

التقارير المرحلية

تقرير من الأمانة

المحتويات

الصفحة

ألف:	تعزيز النظم الصحية (القرارات ج ص ع ٦٤-٩ وج ص ع ٦٤-٨ وج ص ع ٦٣-٢٧	٣
باء:	دور منظمة الصحة العالمية ومسؤولياتها في مجال البحوث الصحية (القرار ج ص ع ٦٣-٢١)	٧
جيم:	الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية (القرار ج ص ع ٦١-٢١)	٩
دال:	استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري (القرار ج ص ع ٦٠-١)	١٤
هاء:	استئصال داء التينينات (القرار ج ص ع ٦٤-١٦)	١٥
واو:	مكافحة داء شاغاس والتخلص منه (القرار ج ص ع ٦٣-٢٠)	١٧
زاي:	التهاب الكبد الفيروسي (القرار ج ص ع ٦٣-١٨)	١٨
حاء:	توقي ومكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية المتعددة (القرار ج ص ع ٦٢-١٥)	٢٠
طاء:	الكوليرا: آلية للمكافحة والوقاية (القرار ج ص ع ٦٤-١٥)	٢٢
ياء:	مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري (القرار ج ص ع ٥٧-٢)	٢٣
كاف:	الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥ (القرار ج ص ع ٦٤-١٤)	٢٥

الصفحة

٢٧	.....	لام: الاستراتيجية العالمية بشأن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها (القرار ج ص ع ٥٩-١٩)
٣١	.....	ميم: الصحة الإنجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف (المرامي) والغايات الإنمائية الدولية (القرار ج ص ع ٥٧-١٢)
٣٣	.....	نون: مبادرات تعزيز السلامة الغذائية (القرار ج ص ع ٦٣-٣)
٣٦	.....	سين: تغيير المناخ والصحة (القرار م ت ١٢٤ ق ٥ والقرار ج ص ع ٦١-١٩)
٣٨	.....	عين: الشراكات (القرار ج ص ع ٦٣-١٠)
٤٠	.....	فاء: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل (القرار ج ص ع ٦١-١٢)

ألف: تعزيز النظم الصحية (القرارات ج ص ٦٤-٩ وج ص ٦٤-٨ وج ص ٦٣-٢٧ وج ص ٦٢-١٢ وج ص ٦٠-٢٧)

١- أكدت من جديد جمعية الصحة العالمية، عند اعتمادها القرار ج ص ٦٢-١٢ بشأن الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية، التزام الدول الأعضاء بتجديد أنشطة الرعاية الصحية الأولية، والتقدم نحو توفير الصحة للجميع. وحدد القرار أربعة توجهات للسياسة العامة لعمل المنظمة من أجل تجديد أنشطة الرعاية الصحية الأولية وتعزيزها، ألا وهي: التحول إلى التغطية الشاملة؛ ووضع الإنسان في صلب عملية تقديم الخدمات؛ وإدراج الصحة في السياسات الأعم؛ وتوفير القيادة الشاملة وتصريف الشؤون بفعالية من أجل الصحة. وحظي العمل من أجل تعزيز النظم الصحية بمزيد من الدعم في القرار ج ص ٦٠-٢٧ بشأن نظم المعلومات الصحية باعتبارها جزءاً من النظم الصحية الوطنية، والقرار ج ص ٦٣-٢٧ بشأن تعزيز قدرة الحكومات على إشراك القطاع الخاص على نحو بناء في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية، والقرار ج ص ٦٤-٨ بشأن تعزيز حوار السياسات الوطني الدائر حول وضع سياسات واستراتيجيات وخطط صحية متينة، والقرار ج ص ٦٤-٩ بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة. وتلخص هذه الوثيقة التقدم المحرز في تنفيذ القرارات والتعاون على جميع مستويات المنظمة المعنية بذلك، وتأخذ في الاعتبار التعليقات التي قدمتها الدول الأعضاء عندما أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة التي عقدت في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي^١.

٢- وواصل المكتب الإقليمي للأمريكتين التقدم في تنفيذ النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية وفقاً لإعلان مونتيفيديو (٢٠٠٥). وأنشأ جماعة ممارسين مكرسة للرعاية الصحية الأولية مجعماً افتراضياً للصحة العمومية. وهو الآن بصدد إجراء تقييم لوضع الرعاية الصحية الأولية في إقليم الأمريكتين، وقياس أداء النظم الصحية من منظور الرعاية الصحية الأولية، وإدماج برامج خاصة بأمراض معينة في النظم الصحية، وتنفيذ منهجية الإدارة الإنتاجية للخدمات الصحية.

٣- وبعد مشاورات دامت سنتين اعتمدت اللجنة الإقليمية لغرب المحيط الهادئ، في دورتها الحادية والستين، المنعقدة في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠ الاستراتيجية الإقليمية لغرب المحيط الهادئ بشأن النظم الصحية المبنية على قيم الرعاية الصحية الأولية.

٤- وفي الإقليم الأوروبي يسترشد تعزيز النظم الصحية بالأعمال التي تضطلع بها الأمانة لتوضيح مفهومي الصحة العمومية والنظم الصحية، ولتحديد خدمات الصحة العمومية الأساسية اللازمة لأوروبا، وذلك تماشياً مع الالتزامات المقطوعة في ميثاق تالين: النظم الصحية من أجل الصحة والوفرة (٢٠٠٨). وقد انصب التركيز على تقديم الدعم التقني إلى البلدان في مجال سياسة التمويل الصحي مع التركيز على تحسين أداء التمويل الصحي وهو ما يتوافق مع أغراض السياسة العامة المحددة في ورقة سياسة التمويل الصحي، الإقليمي الأوروبي التابع للمنظمة، ١/٢٠٠٨، سياسة التمويل الصحي: دليل لأصحاب القرار. وقد استفاد العديد من الدول الأعضاء، ومنها إستونيا والبرتغال وتركيا من تقييم أداء نظمها الصحية وذلك بإرشاد تقني من الأمانة.

٥- وفي إقليم شرق المتوسط يوجه ميثاق الدوحة وإعلانها بشأن الرعاية الصحية الأولية (٢٠٠٨) العمل في هذا الصدد. وقد جرى تحديث مرتسمات الوضع الصحي لثلاث وعشرين دولة عضواً لتكون أساساً لحوار السياسات في هذا المضمار، وتلقى عدد من الدول الأعضاء الدعم لوضع خططه الصحية الوطنية. واعتمدت

١ انظر الوثيقة مت ٢٠١٢/١٣٠/٢ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٢ القرار WPR/RC61.R2.

اللجنة الإقليمية القرار ش/م/ل٥٧١/ق-٧ الذي حثت فيه الدول الأعضاء على اعتماد ستة توجهات استراتيجية وتكييفها لتحسين تمويل الرعاية الصحية، وطلبت من المدير الإقليمي دعم جهود الدول الأعضاء لتنفيذ التوجهات الاستراتيجية وتعجيل التحرك باتجاه التغطية الشاملة. وبدأ إعداد دراسة عن دور القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وتعمل فرقة عمل إقليمية على تعزيز النظم الصحية على مستوى المناطق بالاعتماد على نهج للممارسة الأسرية.

٦- وفي الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا، تُستمد الإرشادات، بالترتيب، من إعلان واغادوغو بشأن الرعاية الصحية الأولية والنظم الصحية في أفريقيا (٢٠٠٨)، والإطار الاستراتيجي الذي وضع من خلال الاجتماع الإقليمي المعني بإصلاح الرعاية الصحية (بانكوك، ٢٠-٢٢ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩). وتقدم فرق العمل الإقليمية والأفرقة العاملة التقنية خدمات الإشراف والإرشاد العام لدعم ترجمة الالتزامات إلى وثائق استراتيجية للتعاون مع البلدان وإلى عمليات التخطيط للثلاثيات.

٧- وعلى الصعيد العالمي تتمحور جهود الأمانة في مجال تنفيذ هذه القرارات حول المسارات الأربعة المبينة أدناه.

٨- **تكثيف الدعم المقدم إلى الدول الأعضاء في مجال تعزيز القيادة الشاملة وتصريف الشؤون بفعالية من أجل الصحة.** على الصعيد العالمي، وضعت ١١٠ بلدان عمليات تخطيط وطنية شاملة تتفاوت فيها درجات مشاركة أصحاب المصالح في حوار السياسة العامة الوطني. ويعكس الوضع الحالي للتخطيط للقوى العاملة الصحية توجهاً نحو تصريف شؤون المزيد من هذه القوى العاملة. ومن مجموع ٥٧ بلداً يعاني من نقص حاد في القوى العاملة الصحية، أبلغ ٣٠ بلداً أن لديه آلية تنسيق متعددة القطاعات (لجنة وطنية مثلاً) يشارك فيها أصحاب المصالح المعنيين. وأبلغ ٢٨ بلداً أن لديه ممثلين بخلاف ممثلي وزارة الصحة، بينما أبلغ ٢٤ بلداً أن لديه ممثلين عن قطاعات غير عامة (منها القطاع الخاص أو المنظمات الخاصة غير الربحية أو المنظمات المجتمعية أو المنظمات الدينية). وأبلغ ٢٩ بلداً أن لجانها المعنية بالموارد البشرية الصحية لديها أنماط خارجية - مثل المنظمات الثنائية أو المتعددة الأطراف. وأبلغ ٧٠ بلداً أن استعراضات شاركت فيها قطاعات الصحة أجريت فيما يتعلق بسياسات الصحة الوطنية واستراتيجياتها وخططها، كما قُيم التقدم المحرز بشأنها استناداً إلى تقديرات أداء النظام الصحي المتفق عليها^١. وأجريت تقييمات مشتركة للاستراتيجيات الوطنية بنجاح في ١٠ بلدان في عام ٢٠١١. وفي إقليم الأمريكتين روجعت الأطر التنظيمية والتشريعية وحدثت في ١١ بلداً. وفي الإقليم الأوروبي، استكملت ٦ بلدان عملية تقييم أداء النظم الصحية. وفي إقليم شرق المتوسط أجرت ١٣ بلداً دراسات تقييمية حول تنظيم القطاع الخاص.

٩- وقدمت الأمانة دعماً مباشراً إلى أكثر من ٦٠ بلداً لكي تجري استعراضات للتخطيط الصحي وحوار السياسات؛ وقد أجريت هذه الاستعراضات في ٣٤ بلداً بالاشتراك بين المستويات الثلاثة للمنظمة، وبالتعاون مع وكالات أخرى كما جرت العادة. وقدمت الأمانة الدعم إلى عدة بلدان من خلال حلقات عمل مشتركة بين البلدان، وإلى بلدان أخرى أيضاً في سياق الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع. وقدمت دعماً خاصاً للتنسيق بين معطي المنح من أجل تعزيز النظم الصحية ومواءمة هذه المنح مع آليات التمويل والرصد والتقييم الوطنية، وقدمت الأمانة الدعم أيضاً من أجل إعداد اقتراحات تمويلية جديدة لتطوير النظم الصحية أو لتمويل سياسات الصحة واستراتيجياتها وخططها الوطنية تمويلياً مباشراً عقب إجراء تقييم مشترك للاستراتيجيات الوطنية. واستهل في ٧ بلدان في الاتحاد الأوروبي برنامج يرمي إلى تعزيز

١ يمكن الاطلاع على تفاصيل عن الدول الأعضاء المعنية بهذه الجهود في المعلومات الواردة عن الغرض الاستراتيجي ١٠ في الميزانية البرمجية للثلاثية ٢٠١٠-٢٠١١: تقييم الأداء (الوثيقة WHO/PRP/12.1) (المتاحة في قاعة الاجتماعات باللغة الإنكليزية فقط).

دعم حوار السياسات الوطني بشأن سياسات الصحة الوطنية واستراتيجياتها وخططها على الأجل الطويل ومن المزمع توسيع نطاق هذا البرنامج في عام ٢٠١٢. وقدمت الأمانة الدعم التقني أيضاً إلى البلدان فيما يتعلق بالأطر التنظيمية وتقييم أداء النظم الصحية ووظائف الصحة العمومية الأساسية. واستهدفت الأمانة تحسين القدرات الوطنية على إعداد المعلومات الاستراتيجية من خلال إنشاء بوابات إعلامية ومراسد وتنظيم منتديات للنقاش على صعيد السياسات وتبادل الآراء. ودعمت لهذا الجهد تعيد المنظمة تنظيم عملها على كل من النظم الصحية والبرامج الخاصة بأمراض معينة. كما وضعت أدوات مخصصة لهذا الغرض، بما في ذلك قاعدة بيانات خاصة بدورات التخطيط الصحي الوطني. وبالإضافة إلى ذلك تم تدشين برنامج تعلم عالمي في جميع الأقاليم من أجل بناء قدرة المنظمة على دعم حوار السياسات في الدول الأعضاء. واستكمل ٧٥ مكتباً قظرياً تابعاً للمنظمة (٦١٧ موظفاً) المرحلة الأولى من هذا البرنامج، وطورت هذه المكاتب خرائط طريق للدعم الذي تقدمه منظمة الصحة العالمية إلى سلاسل التخطيط الوطنية لديها.

١٠- **وضع الناس في صلب عملية تقديم الخدمات.** تشمل المجالات التي تبيعت على القلق بين الدول الأعضاء ما يلي: التقدم في السن وارتفاع عبء الاعتلالات المزمنة (المتعددة)؛ وانعدام المساواة في تقديم الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الصحية؛ القدرة على تحمل التكاليف والاستدامة؛ والحصول على التكنولوجيا المتقدمة والأدوية؛ والتجزؤ والتسويق والنظم التي تركز على المستشفيات. وتضاف إلى هذه المشكلات في العديد من البلدان أن عدد مقدمي الخدمات في القطاع الخاص غير المنظم يزيد بكثير جداً عن عدد مقدمي الخدمات في القطاع العام أو القطاع الخاص المنظم، في سياق الاعتماد الكبير على سداد النفقات من الأموال الخاصة. وفي كل الأقاليم، وخاصة إقليم الأمريكتين والإقليم الأوروبي وإقليم غرب المحيط الهادئ، أخذت الدول الأعضاء تعكف على قيادة قطاع الصحة بشكل أنشط مع تجديد الاهتمام بالرعاية الأولية وتنسيق الرعاية وإعادة صياغة دور المستشفيات. ^١ وقد دعمت الأمانة هذه الجهود عن طريق عقد مشاورات مع الدول الأعضاء وأصحاب المصالح المعنيين. وقد وضعت تصريف شؤون الموارد البشرية وتقديم الخدمات في صميم الدعم الذي تقدمه عمليات حوار السياسات الوطني والاستعراضات الوطنية المذكورة آنفاً.

١١- **التحول إلى التغطية الشاملة.** لا يزال العديد من البلدان يعاني نقصاً شديداً في الموارد المالية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية، بينما تعتمد بلدان أخرى كثيراً على الأموال الخاصة لجمع التمويل اللازمة لتقديم الخدمات الصحية، ما يمنع بالتالي الملايين من طلب الحصول على الرعاية ويدفع ١٠٠ مليون شخص في كل عام إلى السقوط بين براثن الفقر. وتبذل الحكومات في كل عام جهوداً متواصلة من أجل تحسين فعالية استخدام الموارد وحماية الإنصاف في استخدامها. واستجابة للقرار ج ص ٦٤-٩، تشاورت الأمانة على نطاق واسع مع الدول الأعضاء والمجتمع المدني والشركاء المتعددي الأطراف والثنائيين وعلى جميع مستويات المنظمة. وخير دليل على ذلك هو *التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠*، ^٢ وزيادة جهود البحث التي صاحبت إعداده. ووضعت خطة عمل تركز على دعم الدول الأعضاء لاستعراض وضعها فيما يتعلق بالتغطية الشاملة؛ وتقييم إمكانية تطوير نظمها التمويلية في مجال الصحة أكثر للاقتراب من هذا الهدف؛ وتنفيذ ورصد التغييرات التي تُعتبر ضرورية؛ وتحقيق التآزر القوي مع الخطط والاستراتيجيات الصحية الوطنية. وبهذا يتبين أن ٥٠ دولة عضواً اتصلت بالمنظمة في العام الماضي، لتستفسر عن الدعم التقني في مجال نظم تمويل الصحة. كما أن خطة العمل توضح كيف ستسرّع منظمة الصحة العالمية من دعمها للبلدان من خلال توفير المعلومات بشأن

١ انظر Rachel B et al, eds. *Investing in hospitals of the future*, Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and policies, 2009. Saltman R. Durán A. and Dubois H. eds. *Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. European Observatory Studies Series No.25.2011.

٢ *التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠*. تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠.

أفضل الممارسات، وتسهيل تبادل الخبرات والدروس المستفادة، وتنمية القدرات الوطنية لتتبع الموارد، وتقييم استراتيجيات وسياسات التمويل، وتنفيذ التغييرات ورصدها. كما تعمل منظمة الصحة العالمية أيضاً على تعزيز قواعد بياناتها على النحو المطلوب في القرار. وفي جميع هذه المجالات تعزز المنظمة تعاونها مع الشركاء الثنائيين والمتعددي الأطراف، والأوساط الأكاديمية، والمجتمع المدني بوسائل منها مبادرة تمكين الصحة من أجل الحماية الصحية الاجتماعية (P4H).

١٢- تعزيز نظم المعلومات الصحية باعتبارها جزءاً من النظم الصحية الوطنية. حثت جمعية الصحة العالمية في القرار ج ص ع ٦٠-٢٧ الدول الأعضاء على جملة أمور منها الاضطلاع بهذا النشاط. وفي سياق الشراكة الصحية الدولية والمبادرات ذات الصلة بها (IHP+)، تعمل منظمة الصحة العالمية مع عدد متزايد من البلدان على تعزيز عنصر الرصد والتقييم والاستعراض في استراتيجياتها الصحية الوطنية. ويشمل ذلك معالجة الثغرات في البيانات وتحسين نوعيتها وتعزيز القدرة على إجراء تحليلات توفر المعلومات اللازمة لإجراء استعراضات قطاع الصحة. ويتزايد التوافق في الوقت الراهن بين الوكالات الإنمائية الرئيسية على إعداد مجموعة رشيدة من المؤشرات وإطار مشترك للرصد والتقييم لتقييم الأداء. وتدعو اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل في توصياتها إلى تعزيز نظم الرصد والاستعراض والعمل في ٧٥ بلداً يتركز فيه أكثر من ٩٥٪ من عبء وفيات الأطفال ووفيات الأمومة في العالم^١. وهذا الأمر يتيح فرصة إضافية لتعزيز نظم المعلومات الصحية أكثر فأكثر وحشد الدعم المشترك لمنصة المعلومات والمساءلة تديرها البلدان في سياق الاستراتيجية الصحية الوطنية.

١٣- ورغم أن الدعم الذي تقدمه الأمانة إلى الدول الأعضاء يظل مركزاً على بناء القدرات القطرية من أجل حشد أقصى قدر ممكن من مواردها واستخدامها أفضل استخدام، فقد أولي اهتمام كبير لتحسين فعالية المعونة. وزادت المكاتب الإقليمية لأفريقيا والأمريكتين وأوروبا وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ التركيز على التنسيق بين المانحين في قطاع الصحة والمواءمة بين الأموال الواردة منهم والأنشطة التي يضطلعون بها والأولويات والخطط الصحية الوطنية. وفي إقليم شرق المتوسط أجري تقييم لفعالية المعونة والتنسيق بين المانحين في ٨ بلدان، وسيستعان بهذا التقييم في تطوير استراتيجية إقليمية في هذا الصدد. وأضحت الشراكة الصحية الدولية والمبادرات ذات الصلة بها (IHP+)، والتي يقوم كل من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بدور أمانتها، هي المظلة التي تجمع تحتها العديد من الجهود التعاونية الرامية إلى تعزيز النظم الصحية وتحسين فعالية المعونة. وتشمل هذه الجهود قاعدة تمويل النظم الصحية، ومبادرة تمكين الصحة من أجل الحماية الصحية الاجتماعية (P4H)، والتعاون من أجل الاتفاق على إطار مشترك للرصد والتقييم، والتحالف العالمي للقوى العاملة الصحية، ومبادرة التنسيق من أجل الصحة في أفريقيا، ومنحة التمويل الابتكاري المربوط بالنتائج، والمبادرة التحفيزية من أجل إنقاذ حياة مليون إنسان. وترتكز الشراكة الصحية الدولية والمبادرات ذات الصلة بها في الأساس على المواءمة بين عمل المزيد من الشركاء وبين الاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية. وقد وقع الشراكة الصحية الدولية والمبادرات ذات الصلة بها إلى الآن ٥٥ بلداً، منها ٣٠ بلداً نامياً (٦ بلدان منها وقعت في عام ٢٠١١). وعزز الاستعراض المستقل للشراكة الذي أجري في عام ٢٠١١ الدينامية الإيجابية الناجمة عن الاجتماع الذي عقد في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٠ وأكد توجهات الشراكة في المستقبل. ووقعت ١٦ بلداً مذكرات تفاهم أو اتفاقات للاسترشاد في التعاون مع شركائها؛ ويجري الآن إعداد خمس مذكرات تفاهم أخرى من هذا القبيل. ولدى ٨ بلدان "خراطيم طريق" للرصد والتقييم بشأن جميع أصحاب المصالح. وسعيًا إلى ضمان مساءلة الجميع ترصد مجموعة مستقلة تدعى مجموعة "تقييم نتائج الشراكة الصحية الدولية والمبادرات ذات الصلة

١ الوفاء بالوعود وقياس النتائج: اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل. منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١، قيد الطبع

(http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/accountability_commission/final_report/Final_EN_Web.pdf)

تم الاطلاع عليه في ٢٠ آذار/مارس ٢٠١٢).

بها" التقدم الذي تحرزه الوكالات والبلدان في الوفاء بالتزاماتها سنوياً. وانسحبت جولة الرصد التي أجريت في عام ٢٠١١ على ١٠ بلدان و١٥ مانحاً. وتتجلى الآن الشمولية وروح ملكية البلدان التي تميز طريقة عمل الشراكة الصحية الدولية والمبادرات ذات الصلة بها في البلدان التي لم توقع الشراكة.

باء: دور منظمة الصحة العالمية ومسؤولياتها في مجال البحوث الصحية (القرار ج ص ٦٣-٢١)

١٤- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بالصيغة السابقة لهذا التقرير المرحلي.^١

١٥- ويلخص هذا التقرير الأنشطة المنجزة في المكاتب الإقليمية والمقر الرئيسي لدعم تنفيذ استراتيجية المنظمة للبحوث من أجل الصحة.

١٦- وبدأت الأمانة في الإقليم الأفريقي العمل على مبادئ توجيهية تستند إلى إطار تنفيذ إعلان الجزائر الرامي إلى تعزيز البحوث من أجل الصحة: تضيق الفجوة المعرفية من أجل تحسين الصحة في أفريقيا.

١٧- واعتمدت اللجنة الإقليمية للأمريكتين سياسة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية بشأن البحوث من أجل الصحة في القرار CD49.R10.

١٨- ونوقشت مسألة وضع استراتيجية بشأن البحوث من أجل الصحة في اللجنة الاستشارية الإقليمية لشرق المتوسط المعنية بالبحوث الصحية (القاهرة، ١٨ و ١٩ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠) وفي مشاوره للخبراء عُقدت بعد ذلك (القاهرة، ٥ و ٦ حزيران/يونيو ٢٠١١). وفي القرار ش م/ل/٥٨/ق-٣، اعتمدت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، في دورتها الثامنة والخمسين (القاهرة، من ٢ إلى ٥ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١) التوجهات الاستراتيجية من أجل الارتقاء بالبحوث من أجل الصحة في الإقليم وتنفيذها.

١٩- وركز المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ على إدارة البحوث في الإقليم، وتعزيز استعراض الأخلاقيات الخاصة بالبحوث وتبادل البيانات لتحسين الصحة العمومية. وعقد المكتب مشاوره لخبراء من الإقليم بهدف تقديم توصيات في هذه المجالات (مانيتا، من ١٦ إلى ١٨ آب/أغسطس ٢٠١١).

٢٠- وأعطى الإقليم الأوروبي، في إطار التخطيط لوضع ميزانية الثنائية ٢٠١٢-٢٠١٣، أولوية قصوى للبحث واستخدام بيانات البحوث في رسم السياسات. وشملت الأنشطة إعادة تشكيل رسمية للجنة الاستشارية الأوروبية المعنية بالبحوث الصحية، وبدء العمل على استراتيجية إقليمية بشأن البحوث من أجل الصحة، وإنشاء شبكة سياسات إقليمية مسندة بالبيانات.

٢١- وفي المقر الرئيسي تتم الموازنة بين تنفيذ استراتيجية البحوث من أجل الصحة وبين العمل على تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية.^٢ وشملت أهم الحصائل

١ انظر الوثيقتين م ٣٥/١٣٠ وم ٢٠١٢/١٣٠/٢ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٥، (النص الإنكليزي).

٢ انظر الوثيقة ج ٢٦/٦٥ جيم.

المنشورة ما يلي: استعراض أنشطة البحوث ذات الصلة بمنظمة الصحة العالمية بالاستناد إلى نتائج مسح شمل الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٧؛^١ ووضع تعاريف عملية لبحوث العمليات، والبحوث التطبيقية، وبحوث النظم الصحية في سياق البحوث من أجل تعزيز النظم الصحية؛^٢ واعداد قائمة مرجعية بمجالات البحوث الصحية ذات الأولوية تتضمن تسعة مواضيع مشتركة للممارسات الجيدة.^٣

٢٢- وأجلت جمعية الصحة العالمية الثانية والستون النظر في استراتيجية منظمة الصحة العالمية للبحوث من أجل الصحة إلى جمعية الصحة العالمية الثالثة والستين،^٤ والتي اعتمدت الاستراتيجية في قرارها جص ع٦٣-٢١. وقد استُخدمت تلك الاستراتيجية، وهي مجرد مسودة وبعد اعتمادها أيضاً، في توجيه وضع برنامج البحوث في مجالات تقنية عديدة منها: الأنفلونزا، والأمراض المنقولة بالأغذية، ومخاطر الإشعاع، واللقاحات، والمحددات الاجتماعية للصحة. واستُخدمت مسودة الاستراتيجية في تقرير منظمة الصحة العالمية عن المرأة والصحة لوضع برنامج من ستة بنود بخصوص نهج يراعي الاعتبارات الخاصة بالجنسين في البحوث.^٥

٢٣- وتمت صياغة مدونة للممارسات الجيدة في مجال البحوث للموظفين والبحوث ذات الصلة بمنظمة الصحة العالمية، وسيتم إدراجها، عندما توضع في صيغتها النهائية، في الدليل الإلكتروني للمنظمة.

٢٤- وحدثت الأمانة المبادئ التوجيهية العملية للمنظمة بشأن لجان الأخلاقيات التي تستعرض بحوث الطب الحيوي. ويحمل المنشور الجديد عنوان معايير وإرشادات عملية لمراجعة أخلاقيات البحوث الصحية التي يخضع لها البشر.^٦

٢٥- وتشارك الأمانة في أعمال مجموعة من الممولين الدوليين الرئيسيين للبحوث في مجال الصحة العمومية والذين التزموا بالعمل معاً على تعزيز إتاحة البيانات المتأنية من البحوث التي يمولونها. ويتمثل الهدف العام في تسريع التقدم في مجال الصحة العمومية.

٢٦- والأمانة بصدد وضع أسلوب يتيح رسم خريطة الاستثمارات العالمية في مجال البحوث الصحية بطريقة أكثر أتمتة من خلال إنشاء آلية لتصنيف البحوث وترجمتها. ومن شأن هذا التقدم أن يدعم الجهود التي سبّذت مستقبلاً لرسم خريطة البيانات المتعلقة بتدفقات موارد البحث والتطوير من أجل تسهيل تحديد الثغرات والمساهمة في التخطيط والتنسيق.

١ Terry RF, van der Rijt T. Overview of research activities associated with the World Health Organization: results of a survey covering 2006/07. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8:25 <http://www.health-policy-systems.com/content/8/25>. تم الاطلاع في ٢٣ شباط/ فبراير ٢٠١٢.

٢ Remme JHF, Adam T, Becerra-Posada F et al. Defining research to improve health systems. *PLoS Medicine* (November 2010): <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001000>. تم الاطلاع في ٢٣ شباط/ فبراير ٢٠١٢.

٣ Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8:36 <http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/36> تم الاطلاع في ٢٣ شباط/ فبراير ٢٠١٢

٤ الوثيقة جص ع٦٢/٢٠٠٩/ سجلات/١، المحضر الموجز للجلسة الأولى للجنة العامة، الفرع ١ (النص الإنكليزي).

٥ المرأة والصحة: بيانات اليوم وبرنامج عمل الغد. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩.

٦ انظر معايير وإرشادات عملية لمراجعة أخلاقيات البحوث الصحية التي يخضع لها البشر. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

٢٧- ونظّم البرنامج الخاص المشترك بين اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والمعني بالبحث والتدريب في مجال الأمراض المدارية اجتماعات للفرق التي تركز على أمراض معينة والفرق المواضيعية من أجل دراسة الاحتياجات والتحديات فيما يتعلق بالبحوث في مجال الأمراض المنسية وخيارات العمل. ومن المقرر أن يُنشر في نيسان/ أبريل ٢٠١٢ أول تقرير من سلسلة من التقارير العالمية التي تصدر كل سنتين بشأن أمراض الفقر المعدية.

٢٨- وسيعرض التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٢ بمزيد من التفصيل المفاهيم والأطر المحددة في الاستراتيجية وهو التقرير الذي سيتناول موضوع البحوث من أجل الصحة.

جيم: الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية (القرار ج ص ٦١٤-٢١)

٢٩- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٢ بالصيغة السابقة لهذا التقرير المرحلي^١.

٣٠- طلب القرار ج ص ٦١٤-٢١ إلى المديرية العامة جملة أمور منها أن ترصد الأداء والتقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية وأن تقوم، بعد تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية الثالثة والستين،^٢ بتقديم تقرير إلى جمعية الصحة كل سنتين من خلال المجلس التنفيذي. ويقدم هذا التقرير استعراضاً عن الحالة الراهنة للتنفيذ.

٣١- وفي إطار جهد تعاوني مبذول على صعيد المنظمة بأسرها، ساهم فيه الشركاء الخارجيون، حولت الأمانة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين إلى خطة قابلة للتنفيذ تتضمن أنشطة وأطراً زمنية ونواتج محددة على المستويات العالمية والإقليمية والوطنية لكل إجراء من الإجراءات المحددة.

٣٢- وقد اتُّبع نهج تدريجي في التنفيذ. وعليه أُنجزت مرحلة تحضيرية في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٠ ويجري حالياً العمل على مرحلة تنفيذ تجريبية ستستمر حتى كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٢، ثم سُنْتهل مرحلة تنفيذ أوسع نطاقاً وستستمر حتى كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٥. وفي مرحلة التنفيذ التجريبية الجارية تقام حالياً العلاقات اللازمة مع الحكومات المعنية وأصحاب المصلحة الآخرين.

٣٣- وأنجزت الأمانة رسم خريطة الأنشطة ذات الصلة بالموضوع والتي اضطلعت بها عدة إدارات وكذلك كيانات خارجية بغية تحسين تنسيق أنشطة الشركاء المعنيين. وأنشئت لجنة استشارية داخلية تابعة لمنظمة الصحة العالمية تتألف من ممثلي الإدارة العليا من جميع المكاتب الرئيسية. وصممت الأمانة، في سياق الاستراتيجية العالمية، أداة لتقييم نظم الابتكار وحلول النفاذ على المستوى الوطني. وقد جربت هذه الأداة في كينيا.

١ انظر الوثيقتين م ٣٥/١٣٠ (جيم) وم ٢٠١٢/١٣٠/٢ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٥، (النص الإنكليزي).

٢ انظر الوثيقة ج ٦/٦٣.

٣٤- وجرت مواعنة تنفيذ هذه الاستراتيجية مع تنفيذ استراتيجية المنظمة للبحوث من أجل الصحة^١ - وخاصة العنصر الأول من الاستراتيجية العالمية: تحديد الأولويات في احتياجات البحث والتطوير والعنصر الثاني: تعزيز البحث والتطوير. وقد أتت استراتيجية المنظمة للبحوث من أجل الصحة لتوجيه الأنشطة في عددٍ من المجالات التقنية، بما فيها المجالات التي تشمل الأنفلونزا والأمراض المنقولة بالأغذية واللقاحات ومخاطر الإشعاع. وجميع مكاتب المنظمة الإقليمية الستة قد خطت خطوات لتنفيذ استراتيجية الصحة.

٣٥- من المزمع استهلال نشر التقرير العالمي عن أولويات البحوث في مجال أمراض الفقر المعدية في ١٧ نيسان/ أبريل ٢٠١٢ في بروكسل في مؤتمر الابتكار بدون حدود في مجال الرعاية الصحية^٢. وسيجتمع في هذا المؤتمر الباحثون مع الحكومات لمناقشة مواضيع ينسحب عليها التقرير الذي أعد بواسطة البرنامج الخاص المشترك بين اليونسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والمعني بالبحث والتدريب في مجال الأمراض المدارية. وهذا التقرير الذي صاغه خبراء عالميون مرموقون في مجال الصحة يحدد ١٠ أسباب لبحوث أمراض الفقر المعدية ويقدم أيضاً عدداً من "خيارات العمل" ويضم فصلاً خاصة عن البيئة والنظم الصحية والابتكار. وقد ارتكز إعداد هذا التقرير على مدخلات من أكثر من ١٣٠ خبيراً مقسمين إلى ١٠ أفرقة مرجعية متخصصة في أمراض معينة وأفرقة مرجعية مواضيعية. ويجري نشر نتائج عملها، الذي موله الاتحاد الأوروبي، في سلسلة التقارير التقنية لمنظمة الصحة العالمية.

٣٦- ومن المقرر أن يُنشر تقرير عن وضع تمويل البحث والتطوير لمواجهة أمراض الفقر المعدية عام ٢٠١٢. وقد أعد هذا التقرير بالتعاون بين البرنامج الخاص المشترك بين اليونسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والمعني بالبحث والتدريب في مجال الأمراض المدارية، ومجلس البحوث الصحية لأغراض التنمية/ المنتدى العالمي للبحوث الصحية، ومؤسسة "Policy Cures"، وذلك بتمويل من الاتحاد الأوروبي. ويبرز التقرير الأطر والأولويات والاستراتيجيات والسياسات التي يتبناها ممولو البحوث، والاختلافات في دعم بحوث أمراض الفقر المعدية بين بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والبلدان التي تتوطنها الأمراض.

٣٧- وفي سياق العنصر الثالث من الاستراتيجية العالمية، وهو بناء القدرة على الابتكار وتحسينها، نشرت المنظمة "معايير وإرشادات عملية لمراجعة أخلاقيات البحوث الصحية التي يخضع لها البشر"^٣. وتتضمن هذه المعايير والإرشادات العملية علامات مرجعية للدول الأعضاء لكي تحسن نوعية نظم أخلاقيات البحوث لديها وتعزز حماية البحوث لفائدة المجتمعات والشعوب التي تشارك في البحوث الصحية.

٣٨- وعلاوة على تعزيز القدرات في مجال أخلاقيات البحوث من أجل موظفي المنظمة على جميع المستويات، ما فتئت المنظمة تعمل بهمة على تعزيز قدرات اللجان الوطنية لمراجعة الأخلاقيات، وذلك بالتعاون الوثيق مع المنظمات الدولية الأخرى ومع شبكتها العالمية من المراكز المتعاونة بشأن أخلاقيات البحوث البيولوجية واللجان الوطنية المعنية بالأخلاقيات حول العالم. ويجري الآن التحضير لمؤتمر القمة العالمي للجان

١ انظر الوثيقة ج٢٦/٦٥ (باء).

٢ تنظم مؤتمر الابتكار بدون حدود في مجال الرعاية الصحية المصالح التابعة للمفوضية الأوروبية http://ec.europa.eu/research/health/events-13_en/html، تم الاطلاع في ٢٤ شباط/ فبراير ٢٠١٢

٣ انظر معايير وإرشادات عملية لمراجعة أخلاقيات البحوث الصحية التي يخضع لها البشر. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

الوطنية المعنية بالأخلاقيات الذي سيعقد في عام ٢٠١٢ (من المزمع أن يعقد في تونس، في أيلول/سبتمبر ٢٠١٢)، وستكون المنظمة هي أمانته الدائمة.

٣٩- ويتقاسم مسؤولية تحسين الشفافية في أنشطة البحوث الصحية العديد من أصحاب المصلحة في المجتمع العالمي، وبالتحديد الباحثون والجهات الراعية ورأسمو السياسات والمنظمات الدولية. كما أن قيام المنظمة عام ٢٠٠٥ بإنشاء البرنامج الدولي لتسجيل التجارب السريرية يبين الالتزام بهذا الهدف. وعلى مدى العامين الماضيين اتخذت عدة مبادرات وطنياً ودولياً لوضع السجلات الأولية والارتقاء بمستوى جودة المعلومات المتاحة. وإن تحالف البلدان الأفريقية للتجارب السريرية، الذي يمثل فيه أكثر من ٢٠ بلداً من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى مثالاً على الجهد المشترك لتحسين مراقبة التجارب السريرية. وفي ١٤ أيلول/سبتمبر ٢٠١١، أصبح "سجل الاتحاد الأوروبي للتجارب السريرية" العضو الرابع عشر في شبكة السجلات الأولية للبرنامج الدولي لتسجيل التجارب السريرية. وفي شهر شباط/فبراير ٢٠١٢ سيضحي سجل الاتحاد الأوروبي للتجارب السريرية مقدماً للبيانات إلى البرنامج الدولي لتسجيل التجارب السريرية عن طريق إضافة ٣٨ ٠٠٠ مدخلة من التجارب السريرية. والبرنامج الدولي لتسجيل التجارب السريرية هو جزء من مبادرة تعرف باسم مشروع "OPEN" (تلافي عدم نشر النتائج السلبية) كلف بإعداده الاتحاد الأوروبي.

٤٠- وتولى برنامج للمنح الدراسية من أجل التطوير الوظيفي في مجال الطب السريري، يديره البرنامج الخاص المشترك بين اليونسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والمعني بالبحث والتدريب في مجال الأمراض المدارية، تدريب ١٨ عالماً من البلدان المتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل لديهم خبرة في الممارسات السريرية الجيدة وإدارة المشاريع في مجال تطوير المستحضرات الصيدلانية.

٤١- وفي سياق العنصر الرابع من الاستراتيجية العالمية، وهو نقل التكنولوجيا، أنجزت المنظمة المرحلة الأولية من مشروع يدعمه الاتحاد الأوروبي في إطار شراكة مع مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية والمركز الدولي للتجارة والتنمية المستدامة. وفي إطار المشروع أنجز عمل أساسي مكثف بشأن التحديات والعوائق أمام الإنتاج المحلي وما يرتبط بذلك من نقل التكنولوجيا في مجالات المستحضرات الصيدلانية ووسائل التشخيص واللقاحات. وتتضمن سلسلة تقارير مجموعة البيانات الموجودة لصياغة وثيقة إدارية توجه أنشطة المرحلة الثانية من هذا المشروع.^١

٤٢- وأجرت الأمانة تحليلاً شاملاً لجميع تجارب نقل التكنولوجيا في مجال اللقاحات بغية تحديد الاتجاهات الناشئة والظروف المواتية لنقل التكنولوجيا. أما مشروع نقل تكنولوجيا لقاحات الأنفلونزا الجائحة إلى البلدان النامية، والذي استُهل عام ٢٠٠٦، فقد أتاح تقديم التمويل ونقل التكنولوجيا إلى ١٣ بلداً من البلدان النامية، أربعة بلدان منها نجحت في الحصول على تراخيص للقاح الأنفلونزا الجائحة المنتج محلياً، وهناك بلدان أخرى في طريقها للحصول على هذه الموافقة. وعلاوة على ذلك تفاوضت منظمة الصحة العالمية، باسم البلدان النامية، على رخصة بلا مقابل لتكنولوجيا خاصة بفيروس الأنفلونزا الحي الموهن وأتاحت هذه التكنولوجيا لثلاثة مصنعين من البلدان النامية، واحدة منها حصلت بالفعل على الموافقة على المنتج وتبيعه محلياً. وفي إطار الجهد نفسه سبرت المنظمة إنشاء مركز امتياز في جامعة لوزان، بسويسرا يركز على التدريب ونقل التكنولوجيا فيما يخص تكنولوجيا المواد المساعدة المتقدمة - استكمل هذا المركز الآن في الوقت الراهن تدريب مصنعي لقاحات من البلدان النامية، بدأ أحدهم بالفعل إنتاج المواد المساعدة.

١ انظر الموقع التالي: http://www.who.int/phi/publications/local_production/en/index.html (تم الاطلاع في ٢٤ شباط/فبراير ٢٠١٢)

٤٣- وفي إطار عمل المنظمة على تنفيذ العنصر الخامس من الاستراتيجية العالمية (تطبيق الملكية الفكرية وإدارة شؤونها من أجل المساهمة في الابتكار وتعزيز الصحة العمومية) شاركت في عدة أنشطة ترمي إلى تعزيز قدرة البلدان النامية على تطبيق الملكية الفكرية وإدارة شؤونها على نحو يتيح أقصى قدر من الابتكار المتعلق بالصحة ويعزز إتاحة المنتجات الصحية.

٤٤- وفي إطار التعاون الثلاثي بين منظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية ومنظمة التجارة العالمية بدأت هذه المنظمات سلسلة من الندوات التقنية المشتركة بخصوص الصحة العمومية والملكية الفكرية والتجارة. وعقدت ندوتان حتى الآن، إحداهما في عام ٢٠١٠ والأخرى في عام ٢٠١١. وعلاوة على ذلك تعكف المنظمات الثلاث على إعداد دراسة مشتركة بعنوان "تعزيز الإتاحة والابتكار الطبي: نقاط التقاطع بين الصحة العمومية والملكية الفكرية والتجارة"^٢.

٤٥- وفي إطار جهود التعاون الأخرى نشرت منظمة الصحة العالمية، بالاشتراك مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز، موجز سياسات بشأن الاستفادة من جوانب المرونة التي يتيحها الاتفاق المتعلق بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية (تريبس) في تحسين إتاحة العلاج من الأيدز والعدوى بفيروسه^٣. وبالإضافة إلى ذلك تعمل منظمة الصحة العالمية، بالتعاون مع المنظمة العالمية للملكية الفكرية، على إعداد تقرير عن واقع البراءات والاتجاهات السائدة في منح البراءات في مجال اللقاحات.

٤٦- ودعا العنصر السادس من الاستراتيجية العالمية، وهو تحسين التسليم والإتاحة، إلى تعزيز برنامج المنظمة للاختبار المسبق لصلاحية الأدوية. وشُرع في عملية الاختبار المسبق لصلاحية مكونات ومنتجات صيدلانية فاعلة مختارة استُحدثت لمكافحة أمراض المناطق المدارية المنسية، والاضطلاح ببحوث لتبيين فوائد تلك العملية وآثارها. وتمكّنت المنظمة، في الفترة بين كانون الثاني/يناير ٢٠١٠ وكانون الأول/ديسمبر ٢٠١١، من اختبار ٤٢ منتجاً دوائياً بشكل مسبق (٢٨ منتجاً لعلاج الأيدز والعدوى بفيروسه، و٧ منتجات مضادة للسل، ومنتج واحد مضاد للملاريا، ومنتج واحد مضاد لفيروس الأنفلونزا، و٥ منتجات استُحدثت لأغراض استخدامها في مجال الصحة الإنجابية)، ومكونين صيدلانيين فاعلين (استُحدثتا لاستخدامهما في الأدوية المضادة للملاريا)، و٣٥ لقاحاً، واختبارين من الاختبارات السريعة لتشخيص الملاريا، و٣ اختبارات من الاختبارات السريعة لتشخيص فيروس العوز المناعي البشري، و٥ اختبارات من اختبارات نسبة فيروس العوز المناعي البشري، واحدة من تكنولوجيا CD4، و٩ مختبرات لمراقبة الجودة (مختبر واحد في كل من بلجيكا ودولة بوليفيا المتعددة القوميات وكندا والهند وبيرو وجمهورية تنزانيا المتحدة وأوروغواي، ومختبران في أوكرانيا).

٤٧- وفي عام ٢٠١٠، اختبرت المنظمة، بشكل مسبق ولأول مرة، صلاحية مسحوق الأرتيسونات المستخدم لأغراض الحقن (أول منتج معقّم مصنوع في الصين يتم اختبار صلاحيته بشكل مسبق)؛ كما اختبرت المنظمة، بشكل مسبق، صلاحية أول توليفة من تيونوفوفير ولاميفودين، وأول منتج جنيس من الإيمتريسيتابين.

١ يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات، بما في ذلك البرامج والتقارير الموجزة، في الموقع الإلكتروني <http://www.who.int/phi/> (تم الاطلاع في ٢٤ شباط/فبراير ٢٠١٢)

٢ انظر أيضاً http://www.who.int/phi/news/promoting_access_medical_innovation/en/index.html (تم الاطلاع في ٢٤ شباط/فبراير ٢٠١٢)

٣ انظر UNAIDS, WHO, UNDP. *Using TRIPS flexibilities to improve access to HIV treatment: policy brief*. Geneva, World Health Organization, 2011. تم الاطلاع في ٢٤ شباط/فبراير ٢٠١٢

٤٨- وقد ظلت أنشطة التعاون والمواصفة وبناء القدرات في مجال التنظيم تشكل العناصر الرئيسية لبرامج المنظمة المعنية بالاختبار المسبق لصلاحية المنتجات. وفي عام ٢٠١١، قامت المنظمة بتقييم الهيئة التنظيمية الصينية واعتبرتها قادرة على تأدية وظائفها، مما يسمح بإجراء اختبار مسبق لصلاحية اللقاحات التي تُنتج في ذلك البلد. وفي عام ٢٠١٠، وعقب إجراء تقييم مشترك مع جماعة شرق أفريقيا تم استكمال اختبار مسبق لصلاحية أجري، في آن واحد، بخصوص ثلاثة بلدان (كينيا وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة). وتبين من عمليات مسح صانعي المنتجات أنّ خدمات بناء القدرات التي يتيحها البرنامج من الأمور التي تحظى بترحيب كبير.

٤٩- وفي ظلّ العنصر السابع، وهو تأمين آليات للتمويل المستدام، تقوم الأمانة بتيسير عمل فريق الخبراء الاستشاريين العامل المعني بتمويل وتنسيق البحث والتطوير.^١

٥٠- وفي عام ٢٠١٠ اعتمد مجلس إدارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية الخمسون قراراً عن تعزيز السلطات التنظيمية الوطنية المعنية بالأدوية والمواد البيولوجية.^٢ لصون نوعية هذه المنتجات وسلامتها وفعاليتها. ويحدد القرار الأدوات والآليات الضرورية لتعزيز تنظيم مهام الصحة العمومية ومراقبتها، ويحث البلدان على تقييم وتعزيز مهامها التنظيمية الأساسية. واستناداً إلى نتائج التقديرات، يمكن للسلطات التنظيمية الوطنية وضع خطة تطوير مؤسسية أو يمكن اختيارها سلطة تنظيمية ذات مرجعية إقليمية عندما تبلغ أعلى درجات التقييم. ويشارك العديد من بلدان إقليم الأمريكتين في المبادرة، وتعتبر أربع سلطات تنظيمية وطنية مراجع إقليمية في إطار هذه الآلية (الأرجنتين والبرازيل وكولومبيا وكوبا)

٥١- واستجابة لمتطلبات العنصر الثامن، وهو إنشاء نُظم للرصد والتبليغ، تعكف المنظمة، بالتنسيق مع المكتب الإقليمي للأمريكتين على إنشاء منصة بيانات إلكترونية لرصد التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية العالمية، والإبلاغ عنه. وستعد المنصة العالمية للابتكار والإتاحة بالاستناد إلى منصة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية الإقليمية لإتاحة الخدمات الصحية والابتكار فيها، وستعرض نسختها التجريبية على جمعية الصحة العالمية في شهر أيار/ مايو ٢٠١٢.

٥٢- وسيبدأ، في المكتب الإقليمي للأمريكتين في أيار/ مايو ٢٠١٢، تشغيل منصة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية الإقليمية لإتاحة الخدمات الصحية والابتكار فيها. وتم، في إقليم جنوب شرق آسيا، عقد أول مشاوره من أجل وضع الإطار الإقليمي للاستراتيجية وخطة العمل العالميتين (نيودلهي، ٥ و ٦ نيسان/ أبريل ٢٠١١) ووافقت الدول الأعضاء على جملة أمور منها زيادة التزامها بتعزيز أنشطة البحث والتطوير في المجال الصحي، وتبادل المعلومات المتصلة بمسائل الملكية الفكرية، وتطوير قدرتها على التفاوض في مجال الصحة العمومية والملكية الفكرية، وتشجيع دوائر الصناعة المحلية بغرض تعزيز قدرتها على تلبية الحاجة إلى أدوية وتكنولوجيات طبية ميسورة التكلفة.

٥٣- وتُعد شبكات الابتكار الإقليمية والوطنية من العناصر الأساسية لضمان تنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الصحة العمومية والابتكار والملكية الفكرية. وقد أنشئت الشبكة الأفريقية للابتكار في مجال الأدوية وأدوات التشخيص بوصفها شبكة رائدة للابتكار في أفريقيا. وتولى دعم إنشائها كل من منظمة الصحة العالمية، ولجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأفريقيا، ومصرف التنمية الأفريقي، والمفوضية الأوروبية، والاتحاد

١ انظر كذلك الوثيقة مت/٢٣/١٣٠.

٢ انظر القرار CD50.R9.

الأفريقي. وقد باتت تلك الشبكة، التي استهلها البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية المشترك بين اليونسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، مستضافة من قبل لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأفريقيا في أديس أبابا. كما يجري إنشاء شبكات شبيهة لآسيا والأمريكيتين.

دال: استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري (القرار ج ص ع ٦٠-١)

٥٤- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بالصيغة السابقة لهذا التقرير المرحلي.^١

٥٥- تلخص هذه الوثيقة حصيلة الاجتماع الثالث عشر للجنة منظمة الصحة العالمية الاستشارية المعنية ببحوث فيروس الجدري (جنيف، يومي ٣١ تشرين الأول/أكتوبر و ١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١١).

٥٦- وذكرت اللجنة بالأحكام المتعلقة بالبحوث المشار إليها في القرار ج ص ع ٦٠-١ الذي ذكرت فيه جمعية الصحة أنه "تم السماح بإجراء البحوث الأساسية لأغراض الصحة العمومية العالمية، بما في ذلك إجراء المزيد من البحوث الدولية المتصلة بالعوامل المضادة للفيروسات وتحسين اللقاحات وزيادة مأمونيتها".

٥٧- وقد تلقت اللجنة الاستشارية في اجتماعها الثالث عشر تقارير من مستودعي فيروس الجدري المرخص لهما (مختبر فكتور المركز الحكومي الروسي لبحوث الفيروسات والتكنولوجيا الحيوية (كولتسوفو، الاتحاد الروسي) ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (أتلانتا، جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية)) عن مجموعة الفيروسات التي يحتفظان بها. ولم يُجرِ المركز الحكومي الروسي في عام ٢٠١١ أية بحوث تنطوي على استخدام الفيروس الحي. وفي مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة أنشئت قواعد بيانات آمنة لتتبع استعمال الفيروس الحي.

٥٨- وتمت رقمنة جميع محفوظات برنامج منظمة الصحة العالمية لاستئصال الجدري وحُملت إلى قاعدة بيانات مخصصة لذلك. وتضم المجموعة ما يناهز ٧٣٠ ٠٠٠ وثيقة ورقية إلى جانب خرائط وصور وغير ذلك من السجلات. وهناك خطط لإتاحة المحفوظات على الإنترنت.

٥٩- وأحاطت اللجنة الاستشارية علماً بأن دواعين ممتازين من الأدوية المرشحة المضادة للفيروسات (ST-246, (tecomvirimat) و CMX001 (hexadecyloxypropylcidifovir)) قد وصلا إلى مراحل استحداث متقدمة. وتستخدم حرائك دوائية من دراسات مجراة على الحيوانات لتحديد الجرعات البشرية المقترحة.

٦٠- كما أظهر لقاحان للجدري تم إعدادهما بفيروس حي موهن (LC16m8 و MVA) مستوى جيداً من المأمونية بالنسبة للبشر وأتاحا الحماية من الأمراض الناجمة عن عدد من فيروسات مجموعة الأورثوبوكس في النماذج الحيوانية.

١ انظر الوثيقة مت ٢٠١٢/١٣٠/٢/ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٦١- وأثبتت اختبارات تشخيصية أجراها باحثون في مستودعي فيروس الجدري في الاتحاد الروسي والولايات المتحدة الأمريكية، على أساس تفاعل البوليميراز المتسلسل، أنها اختبارات دقيقة وحساسة. فقد تمكنوا من الكشف عن الحمض النووي دنا لفيروس الجدري وتمييزه عن الحمض النووي دنا لفيروسات مجموعة الأورثوبوكس الأخرى الممرضة للإنسان.

٦٢- وأوصت اللجنة الاستشارية بالمضي في تطوير شبكة مختبرات الجدري بالتعاون والتنسيق مع شبكة المختبرات المعنية بالأمراض المستجدة والخطرة التي دشنتها مؤخراً منظمة الصحة العالمية.

٦٣- وتتمثل الأهداف المتبقية لبرنامج البحوث في تحسين قابلية تكرار النتائج المتوصل إليها في نموذج الثدييات العليا غير البشرية فيما يخص عدوى فيروس الجدري حتى يتسنى توليد بيانات إضافية عن فعالية العوامل واللقاحات المضادة للفيروسات. ومن شأن هذه البيانات مساعدة الوكالات التنظيمية على أن تثق أكثر في فعالية هذه الأدوية واللقاحات المضادة لفيروس الجدري ومن ثم المساعدة على إحراز تقدم نحو الترخيص بها. وأوصت اللجنة بالاستمرار في هذا العمل.

٦٤- ومن المزمع أن تجري منظمة الصحة العالمية زيارات تفتيش على السلامة البيولوجية إلى المستودعين المرخص لهما في الاتحاد الروسي والولايات المتحدة الأمريكية. ومن المرتقب زيارة مرافق الاحتواء في مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في أيار/ مايو ٢٠١٢ وزيارة مختبر فكتور في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٢. وأُتيحت الفرصة لكلا المستودعين في اجتماع لمنظمة الصحة العالمية عقد في أوغلو من ٣١ كانون الثاني/ يناير إلى ٣ شباط/ فبراير ٢٠١٢ لاستعراض عملية التفتيش. وتم الاتفاق على أن تتبع الزيارات التفتيشية إطار معيار إدارة المخاطر البيولوجية CWA 15793:2011 للجنة الأوروبية للتوحيد القياسي.

٦٥- وأوصت اللجنة الاستشارية بأن تجتمع مجدداً اللجنة المخصصة المعنية بفيروسات مجموعة الأورثوبوكس لمناقشة الاستجابة الطارئة لأية فاشية محتملة للجدري في المستقبل.

٦٦- وتم إبلاغ اللجنة الاستشارية بتجديد عضوية اللجنة الفرعية العلمية.

هاء: استئصال داء التتينات (القرار ج ص ع ٦٤-١٦)

٦٧- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٢ بالصيغة السابقة لهذا التقرير المرحلي.^١

٦٨- وفي أيار/ مايو ٢٠١١، نادى جمعية الصحة في القرار ج ص ع ٦٤-١٦ بتكثيف الجهود الرامية إلى استئصال هذا الداء وطلبت إلى المدير العام رصد تنفيذ القرار عن كثب وتقديم تقرير سنوي إلى أن يتأكد استئصال داء التتينات.

٦٩- وواصلت الدول الأعضاء التي يتوطنها داء التتينات إحراز تقدم مستمر نحو استئصاله. وخلال عام ٢٠١١ أبلغت أربعة بلدان (تشاد وإثيوبيا ومالي وجنوب السودان)^٢ عن ١٠٥٨ حالة جديدة فقط، أي أقل بمقدار

١ انظر الوثيقة مت ٢٠١٢/١٣٠/٢/ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٢ تقرأ جنوب السودان إلى غاية ٩ تموز/ يوليو ٢٠١١.

٤١٪ مقارنةً بعام ٢٠١٠، ووصل عدد القرى التي أبلغت عن حالات من هذا المرض إلى ٤٨٣ قرية، مما يعني انخفاضاً بنسبة ٣٨٪ على مدى عام ٢٠١٠. ولم تبلغ غانا عن أي حالة منذ أيار/ مايو ٢٠١٠، مما يشير إلى أن سريان المرض قد توقف ويرجح أن هذا البلد وصل الآن إلى المرحلة السابقة للإشهاد.

٧٠- وقدمت جميع البلدان التي يتوطنها المرض أو التي وصلت إلى المرحلة السابقة للإشهاد (باستثناء كينيا) تقارير إلى منظمة الصحة العالمية كل شهر حتى عند انعدام أي حالة لتبلغ عنها. وقد وضعت خطط لمكافأة الإبلاغ عن حالات داء التينيات في جميع البلدان التي يتوطنها المرض أو التي كان يتوطنها من قبل باستثناء جنوب السودان.

٧١- وبتوصية صادرة عن الجلسة الثامنة للجنة الدولية للإشهاد على استئصال داء التينيات (جنيف، من ٢٩ تشرين الثاني/ نوفمبر إلى ١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١) تم الإشهاد على نحو خمسة بلدان (بوركيينا فاصو وتوغو - اللذان كان داء التينيات يتوطنهما - والبوسنة والهرسك وبروني دار السلام وإريتريا - التي لم يتوطنها المرض أو لم يكن متوطناً فيها في الآونة الأخيرة) من داء التينيات. وفي نهاية عام ٢٠١١ تم الإشهاد بخلو ١٩٢ بلداً وإقليمياً من داء التينيات.

٧٢- ويظل التحدي أمام استئصال داء التينيات هو وقف سريان المرض في البلدان الأربعة التالية.

٧٣- تشاد. بعد مرور عشر سنوات على إبلاغ البلد عن آخر حالة، أُبلغ عن ١٠ حالات واطنة من ثماني قرى عام ٢٠١٠ ولم يتسن احتواء أيٍّ من هذه الحالات. وفي عام ٢٠١١، أُبلغ عن عشر حالات من تسع قرى، وتسنّى احتواء أربع حالات منها فقط. وتشير التحقيقات المفصلة إلى إهمال حالات ظهرت في السنوات الأخيرة، مما أدى إلى استمرار سريان المرض. وتطبق حالياً تدابير لوقف سريان المرض. لكن تعذر الوصول إلى بعض المناطق المعرضة لخطر سريان المرض بسبب انعدام الأمن يظل عائقاً رئيسياً. وقد قدم كل من منظمة العمل الدولية ومركز كارتر المساعدة التقنية والمالية لإعطاء نَفَسٍ جديد لبرنامج الاستئصال ولتعزيز الترصد.

٧٤- إثيوبيا. بفضل تكثيف أنشطة الترصد واحتواء الحالات، أبلغت إثيوبيا عن ثماني حالات من خمس قرى في عام ٢٠١١، أي بنسبة ٦٢٪ أقل من عام ٢٠١٠. ومن هذه الحالات الثماني، كانت ست حالات عبارة عن حالات واطنة؛ وكانت الحالتان الأخريان وافدتين من جنوب السودان. وأمكن احتواء سبع من هذه الحالات. وقد توسع نطاق ترصد داء التينيات على الصعيد الوطني عن طريق النظام المتكامل لرصد الأمراض والاستجابة لمقتضياتها وعن طريق التنقيف الصحي.

٧٥- مالي كان البلد الوحيد في غرب أفريقيا الذي لا يزال فيه داء التينيات سارياً. وخلال عام ٢٠١١، أُبلغ عن ١٢ حالة مقابل ٥٧ حالة في عام ٢٠١٠. وأبلغ عن احتواء ٥ حالات فقط (٤٢٪) من هذه الحالات البالغ عددها ١٢ حالة.

٧٦- جنوب السودان هو البلد الذي سجلت فيه نسبة ٩٧٪ من جميع الحالات الجديدة المبلّغ عنها في عام ٢٠١١. وفي عام ٢٠١١ أُبلغت ٤٦٣ قرية عن ١٠٢٨ حالة جديدة في الإجمالي - أي أقل بنسبة ٣٩٪ من عام ٢٠١٠ - وتم احتواء ٧٤٪ من هذه الحالات؛ ولكن ٧٧٥ حالة (٧٥٪) وفدت من ولاية شرق الاستوائية التي أُبلغت في عام ٢٠١١ عن عدد حالات أكبر بكثير من عام ٢٠١٠. وسجلت ولاية شرق كابويتا نسبة ٧٦٪ من إجمالي الحالات المبلغ عنها في ولاية شرق الاستوائية في عام ٢٠١١. وتكمن الأسباب المحتملة لهذا الارتفاع في عدد الحالات في مقاطعة شرق كابويتا (من ٤٧٨ حالة في عام ٢٠١٠ إلى ٥٩٠ حالة في عام ٢٠١١) في أنه تسنى في عام ٢٠١٠ احتواء نسبة ٦٧٪ فقط من الحالات وأن نسبة ٥٢٪ فقط من قراها

التي يتوطنها المرض طبقت مكافحة النواقل على مصادر مياه الشرب غير المأمونة، وأن نسبة ٦٪ فقط من القرى التي يتوطنها المرض تملك مصدراً واحداً على الأقل من مياه الشرب المأمونة. ومع ذلك، فأتجاه المرض يتراجع على نحو مشجع منذ حزيران/يونيو ٢٠١١ مقارنة بالفترة نفسها من عام ٢٠١٠، وقد أبلغ عن احتواء ٨٠٪ من الحالات في الولاية في عام ٢٠١١.

٧٧- وأما التحديات الأخرى فهي شح إمدادات مياه الشرب المأمونة والحفاظ على الترصد الفعال لداء التتينات على الصعيد الوطني، بما في ذلك في المناطق الخالية من داء التتينات. ومن أصل ٤٨٣ قرية أبلغت عن حالات في عام ٢٠١١، لا تملك ٣٨٨ قرية منها (٨٠٪) مصدراً واحداً على الأقل لمياه الشرب المأمونة. وهناك حاجة ماسة إلى إمداد المجتمعات التي يتوطنها المرض حالياً بما يكفيها من مياه الشرب المأمونة.

٧٨- وقدر كل من منظمة الصحة العالمية ومركز كارتر فجوة تمويلية بمبلغ ٦٢ مليون دولار أمريكي للثنائية ٢٠١١-٢٠١٥. وتعهدت حكومة المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية بمبلغ ٢٠ مليون جنيه إسترليني، وأكدت مؤسسة بيل وميلندا غيتس تقديم دعم إضافي يبلغ ٢٣,٣ مليون دولار أمريكي، أما المبلغ المتبقي فستقدمه حكومة الإمارات العربية المتحدة (١٠ ملايين دولار أمريكي) ومؤسسة صندوق الاستثمار لفائدة الأطفال التي تعهدت بتقديم مبلغ ٦,٧ ملايين دولار أمريكي. وتشمل هذه المبالغ زهاء ٨ ملايين دولار أمريكي موجهة إلى صناديق الطوارئ.

واو: مكافحة داء شاغاس والتخلص منه (القرار ج ص ع ٦٣-٢٠)

٧٩- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بالصيغة السابقة لهذا التقرير المرحلي.^١

٨٠- إن مكافحة داء شاغاس والتخلص منه أمران يمكن تحقيقهما. وقد أخذت معدلات الإصابة بداء شاغاس في إقليم الأمريكتين - أشد أقاليم المنظمة تضرراً - تنخفض على نحو كبير بفضل الجهود المبذولة لمكافحة النواقل والفحص المنهجي للدم. وقد تراجع العدد المقدر للحالات الجديدة بنسبة ٣٢٪، أي من ٤١ ٠٠٠ في عام ٢٠٠٦ إلى ٢٨ ٠٠٠ في عام ٢٠١٠. وتحقق هدف وقف سريان الداء المحمول بالنواقل داخل المنازل في سبعة بلدان يتوطنها المرض وفي مناطق توطن معينة في سبعة بلدان أخرى. ونُفذ تعميم فحص الدم في ٢٠ بلداً من أصل ٢١ بلداً من البلدان التي يتوطنها المرض. ونتيجة لذلك، انخفض معدل انتشار الداء بين الفئات العمرية الأصغر سناً، وتراجع عدد الأشخاص المعرضين للإصابة على الصعيد العالمي بنسبة ٤٠٪، أي من ١٠٨ ملايين شخص في عام ٢٠٠٦ إلى ٦٥ مليون شخص في عام ٢٠١٠.

٨١- وأدى استمرار بذل جهود لمكافحة النواقل إلى ما يلي: (١) الإسهاد على توقف سريان المنقبيّة الكروزيّة المحمولة بالنواقل بواسطة الفسفة الرادنية البروليكية في جميع البلدان التي يتوطنها المرض في أمريكا الوسطى (كوستاريكا والسلفادور وغواتيمالا وهندوراس ونيكاراغوا) وفي المكسيك، وذلك بدعم من كندا واليابان وأسبانيا؛ (٢) الإسهاد على توقف السريان بواسطة الفسفيسية المحتشرة في منطقتي موكويجوا وتاكتا في بيرو، وذلك بدعم من كندا وأسبانيا، وفي لا باز (دولة بوليفيا المتعددة القوميات)؛ (٣) مكافحة النواقل بشكل كبير في مقاطعات كاتاماركا ولا ريوخا وميسيونس وسان لويس وسانتا في بالأرجنتين، وذلك بدعم من أسبانيا، مما يمكن أن يؤدي قريباً إلى توكيد توقف السريان في مقاطعتي ميسيونس وسانتا في.

١ انظر الوثيقة م٢٠١٢/١٣٠/٢ سجلات، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٨٢- وأفضى تعزيز التشخيص والعلاج إلى نتائج عديدة. وبفضل مبادرات دون إقليمية في الأمريكتين دعمتها منظمة الصحة العالمية ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية زاد الكشف عن الحالات وتوسع نطاق الحصول على العلاج من أقل من ٥٠ علاجاً بالنيفورتيموكس في عام ٢٠٠٥ إلى أكثر من ١٥٠٠ في عام ٢٠١٠. وزاد الطلب على بنزنيديزول ويُعالج حالياً أكثر من ٧٠٠٠ شخص سنوياً. وأدى تحسّن التشخيص والعلاج إلى زيادة الكشف عن الحالات وتحديد المناطق التي ينشط فيها السريان (منطقة تشاكو في أمريكا الجنوبية، والأمازون، وعلى الحدود بين السلفادور وغواتيمالا)، وإلى زيادة الكشف وتحسّن إدارة الحالات الناتجة عن السريان الخلقي (في الأرجنتين ارتفع عدد الحوامل الخاضعات للفحص من ٥٠ ٠٠٠ امرأة في عام ١٩٩٧ إلى ١٣٠ ٠٠٠ امرأة في عام ٢٠١٠) والسريان عن طريق حقن الدم والحوادث والتدخلات عن طريق الفم، فضلاً عن حالات العدوى المصاحبة (فيروس الأيدز والمتقوية الكرونية). وفي إطار تدابير التعزيز المذكورة، يتواصل تنسيق بروتوكولات التشخيص والعلاج ووضعت نظم لرصد العلاج والكشف عن المقاومة للأدوية في أربعة بلدان.

٨٣- وأنجز فريق بقيادة منظمة الصحة العالمية ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية مسوحاً عن الوبائيات المصلية في ثمانية بلدان يتوطنها المرض من أجل تحديد حالة السريان والإشهاد على توقف الانتقال بالنواقل.

٨٤- وتشمل التدابير الرامية إلى معالجة المحددات الاجتماعية لداء شاغاس استبدال أو تحسين هياكل المساكن ومحيطها في ١١ بلداً وتدخلات تركز على المشاركة الاجتماعية ومشاركة المجتمعات في ١٨ بلداً.

٨٥- وأقيمت شراكات لتحسين مكافحة داء شاغاس. وكانت مبادرة أدوية الأمراض المنسية تتعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية المنتجة للبنزنيديزول في البرازيل، ونتيجة لذلك ستتاح قريباً تركيبة للأطفال. وأسفر التعاون بين المبادرة ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية عن تطبيق برمجي يمكن للدول الأعضاء استخدامه لتقدير احتياجاتها من البنزنيديزول. وخصصت الأرجنتين وكولومبيا موارد للبحوث بشأن تقنيات مختبرية محسّنة للتشخيص ورصد العلاج. ويساعد البرنامج الخاص المشترك بين اليونسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والمعني بالبحث والتدريب في مجال الأمراض المدارية على بناء القدرات وإجراء البحوث بشأن أدوات التشخيص المحسّنة ومكافحة النواقل. وتعمل المراكز المتعاونة في الأمريكتين على عدد من المبادرات.

٨٦- والحصول على نيفورتيموكس عالي الجودة مكفول حتى عام ٢٠١٧ بفضل تبرعات من شركة Bayer AG للمستحضرات الصيدلانية. وما يزال الحصول على البنزنيديزول يمثل تحدياً، والمناقشات جارية مع الشركة المصنعة لمعالجة الشواغل بشأن الإمداد والتصنيع.

٨٧- وأنشئت شبكتان في الإقليم الأوروبي وإقليم غرب المحيط الهادئ من أجل تعزيز جمع البيانات وتوحيد المعايير لمكافحة داء شاغاس (الوقاية ومكافحة السريان والرعاية الصحية). وزيادة على ذلك، تعكف بلدان لا يتوطنها المرض على تعزيز الترصد، والاستجابة لخطر السريان عن طريق حقن الدم وزرع الأعضاء، وتعزيز مكافحة الأمراض الخلقية.

زاي: التهاب الكبد الفيروسي (القرار ج ص ٦٣ع-١٨)

٨٨- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المنعقد في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بالصيغة السابقة لهذا التقرير المرحلي.^١

١ انظر الوثيقة مت ٢٠١٢/١٣٠/٢/ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٨٩- اعتمدت جمعية الصحة في عام ٢٠١٠ القرار ج ص ٦٣-١٨ الذي يشير إلى ضرورة اتباع نهج شامل للوقاية من التهاب الكبد الفيروسي ومكافحته. واستجابةً للطلبات الواردة في القرار، فالأمانة بصدد اتباع نهج واسع، بما يشمل زيادة التدخلات الناجحة وتعزيز النظم الصحية ووضع نهج جديدة، وحشد الموارد في الوقت نفسه. وتتبع الأمانة في عملها أربعة محاور استراتيجية.

٩٠- **المحور الاستراتيجي ١: إنكاء الوعي وحشد الموارد.** تركز الأنشطة على إنكاء الوعي بالتهاب الكبد الفيروسي لدى صانعي السياسات ومهنيي الصحة والجمهور وتعزيز تدابير الوقاية والمكافحة والقضاء على التمييز بحق المصابين.

٩١- وفي ٢٨ تموز/ يوليو ٢٠١١، رعت منظمة الصحة العالمية يومها العالمي الرسمي الأول لالتهاب الكبد. واستخدمت شعار "الجميع مهدد بداء التهاب الكبد في كل مكان ... اعرفه. واجهه". ودعمت المنظمة أنشطة من خلال التعاون مع المجتمع المدني. وشملت مواد الحملة التي أنتجت بعدة لغات مختلفة صحائف الوقائع التقنية والإخطارات على الإنترنت ومستجدات الأخبار والنشرات الصحفية وكلمة مصورة للمديرة العامة وملصقات الحملة ووسائل الإعلام الاجتماعية ومنتجات سمعية بصرية متنوعة. وقد شاركت وسائل الإعلام على نطاق واسع، مما زاد من إبراز كل من المشكلات الناجمة عن التهاب الكبد الفيروسي والحلول المتاحة لمكافحة مختلف الأمراض المعنية.

٩٢- **المحور الاستراتيجي ٢: بيانات لرسم السياسات وللعمل.** تعكف المنظمة على تحديث تقديرات انتشار التهاب الكبد الفيروسي وعيئه على المستوى العالمي. وتبذل حالياً جهوداً للإعلان عن النتائج وإعداد أدوات تمكن الحكومات من رسم سياسات وخطط مسندة بالبيانات وفعالة من حيث التكلفة. وتوضع اللامسات الأخيرة على المبادئ التوجيهية والمعايير لترصد المرض كي تتمكن البلدان على نحو أفضل من تحديد أولويات الموارد واختيار التدخلات المناسبة، من التمتع إلى العلاج بمضادات الفيروسات، ومن فحص الإمدادات بالدم إلى ضمان بيانات وممارسات مأمونة للرعاية الصحية. ويجري أيضاً إعداد إرشادات بشأن المسوحات المصلية باعتبارها طريقة لرصد الاتجاهات السائدة في التهاب الكبد الفيروسي وتقييم أثر جهود الوقاية.

٩٣- **المحور الاستراتيجي ٣: الوقاية من سريان المرض.** يجري تكييف جهود الوقاية الناجحة استجابةً لتزايد السكان والوبائيات المتغيرة والصعوبات الاقتصادية الجديدة. ومنظمة الصحة العالمية بصدد إعادة بحث سياساتها في مجال التمتع، مثل السياسات المتعلقة بجداول التمتع وحماية حديثي الولادة والعاملين في الرعاية الصحية (وخصوصاً حمايتهم من العدوى بفيروس التهاب الكبد B)، والأدوار الموسعة للقاحات التهاب الكبد A الموجودة ولقاحات التهاب الكبد E الجديدة، ونهج مبتكرة للمستقبل. ونظراً لأن ظهور وباء فيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز في الثمانينات أدى إلى حملات نجحت في تغيير العديد من السلوكيات، يجب أن يركز التعزيز المستمر للصحة على السلوكيات التي تعرض الناس لخطر العدوى والتي يمكن تغييرها. وتشمل الرسائل الرئيسية للوقاية من التهاب الكبد مكافحة العدوى به والجنس المأمون وصياغة استراتيجيات للبلدان من أجل استخدام منتجات الدم والحقن والأغذية والمياه المأمونة.

٩٤- **المحور الاستراتيجي ٤: الفحص والرعاية والعلاج.** سجلت على مدى العقد الماضي تطورات سريعة في مجال العوامل العلاجية لالتهاب الكبد B و C. ولذلك، فغالباً ما يمكن علاج التهاب الكبد C ومكافحة التهاب الكبد المزمن B على المدى الطويل. وسيكون من المهم جداً توفير مبادئ توجيهية لفحص المرضى المصابين بالتهاب الكبد B و C لزيادة فرص حصولهم على الرعاية والتدبير العلاجي لمقاومة الأدوية. وسيتعين إيلاء عناية خاصة لمن يعانون من شح الموارد. ولذلك فالأمانة بصدد تطوير مجموعة من الموارد التي تشمل إسداء المشورة

الملائمة قبل الاختبار وبعده، باعتبار ذلك جزءاً من إطار الرعاية والعلاج وتقديم الدعم إلى البلدان لإتاحة علاج يكون الحصول عليه أسهل وبأسعار معقولة.

٩٥- وقد أنشأت المنظمة في مقرها الرئيسي فريقاً مخصصاً للتهاب الكبد وأنشأت نقاط اتصال في المكاتب الإقليمية ستتنسق العمل مع الشركاء والدول الأعضاء من أجل وضع أدوات ومنتجات للمضي قدماً في العمل المهم في إطار كل محور من هذه المحاور. وسيطور هذا الجهد وسيقضي بالإطار التشغيلي إلى الأمام على المستوى القطري لأداء الولاية على النحو المبين في القرار ج ص ع ٦٣-١٨.

٩٦- وسعيًا إلى السماح للدول الأعضاء والأمانة لكي تتبع عن كثب التقدم المحرز في تنفيذ القرار ج ص ع ٦٣-١٨، يجري إعداد أدوات لتقييم الوقاية من التهاب الكبد ومكافحته على نحو شامل على الصعيد القطري، وقد بدأ العمل لإعداد مجموعة ثانية من التقارير عن المسوحات القطرية للسياسات العامة والتنفيذ.

حاء: توقي ومكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية المتعددة (القرار ج ص ع ٦٢-١٥)

٩٧- حثت جمعية الصحة في القرار ج ص ع ٦٢-١٥ الدول الأعضاء على التوصل إلى تعميم الانتفاع بتشخيص وعلاج السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية وطلبت من منظمة الصحة العالمية أن تدعم هذه العملية. وقد أحرز تقدم كبير، ففي الوقت الراهن لست وعشرين دولة من أصل ٢٧ دولة عضوا سجل فيها أكثر من ٨٥٪ من حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة على الصعيد العالمي خططاً لزيادة فرص الحصول على الرعاية. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠١١، اعتمدت اللجنة الإقليمية لأوروبا خطة العمل الموحدة للوقاية من السل المقاوم للأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية ومكافحتها في الإقليم الأوروبي ٢٠١١-٢٠١٥ (القرار EUR/RC61/R7).

٩٨- وللوقاية إلى حد ما من تطور السل المقاوم للأدوية، اعتمدت جميع البلدان البالغ عددها ٢٢ بلداً التي تعاني من عبء السل استراتيجيات توصي باتباعها منظمة الصحة العالمية من أجل إشراك مقدمي خدمات الرعاية المناسبين في مجال ترصد السل من خلال التعاون بين القطاعين العام والخاص. وفي ٢٠١١، جاء الإبلاغ عن نسبة تتراوح بين ٢٠٪ و ٤٠٪ من حالات السل من مقدمي خدمات الرعاية من خارج برامج السل الوطنية في ٢٠ بلداً (بما في ذلك ١٠ بلدان تعاني من عبء كبير من السل) في المناطق التي تنفذ فيها نهج تمزج بين القطاعين العام والخاص. ولأن الأدوية المضمونة الجودة أساسية للوقاية من السل المقاوم للأدوية وعلاجه، فقد قدمت منظمة الصحة العالمية المساعدة التقنية والمشورة الاستراتيجية بشأن معايير الجودة والقضايا التنظيمية للمصنعين والسلطات المعنية بالتنظيمات في أكثر من ٧٠ بلداً.

٩٩- وبين عامي ٢٠٠٨ و ٢٠١١، أدرجت المنظمة سياسات جديدة بشأن إدارة البرامج الخاصة بالسل المقاوم للأدوية وأدوات مختبرية جديدة للتشخيص واعتمدت ست تكنولوجيا إضافية لاختبار الحساسية للأدوية، بما في ذلك اختبار Xpert MTB/RIF، وهي تقنية جزيئية جديدة لتشخيص كل من السل ومقاومة المضاد الحيوي ريفامبيسين في أقل من ساعتين. وزودت المنظمة البلدان بإرشادات بشأن استخدام هذه الاختبارات وهي بصدد تنسيق مشروع توسيع نطاق الانتفاع بتقنيات جديدة لتشخيص السل. ويرمي المشروع إلى تحسين الانتفاع باختبار الحساسية للأدوية في ٢٧ بلداً من البلدان ذات الأولوية. وقد تم نقل التكنولوجيا أو يجري نقلها في ١٨ من هذه البلدان. وبحلول نهاية ٢٠١١، نفذ ٤٠ بلداً تكنولوجيا Xpert MTB/RIF.

١٠٠- وفي عام ٢٠١١، استهل إطار عالمي جديد من أجل تنسيق الدعم الذي تقدمه المنظمة والشركاء إلى البلدان بغية توسيع نطاق انتفاع مرضى السل المقاوم للأدوية بالرعاية الصحية. وجميع البلدان اليوم مؤهلة للحصول على أدوية الخط الثاني المضمونة الجودة لعلاج السل مباشرة بواسطة المرفق العالمي للأدوية (آلية شراء تدعمها المنظمة)، لكن تكلفتها تظل باهظة جداً. ويرتقب أن يشرع في استخدام دوائين جديدين سريرياً بحلول عام ٢٠١٣. وتعمل المنظمة على وضع سياسة عامة من أجل طرح هذين الدوائين واستخدامهما بطريقة رشيدة.

١٠١- وتقدم المنظمة الدعم إلى البلدان في مجال رصد الانتفاع بالرعاية الصحية للسل المقاوم للأدوية المتعددة وفي مجال تحديث نظم تكنولوجيا المعلومات المستخدمة لهذا الغرض. ويستخدم نحو ٢١ بلداً يزرع تحت عبء السل نظماً إلكترونية لإدارة البيانات أو يخطط لاعتماد هذه النظم، وتعزز عشرة بلدان إجراء دراسات استقصائية عن مقاومة الأدوية أو شرعت مؤخراً في هذه الدراسات أو انتهت منها بغية تحسين مستوى دقة المعلومات المتاحة.

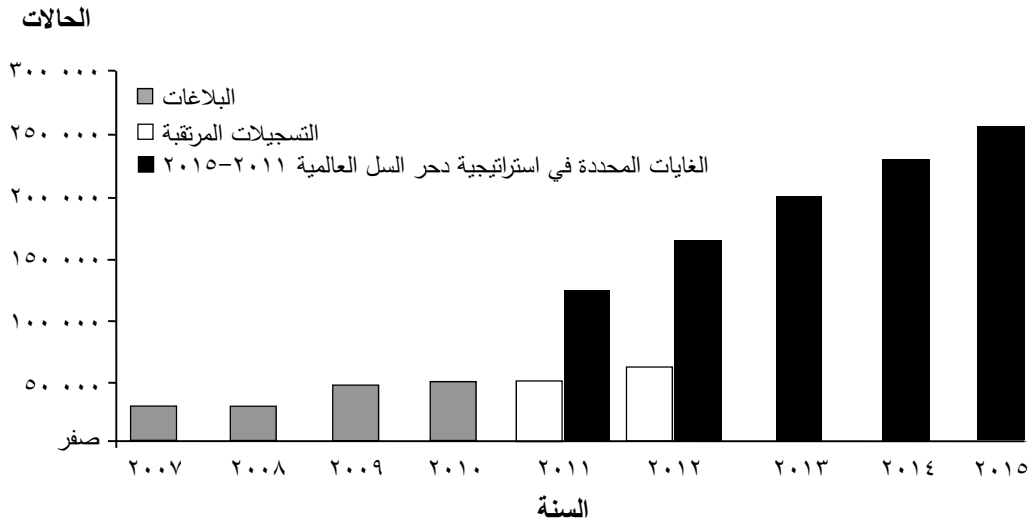
١٠٢- ورغم هذا التقدم المحرز، فالوتيرة الحالية للتحسن لن تفضي إلى تحقيق الغايات المحددة في القرار ج ص ع ٦٢-١٥. ولا تتجاوز نسبة وحدات الرعاية الصحية الأساسية التي تقدم الرعاية لمرضى السل وتقدم في الوقت ذاته الرعاية للمصابين بمرض مقاوم للأدوية المتعددة ٦٪ عالمياً. وقد سجل ارتفاع عام في الإبلاغ عن حالات السل المقاوم للأدوية المتعددة من ٢٩ ٠٠٠ عام ٢٠٠٨ إلى ٥٣ ٠٠٠ عام ٢٠١٠. ولكن يظل ذلك أبعد من الغاية المنشودة (انظر الرسم)، ويمكن الكشف عن نحو ٢٩٠ ٠٠٠ حالة من السل المقاوم للأدوية المتعددة كل عام إذا أمكن إخضاع جميع مرضى السل المبلغ عنهم لاختبار الحساسية للأدوية. بيد أن العدد المبلغ عنه من المرضى بالسل المقاوم للأدوية المتعددة الذين خضعوا لبرامج علاج عام ٢٠١٠ لم يتجاوز ٤٦ ٠٠٠ مريض (١٦٪ من المجموع المقدر) ولا يعالج منهم وفق معايير منظمة الصحة العالمية سوى ١٣ ٠٠٠ مريض.

١٠٣- ويجب على البلدان أن تعجل بتخصيص تمويل أكبر لبرامج السل وأن تزيد من الانتفاع بتشخيص سريع وبتكلفة معقولة وأن تعالج عدداً أكبر من مرضى السل المقاوم للأدوية المتعددة. ويجب خفض تكاليف العلاج ورفع القدرة على إنتاج أدوية الخط الثاني المضمونة الجودة. ويجب أيضاً تعزيز قدرة البرامج على إدارة شؤون مرضى السل من خلال تنفيذ السياسة العامة المحددة في القرار ج ص ع ٦٢-١٥.

١٠٤- وأحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المنعقدة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بالصيغة السابقة لهذا التقرير المرحلي^١، وأثناء المناقشات تم التطرق إلى حاجة الدول الأعضاء إلى تكثيف الاستجابة للسل المقاوم للأدوية المتعددة. وتشير دراسة أجريت مؤخراً عن الأشخاص المصابين في الهند بأشكال لا يمكن علاجها من الناحية النظرية من السل المقاوم للأدوية المتعددة^٢ إلى المخاطر التي قد تتعرض لها البلدان إن لم تسرع من وتيرة تنفيذ القرار ج ص ع ٦٢-١٥.

١ انظر الوثيقة مت ٢٠١٢/١٣٠/سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٢ انظر Udwadia Z et al. Correspondance: Totally Drug-Resistant Tuberculosis in India. *Clinical Infectious Diseases*. (نشر على الإنترنت في ٢١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١١).



طاء: الكوليرا: آلية للمكافحة والوقاية (القرار ج ص ع ٦٤-١٥)

١٠٥- يقدم هذا التقرير آخر المعلومات عن الوضع العالمي وتقييماً للجهود المبذولة في وسائل الوقاية من الكوليرا ومكافحتها، وذلك تلبية لطلب جمعية الصحة العالمية الوارد في القرار ج ص ع ٦٤-١٥ بشأن الكوليرا: آلية للمكافحة والوقاية. وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي^١.

١٠٦- وفي عام ٢٠١٠، أُبلغ عن ٣١٧ ٥٣٤ حالة^٣ للكوليرا، منها ٧٥٤٣ حالة وفاة وبلغ معدل الإماتة ٢,٣٨٪، أي بزيادة عدد الحالات بنسبة ٤٣٪ مقارنة بعام ٢٠٠٩، وينسبة ١٣٠٪ مقارنة بعام ٢٠٠٥. وبلغ ٤٨ بلداً عن الحالات. ولأول مرة منذ عام ١٩٩٥، انخفضت نسبة الحالات المبلغ عنها إلى منظمة الصحة العالمية من القارة الأفريقية من أكثر من ٩٠٪ من المجموع العالمي إلى أقل من ٥٠٪، وهذا نتيجة فاشية واسعة في هايتي بدأت في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠^٥. ووقعت ثلاث فاشيات في حوض بحيرة تشاد في أفريقيا الوسطى والجمهورية الدومينيكية وهايتي في منطقة الكاريبي وبابوا غينيا الجديدة في أوقيانوسيا بلغت نسبتها ٧٩٪ من الحالات العالمية و ٨٩٪ من الوفيات بالكوليرا على الصعيد العالمي^٥.

١٠٧- وتواصلت جهود تعزيز تدابير المكافحة على مدار السنة. وعلى سبيل المثال، وضعت كينيا خطة عمل وطنية شاملة تُنفذ حالياً وستكون نموذجاً للبلدان الأخرى في الإقليم. وتم اقتراح خطة مبتكرة للتنظيف الصحي بإشراف المجتمع المحلي للتنفيذ على نحو تجريبي.

١ انظر الوثيقة مت ٢٠١٢/١٣٠/٢/ سجلات، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٢ الكوليرا ٢٠١٠؛ السجل الوبائي الأسبوعي، ٢٠١١، ٨٦(٣١): ٣٢٥-٣٤٠.

٣ أُبلغت المنظمة بجميع البيانات الواردة في هذا التقرير من خلال النظم الوطنية لترصد المرض.

٤ الكوليرا ٢٠٠٩؛ السجل الوبائي الأسبوعي، ٢٠١٠، ٨٥(٣١): ٢٩٣-٣٠٨.

٥ الكوليرا ٢٠٠٠؛ السجل الوبائي الأسبوعي، ٢٠٠١، ٧٦: ٢٣٣-٢٤٠.

٦ تتأثر الاتجاهات والمستويات في الحالات والوفيات المبلغ عنها بمعدلات الإبلاغ الخاصة بنظم الترصد الوطنية وبعدد البلدان المبلّغة.

١٠٨- واستعرض خبراء في اجتماع مخصص عقدته منظمة الصحة العالمية في جنيف في أيار/ مايو ٢٠١١ مبادئ خطة متكاملة للتصدي للفاشيات أثناء الأزمات الإنسانية الواسعة النطاق. وتحقق توافق آراء واضح على استخدام لقاحات الكوليرا بشكل تفاعلي أثناء الفاشيات للحد من الوفيات في تلك المناطق حيث لا يمكن القيام بتدخلات أخرى بفعالية. ومن المهم ألا يعطل هذا النوع من حملات التطعيم التدخلات الأخرى ذات الأولوية العالية.

١٠٩- وناقش خبراء، خلال اجتماع تشاوري لمنظمة الصحة العالمية في جنيف عُقد في أيلول/ سبتمبر ٢٠١١، استراتيجية لإنشاء مخزون احتياطي من لقاح الكوليرا. وتم تقديم اقتراح بشأن تمويل مشروع يقوم فيه فريق عامل بتحديد الخطوات القادمة التي ستتخذ. وبعد إجراء منظمة الصحة العالمية لاختبار مسبق لصلاحية لقاح ثانٍ في أيلول/ سبتمبر ٢٠١١ خطوة مهمة نحو تحسين إتاحة لقاحات الكوليرا.

١١٠- وتبذل البلدان جهوداً جبارة لتحسين مكافحة الكوليرا في المناطق التي يتوطنها المرض، ولكن ما عاق التقدم هو تزايد عدد الأشخاص الذين يعيشون في ظروف غير صحية، وارتفاع معدلات الهجرة، وتدهور البنية التحتية، وأثر تغير المناخ، وتعارض الأولويات في مجال الصحة العمومية.

١١١- وفي ١١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٢، بمناسبة مرور سنتين على زلزال هايتي، أطلق المجتمع الدولي - بما في ذلك منظمة الصحة للبلدان الأمريكية واليونيسيف ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (أتلنطا، جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية) - دعوة إلى العمل: هيسبانويلا خالية من الكوليرا. وكان الهدف من هذه المبادرة هو الانتقال من مكافحة الكوليرا إلى استئصال الكوليرا من خلال استثمارات أساسية في البنى التحتية للمياه والإصحاح والتصحح بالنظر إلى أنها تُعتبر التدابير الطويلة الأجل الوحيدة لمكافحة الكوليرا.

١١٢- وتتشارك الآن رسمياً منظمة الصحة العالمية واليونيسيف في استضافة الشبكة الدولية المعنية بتعزيز معالجة المياه وتخزينها بطريقة مأمونة داخل الأسر. وستكثف الجهود المبذولة لتعزيز الأنشطة في المناطق التي تتوطنها الكوليرا. وستطرح هذه المسألة في المنتدى العالمي السادس للمياه (مرسيليا، في الفترة من ٧ إلى ١٢ آذار/ مارس ٢٠١٢) حيث نُظمت أيضاً جلسة حول الوقاية من الكوليرا ومكافحتها في أفريقيا.

ياء: مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري (القرار ج ص ع ٥٧-٢)

١١٣- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي^١.

١١٤- تراجع عدد الحالات الجديدة من داء المثقبيات الأفريقي البشري المبلغ عنها إلى ما دون ١٠ ٠٠٠ لأول مرة منذ ٥٠ عاماً، إذ أُبلغ عن ٩٨٧٨ حالة عام ٢٠٠٩ و ٧١٣٩ حالة عام ٢٠١٠. وانخفض عدد الحالات المبلغ عنها في الفترة ٢٠٠١-٢٠١٠ إلى نسبة ٧٣,٤٪.

١١٥- يتوطن الشكل المزمن من داء المثقبيات الأفريقي البشري الناجم عن المثقبية البروسية الغامبية في ٢٤ بلداً. وخلال عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٠ لم يبلغ أحد عشر بلداً (بنن، بوركينا فاسو، غامبيا، غانا، غينيا - بيساو، ليبيريا، مالي، النيجر، السنغال، سيراليون، توغو) عن أي حالة في حين أبلغت ثمانية بلدان (الكاميرون،

١ انظر الوثيقة م٢٠١٢/١٣٠/٢ سجلات، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢ (النص الإنكليزي).

الكونغو، كوت ديفوار، غينيا الاستوائية، غابون، غينيا، نيجيريا، أوغندا) عن أقل من ١٠٠ حالة جديدة سنوياً. وأبلغت أنغولا وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد والسودان عما يتراوح بين ١٠٠ و ١٠٠٠ حالة جديدة سنوياً. وتعد جمهورية الكونغو الديمقراطية أكثر البلدان تضرراً إذ تبُلَّغ عما يفوق ١٠٠٠ حالة جديدة كل عام.

١١٦- ويتوطن الشكل الحاد من داء المتقيبات الأفريقي البشري الناجم عن المتقيبية البروسية الروديسية في ١٣ بلداً. وخلال الفترة نفسها لم تبُلَّغ بوتسوانا وبوروندي وإثيوبيا وموزامبيق وناميبيا ورواندا وسوازيلند عن أية حالة. وأبلغت كينيا وزمبابوي عن حالات متفرقة. وأبلغت ملاوي وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا عن أقل من ١٠٠ حالة جديدة كل عام فيما أبلغت أوغندا عما يتراوح بين ١٠٠ و ١٠٠٠ حالة جديدة كل عام.

١١٧- ومكَّنت شراكات بين القطاعين العام والخاص بلداناً يتوطنها داء المتقيبات الأفريقي البشري من استخدام أفضل خيارات العلاج المتاحة. وفي نيسان/ أبريل ٢٠٠٩ وافقت لجنة الخبراء المعنية باختيار واستخدام الأدوية الأساسية على توليفة الإفلورنثين ونيفورتييموكس لعلاج المرحلة الثانية من الداء الناجم عن المتقيبية البروسية الغامبية. وبفضل هذه التوليفة انخفضت مدة العلاج بالدواء وتيسر إعطاؤه، وظل مستوى الفعالية نفسه كما في العلاج بالإفلورنثين وحده. وبفضل هذا الخيار العلاجي الجديد، لم تعالج بالميلارسوبرول السام عام ٢٠١٠ إلا ١٢٪ من الحالات المبلغ عنها مقارنة بنسبة ٨٦٪ من الحالات المبلغ عنها عام ٢٠٠٨. ويعزى هذا النجاح إلى بناء القدرات والتوزيع المجاني لمجموعة من المواد تشمل جميع المواد اللازمة لإعطاء توليفة الأدوية.

١١٨- وعلى الرغم من النتائج المشجعة والآفاق الواعدة، تظل العملية ضعيفة ويظل داء المتقيبات الأفريقي البشري خطراً يهدد أفريقيا. وبناءً على ذلك، ينبغي دعم البلدان التي يتوطنها الداء بغية تعزيز أنشطة مكافحته عبر تحديد الجيوب المعزولة التي يسري فيها الداء وتحسين عملية الترصد والإبلاغ. ولتحقيق هذا الهدف، ينبغي اتباع نهج متكامل تتجز في إطاره أنشطة الترصد والمكافحة داخل نُظم صحية معززة تمتلك مقومات العمل بفعالية.

١١٩- وقد ساهم انخفاض عدد حالات داء المتقيبات الأفريقي البشري المبلغ عنها في تراجع الاهتمام بالتعاون الثنائي والتعاون بين المنظمات غير الحكومية والجهات المانحة وفي تراجع الوعي بخطر هذا الداء على تنمية الصحة العمومية في بلدان توطنه. ويتعزز هذا التراجع بسبب تحديد أولويات أخرى في مجال الصحة العمومية. ومكَّمن الخطر إذاً هو احتمال توقف عملية المكافحة والترصد - وهذا ما حدث في أواخر ستينات القرن الماضي وأدى في نهاية المطاف إلى عودة الداء. وكي لا يعيد التاريخ نفسه، ينبغي الاستمرار على إنكاء الوعي بهذا الداء عبر مضاعفة الجهود في مجال الدعوة. وينبغي أن يرمي ذلك إلى التأكد من أن الداء يحظى بالأولوية في برامج الصحة لكل من البلدان التي يتوطنها والجهات المانحة. وأما أنشطة المكافحة والترصد في الميدان فلا بد من تعزيزها والإسراع في البحث للتوصل إلى أدوات تدعم صياغة استراتيجيات جديدة لإشراك النظم الصحية في عملية مكافحة وترصد لداء المتقيبات الأفريقي البشري تكون فعالة من حيث التكلفة ومستدامة.

١٢٠- وفي إطار مكافحة هذا الداء، تواصل منظمة الصحة العالمية التعاون مع مفوضية الاتحاد الأفريقي في إطار الحملة الأفريقية الشاملة للتخلص من ذبابة تسي تسي وداء المتقيبات ومع منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو) في إطار البرنامج المشترك بين عدة مؤسسات لمكافحة داء المتقيبات الأفريقي.

كاف: الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥ (القرار ج ص ٦٤-١٤)

١٢١- اعتمدت جمعية الصحة في القرار ج ص ٦٤-١٤ الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة ٢٠١١-٢٠١٥. وجاء هذا التقرير استجابة للطلب الوارد في القرار بأن يقدم المدير العام تقريراً مرحلياً عن تنفيذ الاستراتيجية. وأحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي.^١

١٢٢- وقد وضعت خطة تشغيلية تعرض بالتفصيل أبرز مساهمات المنظمة لدعم تنفيذ الاستراتيجية. وتتماشى هذه الخطة مع الميزانية الموحدة لبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز ونتائجه وإطار المساءلة الخاص به.^٢ وأنجزت إدارة فيروس العوز المناعي البشري عملية تقييم استراتيجي في تموز/يوليو ٢٠١١ للاستفادة على أكمل وجه من هيكلها وموظفيها في ظروف شح الموارد.

١٢٣- وفي ٢٠ حزيران/يونيو ٢٠١١، أُجريت مشاورات في جنيف مع الدول الأعضاء وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز والشركاء الإنمائيين والمجتمع المدني والجهات المشاركة في التمويل حول كيفية تحويل الاستراتيجية العالمية إلى عمل قطري. وقد تقدمت عملية تكيف الاستراتيجية العالمية وفق الأقاليم. وفي تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠، اعتمدت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في القرار ش م/ل/٥٧/ق-٥ الاستراتيجية الإقليمية. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠١١ أقرت اللجنة الإقليمية لجنوب شرق آسيا في قرار لها عن ترحيبها باعتماد جمعية الصحة هذه الاستراتيجية.^٣ وفي أكتوبر/تشرين الأول اعتمدت اللجنة الإقليمية لأوروبا في قرارها EURO/RC61/R8 خطة عمل. وستعرض الخطة الإقليمية لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية للفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥ في النصف الأول من عام ٢٠١٢. ويقوم المكتب الإقليمي لأفريقيا بتحديث استراتيجية إقليمية،^٥ ستنظر فيها اللجنة الإقليمية لأفريقيا عام ٢٠١٢. ودُكرت الاستراتيجية العالمية في الإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) في ١٠ حزيران/يونيو ٢٠١١.^٦

١٢٤- وقد حددت الأولويات لثلاثية ٢٠١٢-٢٠١٣. وخلال مشاورات حول الاستخدام الاستراتيجي للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وعلاجه، جرت مناقشة بحث جديد بشأن الفوائد الوقائية للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، والفوائد الصحية الأعم للبدء المبكر في العلاج بمضادات

١ انظر الوثيقة م٢٠١٢/١٣٠/٢/سجلات، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٢ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/20110526_UBRAF%20Part%201_final.pdf (تم الاطلاع عليه في ٢١ شباط/فبراير ٢٠١٢).

٣ انظر القرار SEA/RC64/R6.

٤ Regional HIV/STI Plan for the Health Sector 2006-2015, PAHO, 2005, http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_ENGLISH.pdf (تم الاطلاع عليه في ٢١ شباط/فبراير ٢٠١٢).

٥ الوثيقة AFR/RC56/8، HIV prevention in the African Region: a strategy for renewal and acceleration.

٦ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة A/RES/65/277، http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf (تم الاطلاع عليه في ٢١ شباط/فبراير ٢٠١٢).

الفيروسات القهقرية، وفعالية العلاج الوقائي قبل التعرض لفيروس العوز المناعي البشري بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية واستخدام مبيدات الجراثيم المهبليّة.^١ ومن بين حصائل المشاورة مجموعة من المبادئ التوجيهية التي يجري إعدادها حالياً بشأن تحديد أولويات استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. وفي إطار تقسيم عمل برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الأيدز،^٢ تقود منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع اليونيسيف الجهود المبذولة في مجال الوقاية من انتقال فيروس الأيدز من الأم إلى طفلها وما فتئت تشارك بنشاط في وضع خطة عالمية للقضاء على العدوى بفيروس العوز المناعي البشري.^٣ وترمي "مبادرة العلاج رقم ٢" التي تقودها منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الأيدز إلى بلوغ أقصى فعالية لعلاج فيروس العوز المناعي البشري لإتاحة فرص العلاج للجميع بحلول ٢٠١٥.

١٢٥- وتواصل الأمانة رصد جائحة فيروس العوز المناعي البشري واستجابة قطاع الصحة لها. وفي تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١١، اشتركت كل من منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الأيدز واليونيسف في إطلاق استجابة عالمية لفيروس العوز المناعي البشري/ الأيدز.^٤ وتظهر بيانات جديدة أن حالات فيروس العوز المناعي البشري في العالم قد انخفضت حيث سُجل ما قدره ٢,٧ مليون (٢,٤ مليون - ٢,٩ مليون حالة عدوى) حالة عدوى جديدة عام ٢٠١٠، أي بنسبة ١٥٪ أقل من ٣,١ مليون (٣ مليون - ٣,٣ مليون حالة عدوى) حالة عدوى جديدة عام ٢٠٠١. وانخفض العدد السنوي لحالات الوفاة المرتبطة بالأيدز من ذروة بلغت ٢,٢ مليون حالة وفاة (٢,١ مليون - ٢,٥ مليون حالة وفاة) عام ٢٠٠٥ إلى ما قدره ١,٨ مليون حالة وفاة (١,٦ مليون - ١,٩ مليون حالة وفاة) عام ٢٠١٠. ومع ذلك، فهناك تباين إقليمي كبير.

١٢٦- وأحرز تقدم كبير في استجابة قطاع الصحة لفيروس العوز المناعي البشري. وتوسع نطاق البرامج الطبية الخاصة بختان الذكور للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري في ١٣ بلداً من البلدان التي ترزح تحت عبء ثقيل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وفي عام ٢٠١٠، أجريت ٤١٠ ٠٠٠ عملية ولكن هذا الرقم لا يبيّن سوى ٢٪ من الحاجة المقدرة. ويعرف عدد أكبر من الناس حالتهم فيما يخص الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري بفضل زيادة عدد المرافق الصحية التي توفر اختبارات فيروس الأيدز وخدمات المشورة عام ٢٠١٠ بنسبة ٢٢٪ مقارنة بعام ٢٠٠٩. بيد أن الخدمات المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري المقدمة إلى السكان المعرضين للخطر أكثر، بمن فيهم متعاطو المخدرات بالحقن والعاملون في مجال الجنس واللواطيون ومغايرو الهوية الجنسانية، لا تزال محدودة. ويتواصل التوسع الناجح لعلاج فيروس العوز المناعي البشري حيث يتلقى ٦,٦ مليون شخص العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في نهاية عام ٢٠١٠، أي بزيادة قدرها ٢٧٪ منذ نهاية عام ٢٠٠٩. وزادت أيضاً فرص الحصول على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية للوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل، إذ إن ٥٩٪ من الحوامل المصابات بهذا الفيروس يتلقين هذا العلاج عام ٢٠١٠ مقارنة بنسبة ٤٨٪ عام ٢٠٠٩.

١ كانت هذه مشاورة غير رسمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الاستخدام الاستراتيجي للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، جنيف، من ١٤ إلى ١٦ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١١، وقد جمعت الدول الأعضاء والباحثين والشركاء الإنمائيين والمجتمع المدني ومعدي البرامج.

٢ انظر الوثيقة UNAIDS technical support division of labour: summary & rationale, Geneva, UNAIDS, 2005.

٣ Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf (تم الاطلاع عليه في ٢١ شباط/ فبراير ٢٠١٢).

٤ Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011, Geneva, World Health Organization, 2011. (قيد الإعداد).

لام: الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها (القرار جص ٥٩٤-١٩)

١٢٧- يوفر هذا التقرير تحديثاً بشأن التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها، التي اعتمدها جمعية الصحة العالمية في القرار جص ٥٩٤-١٩. وأحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي.^١

١٢٨- وتم، في إقليم منظمة الصحة العالمية الأوروبي، وضع إطار إقليمي لتنفيذ الاستراتيجية؛ واستعرض، بعد ذلك، من قبل ممثلي الدول الأعضاء التابعة للإقليم، والمنظمات الدولية الشريكة، والمجتمع المدني. واضطلع بعثات إلى قيرغيزستان وطاجيكستان وأوكرانيا من أجل تقديم الدعم التقني اللازم لتعزيز تدخلات الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠١١، قامت منظمة الصحة العالمية، خلال انعقاد المؤتمر الأوروبي السادس والعشرين للاتحاد الدولي لمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً (ريغا، ٨-١٠ أيلول/سبتمبر ٢٠١١)، بتنظيم ندوة أسهمت في تحفيز التزام بلدان الإقليم.

١٢٩- وفي إقليم غرب المحيط الهادئ عُقد اجتماع بغرض استعراض منتصف مدة خطة العمل الخاصة بالاستراتيجية الإقليمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها (أولانتاتار، ١٨-٢٠ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠). وأحاط المشاركون في الاجتماع علماً بالتقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل، إذ عُرضت تقارير تشير إلى انخفاض معدلات الأمراض المنقولة جنسياً ومعدلات فيروس الأيدز، وإلى إبقاء معدلات انتشار ذلك الفيروس في مستويات منخفضة في كمبوديا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية ومنغوليا والفلبين وفيت نام. وتم، في منغوليا، خفض انتشار الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس الأيدز بين العاملين في تجارة الجنس بانتهاج تدخل شامل محدد الأهداف يتمثل في التوعية، وتنظيف الأتراب، وتعزيز استخدام العوازل، وتنفيذ برنامج "استخدام العوازل في كل اتصال جنسي"، وتوفير خدمات منتظمة في مجال الأمراض المنقولة جنسياً. أما في جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية والفلبين وفيت نام فقد انخفضت معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً بين العاملين في تجارة الجنس بفضل العلاج الظني الدوري، فضلاً عن تدخلات أخرى محددة الأهداف.

١٣٠- وفي إقليم الأمريكتين جرى إعداد ونشر إرشادات بشأن إدماج خدمات وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية مع أنشطة الوقاية من الأيدز والأمراض المنقولة جنسياً. وفي منطقة البحر الكاريبي وفرت الأمانة الدعم لغيانا من أجل إعداد الاستراتيجية الوطنية الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً. وعُقد اجتماع لمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (أتلنطا، جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية) وغيرها من أصحاب المصلحة في عام ٢٠١٠ للتركيز على إدارة الأمراض المنقولة جنسياً ورصدها في منطقة الكاريبي. وجرى تقييم ثمانية بلدان من حيث الوقاية من هذه الأمراض ومكافحتها في سياق استجابة النظم الصحية لفيروس الأيدز في الفترة ٢٠٠٨-٢٠١١. وشكلت الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً أيضاً عنصراً رئيسياً في الجهود الإقليمية الرامية إلى الارتقاء بالتنظيف الجنسي الشامل وتعزيز الصحة الجنسية، حسبما جاء في إعلان مدينة المكسيك الوزاري: "الوقاية من خلال التنظيف" (٢٠٠٨).

١٣١- وفي إقليم جنوب شرق آسيا، شجعت الأمانة نهجاً متكاملًا بشأن الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس الأيدز على أساس الاستراتيجية الإقليمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها ٢٠٠٧-٢٠١٥. وقد شجعت الدول الأعضاء على إدراج مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً في اقتراحاتها المقدمة إلى الصندوق العالمي

١ انظر الوثيقة مت ٢٠١٢/١٣٠/سجلات ٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، مع توفير الأمانة للدعم التقني بشأن إعداد الاقتراحات. ووضع المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا في عام ٢٠١١ مبادئ توجيهية إقليمية لإدارة الأمراض المنقولة جنسياً جرى تعميمها على البلدان. ووفرت الأمانة أيضاً مساعدة تقنية من أجل تحديث المبادئ التوجيهية الوطنية المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً في إندونيسيا وملديف وميانمار وسري لانكا. واضطلع ببعثات إلى ميانمار من أجل إعداد وتنفيذ استقصاءات بشأن انتشار الأمراض المنقولة جنسياً بين المجموعات السكانية الأشد تعرضاً للخطر. وإضافة إلى هذا، قُدم الدعم إلى اثنين من موظفي مختبر الصحة الوطني في يانغون من أجل تلقي التدريب في بأكوك على استخدام تكنولوجيا تفاعل البوليميراز المتسلسل في تشخيص الأمراض المنقولة جنسياً، في حين أُتيح التدريب الوطني على التشخيص لجميع موظفي مختبرات العيادات المعنية بهذه الأمراض في ميانمار. وأجري تقييم للبرنامج الخاص بالأمراض المنقولة جنسياً في إندونيسيا في إطار الاستعراض الخارجي لاستجابة قطاع الصحة لفيروس الأيدز. وفي الهند وسري لانكا وتايلند واصلت معدلات الأمراض المنقولة جنسياً تراجعها في صفوف البغايا بفضل التدبير العلاجي المتلازمي أو السببائي لهذه الأمراض وتشجيع استخدام العوازل الذكرية وغير ذلك من التدخلات.

١٣٢- وفي الإقليم الأفريقي ليست هناك معرفة واضحة للانتشار الحقيقي للأمراض المنقولة جنسياً وذلك إلى حد بعيد بسبب الافتقار إلى البيانات. واستجابة لذلك، أدرجت غالبية بلدان الإقليم الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها كجزء أصيل من برامجها الخاصة بالوقاية من فيروس الأيدز وبالصحة الجنسية والإنجابية. وإضافة إلى ذلك، وضعت الدول الأعضاء في الجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي إطاراً للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها. وقد اعتمد الإطار، الذي يتفق مع الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها، في عام ٢٠١٠. وعقب ذلك، قامت عدة بلدان معنية بتحديث المبادئ التوجيهية الوطنية للوقاية من هذه الأمراض ومكافحتها. وجرى جمع بيانات عن مؤشرين اثنين يتعلقان بالأمراض المنقولة جنسياً من البلدان في إطار التبليغ عن التقدم المحرز في تنفيذ الإطار: (١) نقاط تقديم الخدمات التي توفر خدمات خاصة بالأمراض المنقولة جنسياً للبغايا لكل ١٠٠٠ من البغايا؛ (٢) وانتشار الإصابة بالزُهري في صفوف من يحضرن إلى عيادات الرعاية السابقة للولادة. وفي عام ٢٠٠٩، أبلغت تسع بلدان بالمؤشر الأول و٢٨ بالمؤشر الثاني. وكان التفاوت كبيراً بين النتائج المتحصل عليها من البلدان المبلّغة حيث تراوح عدد نقاط تقديم الخدمات بين ٠,٥ لكل ١٠٠٠ من البغايا في غينيا و١٤,٤ لكل ١٠٠٠ من البغايا في سان تومي وبرينسيبي. وتفاوت أيضاً انتشار الزُهري في صفوف من حضرن للرعاية السابقة للولادة، وأبلغت بلدان من قبيل تشاد وغانا ومدغشقر وموزمبيق وزامبيا عن إصابات بالزُهري تتجاوز ٥٪. ويجري تعزيز تحري سرطان عنق الرحم بالفحص البصري باستخدام حمض الخليك والمعالجة بالبرد في مدغشقر وملاوي ونيجيريا ورواندا وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا.

١٣٣- وفي إقليم شرق المتوسط أُجريت الاستعراضات الإقليمية السنوية لأنشطة ترصد فيروس الأيدز والأمراض المنقولة جنسياً ووُضعت توصيات وعمّمت على وزارات الصحة والوكالات الشريكة. وحدد اجتماع أصحاب المصلحة الإقليميين المعني بتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها ٢٠٠٩-٢٠١٥ (مدينة الحمامات، تونس، ٨-١١ حزيران/يونيو ٢٠٠٩) الأولويات والأهداف والأطر الزمنية ومؤشرات الأداء فيما يتعلق بتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية. وقُدم الدعم لثلاثة بلدان - هي جمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية واليمن - من أجل إعداد خطط عملها الوطنية الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً وتضمينها في الخطط التشغيلية الوطنية لمكافحة فيروس الأيدز. وقُدم الدعم التقني إلى جمهورية إيران الإسلامية والعراق والمغرب وعمان والصومال وجنوب السودان والسودان وتونس والصفة الغربية وقطاع غزة واليمن بشأن ترصد فيروس الأيدز والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك استعراض متعمق لنظم الترصد ذات الصلة.

١٣٤- وتماشياً مع دور المنظمة الريادي في قيادة التنسيق والعمل العالميين في مجال مقاومة مضادات الميكروبات، وضعت الأمانة خطة عمل عالمية لمكافحة انتشار وأثر مقاومة النيسرية البنية لمضادات الميكروبات

بغية تعزيز الوقاية من المرض وتشخيصه ومكافحته على المستوى العالمي، والتخفيف من الأثر الصحي لمقاومة مضادات الميكروبات من خلال إجراءات متعددة القطاعات مُحسّنة ومستدامة ومستندة إلى البيّنات وتعاونية. وقد أنشأت المنظمة شبكة من مختبرات الامتياز لرصد انتشار النيسرية البنية المقاومة للأدوية المتعدّدة على الصعيد العالمي، وتقديم المشورة في هذا الصدد. وتقع تلك المختبرات المرجعية في أستراليا وكندا والهند وجنوب أفريقيا والسويد. وتم، بالإضافة إلى ذلك، تعزيز التعاون مع قسم الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها بمرکز الولايات المتحدة الأمريكية لمكافحة الأمراض والوقاية منها (أتلانطا، الولايات المتحدة الأمريكية)؛ ووكالة حماية الصحة (المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية)؛ والمركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها من أجل مكافحة النيسرية البنية المقاومة لمضادات الميكروبات على الصعيد العالمي. وثُبِن البيّنات التي جُمعت حتى الآن أن سلالات المكورات البنية المقاومة للأدوية المتعدّدة آخذة في السريان، وذلك أساساً في إقليم غرب المحيط الهادئ، وأنها تتسم بالمقاومة المشتركة للسيفالوسبورين الفموي والكينولون والبنسلين والتتراسكلين. وظهرت في اليابان مكورات بنية أقل تَأثراً بالمضادات الحيوية في التجارب المختبرية، كما أنها أُبِدَت، في عهد أقرب، مقاومة سريرية تنم عن فشل العلاج - وهو أمر يثير قلقاً عالمياً. والمكورات البنية الأقل تَأثراً بالسيفالوسبورين الفموي والمقاومة له آخذة في الانتشار داخل منطقة آسيا والمحيط الهادئ، كما بدأت في الظهور في مناطق أخرى من العالم. وتجدر أيضاً ملاحظة أن برامج الترصد في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أبلغت عن وجود اتجاه نحو تناقص تَأثر المكورات البنية بكل من السيفالوسبورين الفموي والسيفترياكسون، وذلك يحاكي ما حدث بالنسبة للبنسلين والتتراسكلين في الأربعينيات والخمسينيات من القرن الماضي. وفي جنوب أفريقيا، اكتملت استقصاءات للمقاومة المضادة للميكروبات في أنحاء مختلفة من البلد. وقد أكدت هذه الاستقصاءات انتشار مقاومة المكورات البنية للسبيروفلوكساسين، بيد أنه لا توجد بيّنات على ظهور المقاومة للسيفيكسيم أو السيفترياكسون. وفي ناميبيا، عقب استقصاء مماثل، وُجِد أن انتشار السبيروفلوكساسين يبلغ ٢٤٪ إجمالاً. ونتيجة لذلك، نقحت وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية المبادئ التوجيهية الوطنية للعلاج في عام ٢٠٠٨ واستعاضت عن السبيروفلوكساسين بالسيفيكسيم في علاج العدوى المُفترضة بالمكورات البنية. وفي المغرب نُفِحت أيضاً المبادئ التوجيهية الوطنية بشأن الأمراض المنقولة جنسياً، كما أنشئت شبكة وطنية لرصد مقاومة النيسرية البنية للأدوية بدعم من الأمانة.

١٣٥- وتم، في عدة مناطق، الاضطلاع بدورات تدريبية من أجل تعزيز وتنشيط ترصد الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك ترصد مقاومة عداوى المكورات البنية لمضادات الميكروبات. وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٠، عُقدت حلقة عملية - نظمتها جامعة ساسكاتشوان (ساسكاتون، كندا) - من أجل إحياء برنامج ترصد حساسية المكورات البنية للأدوية المضادة للميكروبات في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي. وتدعم منظمة الصحة للبلدان الأمريكية حالياً رصد حساسية النيسرية البنية من خلال شبكة مؤسسية داخل وزارات الصحة. وسوف تُشكّل المختبرات المرجعية الوطنية جزءاً من هذه الشبكة. وفي الإقليم الأفريقي تم تدريب ٢٣ ممرضاً زمبابوياً وثلاثة تقنيي مختبرات في هراري في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠، وتم تدريب أخصائيين اثنين في علم الأحياء من مدغشقر في المختبر المرجعي بجنوب أفريقيا في آذار/مارس ٢٠١١، كما تم تدريب ثلاثة تقنيي مختبرات من جمهورية تنزانيا المتحدة في جنوب أفريقيا حزيران/يونيو ٢٠١١. وفي إقليم جنوب شرق آسيا نُظمت حلقة عملية تدريبية لفائدة أربعة تقنيي مختبرات من بوتان في المختبر المرجعي بالهند في حزيران/يونيو ٢٠١٠. وتم، في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٠، تدريب أخصائي في مجال علم الأحياء الدقيقة من بوتان وتسعة أخصائيين من الهند وأخصائي واحد من سري لانكا في المركز ذاته. كما تلقى نحو ٢٠ مديراً من مديري البرامج ينتمون إلى ١١ بلداً في إقليم جنوب شرق آسيا تدريباً شاملاً في مجال ترصد الأمراض المنقولة جنسياً في سري لانكا في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١.

١٣٦- وسجّلت مبادرة المنظمة بشأن التخلّص من الزهري الخلقي على الصعيد العالمي تقدماً. وتم وضع نظام للرصد ضمن نظام الإبلاغ الخاص بأنشطة منظمة الصحة العالمية من أجل بلوغ المرمى المتمثل في إتاحة

خدمات الوقاية والعلاج والدعم للجميع فيما يخص فيروس الأيدز. وبحلول عام ٢٠١٠، كان ١٦ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل قد بلغوا الهدف العالمي المحدد لعام ٢٠١٥ والمتمثل في تحري الزهري في الزيارة الأولى لدى ما يقل عن ٩٠٪ من إناث الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة اللاتي يلتمسن خدمات الرعاية السابقة للولادة. وأطلقت، في حزيران/يونيو ٢٠١١، مبادرة رائدة تشمل ستة بلدان تابعة للإقليم الأفريقي، هي جمهورية أفريقيا الوسطى وغانا ومدغشقر وموزمبيق وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا، وترمي إلى التخلص، في آن واحد، من حالات انتقال الزهري وفيروس الأيدز من الأم إلى الطفل من خلال تدعيم خدمات الرعاية السابقة للولادة. وفي عام ٢٠٠٩، قدّم ١١ بلداً من بلدان إقليم الأمريكتين بيانات تُشير إلى أنها ربما تكون قد حققت هدف التخلص من الزهري الخلقي كمشكلة صحية عمومية، أي بلوغ معدل يقل عن ٠,٥ حالة لكل ١٠٠٠ مولود حي فيما يخص وقوع المرض. وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩، أطلقت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية واليونيسيف المبادرة الإقليمية للتخلص من انتقال فيروس الأيدز والزهري من الأم إلى الطفل في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (مبادرة التخلص)^١. وقد اعتُمدت مبادرة التخلص من جانب آليات إقليمية رئيسية، منها هيئة المسؤولين الطبيين الرئيسيين في منطقة الكاريبي وتجمّع الوزراء المسؤولين عن الصحة التابع للجماعة الكاريبية واجتماع وزراء الصحة في المنطقة الأندية في عام ٢٠١٠. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠١٠، اعتمد مجلس إدارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية الاستراتيجية ووافق على خطة العمل الخاصة بالتخلص من انتقال فيروس الأيدز والزهري الخلقي من الأم إلى الطفل بحلول عام ٢٠١٥، وهناك ٢٢ بلداً لديها خطط في مجال التخلص. وشُرع في آسيا والمحيط الهادئ، في أيلول/سبتمبر ٢٠١١، في تنفيذ إطار للتخلص من الإصابات الجديدة بفيروس الأيدز والزهري الخلقي بين الأطفال في الفترة بين عامي ٢٠١١ و٢٠١٥. وقد حدّد إقليم جنوب شرق آسيا مؤشرات وتعريفات للحالات وأهدافاً فيما يتصل بالتخلص من هذا المرض. وفي إقليم غرب المحيط الهادئ، أخيراً، نجح أسلوب "الحصول على كل الخدمات في زيارة واحدة"، في منغوليا، في الحد من الاتجاهات السائدة في مجال الزهري الخلقي.

١٣٧- وبغية معالجة الثغرات القائمة في المعلومات الاستراتيجية المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً، أُعدت تقديرات للانتشار والوقوع العالميين والإقليميين في صفوف البالغين ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٩ عاماً فيما يتعلق بأربعة أمراض منقولة جنسياً قابلة للعلاج، ألا وهي: *المتدثرة الحثرية والنيسرية البنية* واللولبية الشاحبة *والمشعرة المهبلية*. وتشير التقديرات إلى أن العدد الإجمالي للحالات السنوية الجديدة في عام ٢٠٠٥ كان ٤٤٨ مليوناً. وقد تواصل العمل على تحديث هذه التقديرات عن طريق تحليل البيانات بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠٠٨. واستناداً إلى هذا التحليل المستمر، من المقدر أنه كانت هناك أكثر من ٤٩٨ مليون حالة لوقوع هذه الأمراض الأربعة في عام ٢٠٠٨.

١ See 2010 Situation analysis: elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington DC, PAHO, 2011.

٢ REMSA. Eliminación de la sífilis congénita, de la transmisión vertical del VIH y disminución del VIH pediátrico. Resolución REMSA XXIV/3. Caracas, 2010.

٣ القرار CD50.R12.

٤ انظر *Elimination of new paediatric HIV infections and congenital syphilis in Asia-Pacific, 2011-2015*. United Nations Children's Fund East Asia and Pacific Regional Office, Bangkok, 2011 (http://www.unicef.org/eapro/PPTCT_CF_and_ME_guide_17Aug11.pdf)

(تم الاطلاع عليه في ٢٢ شباط/فبراير ٢٠١٢).

ميم: الصحة الإنجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي (الأهداف) والغايات الإنمائية الدولية (القرار ج ص ٥٧٤-١٢)

١٣٨- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي^١.

١٣٩- وكانت جمعية الصحة قد طلبت في قرارها ج ص ٥٧٤-١٢ إلى المدير العام تكريس ما يكفي من أولوية والتزام وموارد على صعيد المنظمة لدعم النهوض الفعلي باستراتيجية الصحة الإنجابية وتنفيذها وتوفير الدعم للدول الأعضاء بشأن ضمان أمن السلع الخاصة بالصحة الإنجابية وتقديم تقارير مرة كل سنتين على الأقل. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠١٠، استهل الأمين العام للأمم المتحدة الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل مع إعادة تركيز الاهتمام على الدور الحاسم للصحة الإنجابية في صحة المرأة والطفل عامة وإعادة التأكيد على ضرورة تسريع وثيرة التقدم.

١٤٠- وواصلت الأمانة التعاون مع الدول الأعضاء في جهودها لإتاحة رعاية صحية جنسية وإنجابية جيدة للجميع. ويشمل العمل الإقليمي دعم الأطر السياسية وخطط التسريع بشأن تحسين الصحة الإنجابية والمساهمة فيما أسفر عنه مؤتمر القمة الوزاري والبرلماني من وثائق ختامية بشأن الصحة الإنجابية والتنمية. ويقدم حالياً الدعم التقني في عدد من المجالات، بما فيها تمويل الرعاية الصحية والحوار حول السياسات والموارد البشرية، وفي تعزيز القدرات لتلبية الاحتياجات في مجال تقديم الخدمات في العناصر الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية.

١٤١- وفي ٢٠١١، وزع استبيان للمنظمة على الدول الأعضاء لتقييم تنفيذ الاستراتيجية العالمية بشأن الصحة الإنجابية. وتشير النتائج إلى إحراز تقدم. وقد أحرز تقدم في الدول الأعضاء الثماني والخمسين التي أجابت على الاستبيان بفضل ما يلي:

- تعزيز الشراكات الرامية إلى تحسين قدرات النظام الصحي وتدريب العاملين المهرة في مجال الصحة واستبقاؤهم وزيادة الانتفاع بالرعاية التوليدية الطارئة؛
- تحديث الأطر التشريعية والتنظيمية بما يتماشى مع الخطط الاستراتيجية الوطنية؛
- الحصول على التزام سياسي من خلال إبراز الصلة الحيوية بين الصحة الإنجابية المحسنة والتنمية؛
- تعزيز الرصد والتقييم والمساءلة لتحسين قاعدة البيانات اللازمة لتحديد الأولويات؛
- تخصيص موارد وطنية للصحة الإنجابية: أكثر من ٥٠٪ من البلدان التي شملها المسح كانت تطبق إجراءات لرصد تدفقات الموارد.

١٤٢- وتبين نتائج المسح أيضاً أن التدخلات التي تضعها منظمة الصحة العالمية أكثر فأكثر للحد من وفيات الأمهات وتحسين الصحة الإنجابية يجري تطبيقها. وأشار أكثر من ٨٥٪ من البلدان التي شملها المسح إلى أن الرعاية السابقة للولادة المنشودة قد أدرجت في برامج الصحة الإنجابية/صحة الأم. وسجل في ٩٥٪ من البلدان أن كبريتات المغنيسيوم تستخدم للحد من الوفيات الناجمة عن الارتعاج وهذا تحسن كبير مقارنة بنتائج المسح الذي أجري عام ٢٠٠٩. وفي أكثر من ٩٥٪ من البلدان تبين أن الأدوية الأساسية للصحة الإنجابية مدرجة في

١ انظر الوثيقة م٢٠١٢/١٣٠/سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

القائمة الوطنية للأدوية الأساسية. ومع ذلك فلم تدرج وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ في وسائل منع الحمل التي تقدم في إطار برامج الصحة العمومية إلا في ما يقارب ثلثي البلدان فقط، ولم يبلغ سوى ثلاثة أرباع البلدان عن إجراء فحوص للكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم. ولم يعمم بعدُ على الجميع الكشف عن مرض الزهري الخلفي خلال فترة الحمل.

١٤٣- وفي الوقت نفسه، حددت الدول الأعضاء العوائق التي تحول دون تحسين خدمات الصحة الإنجابية. وتشمل هذه العوائق: عدم الاستقرار السياسي أو الأزمات، ورداءة نوعية الرعاية، وسوء تنسيق الجهود، وعدم كفاية الموارد البشرية ووجود موظفين يفتقرون إلى الحوافز، ونقص الأموال والسلع، والفقر، وانخفاض مستويات مشاركة المجتمعات، والعوامل الاجتماعية والثقافية.

١٤٤- وتسهم هذه العوائق أيضاً في تفاوت مستوى التقدم وتسبب الفوارق الملحوظة في حصائل الصحة الإنجابية، بما في ذلك النسب المختلفة لانخفاض معدل وفيات الأمهات في شتى الأقاليم. وعلى الصعيد العالمي، بلغ الانخفاض السنوي في نسبة وفيات الأمهات نسبة ٢,٣٪ بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٨. وفي إقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ، بلغ التراجع المقدر في المعدل السنوي لوفيات الأمهات ٥٪. وفي الإقليم الأفريقي وإقليم شرق المتوسط سجلت نسبتا ١,٧٪ و ١,٥٪ على التوالي. وقد أدى تباطؤ التقدم في خفض معدل وفيات الأمهات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى مقارنة بآسيا، فضلاً عن تزايد عدد الولادات، إلى تحوّل رئيسي في عبء وفيات الأمهات على المستوى الإقليمي. وفي ١٩٩٠، سجلت نسبة ٥٨٪ تقريباً من وفيات الأمهات على الصعيد العالمي في آسيا و ٣٦٪ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وفي ٢٠٠٨، انقلب هذا الاتجاه حيث سجل ما يقدر بنسبة ٣٩٪ من وفيات الأمهات على الصعيد العالمي في آسيا و ٥٧٪ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

١٤٥- والحصول على الرعاية على طول فترة الحمل والولادة أمر بالغ الأهمية للحد من وفيات الأمهات وتحسين صحة الأم. وعلى الصعيد العالمي، ارتفعت نسبة الولادات التي أشرف عليها عاملون صحيون مهرة من ٦١٪ في التسعينات إلى ٦٦٪ خلال العقد الأول من القرن الحادي والعشرين. ورغم ما أحرز من تقدم كبير في العديد من الأقاليم، لا يزال مستوى التغطية (أي نسبة الولادات التي أشرف عليها متخصصون مهرة في التوليد) متدنياً في إقليم جنوب شرق آسيا والإقليم الأفريقي حيث تحدث أغلبية وفيات الأمهات. والفوارق موجودة حسب مكان الإقامة: ففي السنوات الأخيرة بلغ متوسط نسبة الولادات التي أشرف عليها عاملون صحيون مهرة نسبة ٦٣٪ في المناطق الريفية مقارنة بنسبة ٨٩٪ في المناطق الحضرية.

١٤٦- ويشكل تنظيم الأسرة عنصراً رئيسياً للصحة الجنسية والإنجابية ويمكنه أن يمنع حدوث نحو ثلث وفيات الأمهات^١. ورغم أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات أو المرتبطات بلا زواج تفوق ٦٠٪ على الصعيد العالمي، يمكن إيجاد اختلافات كبيرة بين الأقاليم. وتبلغ نسبة استخدام وسائل منع الحمل عند نساء أفريقيا جنوب الصحراء أدنى المستويات على الإطلاق (٢٢٪ في ٢٠٠٨). ومنذ عام ١٩٩٠ لم يطرأ أي تغيير في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من حيث الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة، أي الفجوة بين النساء الراغبات في تأخير الإنجاب أو وقفه والنساء اللواتي لا يستخدمن أية وسيلة من وسائل منع الحمل: ٢٦٪ في ١٩٩٠ و ٢٥٪

١ Cleland J, et al. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 2006; 368:1810–1827.

في ٢٠٠٨. وداخل البلدان ترتبط الحاجة غير الملباة بالمستوى المالي للأسر، فالحاجة غير الملباة أكبر عند النساء الأفقر.^٢

١٤٧- وينطوي الحمل على خطر تعرض المراهقات لعواقب صحية واجتماعية وخيمة، وخصوصاً أنهن أقل حظاً في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية.^٢ وتوضح بيانات عن ٢٢ بلداً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٨ أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل عند النساء المتزاوجة أعمارهن بين ١٥ و١٩ سنة، سواء المتزوجات أو المرتبطات بلا زواج، أدنى بكثير مقارنة بجميع النساء في سن الإنجاب سواء المتزوجات أو المرتبطات بلا زواج (١٠٪ و ٢١٪ على التوالي)، و أن هناك نسباً مماثلة من الحاجة غير الملباة لوسائل منع الحمل (نحو ٢٥٪). ولذلك، فإن نسبة المراهقات اللاتي تلبى حاجتهن لوسائل منع الحمل أدنى بكثير من الإناث الأكبر سناً (٢٩٪ مقابل ٤٥٪).

١٤٨- ويحتاج المراهقون والرجال أيضاً إلى الخدمات والمعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. فأقل من ٤٠٪ من الشبان في الأقاليم النامية يعرفون طريقتين لتجنب الأمراض المنقولة جنسياً، هما استخدام الواقي الذكري والعفة أو الاكتفاء بعلاقة مع شخص واحد غير مصاب. ونسبة الشبان الذين أفادوا بأنهم استخدموا الواقي الذكري في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر تتراوح بين ٣٨٪ في جنوب آسيا و ٥٦٪ في منطقة الكاريبي.^٣ وقد ثبت أن برامج التربية الجنسية لها تأثير كبير في الحد من السلوك الجنسي العالي المخاطر.^٤

نون: مبادرات تعزيز السلامة الغذائية (القرار ج ص ع ٦٣-٣)

١٤٩- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي.^٥

١٥٠- إن ما حدث مؤخراً من فاشيات الأمراض المنقولة بالأغذية، مثلما شهدته أوروبا الغربية في عام ٢٠١١ بسبب *الإشريكية القولونية* O104:H4 وتلوث بعض المواد الغذائية المعينة بالأشعة عقب الحادثة التي وقعت في محطة فوكوشيما النووية في اليابان، قد أبرز ضرورة تدعيم الأنشطة العالمية لضمان سلامة الأغذية في جميع الدول الأعضاء وعلى جميع المستويات.

١ تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١١، الأمم المتحدة، نيويورك، ٢٠١١، صفحة ٣٣ http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf (تم الاطلاع عليه في ١ آذار/مارس ٢٠١٢).

٢ انظر الوثيقة مت ١٢/١٣٠ من أجل مزيد من المناقشة المفصلة حول نسبة الولادة عند المراهقات الذي لا يزال عالياً في أفريقيا جنوب الصحراء (١٢٢ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة يتراوح عمرها بين ١٥ و ١٩ سنة). ورغم تراجع معدل الخصوبة الإجمالي في أمريكا اللاتينية والكاريبي وجنوب آسيا مازال معدل خصوبة المراهقات عالٍ في هذه الأقاليم.

٣ تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١١- المرفق الإحصائي. الأمم المتحدة، نيويورك، ٢٠١١، صفحة ١٢. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf> (تم الاطلاع عليه في ١ آذار/مارس ٢٠١٢).

٤ Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet*, 2006; 368: 1706-17280

٥ انظر الوثيقة مت ١٣٠/٢٠١٢/٢ سجالات، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

١٥١- ويعترف القرار ج ص ٦٣-٣ بأهمية المشاركة التامة لقطاع الصحة، بالتعاون مع غيره من القطاعات، بغية ضمان حسن إدارة السلامة الغذائية، ويطلب من الدول الأعضاء والمدير العام اتخاذ الإجراءات الأساسية اللازمة لتعزيز مبادرات سلامة الأغذية. وترد أدناه أحدث المعلومات عن أعمال الأمانة في المجالات ذات الصلة.

١٥٢- الشبكة الدولية للسلطات المسؤولة عن سلامة الأغذية (شبكة إنفوسان). أصبحت هذه الشبكة برنامجاً مشتركاً تديره كل من منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية منذ حزيران/يونيو ٢٠١٠. وقد أسهمت هذه الشراكة في زيادة إتاحة المعلومات للسلطات المسؤولة عن الأغذية وفي تحسين الإدارة العامة. كما أسهمت في رفع مستوى التفاعل بين المبادرات ذات الصلة في كلتا المنظمتين، مما يضمن التوافق بينهما وتوفير الزخم اللازم للمضي في تطوير الشبكة.

١٥٣- أتاح أول اجتماع عالمي عقدته شبكة إنفوسان من ١٤ إلى ١٦ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٠ في أبو ظبي فرصة لمراكز الاتصال ونقاط الاتصال في حالات الطوارئ كي تحدد التوصيات العملية الكفيلة بتعزيز التواصل والتعاون. وقد ركزت أنشطة أمانة شبكة إنفوسان على ما يلي: تعزيز القدرات على المستويين القطري والإقليمي لتعزيز المشاركة في هذه الشبكة، إلى جانب الجهود الجاري بذلها للنهوض بالقدرات الأساسية في البلدان بغية تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (٢٠٠٥)؛ وضمان مواصلة تقديم الدعم التقني.

١٥٤- وخلال عدد من حالات تلوث الأغذية وفاشيات الأمراض المنقولة بالأغذية، تولت أمانة شبكة إنفوسان جمع المعلومات المهمة والتحقق منها قبل إتاحتها لأعضاء الشبكة.

١٥٥- وفي مختلف أقاليم منظمة الصحة العالمية تعززت قدرة البلدان على التعاون مع شبكة إنفوسان واكتشاف الحوادث وحالات الطوارئ المرتبطة بالسلامة الغذائية وتقييمها وتدبيرها على المستوى الوطني، وذلك من خلال تنظيم حلقات عملية وتقديم الدعم التقني.

١٥٦- أدوات تبادل المعلومات. إنشاء روابط بين مختلف مصادر البيانات الخاصة بالسلامة الغذائية وتحسين فرص الوصول إليها من الأمور التي يمكنها مساعدة الدول الأعضاء على إدارة السلامة الغذائية على المستوى الوطني. ومراعاة لذلك تم تصميم أداة إلكترونية تفاعلية سهلة الاستخدام من أجل إدراج البيانات والمعلومات ذات الصلة. ومن شأن هذه الأداة، التي سميت FOSCOLLAB، تحسين تبادل البيانات دعماً لتقييم المخاطر واتخاذ القرارات في مجال السلامة الغذائية. وقد وضعت خطة عمل مفصلة للأداة بعد التشاور مع البلدان.

١٥٧- تقدير عبء الأمراض المنقولة بالأغذية. واصل فريق المنظمة المرجعي المعني بوبائيات عبء الأمراض المنقولة بالأغذية تقدير العبء العالمي للأمراض المنقولة بالأغذية على اختلاف مسبباتها (سواء الجرثومية أو الطفيلية أو الكيميائية). وقد بدأت التقديرات التجريبية للعبء على المستوى القطري في أربعة بلدان (ألبانيا واليابان وتايلند وأوغندا). وتم، بالإضافة إلى ذلك، وضع إرشادات بشأن ترجمة البيانات العلمية إلى سياسات وممارسات.

١٥٨- مواصلة دعم العمل الذي تقوم به هيئة الدستور الغذائي. واصلت منظمة الصحة العالمية تقديم الدعم المالي والتقني اللازم إلى هيئة الدستور الغذائي وأجهزتها الفرعية في ما تظطلع به من عمل. وبالإضافة إلى ذلك عُقدت ١٠ اجتماعات للخبراء العلميين في الثنائية الماضية من أجل تقييم المخاطر الكيميائية والبيولوجية في الأغذية والسعي، بالدرجة الأولى إلى إسداء المشورة العلمية إلى اللجان المعنية التابعة لتلك الهيئة.

١٥٩- وقدم المشروع والصندوق المشتركان بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية لتعزيز المشاركة في هيئة الدستور الغذائي (الصندوق الاستئماني لهيئة الدستور الغذائي) دعماً متزايداً إلى الدول الأعضاء من أجل تعزيز مشاركة البلدان النامية في عمل هيئة الدستور الغذائي. وبحلول أواخر عام ٢٠١٠، كان الصندوق قد قدم الدعم اللازم لتمكين ١٤٢٣ مشاركاً من ١٣٢ بلداً من حضور اجتماعات هيئة الدستور الغذائي والمشاركة في فرق العمل والأفرقة العاملة. كما تلقى ٣٣٦ مشاركاً آخر الدعم اللازم للمشاركة في الدورات التدريبية والحلقات العملية التي تنظمها هيئة الدستور الغذائي.

١٦٠- **الأمراض الحيوانية المصدر في ظروف اختلاط البشر بالحيوانات.** يجري تكثيف التعاون بين منظمة الأغذية والزراعة والمنظمة العالمية لصحة الحيوان من أجل تقديم إرشادات في مجال السياسة العامة بغرض التصدي للمخاطر الصحية في ظروف اختلاط البشر بالحيوانات والنظم الإيكولوجية. ودعماً لهذا الجهد تتقاسم الوكالات الثلاث المسؤوليات وتشارك في تنسيق أنشطتها، وقد نشرت تفاصيل تعاونها في مذكرة مفاهيم ثلاثية^١. ويجري تنفيذ خطة عمل ثلاثية مشتركة تترجم الإرشادات الخاصة بالسياسة العامة إلى إجراءات ملموسة، مع مراعاة الأنشطة الناجحة الجارية. وتشمل تلك الأنشطة التعاون بشأن نظام عالمي للإنذار المبكر بالأمراض الحيوانية الرئيسية، بما في ذلك الأمراض الحيوانية المصدر. وهذا التعاون يركز على القيمة المضافة المتأتمية من توليف وتنسيق قدرات الوكالات الثلاث على الإنذار المبكر بأخطار الأمراض الحيوانية ومواجهتها.

١٦١- **بناء القدرات.** علاوة على الأنشطة المنجزة من خلال الصندوق الاستئماني التابع لهيئة الدستور الغذائي نُظمت حلقات عملية تدريبية في مجالات تقييم مخاطر الملوثات الغذائية، وتقييم مقاومة مضادات الجراثيم نتيجة استخدام المضادات الحيوية في الزراعة، وتقييم قدرات المختبرات. وقد نُظمت هذه الحلقات عموماً عن طريق المكاتب الإقليمية التابعة للمنظمة.

١٦٢- **إذكاء الوعي وتعزيز السلوكيات الصحية.** وتم استحداث المزيد من المعلومات العامة والمواد الصحية في مجال السلامة الغذائية وترجمتها إلى لغات مختلفة واختبارها ميدانياً ونشرها. وفي هذا الصدد واصلت الأمانة دعم الدول الأعضاء في وضع تدابير وقائية مستدامة والحفاظ عليها، بما في ذلك برامج التثقيف في مجال السلامة الغذائية استناداً إلى الوصايا الخمس لضمان مأمونية الغذاء.

١٦٣- وقد أعد المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ مسودة استراتيجية إقليم غرب المحيط الهادئ بشأن السلامة الغذائية (٢٠١١-٢٠١٥)، وتغطي تلك الاستراتيجية المواضيع الرئيسية التي تقتضي من الدول الأعضاء اتخاذ إجراءات لضمان السلامة الغذائية. وتم تقديم تلك الاستراتيجية إلى اللجنة الإقليمية لغرب المحيط الهادئ في دورتها الثانية والستين في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١ لكي تنظر فيها. وأقرت اللجنة الاستراتيجية في وقت لاحق في القرار WPR/RC62.R5. ويعكف المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا حالياً، على وضع الصيغة النهائية لاستراتيجية مماثلة. وقد شملت الأنشطة التقنية في جميع أقاليم المنظمة بناء القدرات في مجال إدارة الأمن الغذائي وتعزيز قدرات المختبرات ودعم تقوية النظم على الاستجابة لطوارئ السلامة الغذائية وتوفير الإرشادات بشأن تشريعات السلامة الغذائية.

١ FAO, OIE, WHO. *The FAO-OIE-WHO collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces. A tripartite concept note.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Office International des Épidémiologies, World Health Organization, 2010. (Available online at <http://www.fao.org/docrep/012/ak736e/ak736e00.pdf> تم الاطلاع عليه في ٢١ شباط/فبراير ٢٠١٢).

٢ انظر الوثيقة WPR/RC62/7.

سين: تغير المناخ والصحة (القرار م ت ٢٤ اق ٥ والقرار ج ص ٦١ ع ١٩)

١٦٤- أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي.^١

١٦٥- ويستجيب هذا التقرير لأحكام القرار م ت ١٢٤ اق ٥، الذي طلب فيه المجلس التنفيذي إلى المدير العام تقديم تقارير عن التقدم المحرز في تنفيذ القرار ج ص ٦١ ع ١٩ وخطة العمل الخاصة بتغيير المناخ والصحة. كما حدّث هذا التقرير المعلومات المقدمة إلى جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠١١.^٢

١٦٦- تعزيز ودعم استحداث البيئات العلمية. عملت الأمانة على نحو وثيق مع المنظمة العالمية للأرصاد الجوية، حيث عقدت اجتماعاً استشارياً ووفرت المدخلات التقنية في المكوّن الصحي من الإطار العالمي الجديد الخاص بالخدمات المناخية. وواصل موظفو المنظمة الإسهام في التقرير الخاص المتعلّق بالظواهر الشديدة الذي أعده الفريق الحكومي الدولي المعني بتغير المناخ^٣ وفي تقرير التقييم الخامس المُقبل. وتواصل الأمانة العمل على تحديد الفوائد الصحية المحتملة للاستراتيجيات الرامية إلى تقليص انبعاثات غازات الدفيئة من القطاعات الرئيسية التي خضعت لتقييم الفريق، وقد نشرت تقارير عن قطاعي الإسكان^٤ والنقل^٥. وأعدت المنظمة تقارير تقنية وإرشادات جديدة بشأن مواضيع منها تقييم سرعة التأثير والتكيف^٦، ونوع الجنس وتغير المناخ والصحة^٧. وتم أيضاً نشر مجموعة إرشادات بشأن الاستجابات الصحية لموجات الحرارة.^٨

١٦٧- الدعوة وإذكاء الوعي. لقد عملت الأمانة مع الدول الأعضاء على تأكيد أهمية الصحة في السياسات المتعلقة بتغير المناخ، وأهمية الروابط القائمة بين تغير المناخ وسائر المحددات البيئية والاجتماعية للصحة.

١ انظر الوثيقة م ت ٢٠١٢/١٣٠/٢ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٢ الوثيقة ج ٢٦/٦٤.

٣ Intergovernmental Panel on Climate Change. WMO. UNEP. Special report: Managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation (<http://ipcc-wg2.gov/SREX/>, ٢٣ شباط/فبراير ٢٠١٢).

٤ *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501712_eng.pdf, ٢٣ شباط/فبراير ٢٠١٢).

٥ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. WHO. *Urban transport and health: on behalf of Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ)*. Geneva, World Health Organization, 2011 and commissioned by the Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) (Germany) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502443_eng.pdf, ٢٣ شباط/فبراير ٢٠١٢).

٦ Protecting health from climate change. Vulnerability and adaptation assessment. Draft for discussion. World Health Organization, Pan American Health Organization, 2010 (http://www.who.int/globalchange/VA_Guidance_Discussion.pdf, ٢٣ شباط/فبراير ٢٠١٢).

٧ *Gender, climate change and health*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/globalchange/GenderClimateChangeHealthfinal.pdf>, ٢٣ شباط/فبراير ٢٠١٢).

٨ *Public health advice on preventing health effects of heat*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/147265/Heat_information_sheet.pdf, ٢٣ شباط/فبراير ٢٠١٢).

وشمل هذا الجهد تنظيم اجتماعات في جمعية الصحة العالمية الثالثة والسنتين وفي المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة (ريو دي جانيرو، البرازيل، ١٩-٢١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١) والدورة السابعة عشرة لمؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ (دوربان، جنوب أفريقيا، ٢٨ تشرين الثاني/نوفمبر إلى ٩ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١١). وتتولى الأمانة تنسيق مجموعات اتصال تتألف من مندوبين وطنيين لدى الاتفاقية الإطارية من أجل تعزيز مراعاة الجانب الصحي ضمن المفاوضات، وأنشأت فريق تشاور يضمّ رابطات المهنيين الصحيين والمنظمات غير الحكومية بغرض استحداث وتوزيع المعلومات الخاصة بالدعوة في المجال الصحي. كما قامت الأمانة بتحديث دراسة حول بصمة الكربون أجرتها بعض مكاتب منظمة الصحة العالمية المختارة في إطار مبادرة الأمم المتحدة المعنونة "خضرة المنظمة الزرقاء"، وهي تنظر الآن في مقترحات تتعلق بسياسات الحدّ من الانبعاثات.

١٦٨- تعزيز النظم الصحية لحماية السكان من الآثار الضارة التي يخلّفها تغير المناخ على الصحة. حصلت منظمة الصحة العالمية على دعم وزاري لوضع أطر جديدة لحماية الصحة من تغير المناخ في الإقليم الأفريقي وإقليم الأمريكتين، وستمكّن تلك الأطر من توجيه خطط تكييف النظم الصحية الوطنية. واستكملت الأمانة عمليات تقييم سرعة التأثير الصحي وما يترتب عليه من الاحتياجات في مجال التكييف في أكثر من ٣٠ بلداً. وقد انقضى الآن العام الأول من بدء تنفيذ مشروع عالمي رائد يشمل سبعة بلدان ويتناول تكييف الصحة العمومية مع تغير المناخ (البلدان المشمولة هي بربادوس وبوتان والصين وفيجي والأردن وكينيا وأوزبكستان). كما استكمل المكتب الإقليمي لأوروبا الثاني من مشروع لتكييف النظم الصحية يتولى ذلك المكتب الإقليمي حالياً تنسيقه في آسيا الوسطى وأوروبا الشرقية (البلدان المشمولة بالمشروع هي ألبانيا وكازاخستان وقيرغيزستان والاتحاد الروسي وطاجيكستان وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة و أوزبكستان)، في حين يدخل العمل الجاري في إطار العناصر الصحية لمشاريع أفرقة الأمم المتحدة القطرية، في الصين والأردن والفلبين، عامه الثالث. وأخيراً استهلّت منظمة الصحة العالمية، في إقليم غرب المحيط الهادئ، مشروعاً جديداً واسع النطاق بشأن تغير المناخ والأمراض المنقولة بالناقل.

١٦٩- إقامة شراكات مع منظمات منظومة الأمم المتحدة والأطراف الأخرى. أسهمت المنظمة بالمنظور الصحي في استجابة مختلف هيئات الأمم المتحدة لتغير المناخ، بما في ذلك الهيئات التالية: مجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق؛ ولجنة الأمم المتحدة الرفيعة المستوى المعنية بالبرامج؛ ومؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ والاجتماعات ذات الصلة الخاصة بالسياسات والمسائل التقنية؛ وفريق العمل التابع للجنة الرفيعة المستوى المعنية بالبرامج والمعني بالأبعاد الاجتماعية لتغير المناخ، والذي تشارك المنظمة في تنظيمه. كما تتولى المنظمة قيادة الأنشطة الرامية إلى تصميم أطر إقليمية بشأن تغير المناخ والصحة، وتشكيل لجان توجيهية متعدّدة القطاعات من أجل تنفيذ المشاريع الوطنية المتعلقة بالمناخ والصحة. ونتيجة لذلك بات يُعترف بالصحة كأحد القطاعات الجوهرية في جهود التكيّف العالمية.

١٧٠- وتدعم الأمانة هذه الأنشطة من خلال برنامج لبناء القدرات يشتمل على مواد تدريبية، وقاعدة بيانات تحتوي على الخبرات الوطنية، وإرشادات بشأن الوصول إلى موارد التمويل، ودليل لفائدة مديري البرامج بشأن تكييف الصحة العمومية، ومركز لتبادل المعلومات المتعلقة بالمشاريع الراهنة في مجال تكييف النظم الصحية العمومية.

عين: الشراكات (القرار ج ص ع ٦٣-١٠)

١٧١- في عام ٢٠١٠، طلبت جمعية الصحة في قرارها ج ص ع ٦٣-١٠ إلى المديرية العامة أن تستحدث إطاراً عملياً بخصوص استضافة المنظمة للشراكات الرسمية وتطبيق السياسة العامة بشأن مشاركة المنظمة مع الشراكات الصحية العالمية وترتيبات الاستضافة على ترتيبات الاستضافة الحالية لضمان تقيدها بالمبادئ المنصوص عليها في السياسة العامة. وطلب القرار كذلك إلى المديرية العامة أن تقدم إلى المجلس التنفيذي أي اقتراحات لاستضافة شراكات رسمية لكي يستعرضها ويبت فيها. وتقدم هذه الوثيقة تقريراً عن التقدم المحرز في تنفيذ القرار ج ص ع ٦٣-١٠ وعن مختلف الإجراءات التي اتخذتها الأمانة فيما يتعلق بإسهام الشراكات في تنفيذ السياسة العامة. وقد أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته الثلاثين بعد المائة المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢ بنسخة سابقة من هذا التقرير المرحلي.^٢

١٧٢- الشراكات الرسمية الجديدة. خلال السنوات الخمس الماضية، لم تبرم أي شراكات رسمية جديدة. وتستضيف المنظمة حالياً ١٣ شراكة صحية رسمية وبرامج خاصة.^٣

١٧٣- وضع شراكات مستضافة مختارة. منذ عام ٢٠٠٩ تغير الوضع بالنسبة إلى أربع شراكات رسمية، مما يعكس الطابع المتغير لعلاقة المنظمة مع أي شراكة. وقد انفصل الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا عن منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٩ ليصبح مؤسسة مستقلة تماماً خاضعة للقانون السويسري. وانتقل المجلس التعاوني لإمدادات المياه والإصحاح من منظمة الصحة العالمية إلى مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع في عام ٢٠٠٩، نظراً للتواؤم الأكبر بين هذا المكتب وعمل المجلس. وفي عام ٢٠١٠، توقف المؤتمر الحكومي الدولي المعني بالسلامة الكيميائية عن العمل وأنشئت أمانة النهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية (لا تستضيفها منظمة الصحة العالمية). وفي عام ٢٠١١، أدرجت خدمة تتبع الصحة والتغذية مجدداً في المنظمة، وذلك بعد إتمام تلك الخدمة مهمتها الأصلية ونظراً لتوافقها مع فريق جديد معزز يُعنى بالترصد الوبائي في الأوضاع الإنسانية ضمن دائرة شلل الأطفال والطوارئ والدعم القطري الجديدة بالمنظمة.

١ توفر الحاشية ٢ من الفقرة ١ من الوثيقة ج ٤٤/٦٣ تعريفاً لمصطلح "الشراكات الصحية العالمية" باعتباره يشير في معظم الأحيان إلى "علاقات التعاون الرسمية بين عدة منظمات تتقاسم المخاطر والفوائد سعياً إلى بلوغ مرمى مشترك. ولكل شراكة من هذا النوع هيئتها المستقلة لتصريف الشؤون". وفي منظمة الصحة العالمية، لا تتمتع هذه الشراكات بهوية قانونية مستقلة. وتنص الفقرة ٦ من الملحق ١ من الوثيقة ج ص ع ٦٣/٢٠١٠/سجلات ١ على أنه "يقصد بمصطلح الشراكات الرسمية التي لديها شخصية اعتبارية مستقلة أو التي ليست لديها شخصية اعتبارية من هذا القبيل ولكن لديها هيكل لتصريف شؤونها (مثل مجلس أو لجنة توجيهية)... يتخذ القرارات الخاصة بالتوجه وخطط العمل والميزانيات".

٢ انظر الوثيقة مت ١٣٠/٢٠١٢/سجلات ٢، المحضر الموجز للجلسة الرابعة عشرة، الفرع ٢، (النص الإنكليزي).

٣ وهي تشمل ما يلي: شراكة دحر الملاريا وشراكة دحر السل والشراكة من أجل صحة الأمهات والموليد والأطفال وشبكة القياسات الصحية والتحالف من أجل السياسات الصحية وبحوث النظم والتحالف العالمي للقوى العاملة الصحية والمرفق الدولي لشراء الأدوية واللجنة الدائمة للتغذية التابعة للأمم المتحدة والبرنامج الأفريقي لمكافحة داء كلابية الذنب والمرصد الأوروبي للنظم والسياسات الصحية واتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ والبرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية المشتركة بين اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والبرنامج الخاص للبحوث والتطوير والتدريب على البحوث في مجال الإنجاب البشري المشترك بين برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

١٧٤- الإطار العملي للمنظمة. منذ بدء الشراكات التي تستضيفها المنظمة، كان يُتَوَقَّع من هذه الشراكات أن تمثل تماماً لقواعد المنظمة ولوائحها.^١ وفي عام ٢٠١١، واصلت الأمانة تطوير وثيقة خاصة بإطار عملي داخلي تُلخّص وتُبين شروط استضافة شراكة ما وأمانتها. وإضافة إلى هذا، أُدرج قسم عن الشراكات المستضافة في دليل المنظمة المرجعي الإلكتروني المنقح. وتسترشد تلك التحسينات بالسياسة الجديدة التي أُطلق عليها اسم "السياسة العامة بشأن مشاركة منظمة الصحة العالمية مع الشراكات الصحية العالمية وترتيبات الاستضافة" التي اعتمدت بالقرار جص ع٦٣-٢١٠ وقواعد المنظمة ولوائحها الحالية والممارسات الفضلى داخل المنظمة، حسب الاقتضاء.

١٧٥- موظفو الشراكات ومواردها. في ٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١، كان هناك ٤٢٤ موظفاً يعقود طويلاً الأجل ومؤقتة يعملون من أجل الشراكات التي تستضيفها المنظمة والبرامج الخاصة وأمانة اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وبلغ الدخل المسجل لهذه الكيانات خلال الثنائية ٢٠١٠-٢٠١١ نحو ١٠٥٥ مليون دولار أمريكي، يستأثر المرفق الدولي لشراء الأدوية والبرنامج الأفريقي لمكافحة داء كلابية الذنب بنحو ٦٥٠ مليون دولار أمريكي منه. وتماشياً مع سياسة العمل مع الشراكات وضعت المنظمة نهجاً لضمان "استرداد كل تكاليف الدعم الإداري والتقني التي تتحملها في أداء وظائف استضافة الشراكات، وتنفيذ أو دعم أنشطتها"^٣ مع مراعاة تكاليف دعم البرامج القائمة والرسوم المقتطعة من نفقات المناصب المشغولة.

١٧٦- المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام. اعتباراً من ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٢، جرى تطبيق المعايير بالكامل على تقارير المنظمة المالية. وباستثناء المرفق الدولي لشراء الأدوية والبرنامج الأفريقي لمكافحة داء كلابية الذنب وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز والمركز الدولي للحساب الإلكتروني والوكالة الدولية لبحوث السرطان، وسيستمر إدراج الشراكات المستضافة في تقارير المنظمة المالية تماشياً مع مقتضيات المعايير.

١٧٧- تقييم أمانات الشراكات. في تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٠، قيّم مكتب خدمات المراقبة الداخلية مشاركة المنظمة في شراكات مختارة. وفي عام ٢٠١١، شرعت لجنة الخبراء المستقلين الاستشارية في مجال المراقبة في استعراض ترتيبات المنظمة المتعلقة باستضافة الشراكات. واستعرض كل من المكتب واللجنة علاقة الاستضافة القائمة بين المنظمة والشراكات وأيدا ضرورة امتثال الشراكات لقواعد المنظمة ولوائحها. وفي حين تكلف بعض الشراكات جهات أخرى بإجراء تقييمات مستقلة خاصة بها، فإن الأمانة تعكف على وضع نهج معياري بسيط لرصد وتقييم فعالية أمانات الشراكات وتأزرها وتوافقها مع قواعد المنظمة ولوائحها.

١٧٨- أشكال الشراكات الأخرى. علاوة على ذلك تواصل المنظمة التعاون مع مختلف منظمات الأمم المتحدة وأصحاب المصلحة من غير الدول في تنفيذها للخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل ٢٠٠٨-٢٠١٣. ويرد بعض من تلك الإجراءات في تقرير الأمانة بشأن التعاون،^٤ الذي أحاطت جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون علماً به،^٥ وفي التقارير السنوية للجنة الدائمة التابعة للمجلس التنفيذي والمعنية بالمنظمات غير الحكومية وإدارة

١ يقصد بها دستور المنظمة واللائحة المالية والنظام المالي للمنظمة والنظام الأساسي للموظفين ولائحة الموظفين وغير ذلك من القواعد الإدارية والسياسات والإجراءات والممارسات والمبادئ التوجيهية، بما فيها المعايير والمبادئ التوجيهية والإجراءات التقنية للمنظمة وأية قرارات تتخذها أجهزة المنظمة الرئاسية في هذا الشأن.

٢ انظر الوثيقة جص ع٦٣/٢٠١٠/١/ سجلات/١، الملحق ١.

٣ انظر الوثيقة جص ع٦٣/٢٠١٠/١/ سجلات/١، الملحق ١، الفقرة ٢٣.

٤ الوثيقة ج٤٢/٦٤.

٥ انظر المحضر الموجز للدورة الرابعة والستين لجمعية الصحة العالمية، الجلسة الرابعة للجنة باء، الفرع الثالث، (النص الإنكليزي).

المنظمة لأكثر من ٦٠ شبكة وتحالف (ممن تفتقر إلى ترتيبات خاصة بها لتصريف شؤونها) تتيح لها دعوة أصحاب المصلحة وتيسير بلوغ الأهداف المحددة، بما فيها تعزيز الحصائل الصحية وضمان تنسيق أمثل للأنشطة على الصعيد الميداني؛ والتيقن من تقديم الخدمات بطريقة متنسقة وفعالة. ومن الأمثلة على التحالفات الناجحة الشراكة الصحية الدولية (أمانة مشتركة بين منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي) والمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال ومبادرة التنسيق من أجل الصحة في أفريقيا.

ف.٢: التعددية اللغوية: تنفيذ خطة العمل (القرار ج ص ٦١٤-١٢)

قاعدة البيانات الخاصة بمهارات الموظفين اللغوية

١٧٩- في عام ٢٠٠٨، طلبت جمعية الصحة في القرار ج ص ٦١٤-١٢ إلى المدير العام، في جملة أمور، أن يضمن إنشاء قاعدة بيانات بشأن لغات المنظمة الرسمية الست التي يُتقنها موظفو الفئة المهنية. وقد استُوفي هذا الطلب بإنشاء قاعدة بيانات يُمكن للموظفين الوصول إليها من خلال شبكة المنظمة الداخلية (الإنترنت) لتعديل بياناتهم اللغوية وتحديثها. وقد عززت قاعدة البيانات، المتاحة لجميع موظفي المنظمة منذ أيلول/سبتمبر ٢٠١١، من أجل السماح بالإفادة عن المهارات اللغوية في غير حالات إتقان اللغات. وسمحت إضافة خاصة بالبحث للموظفين بتحديد زملائهم الذين يتمتعون بمهارات في لغة معينة.

١٨٠- وحتى ١٧ شباط/فبراير ٢٠١٢، كان أكثر من ١٠٠٠ موظف يعملون في المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية وبعض المكاتب القطرية قد سجلوا بياناتهم اللغوية. وينتمي ما يقرب من نصف هؤلاء الموظفين للفئة المهنية والفئات العليا. وتبين البيانات التي سُجّلت حتى الآن أن: ١٢٪ من المجيبين يتقنون العربية و٢٪ الصينية و٩٦٪ الإنكليزية و٥٣٪ الفرنسية و٥٪ الروسية و١٥٪ الأسبانية. وعلاوة على ذلك، أفاد موظفون بأنهم يجيدون إلى حد ما أكثر من ١٦٠ لغة أخرى غير اللغات الرسمية.

المعرض الخاص بالتعددية اللغوية

١٨١- في ١٣ أيار/مايو ٢٠١١، بدأت الأمانة معرضاً في مكتبة عن التعددية اللغوية بهدف تعزيز التنوع اللغوي وإذكاء الوعي بدور التعددية اللغوية في تحقيق الأهداف الصحية العالمية للمنظمة. وضمّ المعرض سلسلة من ١٧ ملصقاً ومسابقة لتخمين لغة ١٦ من كتب المنظمة وعرضاً بالفيديو يتضمن ما شهد به مستخدمون نهائيون لمعلومات المنظمة بشأن التعددية اللغوية في إقليم غرب المحيط الهادئ. وحتى أيار/مايو ٢٠١١، كانت منشورات المنظمة قد تُرجمت لأكثر من ٧٧ لغة مختلفة، وقد عُرضت أمثلة عديدة لذلك في المعرض.

موقع المنظمة على شبكة الإنترنت

١٨٢- تُرَوِّج صفحة جديدة في موقع المنظمة على شبكة الإنترنت^١ للاتصال المتعدد اللغات كأداة لتحسين الصحة العالمية.

١ الموقع متاح في <http://www.who.int/about/multilingualism/en/index.html> (تم الاطلاع عليه في ٢٣ شباط/فبراير ٢٠١٢).

١٨٣- ويقوم فريق محرري الإنترنت المعني بالتعددية اللغوية بتحديد أولويات محتوى الموقع من اللغات الرسمية على أساس إحصاءات النصوص التي يُطَّلَع عليها في موقع الإنترنت باللغات الرسمية الست والتعليقات المباشرة التي تبدر من مستخدمي الإنترنت والأولويات المواضيعية للمنظمة. ويعمل الفريق دون محررين مكرسين لبعض اللغات الرسمية مما يجعل من العسير استدامة الاضطلاع بعبء العمل الحالي.

المستودع المؤسسي لتبادل المعلومات

١٨٤- المستودع المؤسسي لتبادل المعلومات هو مكتبة رقمية تتيح الوصول المفتوح والإلكتروني لجميع مواد المنظمة المنشورة، وذلك من خلال وصلة بينية متعددة اللغات.^١ وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١١، خلال دورة المجلس التنفيذي الاستثنائية المعنية بإصلاح المنظمة، تلقى هذا المجهود دفعة إضافية عندما طلبت الدول الأعضاء بأن تُتيح المنظمة وثائق الأجهزة الرئاسية على نطاق أوسع بنصوصها الكاملة في مكتبات رقمية قابلة للبحث من أجل تيسير استرجاعها بسهولة.^٢ وقد قُدم للدول الأعضاء عرض بياني للمستودع المؤسسي على هامش دورة المجلس التنفيذي الثلاثين بعد المائة في كانون الثاني/يناير ٢٠١٢. وتقبل الوثائق التي يحتويها المستودع البحث باللغات الرسمية باستخدام أي كلمات أساسية، وهي مدعّمة بأوصاف كاملة (بيانات توضيحية) وعناوين للمواضيع (مفردات محكومة) من أجل السماح بإدماجها على نحو أفضل في مواقع المنظمة المواضيعية على الإنترنت وضمان إمكانية العثور عليها باستخدام محركات البحث في الإنترنت.

خدمات اللغات

١٨٥- إن خدمات اللغات هي المورد الرئيسي للتعددية اللغوية في المنظمة. وقد أدت الزيادات الحديثة في عدد دورات الأجهزة الرئاسية وفي حجم ما يرتبط بها من وثائق إلى زيادة عبء الترجمة الشفوية والتحريرية. ولكن، في الوقت نفسه، ما زالت الحاجة مستمرة إلى ترجمة ريفية النوعية للوثائق التقنية. وفي عام ٢٠١١، تم توفير الترجمة الشفوية لـ ١٠٨ اجتماعات على مدى ٢١٦ يوماً تقويمياً، بما يعادل إجمالاً ٢٨٧٠ من أيام عمل المترجمين الشفويين، وبالنظر إلى القيود التي تعاني منها الموارد، فإن سوق المترجمين الشفويين الخارجيين المستقلين تُمثل مصدراً مهماً استراتيجياً للخدمات. والمنظمة هي الوكالة الرائدة لمجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق فيما يتعلق بإعادة التفاوض بشأن الاتفاق مع الرابطة الدولية لمترجمي المؤتمرات، وهي منخرطة بهمة في إعادة التفاوض بشأن الاتفاق الموازي مع الرابطة الدولية لمترجمي المؤتمرات الشفويين. والهدف من ذلك هو ضمان النوعية وضمان استمرار الخدمة المقدمة من المتعاقدين الخارجيين في المستقبل.

١٨٦- وأنتج المكتب الإقليمي لأوروبا نسخاً محلية للدليل الخاص بأسلوب اللغة الإنكليزية وذلك بالفرنسية والألمانية والروسية. وبالمثل أنتج المكتب الإقليمي لشرق المتوسط نسخة بالعربية.

١ يرد وصف للاقتراح الخاص بالمستودع المؤسسي في الوثيقة م٦/١٢١ التي أحاط المجلس التنفيذي علماً بها في دورته الحادية والعشرين بعد المائة (انظر الوثيقة م٢٠٠٧/١٢١/سجلات/١، المحضر الموجز للجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٤، (النص الإنكليزي)).

٢ انظر الوثيقة EBSS/2/2011/REC/1، المحضر الموجز للجلسة الثالثة (النص الإنكليزي).

تقرير وحدة التفتيش المشتركة التابعة للأمم المتحدة

١٨٧- في حزيران/يونيو ٢٠١٠ أسهمت المنظمة في إعداد تقرير وحدة التفتيش المشتركة التابعة لمنظومة الأمم المتحدة بشأن التعددية اللغوية في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، وهو تقرير يُوضع حالياً في صيغته النهائية.

تعلم اللغات

١٨٨- مازال التدريب على اللغات يُتاح للموظفين مجاناً. وخلال الثنائية ٢٠١٠-٢٠١١، بلغ عدد الملتحقين بدورات اللغات في المقر الرئيسي إجمالاً ١٨٤٤ شخصاً، منهم ٨٤ للغة العربية و ٢٤ للصينية و ٢٢٥ للإنكليزية و ١١٠٩ للفرنسية و ٤٩ للروسية و ٣٥٣ للأسبانية.

= = =