢٦ مليون لاجئ ومشرد. وتظهر في صفوف هؤلاء معدلات مرتفعة من سوء التغذية، مثل سوء التغذية الناجم عن نقص البروتين والطاقة ونقص فيتامين "أ" والحديد، وأحيانا البري بري، والبثع (الاسقربوط) والبلغرة، مما يساهم في ارتفاع معدلات الوفيات والعجز لديهم. وقد واصلت المنظمة تعاونها التقني النشط مع مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وبرنامج الأغذية العالمي لتقييم سوء التغذية والتخفيف منه والوقاية منها. وقد استكمل وضع نسخة منقحة من مبادئ ارشادية[٢] لضمان التغذية المثلى للرضّع وصغار الأطفال في حالات الطوارئ، وكتيبات عن ادارة التغذية في حالات الطوارئ الهامة[٣] ومعالجة وادارة سوء التغذية الحاد.[٤] ويتم اعداد استعراضات لمعالجة البثع والبري بري والبلغرة حاليا. وهناك خطة لعقد مشاورات مشتركة بين المنظمة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بشأن رعاية المتعرضين للتأثر تغذويا في حالات الطوارئ (روما، كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧) وذلك عقب انعقاد حلقة عملية بلدانية بشأن ادارة التغذية في حالات الطوارئ، (اريتريا، ١٩٩٦).

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

١٣- جمعية الصحة مدعوة الى أن تحيط علما بتقرير المدير العام.

---

١ "المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم": "استعراض عام واطار تقييمي". وثيقة مسعّرة WHO/NUT/96.2، متوفرة باللغات الانكليزية والعربية والفرنسية. (قيد الاعداد باللغة الروسية). جنيف، منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٧.

٢ Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Review version. Unpublished document NUT/97.3.

٣ *Management of Nutrition in major emergencies*. Geneva, World Health Organization (قيد الطبع).

٤ *Treatment and management of severe malnutrition*. Geneva, World Health Organization (قيد الطبع).

عاشرا: التدرن

١- في عام ١٩٩٥، تجاوز عدد البالغين الذين أودى بهم التدرن عدد الضحايا الذين سقطوا من جراء أي مرض معد آخر. ويؤدي العلاج غير الفعال الى استشراء الوباء على الصعيد العالمي بظهور تدرن مقاوم للعلاج بالعقاقير المتعددة. وفي بعض البلدان، يزداد عدد حالات الاصابة بهذا المرض بسرعة، نتيجة لاستفحال العدوى بفيروس العوز المناعي البشري. غير أن هناك الآن استراتيجية ذات مردودية للرعاية الصحية الأولية لمكافحة التدرن وتتمثل في المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة. وتعتبر المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة احدى استراتيجيات معالجة حالات التدرن وتوثيق كيفية البرء منه وبالتالي وقف انتقال العدوى والحيلولة دون ظهور سلالات للمرض مقاومة للعلاج بالعقاقير المتعددة. وتمثل المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة، في الواقع، احدى أهم الفتوحات في مجال الصحة خلال التسعينات، وذلك من حيث عدد الأرواح البشرية التي تم انقاذها ومن حيث الامكانات القائمة لانقاذ المزيد. وتشجع منظمة الصحة العالمية، بشكل نشيط، على ترويج استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة وذلك لتحقيق مرامي مكافحة التدرن على الصعيد العالمي التي ينص عليها القراران ج ص ع٤٤-٨ وج ص ع٤٦-٣٦ (نجحت الاستراتيجية في معالجة ٨٥٪ من حالات ايجابية القشع الجديدة وفي رصد ٧٠٪ منها بحلول عام ٢٠٠٠).

التقدم المحرز

٢- في عام ١٩٩٠، لم تكن استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة مطبقة الا من قبل ١٠ بلدان بلغت نسبة حالات التدرن فيها أقل من ١٪ من الحالات التي تم تقديرها على المستوى العالمي، وبحلول عام ١٩٩٧، قبلت حوالي ١٠٠ بلد استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة وطبق حوالي ٦٠ بلدا تلك الاستراتيجية على نطاق واسع. وحيثما استخدمت المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة، فاقت نسب نجاح العلاج بكثير (٧٧٪) تلك النسب في الأماكن التي لا تستخدم فيها (٤٥٪). والجدير بالذكر أن أكثر من ١٥٪ من جميع حالات التدرن المعدية تعالج اليوم بتطبيق هذه الاستراتيجية.

٣- وبلغت نسب نجاح العلاج حاليا ٩٦٪، في بعض أجزاء من الصين تستخدم فيها المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة. أما في بيرو، فان نسبة نجاح العلاج بلغت ٩١٪ كما أن العدد الاجمالي لحالات الاصابة الجديدة بدأ ينحسر.

٤- وقد ارتفعت المساعدة الخارجية المقدمة لمكافحة التدرن من ١٦ مليون دولار أمريكي (تعهدات عام ١٩٩٠) الى ٦٠ مليون دولار أمريكي (عام ١٩٩٥). وارتفعت بعض الميزانيات الوطنية المخصصة لمكافحة التدرن. كما أن البلدان التي تطبق المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة أخذت تتصرف في ميزانيتها بمزيد من الكفاءة. وانخفضت، في المقابل، تكلفة عقاقير علاج التدرن من ما بين ٤٠ و٥٠ دولارا أمريكيا (لمقرر دوائي مدته ستة أشهر) عام ١٩٩٠ الى ما بين ١٥ و٢٥ دولارا أمريكيا عام ١٩٩٦.

٥- وعلى الرغم من ذلك، فان نسبة نجاح العلاج في العالم بلغت كحد أقصى ٥٨٪، أما نسبة اكتشاف الحالات على الصعيد العالمي، فقد تبلغ ٣٨٪ وهي نسبة منخفضة.

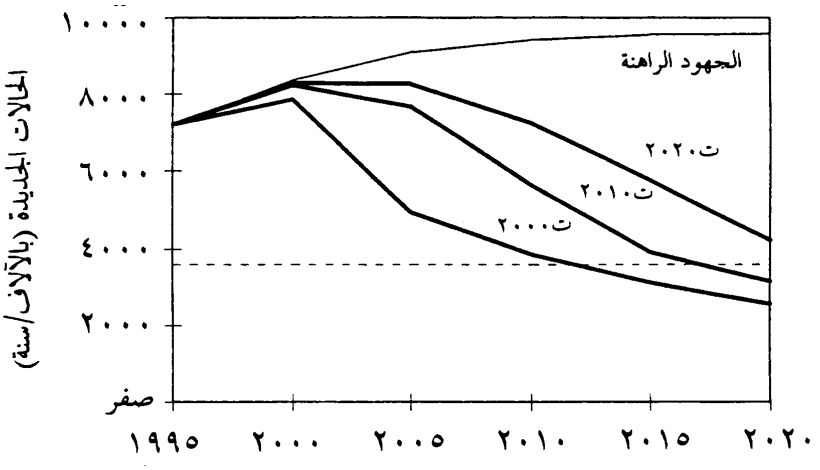
٦- وان الأهداف التي تطمح المنظمة الى تحقيقها على الصعيد العالمي لن تتحقق بحلول عام ٢٠٠٠. اذ لابد من مضاعفة الجهود المبذولة في هذا الصدد والتعجيل بها. وتعتمد سرعة التوسع في استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة على الالتزام السياسي أكثر منها على المحتوى التقني لمجمل تدابير المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة وهي تدابير من الواضح أنها ذات جدوى. وانعدام الالتزام السياسي، في بعض البلدان، يعرقل التوسع في التغطية بالمعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة. ومازالت فائدة المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة موضع خلاف في بعض البلدان.

احتمالات المستقبل

٧- ان تحقيق أهداف المنظمة من شأنه أن يخفض في آن واحد من معدل حدوث التدرن وكذلك من نسبة الوفيات الناجمة عن هذا المرض، بحوالي ٥٪ سنويا، وربما مكن ذلك، في نهاية المطاف، من السيطرة على الوباء. وتقدر

المنظمة حاليا، أنه في حال بقاء الجهود الحالية لمكافحة المرض على الوتيرة التي هي عليها الآن، فان عبء التدرن في العالم سيكون، بحلول عام ٢٠٢٠، أثقل مما هو عليه الآن. ومن شأن اتخاذ، تدابير مكثفة في الوقت الحاضر، أن ينقذ المزيد من الأرواح وأن يؤدي الى ظهور حالات مرضية أقل. ويبقى مدى استعداد بلدان العالم على اتخاذ ما يلزم من اجراءات أمرا يكتنفه الشك.

معدل حدوث التدرن المتوقع على الصعيد العالمي



المنحنيات تشير من الأعلى الى الأسفل الى: الوضع بدون أي تغيير فيما يتعلق بالجهود المبذولة في مجال المكافحة والأوضاع السائدة اذا أمكن بلوغ الأهداف التي وضعتها المنظمة (٧٠٪ من اكتشاف الحالات، ٨٥٪ من النجاح في العلاج) بحلول الأعوام ٢٠٢٠ و٢٠١٠ و٢٠٠٠.

٨- واستنادا الى التقديرات المتعلقة بالتقدم الذي يمكن احرازه والخاصة بكل بلد على حدة، فانه في حالة طروء تحسن على مدى اعتماد المعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة ودوام تطبيقها، فان بامكان زهاء ١٣٠ بلدا بلوغ الأهداف التي رسمتها لنفسها بحلول عام ٢٠٠٠.

٩- ومن بين ٢٢ بلدا تستأثر حاليا بأكثر من ٨٠٪ من عبء المرض على المستوى العالمي، هناك حوالي ١٧ بلدا[١] قد لا تكون قادرة على تحقيق الأهداف المرسومة لعام ٢٠٠٠، حتى ولو بذلت قصارى جهدها في ذلك. ويتعين تشجيع البلدان المائة والثلاثين القادرة على تحقيق أهداف المنظمة ببذل جهد اضافي على مواصلة جهودها فيما بعد، بغية الشروع في التخفيض من معدلات حدوث المرض، وهي جهود ستفضي الى التخلص من التدرن في نهاية المطاف. ويتعين تشجيع البلدان غير القادرة على تحقيق الأهداف المرسومة لعام ٢٠٠٠ على تنفيذ برامجها الخاصة بالمعالجة القصيرة الأمد تحت الملاحظة المباشرة أو التوسع فيها أو كليهما، حتى تحقق هذه الأهداف في أقرب وقت ممكن خلال فترة لاحقة.

١٠- ومن شأن الابقاء على الأهداف العالمية الحالية بعد عام ٢٠٠٠، من دون وضع برنامج عمل جديد، أن يضعف من مصداقية المنظمة. وعلى العكس من ذلك، فان التأخر في بلوغ هذه الأهداف قد يحد من قوة الدفع الراهنة وقد يمثل عائقا يثبط من عزائم البلدان التي قد تتوصل، بغير ذلك، الى تحقيق هذه الأهداف. ويجب على المنظمة أن تقرر اتخاذ طريقة عمل مناسبة وأن تسعى الى ضمان تأييدها وأن تواصل السير على نهجها. ويبرز عمل المنظمة الآن أن مكافحة التدرن يتمحور اليوم بالأساس حول الالتزام السياسي وحول عملية صنع القرار، أكثر مما يتمحور حول قضايا تقنية أو قضايا التدخل الصحي. لذا فان التحدي الذي تواجهه الدول الأعضاء والمنظمة وسائر الشركاء الدوليين، يتمثل في ايجاد وسيلة لايلاء مكافحة التدرن أولوية قصوى ولتخصيص الموارد وفقا لذلك الاستمرار في هذا النهج.

١ أفغانستان، بنغلاديش، البرازيل، الصين، جمهورية الكونغو الديمقراطية، اثيوبيا، الهند، اندونيسيا، المكسيك، ميانمار، نيجيريا، باكستان، الفلبين، روسيا، جنوب أفريقيا، تايلند، أوغندا.

١١- وفي كانون الثاني/ يناير ١٩٩٨، أحيط المجلس التنفيذي علما بالتوصيات الرئيسية الأربع التي قدمها الى المدير العام القائمون على ادارة البرنامج العالمي للتدرن وهيئته الاستشارية في أعقاب الاجتماع الذي عقدته في تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٧.[١]

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

١٢- جمعية الصحة مدعوة الى النظر في القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في قراره م ت١٠١ق٤.

١ انظر المحضر الموجز للجلسة الحادية عشرة التي عقدها المجلس التنفيذي في دورته الواحدة بعد المائة (الوثيقة م ت١٠١/١٩٩٨/ سجلات/٢) (النص الانكليزي).

حادي عشر: التخلص من الحثر (التراخوما) المسبب للعمى على المستوى العالمي

١- كان الحثر (التراخوما) أول الأمراض التي تصدت لها المنظمة، حيث انعقدت ثلاث لجان خبراء في الخمسينات وأجريت البحوث الميدانية بشأنه في عدة بلدان. وفي الستينات والسبعينات أجريت حملات وطنية لمكافحة الحثر في العديد من البلدان التي يتوطنها المرض. وكانت النتائج الناجمة عنها جيدة في الغالب في الأجل القصير، لكن مكافحة الحثر في الأمد الطويل كانت أكثر صعوبة وخاصة في المناطق الريفية النائية حيث كانت احتمالات تحسين مستويات المعيشة ضعيفة. ولذا، وعلى الرغم من التقدم الذي أحرز على مدى عقدين أو أكثر في عدد من البلدان، مازال الحثر (التراخوما) يعد مشكلة كبيرة جدا من مشكلات مجال الصحة العامة، حيث انه يعد أكثر أسباب العمى الممكن تفاديه شيوعا، وهو ينتشر عموما في أوساط أشد الناس فقرا.

الحالة في العالم

٢- تشير التقديرات الى أن هذا المرض يؤثر بشكله النشط في زهاء ١٤٦ مليون نسمة، معظمهم من الأطفال والنساء. وهناك اضافة الى هؤلاء قرابة ٥,٦ مليون نسمة مصابين بالعمى أو فقدان البصر بسبب الحثر (التراخوما). ويتوطن المرض المسبب للعمى ٤٦ بلدا، معظمها في أفريقيا، واقليم شرق المتوسط، وآسيا وأمريكا اللاتينية.

٣- وتؤدي كثرة الاصابة بالحثر في مرحلة الطفولة الى مضاعفات مسببة للعمى في فترة لاحقة من العمر، وتتعرض النساء بصورة خاصة للاصابة بسبب رعايتهن للأطفال المصابين. ومن الأمور التي تسهل انتقال المتدثرة الحثرية Chlamydia trachomatis لاكتظاظ وسوء النظافة الشخصية والبيئية وكثرة الذباب المنزلي الذي يحط على العينين. ومما يزيد من سوء الاصابة بالحثر أوبئة الرمد التي تنتشر في فصول معينة.

التدابير المتخذة من قبل المنظمة

٤- وتم، في الثمانينات، الاضطلاع ببحوث ميدانية لتيسير تقييم الحثر ومضاعفاته وتسهيل التدخلات من قبل موظفي الرعاية الصحية الأولية. ونتج ذلك، الى جانب الاجراءات الجراحية المعيارية لتصحيح الجفن المقلوب الى الداخل (شعرة العين) ووضع أساليب ترتكز على المجتمع المحلي لمكافحة المرض، عن التشديد من جديد على مكافحة الحثر باستخدام استراتيجية SAFE (اجراء جراحة لشعرة العين، والمضادات الحيوية، ونظافة الوجه وتحسين البيئة). وذلك على النحو التالي:

(١) الجراحة: لابد من تسهيل سبل اجراء جراحة للجفن بغية تصحيح الجفن المقلوب الى الداخل والناجم عن التندّب الحاد. وتقتضي الضرورة اجراء هذه الجراحة على الفور لتجنب الاصابة بالعمى. وقد ثبت أن اجراءات تدوير غضروف الجفن أنجع الاجراءات الجراحية المختلفة. وهي طريقة من السهل تعلمها ويستطيع العاملون من غير الأطباء القيام بها بأمان ونجاح. ويمكن شراء مجموعات لوازم جراحية معيارية لهذا الغرض بتكلفة زهيدة.

(٢) المضادات الحيوية: يمكن، بغية مكافحة المرض وانتشاره بسرعة، اعطاء مضادات حيوية معينة على نطاق واسع، وذلك اما على شكل علاج وقائي موضعي أو مجموعي. وقد انقضت ثلاثة عقود على استخدام مرهم التيتراسيكلين ١٪ للعينين. وثبتت نجاعته. بيد أنه تبين أنه من الصعوبة بمكان مواصلة استعمال المرهم على نحو منتظم ولفترات مطولة. ومن بين الخيارات المتاحة للعلاج المجموعي فتح الجيل الجديد من الماكروليدات الطويلة المفعول، وخاصة الأزيثرومايسين، الذي تجرى عليه تجارب سريرية واسعة النطاق حاليا، المجال على مصراعيه أمام تحسين مكافحة الحثر على الصعيد العالمي.

(٣) نظافة الوجه: يعتبر الحفاظ على نظافة وجوه الأطفال طريقة فعالة للاقلال من الالتهابات الحثرية، ويمكن ضمان ذلك حتى بأقل قدر ممكن من الماء المتوفر.

(٤) تحسين البيئة: ينطوي ذلك على اتخاذ تدابير تتعلق بامدادات المياه والتصحاح الأساسي، وتحسين ظروف السكن حيثما أمكن. وتعد تدابير مكافحة تكاثر الذباب أمورا ذات أهمية قصوى في هذا المضمار.

٥- وتم، عقب انعقاد اجتماع علمي عالمي في حزيران/ يونيو ١٩٩٦، انشاء "تحالف منظمة الصحة العالمية للقضاء على الحثر (التراخوما) على المستوى العالمي"، وهو يتألف من منظمات انمائية غير حكومية متعاونة مع المنظمة، ومؤسسة ادنا مكونل كلارك، وغيرها من الأطراف المهتمة بالأمر. ويقوم التحالف الآن باعداد نظام تبليغ موحد، واجراءات تقييم سريعة، ومصرف بيانات، ونشرة اخبارية، وتوفير الدعم لبلدان مختارة يتوطنها المرض. وقد حدد له هدف طويل الأجل هو القضاء على الحثر بحلول عام ٢٠٢٠، لكن هذا يفترض مسبقا توفر التأهب الكافي لمكافحة المرض النشط على المستوى العالمي في أوساط السكان المستهدفين (الأطفال والنساء).

مسائل تطرح على جمعية الصحة لايلائها عناية خاصة

٦- جمعية الصحة مدعوة الى النظر في القرار الذي أوصى به المجلس التنفيذي في قراره م ت١٠١ق٥.

= = =