

التقارير المرحلية

تقرير من الأمانة

المحتويات

الأمراض غير السارية

- ألف: خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠ (القرار ج ص ع ٦٦-٨) ٣.....
- باء: الجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد (القرار ج ص ع ٦٧-٨) ٥.....
- جيم: فقدان السمع المسبب للعجز (القرار ج ص ع ٤٨-٩) ٦.....

الأمراض السارية

- دال: استئصال داء التنتينات (القرار ج ص ع ٦٤-١٦) ٩.....
- هاء: التخلص من داء البلهارسيات (القرار ج ص ع ٦٥-٢١) ١١.....
- واو: أمراض المناطق المدارية المهملة (القرار ج ص ع ٦٦-١٢) ١٣.....
- زاي: الاستراتيجية العالمية بشأن توقي ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً (القرار ج ص ع ٥٩-١٩) ١٦.....

تعزيز الصحة طيلة العمر

- حاء: صحة المواليد (القرار ج ص ع ٦٧-١٠) ١٩.....
- طاء: العمل من أجل ضمان التغطية الشاملة للتدخلات في مجال صحة الأم والوليد والطفل (القرار ج ص ع ٥٨-٣١) ٢١.....
- ياء: تنفيذ توصيات لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع المنقذة لأرواح النساء والأطفال (القرار ج ص ع ٦٧-٧) ٢٤.....

النظم الصحية

- كاف: المحددات الاجتماعية للصحة (القرار ج ص ع ٦٥-٨) ٢٦
- لام: استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة (القرار ج ص ع ٦٤-٩) ٣٠
- ميم: استراتيجية دمج تحليل المسائل والإجراءات المتعلقة بنوع الجنس في عمل المنظمة (القرار ج ص ع ٦٠-٢٥) ٣٢
- نون: التقدم المحرز في استعمال الأدوية على نحو رشيد (القرار ج ص ع ٦٠-١٦) ٣٤

التأهب والترصد والاستجابة

- سين: التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى (القرار ج ص ع ٦٤-٥) ٣٧
- عين: استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري (القرار ج ص ع ٦٠-١) ٣٩

الأمراض غير السارية

ألف: خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠ (القرار ج ص ٦٦-٨)

١- اعتمدت جمعية الصحة العالمية السادسة والستون في أيار/ مايو ٢٠١٣ خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية في الفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠،^١ ويلخص هذا التقرير التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل مثلما يطلبه القرار ج ص ٦٦-٨.

٢- وتتضمن خطة العمل ست غايات عالمية ومؤشرات مصاحبة لها لقياس التقدم المحرز في تنفيذ الخطة. وقد قامت الأمانة، بناءً على طلب القرار وبوصف ذلك واحداً من أنشطة تنفيذ الخطة في وقت مبكر، بإعداد مجموعة أكثر اكتمالاً من المؤشرات لكي تستخدمها الدول الأعضاء كأساس تستند إليه في جمع البيانات وإبلاغ المنظمة بها على نحو منظم. وعليه قامت الأمانة بتخطيط المؤشرات مقابل كل واحدة من الغايات ومجالات العمل وعلى أساس التشاور مع الخبراء وتجربتها على المستوى الوطني، وتحديد ثمانية مؤشرات أساسية أخرى تكمل تلك الموجودة فعلاً في خطة العمل، بما فيها مستويات مشاركة أصحاب المصلحة ومدخلات الموارد البشرية والمالية وتوافر الخدمات والدعم الاجتماعي. وقد أدرجت جميع المؤشرات الأساسية في أطلس المنظمة المحدث عن الصحة النفسية.^٢

٣- وقُدِّم بحلول شهر شباط/ فبراير ٢٠١٥ ما مجموعه ١٧٣ استبياناً بشأن الأطلس، وهو ما يمثل معدل استجابة بنسبة ٨٩٪، فيما تدنّت معدلات الاستجابة لبعض المؤشرات، ومنها الدعم الاجتماعي ومواصلة الإنفاق على خدمات الرعاية والصحة النفسية، ممّا يعكس القيود المفروضة على كثير من البلدان فيما يتعلق بتوافر نظم البيانات والمعلومات. وتواظب نسبة ٣٨٪ من الدول الأعضاء على إعداد تقرير محدد يركز على أنشطة الصحة النفسية. وتفيد نسبة ٧٦٪ من الدول الأعضاء البالغ عددها ١٧٣ دولة التي تقدم بيانات عن الأطلس بأن لديها سياسات قائمة في حد ذاتها عن الصحة النفسية؛ وتفيد نسبة ٥٧٪ من تلك الدول بأن لديها قوانين أو تشريعات ذات صلة في مجال الصحة النفسية؛ فيما يوجد نسبة ١٥٪ من الدول الأعضاء المذكورة تفيد بأنها تستأثر بمعدلات كاملة (ونسبة أخرى منها قدرها ٣٩٪ تستأثر بمعدلات جزئية) فيما يخص مشاركة الأشخاص المصابين بحالات عجز عقلي ونفسي في أنشطة وضع السياسات والتخطيط وسن التشريعات وتقديم الخدمات. ويتباين معدل توافر موارد الصحة النفسية وخدماتها تبايناً واسع النطاق فيما بين البلدان والأقاليم، ولا يزال توافرها محدوداً للغاية بالعديد من البلدان المنخفضة الدخل. ويفيد أكثر من نصف الدول الأعضاء بأن لديه برنامجان يؤديان وظيفتيهما على الأقل من برامج تعزيز الصحة النفسية والوقاية من مشاكلها، بيد أنه لا يوجد سوى نسبة ٢٢٪ من تلك الدول لديها استراتيجية وطنية موضوعة موضع التنفيذ بشأن الوقاية من حالات الانتحار.

٤- وأتخذ عدد من المبادرات الرامية إلى إدخال تحسينات مبنية على هذا الوضع الأساسي، وثمة استراتيجيات وأطر عمل إقليمية بشأن الصحة النفسية حظيت في الوقت الحاضر بتأييد اللجان الإقليمية كل فيما يخصه، وذلك على النحو التالي: قرّرت الدورة السادسة والستون للجنة الإقليمية للأمريكتين التابعة

١ الوثيقة ج ص ٦٦/٢٠١٣/ سجلات/١، الملحق ٣.

٢ أطلس المنظمة عن الصحة النفسية هو عبارة عن أداة أعدتها المنظمة لجمع المعلومات من البلدان عن المؤشرات الأساسية للصحة النفسية، وهي مؤشرات مقترحة لتقييم التقدم المحرز صوب تنفيذ خطة العمل الشاملة. وللحصول على مزيد من المعلومات، انظر الرابط التالي: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_mnh/en/ (تم الاطلاع في ٢٦ آذار/ مارس ٢٠١٥).

للمنظمة في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٤ أن توافق على خطة العمل بشأن الصحة النفسية؛^١ وأيدت اللجنة الإقليمية لأوروبا في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٣ خطة العمل الأوروبية بشأن الصحة النفسية؛^٢ وأيدت اللجنة الإقليمية لغرب المحيط الهادئ في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٤ برنامج العمل الإقليمي لتنفيذ خطة العمل بشأن الصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠ في غرب المحيط الهادئ.^٣ وثمة مفاوضات جارية على قدم وساق لتتقيد الاستراتيجية الإقليمية بشأن الصحة النفسية في المكتب الإقليمي لأفريقيا،^٤ بينما تُجرى أيضاً على قدم وساق مفاوضات في هذا الخصوص بالمكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

٥- وثمة مبادرة أخرى هي مبادرة MiNDbank، وهي عبارة عن منصة إلكترونية أطلقتها المنظمة في كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣ لتتقيد فوراً لراسمي السياسات والدعاة والباحثين سبيل الوصول إلى موارد دولية وسياسات واستراتيجيات وقوانين ومعايير خدمات موضوعة على المستوى الوطني من أكثر من ١٧٠ بلداً فيما يتصل بالصحة النفسية ومعايرة مواد الإدمان والعجز وحقوق الإنسان.^٥

٦- وفيما يلي مبادرات أخرى للمنظمة بشأن نشر العديد من التقارير: أطلقت المنظمة في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٤ أول تقرير عن الانتحار في العالم بعنوان، الوقاية من الانتحار: ضرورة عالمية.^٦ وتشير تقديرات المنظمة إلى أن عدد حالات الانتحار في عام ٢٠١٢ بلغ ٩٠٠ ٨٠٣ حالة بأحاء العالم أجمع (أي بمعدل قياسي يتناسب مع العمر بواقع ١١,٤ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة من السكان). أما في مجال الصحة النفسية في حالات الطوارئ، فقد نشرت المنظمة تقريراً في عام ٢٠١٣ تحت عنوان، إعادة البناء على نحو أفضل: الرعاية المستدامة لحالات الصحة النفسية في أعقاب حالات الطوارئ،^٧ وآخر في عام ٢٠١٤ بعنوان، الإسعافات الأولية النفسية في حالة اندلاع فاشية مرض فيروس الإيبولا.^٨

١ انظر القرار CD53.R7.

٢ انظر القرار EUR/RC63/R10.

٣ انظر القرار WPR/RC65/R3 بشأن الصحة النفسية.

٤ في أيلول/ سبتمبر ١٩٩٩، وافقت اللجنة الإقليمية لأفريقيا في دورتها التاسعة والأربعين على الاستراتيجية الإقليمية بشأن الصحة النفسية ٢٠٠٠-٢٠١٠، الوثيقة AFR/RC49/9، متاحة على الرابط الإلكتروني التالي: <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/mental-health-violence-and-injuries/mvi-publications.html>

(تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٥).

٥ للمزيد من المعلومات عن MiNDbank انظر http://www.who.int/mental_health/mindbank/en/ (تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٥).

٦ الوقاية من الانتحار: ضرورة عالمية، انظر الرابط التالي:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 (تم الاطلاع في ١١ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٧ إعادة البناء على نحو أفضل: الرعاية المستدامة لحالات الصحة النفسية في أعقاب حالات الطوارئ، انظر الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85377/1/9789241564571_eng.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ١١ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٨ الإسعافات الأولية النفسية في حالة اندلاع فاشيات مرض فيروس الإيبولا، انظر الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131682/1/9789241548847_eng.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ٢٣ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٧- وتشارك الأمانة مباشرة في تقديم الدعم التقني لتنفيذ ٨٩ مشروعاً في ٦٣ دولة عضواً، بما فيها مشاريع بشأن الصحة النفسية ومعايرة مواد الإدمان وتقديم الخدمات والوقاية من الانتحار وتعزيز نظم الصحة النفسية وخدماتها (بما يشمل تعزيزها في أعقاب حالات الطوارئ)، وتقييم حقوق الإنسان التي يتمتع بها الأشخاص المصابون بأمراض الصحة النفسية وتعزيز تلك الحقوق. ويجري حالياً استخدام دليل تدخلات برنامج عمل المنظمة الخاص بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية (mhGAP) في ٨٤ بلداً في ١٩ لغة، فيما تعكف الآن المنظمة وشركاؤها الدوليون (ومنهم المراكز المتعاونة معها) على تنقيح المبادئ التوجيهية للبرنامج المذكور، وتواصل عملها يداً بيد على إنشاء شبكة ابتكار في مجال الصحة النفسية تسهل تبادل أفضل الممارسات والموارد اللازمة للصحة النفسية. وقادت الأمانة أيضاً جهود الدعوة بشأن الصحة النفسية، بوسائل منها تنظيم الملئقى السنوي لبرنامج عمل المنظمة الخاص بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية بجنيف والمشاركة في تظاهرات أخرى عالمية وإقليمية ووطنية.

باء: الجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد (القرار ج ص ع ٦٧-٨)

٨- اعتمدت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون في أيار/ مايو ٢٠١٤ القرار ج ص ع ٦٧-٨ بشأن الجهود الشاملة والمنسقة المبذولة من أجل التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد. وبقدم هذا التقرير ما يلزم من معلومات محدثة عن التقدم المحرز فيما يخص الاضطرابات المذكورة. وقد طلب القرار تحديداً من المدير العام، في جملة أمور، تنفيذ القرار ج ص ع ٦٦-٨ بشأن خطة العمل الشاملة الخاصة بالصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠ وكذلك القرار ج ص ع ٦٦-٩ بشأن العجز من أجل تعزيز خدمات رعاية المصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو، حسب الاقتضاء، وكجزء لا يتجزأ من تعزيز الرعاية اللازمة لكافة احتياجات الصحة النفسية.

٩- وتمشياً مع متطلبات القرار، تواصل الأمانة تنفيذ أنشطة في هذا المضمار واتباع أسلوب متكامل في العمل بشأن تنفيذ القرارين ج ص ع ٦٦-٨ وج ص ع ٦٦-٩.

١٠- ويفضل المشاورة التي عقدتها الأمانة بشأن اضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو: انطلاقاً من التوعية وحتى بناء القدرات (جنيف، ١٦-١٨ أيلول/ سبتمبر ٢٠١٣)،^١ فقد يَسَّرت إنشاء شبكة من أصحاب المصلحة والخبراء والمناصرين الدوليين لتنسيق الجهود الرامية إلى تحسين رعاية المصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو. وزيادة على ذلك، استندت الأمانة إلى مشاورة الخبراء في الترويج للتعريف المقدم من أوساط البحث والمعاهد الأكاديمية بصدد الإجراءات ذات الأولوية فيما بين فئات المجتمع المدني والحكومات والمنظمة، وذلك بالتعاون مع الشركاء. وقدمت الأمانة على المستوى الإقليمي الدعم للشبكات المعنية بموضوع التوحد، مثل شبكة جنوب شرق أوروبا المعنية بالتوحد، وسهلت وضع آليات لتعبئة وتنسيق الموارد اللازمة لتنفيذ الإجراءات ذات الأولوية من أجل تحسين رعاية المصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو.

١١- وأسهمت الأمانة في جهود المناصرة والتوعية الدولية من خلال المشاركة في التظاهرات المقامة بمناسبة يوم الأمم المتحدة العالمي للتوعية بمرض التوحد، وتنظيم تلك التظاهرات وسواها من الفعاليات، وذلك بالتعاون مع المنظمات المناصرة لهذه القضية والمنظمات المناصرة لنفسها ذاتياً.

١ تقرير وقائع اجتماع المشاورة متاح على العنوان التالي:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103312/1/9789241506618_eng.pdf (تم الاطلاع في ٢٤ آذار/ مارس ٢٠١٥).

١٢- وسعيًا إلى تعزيز قدرات البلدان على تطوير ورفع مستوى الخدمات المقدمة للأشخاص المصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو، فقد أُتيحت مجموعة من المواد الخاصة ببناء القدرات والمبادئ التوجيهية المتعلقة بتقييم تلك الحالات وتدبيرها علاجياً لراسمي السياسات ومقدمي خدمات الرعاية الصحية في إطار برنامج عمل المنظمة الخاص بسد الفجوات في مجال الصحة النفسية الذي يجري تنفيذه في ٨٤ بلداً.

١٣- وتشتمل الأدوات المتاحة في هذا الصدد على مبادئ توجيهية محدثة بشأن التدبير العلاجي لاضطرابات طيف التوحد لدى الأطفال والبالغين، ومواد لتدريب طائفة من مقدمي الخدمات غير المتخصصين، ومنهم المعلمون والعاملون في المجتمعات المحلية، وعلى برنامج لتدريب الوالدين على إتقان مهارات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو، ومشروع دليل بشأن استخدام أدوات الكشف عن الأشخاص المصابين باضطرابات طيف التوحد وغيرها من اضطرابات النمو وتقييم حالة أولئك الأشخاص ومتابعتهم. وقد وُضعت تلك المواد في أعقاب الاضطلاع بعملية تشاور صارمة ومسندة بالبيّنات، وعقب إشراك المراكز المتعاونة مع المنظمة والخبراء المعنيين بالبحوث والمستخدمين. ومن المقرر أن تُعقد في شهر نيسان/ أبريل ٢٠١٥ حلقة عمل لبناء القدرات بشأن تدريب الوالدين على إتقان مهارات التعامل مع اضطرابات طيف التوحد.

١٤- وتواصل الأمانة العمل مع الدول الأعضاء ومنظمات المجتمع المدني على تعبئة الموارد البشرية والمالية المكرسة لعلاج اضطرابات طيف التوحد.

جيم: فقدان السمع المسبب للعجز (القرار ج ص ع ٤٨-٩)

١٥- تشير تقديرات المنظمة إلى هنالك نحو ٣٦٠ مليون شخص على مستوى العالم يتعايشون مع فقدان السمع، منهم اثنان وثلاثون مليون من الأطفال. ويعاني نحو ثلث من تبلغ أعمارهم ٦٥ عاماً فأكثر من فقدان السمع. وغالبية المتضررين يعيشون في البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل حيث تكون الموارد البشرية، وخيارات العلاج وسبل الحصول على أجهزة السمع محدودة. وقد كشف تحليل أجري مؤخراً عن أن ما يقرب من مليار شخص في الفئة العمرية التي تتراوح بين ١٢ و٣٥ عاماً، و تعيش في البلدان المرتفعة والمتوسطة الدخل، معرضة لخطر فقدان السمع من جراء التعرض الترفيهي للأصوات الصاخبة.

١٦- ويؤثر فقدان السمع على قدرة الفرد على التواصل، ناهيك عن فرصته في التعليم والعمل. وبالإضافة إلى ذلك، يؤثر فقدان السمع على التنمية الاجتماعية والاقتصادية في المجتمعات والبلدان. والعديد من أسباب فقدان السمع، بما فيها التهابات الأذن، والضوضاء، والأدوية السامة للأذن، والحسبة الألمانية والتهاب السحايا، يمكن الوقاية منها من خلال تدابير الصحة العمومية. فيمجرد ظهور فقدان السمع يمكن أن تساعد مجموعة من التدخلات، بما فيها أجهزة السمع في تعظيم أقصى قدر من الأداء الوظيفي. ومع هذا يحصل ٣٪ فقط ممن يحتاجون إلى معينات السمع في البلدان النامية عليها.

١٧- وعلى مدى العقدين الماضيين، قام العديد من البلدان المرتفعة الدخل وبعض البلدان المتوسطة الدخل بإعداد وتنفيذ برامج الفرز الشاملة للاكتشاف المبكر للأطفال الذين يعانون من فقدان السمع وعلاجهم. وتم تحقيق تقدم تكنولوجي كبير بفضل توافر اختبارات تشخيصية جديدة، وأجهزة السمع المتطورة، مثل زرع القوقعة.

١٨- وعلى الرغم من أن العديد من البلدان قد شرع بالفعل في تنفيذ برامج لمكافحة الضوضاء المهنية، لم يدرج سوى عدد قليل من البلدان سبل مكافحة الضوضاء البيئية والترفيهية في مجال اختصاصها.

١٩- وقد أعدت المنظمة المبادئ التوجيهية التالية بهدف تقديم الإرشادات التقنية اللازمة لدعم تنفيذ الدول الأعضاء لاستراتيجيات رعاية السمع:

- المبادئ التوجيهية الخاصة بتوفير معينات السمع في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، والتي أعدت في عام ٢٠٠١ ونقحت في عام ٢٠٠٤^١ واستناداً إلى هذه الإرشادات أعدت المنظمة في عام ٢٠١٣ مرسم للمنتج المفضل لمعينات السمع والخدمات المتعلقة به.
- في عام ١٩٩٩، تم صياغة المبادئ التوجيهية الخاصة بالضجيج المجتمعي^٢.
- وفي عام ٢٠١١، تم إعداد المبادئ الإرشادية الخاصة بفرز السمع لدى الأطفال حديثي الولادة والرضع من خلال عملية تشاورية^٣.
- في عام ٢٠١٢، تم وضع المبادئ التوجيهية الخاصة بتعزيز رعاية السمع والأذن من خلال برامج التأهيل المجتمعي^٤.

٢٠- وتم إعداد البروتوكول الخاص بمسح وبائيات فقدان السمع في عام ١٩٩٩، لتوحيد سبل الترصد الوبائي في جميع أنحاء العالم^٥. وقد تم استخدام هذا البروتوكول في عدد من البلدان لإجراء دراسات مجتمعية لقياس معدل انتشار فقدان السمع.

٢١- وتمشياً مع التركيز على الرعاية الأولية للأذن والسمع، تم إعداد أدلة لتدريب العاملين الصحيين، والموظفين في مستوى الرعاية الأولية، والأطباء في مجال الرعاية الأولية للأذن والسمع. وتم إتاحة الأدلة التدريبية التي تتناسب مع المستويات الثلاثة المختلفة: الأساسية، والمتوسطة والمتقدمة. وتم إصدارها في عام ٢٠٠٦، وترجمتها إلى العديد من اللغات حيث يقوم العديد من البلدان باستخدامها لتعزيز رعاية السمع في المرحلة الأولية.

^١ See *Guidelines for hearing aids and services for developing countries*, second edition, September 2004, at: http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf (accessed on 25 March 2015).

^٢ يمكن الاطلاع على المبادئ التوجيهية الخاصة بالضجيج المجتمعي على الرابط التالي: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/a68672.pdf> (تم الاطلاع في ٢٥ آذار/ مارس ٢٠١٥).

^٣ يمكن الاطلاع على *فرز السمع لدى الرضع وحديثي الولادة* على الرابط التالي: القضايا الراهنة والمبادئ التوجيهية للعمل على الرابط التالي: http://www.who.int/blindness/publications/Newborn_and_Infant_Hearing_Screening_Report.pdf (تم الاطلاع في ٢٥ آذار/ مارس ٢٠١٥).

^٤ يمكن الاطلاع على *التأهيل المجتمعي: تعزيز رعاية الأذن والسمع على الرابط التالي*: <http://www.who.int/pbd/deafness/news/CBREarHearingCare.pdf> (تم الاطلاع في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٥).

^٥ للمزيد من المعلومات بشأن بروتوكول المسح، يمكن الاطلاع على موقع المنظمة الخاص بالوبائيات والتحليل الاقتصادي على الرابط التالي: http://www.who.int/pbd/deafness/activities/epidemiology_economic_analysis/en/ (تم الاطلاع في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢٢- وبالا اعتماد على ما تقدمه المنظمة من دعم تقني، يتواصل إعداد برامج وطنية لرعاية السمع وتنفيذها في الدول الأعضاء التالية: بنغلاديش وغينيا وكينيا وملاوي ومنغوليا، والمغرب، ونيكاراغوا، وسري لانكا وزامبيا وزمبابوي. ويتم توفير المساعدة التقنية للبلدان لتمكينها من القيام بما يلي: إجراء تحليلات للوضع؛ وتنفيذ البرامج؛ ووضع الخطط الاستراتيجية، ورصد الأدوات ومؤشرات الحصائل.

٢٣- وتم إنشاء شبكة المراكز المتعاونة مع المنظمة، والتي تعزز الشراكة مع وفيما بين هذه المراكز التي تعمل على الوقاية من فقدان السمع.^١

٢٤- وتم تعزيز شراكة المنظمة مع المنظمات الرئيسية، بما في ذلك تلك الشراكة المبرمة مع الاتحاد الدولي لجمعيات طب الأذن والحنجرة، والجمعية الدولية لعلم السمع، والجمعية الدولية لسماع الصوت، والبعثة المسيحية للمكفوفين.

٢٥- وتم إصدار التقديرات العالمية المنقحة بشأن معدل انتشار فقدان السمع في عام ٢٠١٣.

٢٦- وفي آذار/ مارس ٢٠١٤، نشرت المنظمة التقرير الخاص بالتقييم المتعدد البلدان لقياس القدرات الوطنية بغية توفير سبل رعاية السمع،^٢ والذي يظهر مدى توافر الموارد البشرية اللازمة لرعاية السمع في مختلف الأقاليم. كما يوفر خط الأساس لعدد من البلدان التي تضع خططاً وطنية لرعاية السمع.

٢٧- وقد أعدت المنظمة حملات التوعية العالمية لإذكاء مستوى الوعي بمختلف جوانب فقدان السمع. وقد شاركت الحملات التالية بالفعل في اليوم الدولي لرعاية الأذن (٣ آذار/ مارس):

- وفي عام ٢٠١٣، كان شعار الحملات "السمع الصحي يعني حياة سعيدة - رعاية صحة السمع لدى المسنين" والتي ركزت الاهتمام على احتياجات السمع للسكان فوق سن ٦٥ عاماً.
- وفي عام ٢٠١٤، كان شعار الحملات "رعاية الأذن تحول دون فقدان السمع" والتي لفتت الانتباه إلى الوقاية من التهاب الأذن الوسطى من خلال الرعاية الأولية للأذن.
- وفي عام ٢٠١٥، كان شعار الحملات "لنجعل الاستماع مأموناً"، والتي كانت تهدف إلى التعامل مع مشكلة زيادة فقدان السمع الناجم عن التعرض الترفيهي للضجيج المرتفع.

٢٨- وتعتزم المنظمة في السنوات المقبلة تعزيز ما تبذله من جهد في البلدان بغية تنفيذ الخطط الخاصة برعاية السمع والتي تهدف إلى الوقاية من فقدان السمع ومعالجته. وسيتم إعداد الأدوات اللازمة لتقديم الدعم التقني المطلوب لبناء القدرات، وإذكاء الوعي، وإعداد خدمات شاملة لرعاية السمع.

١ للمزيد من المعلومات عن شبكة المراكز المتعاونة مع المنظمة والتي تم إنشاؤها مؤخراً يمكن الاطلاع على الرابط التالي: <http://www.who.int/pbd/deafness/news/network/en> (تم الاطلاع في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢ يمكن الاطلاع على التقرير على الرابط التالي: http://www.who.int/pbd/publications/WHOReportHearingCare_Englishweb.pdf (تم الاطلاع في ٢٥ آذار/ مارس ٢٠١٥).

الأمراض السارية

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

٢٩- في أيار/ مايو ٢٠١١، نادى جمعية الصحة في القرار ج ص ع ٦٤-١٦ بتكثيف الجهود الرامية إلى استئصال داء التتينات وطلبت إلى المديرية العامة رصد تنفيذ القرار عن كثب، وتقديم تقرير سنوي إلى أن يتأكد استئصال داء التتينات. ويستعرض التقرير الحالي أحدث البيانات المطلوبة حتى عام ٢٠١٤.

٣٠- ومنذ الثمانينات، نجحت برامج الاستئصال الوطنية في القضاء على داء التتينات في ١٧ بلداً. وأصبح انتقال المرض محلياً متمركزاً في مناطق محدودة من البلدان الأربعة التي لا يزال يستوطنها المرض ألا وهي تشاد وإثيوبيا ومالي وجنوب السودان.^١

٣١- وخلال عام ٢٠١٤، تم إبلاغ المنظمة عن ما مجموعه ١٢٦ حالة من ٥٤ قرية: وبالمقارنة مع عام ٢٠١٣، نجد أن هذه الأرقام تشير إلى وجود انخفاض بنسبة ١٥٪ في الحالات وتقلص عدد القرى المتضررة بنسبة ٤٨٪. وتم الإبلاغ عن حالات في جنوب السودان (٧٠) ومالي (٤٠) وتشاد (١٣) وإثيوبيا (٢). ولم يبلغ السودان، والذي يعتبر في مرحلة ما قبل الإسهاد عن أية حالات في عام ٢٠١٤ (مقارنة بثلاث حالات في عام ٢٠١٣)^٢. وفي عام ٢٠١٤ تم إجراء ترصد نشط لنحو ٨٩٤٦ قرية. وزادت جهود مكافحة المجذافات من خلال استخدام التيميفوس المضاد لليرقات لتغطي الآن جميع الحالات المبلغ عنها في المحليات.

٣٢- وبعد تقديم جنوب السودان في نيسان/ أبريل عام ٢٠١٤ لمكافأة نقدية (تعادل ١٠٠ دولار أمريكي) للإبلاغ الطوعي عن حالات داء التتينات، حذت جميع البلدان الستة^٣ التي لا يزال يستوطنها هذا المرض أو التي هي في مرحلة ما قبل الإسهاد حذوه وأصبحت تقدم مكافآت نقدية للإبلاغ الطوعي عن أية حالة. وبشكل عام، أصبح حوالي ٩٠٪ من المناطق يلتزم بتقديم تقارير شهرية خلال عام ٢٠١٤. وظهر أكثر من ١٤ ٠٠٠ شائعة في البلدان الموطونة والبلدان التي هي في مرحلة ما قبل الإسهاد، وكان يتم التحقق من حوالي ٩٠٪ من الشائعات في غضون ٢٤ ساعة. واستمرت البلدان في مرحلة ما بعد الإسهاد في تقديم تقارير ربع سنوية إلى المنظمة في عام ٢٠١٤، وأكد تحري ٥١٨ شائعة في ثمانية بلدان في مرحلة ما بعد الإسهاد^٤ عدم وجود حالات من داء التتينات.

١ كان جنوب السودان جزءاً من السودان إلى أن نال استقلاله في ٩ تموز/ يوليو ٢٠١١، ومن ثم كان هناك ٢٠ بلداً يتوطن فيها هذا الداء في الفترة ما بين الثمانينيات وعام ٢٠١١.

٢ تعتبر البلدان بأن تشهد إعادة التوطن إذا (١) لم ترد أنباء عن حالة إصابة مؤكدة بين السكان الأصليين لأكثر من ٣ سنوات (٢) حدثت حالات الانتقال المؤكدة مختبرياً بين السكان الأصليين في وقت لاحق خلال ٣ سنوات تقويمية متتالية (<http://www.who.int/wer/2012/wer8719.pdf?ua=1> تم الاطلاع في ١٣ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٣ البلدان الموطونة بداء التتينات: تشاد وإثيوبيا ومالي وجنوب السودان. والبلدان في مرحلة ما قبل الإسهاد: كينيا والسودان.

٤ بنن وبوركينا فاسو والكاميرون وكوت ديفوار والنيجر ونيجيريا وتوغو وأوغندا.

٣٣- وواصلت الشبكة المعنية بترصد شلل الأطفال عمليات البحث عن حالات داء التتينات خلال حملاتها الخاصة بأيام التمنيع الوطنية في كل من البلدان المتوتنة و التي هي في مرحلة ما قبل الإسهاد على حد سواء.

٣٤- ويمثل انعدام الأمن وصعوبة الوصول إلى بعض المناطق بسبب النزاعات تحديات كبرى للاستئصال. ومنذ آذار/ مارس ٢٠١٢، أدت المخاوف الأمنية في شمال مالي إلى وقف أنشطة البرنامج الوطني للقضاء على داء التتينات، وعلى الرغم من أن هيئات الأمم المتحدة المشاركة في جهود الدعم الإنساني يسرت التردد على نحو متقطع. وقد أدى التحسن النسبي في الأمن في الكشف عن المزيد من الحالات في مالي في عام ٢٠١٤ مقارنة بتلك التي اكتشفت في عام ٢٠١٣. وتم كذلك تكثيف التردد في مخيمات اللاجئين الوافدين من مالي إلى بوركينا فاسو وموريتانيا والنيجر من أجل الكشف عن أي حالات وافدة والحيلولة دون المزيد من انتشار المرض. وأدت الاضطرابات المدنية في جنوب السودان إلى إعاقة تنفيذ البرنامج وذلك بسبب النزوح الجماعي للسكان إلى بعض المناطق التي يستوطنها داء التتينات وصعوبة الوصول إلى تلك المناطق.

٣٥- وهناك تحد آخر في تشاد، حيث لوحظ وجود نمط متفرق ومشتت من الحالات البشرية منذ عام ٢٠١٠، مع وجود حالات موثقة من الكلاب المصابة في حوض نهر شاري. ونظراً لهذا النمط غير المؤلف من السراية، طرح مركز كارتر، ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها برنامج ميداني للبحوث من أجل إيجاد سبل مناسبة لتسريع وتيرة وقف السراية.

٣٦- وعقدت الأمانة اجتماعاً علمياً (جنيف، ١٢ و ١٣ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٥) لتحديد المجالات التي تحظى بأولوية البحوث الميدانية، ودراسة علم السوفيات الكلب في تشاد، واستمرار مستوى السراية المنخفض في إثيوبيا.

الإسهاد

٣٧- بناءً على توصية من اللجنة الدولية للإسهاد على استئصال داء التتينات في اجتماعها العاشر (جنيف، ١٤ و ١٥ كانون الثاني/ يناير ٢٠١٥)، قامت المديرية العامة بالإسهاد على خلو غانا من سراية داء التتينات، ليصل بذلك إجمالي عدد البلدان والأقاليم و المناطق التي تم الإسهاد على خلوها من سراية داء التتينات إلى ١٩٨ (بما في ذلك ١٨٦ من الدول الأعضاء في المنظمة). وبالإسهاد على خلو غانا، يبقى هناك ثمانية بلدان بحاجة إلى الإسهاد: البلدان الموبوءة الأربعة - تشاد وإثيوبيا ومالي وجنوب السودان. وبلدان اثنان في مرحلة ما قبل الإسهاد - كينيا والسودان. وأنغولا وجمهورية الكونغو الديمقراطية، واللذان لم يشهدا حالات من المرض في الآونة الأخيرة.

٣٨- ونصحت اللجنة الأمانة بإعداد خطة عمل لتنفيذ مكافأة عالمية بمجرد وقف السراية، كما حدث خلال المرحلة الأخيرة من حملة استئصال الجدري.

٣٩- وتقوم المديرية العامة برصد برنامج الاستئصال بشكل شهري. وتم عقد اجتماع لإجراء الاستعراض السنوي للبرامج الوطنية لاستئصال داء التتينات.

٤٠- وعلى هامش الدورة السابعة والستين لجمعية الصحة العالمية، تم عقد اجتماع غير رسمي لوزراء الصحة من البلدان التي كان أو لا يزال يستوطنها داء التتينات. وقد حضره أكثر من ١٠٠ مشارك وتحدث

فيه الرئيس السابق للولايات المتحدة الأمريكية (جيمي كارتر، من خلال رسالة عبر الفيديو)، والمديرة العامة، والمدير الإقليمي لأفريقيا. وتعهد وزراء الصحة في البلدان الموطونة الأربعة المتبقية، أو ممثليهم، والذين طُلب منهم الاضطلاع بدور قيادي من خلال مناصرتهم الشخصية لبرنامج استئصال داء التتينات، باستمرار الالتزام بوقف سرية المرض في أقرب وقت ممكن. وقد أضيفت الزيارات التي يقوم بها وزراء الصحة في إثيوبيا (٢٠١٣) وجنوب السودان (٢٠١٤) إلى القرى الموبوءة في بلدانهم شعوراً بالإلحاح والحاجة الماسة إلى تسريع أنشطة الاستئصال.

٤١- ويواصل مركز كارتر توفير الدعم الميداني لأنشطة الاستئصال في البلدان الموبوءة. وتدعم اليونيسف توفير مصادر مياه الشرب المحسنة إلى القرى المتوطنة والمعرضة للخطر. وتقدم المنظمة الدعم لتعزيز جهود الترصد في البلدان قبل مرحلة الإسهاد وبعدها، وفي المناطق الخالية من داء التتينات في البلدان الموبوءة، وإعداد البلدان للإسهاد. وأشار اجتماع الخبراء الخاص باستعراض الوضع إلى أن أنشطة الاستئصال للفترة ٢٠١٥-٢٠٢٠ بحاجة إلى المزيد من التمويل الإضافي (أتلانتا، الولايات المتحدة الأمريكية، ٢٩ و ٣٠ تموز/ يوليو ٢٠١٤).

هاء: التخلص من داء البلهارسيات (القرار ج ص ع ٦٥-٢١)

٤٢- لا يزال داء البلهارسيات يمثل مشكلة كبيرة للصحة العمومية، ففي عام ٢٠١٣ كان هناك نحو ٢٦١ مليون شخص يحتاجون إلى العلاج الكيميائي الوقائي.

٤٣- وقد أسفرت مبادرات الدعوة الرفيعة المستوى لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة، وتحسين القدرة على حشد الموارد في بعض البلدان إلى زيادة تنفيذ برامج مكافحة، والتي حفزها بشكل خاص خارطة الطريق التي وضعتها المنظمة لتسريع وتيرة العمل، وإعلان لندن حول الأمراض المدارية المهملة (٢٠١٢). فبالنسبة لداء البلهارسيات، تم إحراز تقدم في مكافحة حيث أفاد ٤٢,١ مليون شخص بأنه قد تم علاجهم في ٣١ بلداً في عام ٢٠١٢ ناهيك عن ٤٠,٥ ملايين آخرين تمت معالجتهم في ٢٣ بلداً في عام ٢٠١٣. وتعتبر التقارير الخاصة بعام ٢٠١٣ غير مكتملة، ومن المرجح أن يزيد العدد بعد إبلاغ المزيد من البلدان عن الحالات. وقد زاد مدى التوافر العالمي للالبرازيكوانتيل ليصل إلى ٢٨٢ مليون قرص في عام ٢٠١٤، أي ما يكفي لتلبية ٥١,٢٪ من الاحتياجات. وبحلول ذلك العام، زادت التبرعات من شركة ميرك للأدوية لتصل إلى ٧٢,٣ مليون قرص.

الإقليم الأفريقي

٤٤- وعلى الرغم من أن ٣٦ (٨٨٪) من الدول الأعضاء التي يحتاج سكانها إلى المعالجة الكيميائية الوقائية لداء البلهارسيات والبالغ عددها ٤١ دولة، كانت تقوم بتنفيذ هذا العلاج في عام ٢٠١٤ بيد أن ١٤ بلداً فقط تمكن من مد نطاق التغطية إلى جميع المناطق الموبوءة. وقد تحسن رسم الخرائط الخاصة بداء البلهارسيات: ففي عام ٢٠١٤، تم إعداد خرائط لنحو ٢٥ بلداً (٦١٪) بالكامل وخرائط لنحو ١٥ بلداً بشكل جزئي (٣٧٪). وقد زاد عدد الأشخاص المبلغ والذين يتلقون العلاج الكيميائي الوقائي الخاص بداء البلهارسيات عن عام ٢٠١١ بنسبة ٢٥٪ ليصل إلى ٢٧,٥ ملايين في عام ٢٠١٣، وإن كانت التغطية لا تزال أقل بكثير من هدف المنظمة والذي يبلغ ٧٥٪ من الأطفال في سن الدراسة. وبدأت مشاريع التخلص من داء البلهارسيات في ثلاثة بلدان (بورووندي ورواندا وجمهورية تنزانيا المتحدة (زنجبار))، باستخدام نهج متكاملة تجمع بين جميع الاستراتيجيات اللازمة، بما فيها التعليم والصحة، وتحسين الإصحاح، وإمدادات المياه، ومكافحة القواقع.

إقليم الأمريكتين

٤٥- في هذا الإقليم، يحتاج السكان في بلدين (البرازيل وجمهورية فنزويلا البوليفارية) إلى العلاج الكيميائي الوقائي. وهناك بلدان أخرى (سورينام وسانت لوسيا) لديهما حالات سرية متبقية في حين تم وقف السرية في ستة بلدان أو أقاليم أخرى (جزيرة أنتيغوا والجمهورية الدومينيكية وجواديلوب ومارتينيك، ومونتسيرات وبورتوريكو)، وإن كنا نحتاج إلى إجراء مسوحات للتحقق من هذا الوضع. ووفقاً لأحدث الأرقام (لعام ٢٠١٢)، تم الإبلاغ عن أكثر من ٢٧ ٠٠٠ شخص تلقوا العلاج الكيميائي الوقائي.

جنوب شرق آسيا

٤٦- يحتاج السكان في إندونيسيا فقط إلى العلاج الكيميائي الوقائي، وفي عام ٢٠١٣، تم علاج ١٠ ٣٩٢ شخصاً بهذا الأسلوب (مقارنة بنحو ١٤ ١٠٢ شخص في عام ٢٠١١).

الإقليم الأوروبي

٤٧- إن التقرير الذي أفاد بوقوع ١٧ حالة إصابة بداء البلهارسيات للسكان الأصليين بسبب البلهارسيا البولية في كورسيكا (فرنسا) في الفترة من عام ٢٠١١ إلى عام ٢٠١٣، يسلط الضوء على الحاجة إلى اليقظة والاستعانة بأدوات حساسة لكشف السرية والوقاية منها في المناطق الجديدة التي يتواجد فيها العائل الوسيط الحلزوني.

إقليم شرق المتوسط

٤٨- يحتاج السكان في أربعة بلدان (مصر والصومال والسودان واليمن) إلى العلاج الكيميائي. وقد بلغ عدد الأشخاص الذين تمت الإفادة بحصولهم على العلاج الكيميائي الوقائي ٢,٧ مليون في عام ٢٠١٢. وفي عام ٢٠١٣، أبلغت مصر والسودان واليمن عن علاج ما يقرب من ١٢ مليون شخص (٤٥,١٪ من الأطفال في سن الدراسة)، وهو ما يمثل زيادة كبيرة مقارنة بعام ٢٠١٢. وكان اليمن يضم ٨٠,١٪ من الحالات التي تم علاجها في عام ٢٠١٣، حيث كان يتم إعطاء العلاج للذكور والإناث من جميع الفئات العمرية، وإن كان ٥٦,٦٪ ممن تم علاجهم من الأطفال في سن الدراسة. وفي عام ٢٠١٣ تم معالجة أكثر من خمسة أضعاف من عولجوا في عام ٢٠١٢.

إقليم غرب المحيط الهادئ

٤٩- في عام ٢٠١١ كان هنالك أربعة بلدان (كمبوديا والصين وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية والفلبين) يحتاج سكانها إلى العلاج الكيميائي الوقائي حيث تمت معالجة ٣,٨ مليون شخص في عام ٢٠١١ وهو نفس العدد الذي سبق معالجته في عام ٢٠١٢. وفي عام ٢٠١٣، وردت تقارير عن علاج داء البلهارسيات من كمبوديا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية والفلبين؛ وبذلك يصل مجموع من عولجوا إلى ١ ٠١٤ ٥٢٩ شخصاً، معظمهم من البالغين (٧٧,٨٪). ولم تقدم الصين تقريراً بعد.

٥٠- ويعتبر تأثير العلاج الكيميائي الوقائي على الصحة العمومية محدوداً بسبب عدم وجود استثمارات كبيرة في تدابير الصحة العمومية التكميلية اللازمة لوقف سرية داء البلهارسيات، من قبيل مكافحة القواقع، وتوفير المياه الصالحة للشرب، والصرف الصحي الأساسي، والتوعية بالإصحاح.

٥١- وقد صنفت المنظمة البلدان حسب حالة التوطن.^١ فالعديد من البلدان التي أبلغت عن عدم وجود حالات بين السكان الأصليين لعدة سنوات، قد يكون لديها حالات سريرية متقطعة. ولذلك هناك حاجة لتقييم مدى القضاء علي داء البلهارسيات في هذه البلدان.

٥٢- وبناءً على طلب من جمهورية إيران الإسلامية، تم إيفاد بعثة من الخبراء في آذار/ مارس ٢٠١٣ لتقييم مدى توثيق وضع داء البلهارسيات. وأوصت البعثة السلطات الوطنية بتجميع ملف خاص بنجاح برنامج مكافحة. وبناءً على مثل هذا الملف، يمكن اختيار المناطق التي سبق وإن كانت موبوءة لتقييم وضعها باستخدام الأدوات التي تم التحقق من صحتها في أماكن أخرى. وفي عام ٢٠١٣، اكتشفت بعثة مماثلة تم إيفادها إلى سانت لوسيا، حدوث عدد قليل من حالات داء البلهارسيات كل عام. وتمت التوصية بإجراء مسوحات مناسبة لتحديد حالات الانتقال المتبقية، ولدعم تصميم برنامج للتخلص منها. وفي سورينام في عام ٢٠١٠، أظهرت نتائج المسوحات الخاصة بالبراز والمسوحات المصلية مستويات منخفضة للغاية لانتقال داء البلهارسيات، وأشارت إلى ضرورة تنفيذ استراتيجيات للقضاء عليه. وأيدت منظمة الصحة للبلدان الأمريكية والشركاء إجراء مسوحات مماثلة في الجمهورية الدومينيكية في عام ٢٠١٤ لتقييم مدى انتقال داء البلهارسيات. ولم يتم نشر النتائج بعد.

٥٣- وأعدت الأمانة إجراءات لتقييم القضاء على حالات الانتقال، والتي سيتم تنقيحها حسب الاقتضاء، لتلبية متطلبات اللجنة المعنية باستعراض المبادئ التوجيهية بعد إجراء المراجعة الداخلية ومراجعة الخبراء لها. وتم تحديث المبادئ التوجيهية لتقييم فعالية مبيدات الرخويات في مكافحة القواقع، وسيتم مراجعتها على أساس خطة المنظمة لتقييم مبيدات الآفات. وسيتم استعراض فرص دمج مكافحة القواقع مع مكافحة النواقل الأخرى أو ممارسات الإدارة المتكاملة للنواقل في المناطق الموبوءة بداء البلهارسيات وغيرها من الأمراض الأخرى المنقولة بالحشرات. ويتم استعراض استخدام أدوات التشخيص الجديدة لداء البلهارسيات، والتي تلائم بشكل أكبر المناطق التي تنخفض فيها معدلات السرية.

واو: أمراض المناطق المدارية المهملة (القرار ج ص ٦٦-١٢)

٥٤- تعمل الأمانة بتوجيه فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني بأمراض المناطق المدارية المهملة مع الدول الأعضاء من أجل تنفيذ القرار ج ص ٦٦-١٢ عبر التدخلات الخمسة التالية: (١) العلاج الكيميائي الوقائي؛ (٢) والتدبير العلاجي المبكر والمكثف للأمراض؛ (٣) ومكافحة النواقل؛ (٤) ومكافحة الأمراض المهملة الحيوانية المصدر عبر إتاحة خدمات الصحة العمومية البيطرية الكافية؛ (٥) تعزيز مأمونية المياه وتوفير مرافق الإصحاح والنظافة. وقد أعدت خطط وطنية في ٧٤ بلداً. واعتمدت اللجنة الإقليمية لأفريقيا خطة استراتيجية إقليمية للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٠ في عام ٢٠١٣ (القرار AFR/RC63/R6).

^١ Schistosomiasis: progress report 2001–2011 and strategic plan 2012–2020. Geneva: World Health Organization; 2012 (document WHO/HTM/NTD/2012.7, [13](http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F78074%2F1%2F9789241503174_eng.pdf&ei=YskCVZuMHdLfaqqXgMgP&usg=AFQjCNGLP01m6RZRZicNM9G6ENtRZw9CzA&sig2=P9GLfv3esEOe4KHOO7LVfA&bvm=bv.88198703,d.d2s, accessed 13 March 2015).</p>
</div>
<div data-bbox=)

٥٥- وتحديث الأمانة الممارسات والعمليات المعيارية لجمع البيانات من أجل ضمان التبليغ والتثبت والتحليل على نحو ملائم. ويعمل كل من المقر الرئيسي والمكاتب الإقليمية مع الجهات الشريكة لدعم رصد الاحتياجات الخاصة بالبرامج الوطنية لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة وتقييم هذه الاحتياجات ورصد نجاعة الأدوية. ويجري اختبار أداة لتقييم جودة البيانات في الميدان بتحقيق نتائج أولية جيدة. وسعيًا إلى تحسين التنسيق والتكامل بين مختلف البرامج، تتاح استثمارات على الإنترنت لتيسير التطبيق والاستعراض والتبليغ وتشجع البرامج الوطنية على استكمال هذه الاستثمارات وتقديمها كل سنة.

٥٦- وتعزيزاً لقدرات برامج مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة أتاحت الأمانة دورات تدريبية في عام ٢٠١٤ للأفرقة الوطنية التي تنفذ برامج للعلاج الكيميائي الوقائي في بلدان كثيفة السكان مثل إثيوبيا ونيجيريا حيث شارك حوالي ٢٠٠ مدير من مديري البرامج في هذه الدورات. ونُظمت حلقات عمل مماثلة لتدريب مديري البرامج الوطنية أيضاً في إقليم شرق المتوسط وإقليم غرب المحيط الهادئ. كما نسقت الأمانة إعداد دورة لتدريب المديرين على مستوى المناطق ومن المقرر تنظيم دورة تجريبية في الأشهر القليلة القادمة. ونُظمت دورات جديدة عن داء شagas بدعم من المراكز المتعاونة مع المنظمة.

٥٧- وعلى الرغم من أن الأدوات الراهنة قد تعود بالفوائد على ملايين الأشخاص المعانين من أمراض المناطق المدارية المهملة أو المعرضين لخطر الإصابة بها، تشجع المنظمة على تعزيز أنشطة البحث والتطوير بشأن أدوية جديدة ومحسنة وإجراء الدراسات عن الأعمال الرامية إلى توسيع نطاق التدخلات إلى أقصى حد وتكثيف التدبير العلاجي للأمراض المعقدة. وفيما يخص بعض الأمراض، حددت استراتيجيات ابتكارية لإدماج أنشطة علاج الأمراض ومكافحتها والقضاء عليها باستخدام الموارد الراهنة على أمثل وجه نتيجة لذلك. وفتحت شركات المستحضرات الصيدلانية بفضل اتحاد البحوث التابع للمنظمة العالمية للملكية الفكرية باب مكتباتها الخاصة بالمركبات الطبية أمام الباحثين الخارجيين تحسيناً لإمكانات تطوير أدوية جديدة.

٥٨- ويكاد استئصال داء التينيات يتحقق (انظر الفرع دال أعلاه).

٥٩- **الداء العليقي:** تبين دراسات تجريبية أجريت في غانا وبابوا غينيا الجديدة وجزر سليمان وفانواتو نجاعة العلاج الوحيد الجرعة عن طريق الفم بالأزيتروميسين. وقدمت الهند ملفاً إلى المنظمة في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٤ يوثق عدم وجود الداء العليقي في البلد وتطلب فيه من المنظمة أن تصدر إعلاناً رسمياً بشأن القضاء على هذا الداء.

٦٠- وتعزز الأمانة قدرة البلدان على توسيع نطاق تدخلات العلاج الكيميائي الوقائي. وقد نسقت في عام ٢٠١٤ شراء نحو ١٣٠٠ مليون علاج لفائدة ٧٨ بلداً وإمداد هذه البلدان بها. وتتفد بمشاركة الجهات الشريكة أنشطة التنبؤ بالمعلومات وتبادلها وتدعم توزيع الأدوية المتاحة المتبرع بها وتوسع نطاق التغطية. وبفضل العلاج الكيميائي الوقائي تلقى أكثر من ٧١١ مليون شخص العلاج لمكافحة مرض واحد على الأقل في عام ٢٠١٣ مما يمثل تغطية عالمية بنسبة ٣١,٤٪ من الأشخاص المحتاجين إلى علاج.

٦١- وتم القضاء على داء كلابية الذئب في كولومبيا خلال عام ٢٠١٣ وفي إكوادور خلال عام ٢٠١٤. وقدمت المكسيك تقريراً عن القضاء على المرض إلى الأمانة في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٤. وأنهت غواتيمالا أنشطة الترصد بعد العلاج وتستعد لتقديم تقرير عن القضاء على المرض في وقت لاحق خلال هذه السنة. أما البرازيل وجمهورية فنزويلا البوليفارية فهما البلدان الأخيران في إقليم الأمريكتين اللذان يتواصل فيهما إعطاء الأدوية على نطاق واسع في منطقة يانوماي العابرة للحدود.

٦٢- وأحرز تقدم ملحوظ أيضاً في مجال التدبير العلاجي المبتكر والمكثف للأمراض. فالانخفاض المسجل في عدد حالات الإصابة بداء المتقيبات الأفريقي البشري المبلغ عنها يتمشى مع غاية القضاء على الأمراض المحددة في خارطة طريق المنظمة بشأن أمراض المناطق المدارية المهملة. وحُقِّص عدد السكان المقيمين في مناطق معرضة لخطر شديد أو محفوفة بكثير من المخاطر تخفيضاً شديداً نتيجة لتواصل توفير الدعم للبلدان التي يتوطنها المرض من خلال الشراكة بين القطاعين العام والخاص. وأنشأت المنظمة شبكة للقضاء على داء المتقيبات الأفريقي البشري في عام ٢٠١٤ بهدف تنسيق التدخلات.

٦٣- وأحرز تقدم لم يسبق له مثيل في القضاء على داء الليشمانيات الحشوي في شبه القارة الهندية. ففي بنغلاديش، ساهم كل من الخبرة التقنية والالتزام السياسي وتعبئة المجتمع في تحقيق خفض بنسبة تزيد على ٧٠٪ في عدد حالات الإصابة الجديدة المبلغ عنها بين عامي ٢٠٠٩ و٢٠١٣. وأبرمت بنغلاديش وبوتان والهند ونيبال وتايلند مذكرة تفاهم في عام ٢٠١٤ للقضاء على داء الليشمانيات الحشوي واعتمدت هذه البلدان برمتها استخدام الجرعة الواحدة من دواء أمفوتيريسين باء الشحمي.

٦٤- ووسَّع نطاق شبكة من البلدان التي يتوطنها داء الليشمانيات الجلدي لتشمل بلداناً موجودة في الإقليم الأفريقي والإقليم الأوروبي وإقليم شرق المتوسط.

٦٥- ومازال عدد حالات الإصابة بقرحة بورولي المبلغ عنها ينخفض في عدة بلدان. وتتواصل أنشطة الاستقطاب لأغراض إجراء تجربة سريرية تقارن بين توليفة من الأدوية مكونة من الريفامبيسين والستربتوميسين وتوليفة من الأدوية مكونة من الريفامبيسين والكلاريثروميسين في بنن وغانا بهدف التثبت من صلاحية مضاد حيوي يؤخذ عن طريق الفم بالكامل. كما أحرز التقدم في تطوير اختبار تشخيصي سريع لتحري المرض. ودعمت المنظمة تدريب سبعة عاملين صحيين من ثلاثة بلدان يتوطنها المرض في مجال استخدام أسلوب بسيط للكشف عن الميكولاكتون في الأنسجة في الولايات المتحدة الأمريكية خلال عام ٢٠١٤. وتجهَّز مراكز صحية مختارة لاستخدام هذا الأسلوب الذي يسمح بالحصول على النتائج في غضون ساعة واحدة بالتعاون مع مؤسسة وسائل التشخيص الجديدة الابتكارية.

٦٦- وفيما يتعلق بداء شاغاس، أحرز تقدم في وقف سريان الداء المحمول بالنواقل داخل المنازل (ولاسيما في البور الساخنة المتبقية مثل منطقة شمال غرب الأرجنتين ومنطقة جنوب بيرو) وسريان الداء المنقول بالدم (في البلدان التي يتوطنها ولا يتوطنها المرض) على حد سواء وفي الكشف عن الحالات ورعاية المصابين بها (من حالات الإصابة بالمرض الخلقي إلى حالات إصابة البالغين).

٦٧- ويتواصل انتشار حمى الضنك وداء شيكونغونيا بسرعة مثيرة للقلق. وإن الاعتماد الشديد على فئة واحدة من مبيدات الحشرات أي المبيدات المصنوعة من مركبات البيريثرين أمر يثير قلق الأمانة وإن الكشف عن مقاومة هذه المركبات يقتضي التدبير العلاجي الشامل لمقاومة مبيدات الحشرات. وقد أنشأت المديرية العامة فريقاً استشارياً معنياً بمكافحة النواقل لتقدير قيمة الابتكارات الجديدة لمكافحة النواقل من منظور الصحة العمومية وإعداد توصيات تقنية ملائمة. ويجري تعزيز قدرة مخطط المنظمة لتقييم مبيدات الهوام والموارد المخصصة له بهدف دعم: (١) دور المخطط في اختبار مبيدات جديدة للهوام مرتبطة بالصحة العمومية وتقييمها؛ (٢) الدول الأعضاء في وضع سياسات واستراتيجيات ومبادئ توجيهية لإدارة مبيدات الهوام السليمة. وتعمل المنظمة أيضاً مع الجهات الشريكة لها التي تشمل الجهات المنتمية إلى القطاع الخاص على مبادرة أوسع نطاقاً لتعزيز ابتكار الأدوات والمنهجيات لمكافحة النواقل المستجدة وتطبيقها على نطاق واسع. وتسلط الاستراتيجية العالمية للوقاية من حمى الضنك ومكافحتها للفترة ٢٠١٢-٢٠٢٠ مجدداً الأضواء على ضرورة اتخاذ تدابير متكاملة ومستمرة لمكافحة النواقل وتحسين وسائل التشخيص والتدبير

العلاجي للحالات والترصد المتكامل والبحث المركز المتصل بالأدوية واللقاحات بهدف خفض معدل المراضة بسبب حمى الضنك بنسبة ٢٥٪ على الأقل ومعدل الوفيات بنسبة ٥٠٪ على الأقل بحلول عام ٢٠٢٠.

٦٨- وتتطلب مكافحة الأمراض المهملة الحيوانية المصدر تدخلات تفك حلقة انتقال العدوى بين الإنسان والحيوان والبيئة. وتتعاون المنظمة مع منظمة الأغذية والزراعة والمنظمة العالمية لصحة الحيوان والقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وسائر الجهات الشريكة لتعزيز الدعوة والاستثمار من أجل مكافحة أمراض مثل داء المشوكات وداء الديدان المثقوبة المنقولة بالأغذية وداء الكلب وداء الشريطيات وداء الكيسات المذنبة العصبي.

٦٩- وقد قُضي على داء الكلب الكلب وداء الكلب البشري المنقولين عن طريق الكلاب في عدة بلدان في أمريكا اللاتينية. واقتصر داء الكلب البشري الكلب المصدر على دولة بوليفيا متعددة القوميات والجمهورية الدومينيكية وغواتيمالا وهايتي وهندوراس وبعض المناطق المحدودة في البرازيل وبيرو بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٤ ويتوقع القضاء على داء الكلب البشري الكلب المصدر في أمريكا اللاتينية (بحلول نهاية عام ٢٠١٥) وفي إقليم جنوب شرق آسيا وإقليم غرب المحيط الهادئ (بحلول عام ٢٠٢٠). وتحرز مشاريع إثبات المفاهيم في الفلبين وجنوب أفريقيا (مقاطعة كوازولونatal) وجمهورية تنزانيا المتحدة تقدماً جيداً بالاهتمام في إثبات إمكانية مكافحة داء الكلب عبر تطعيم الكلاب وتدريبها العلاجي على نحو ناجح.

٧٠- وتنهض المنظمة بتوفير المياه المأمونة ومرافق الإصحاح والنظافة في إطار الجهود العالمية المبدولة للحد من انتقال الأمراض. وقد أحرزت البرامج المدرسية بدعم من قطاع التعليم تقدماً ملحوظاً في تعزيز السلوك الصحي وتنفيذ التدخلات في المجتمعات المحلية النائية. وأدكت ممارسات السلامة الغذائية المنطوية على غسل اليدين على النحو الواجب الوعي في صفوف الأشخاص المعنيين بمناولة الأغذية وساهمت الإدارة السليمة للمنتجات الغذائية في الوقاية من انتقال بعض الأمراض عن طريق الفم.

٧١- وإن الإرادة والالتزام السياسيين يتزايدان ويجب استمرارهما للتغلب على أثر أمراض المناطق المدارية المهملة على الصعيد العالمي. ولا يُستبعد أن تكون الشواغل الأمنية والنزاعات قد أثرت تأثيراً شديداً في نظم الترصد وعطلت برامج القضاء على الأمراض. وقد تؤدي أوبئة لا يمكن التنبؤ بها مثل فاشية مرض فيروس الإيبولا الحالية في غرب أفريقيا إلى جانب احتمال انتشارها إلى تحويل التركيز عن أمراض المناطق المدارية المهملة وإلى التأثير السلبي في برامج مكافحة الوطنية. ويحتمل أن يضعف الأداء الاقتصادي السلبي الحملة الرامية إلى ضمان الموارد المالية اللازمة للتغلب على هذه الأمراض.

زاي - الاستراتيجية العالمية بشأن توقي ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً (القرار ج ص ٥٩-١٩)

٧٢- تشير تقديرات عام ٢٠١٢^١ إلى ارتفاع عدد الحالات الجديدة المصابة بأربعة أنواع من العدوى المنقولة جنسياً والتي يمكن علاجها بين من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ عاماً ألا وهي/المتندثرة/الحرثية (١٢٧ مليون)؛/النيسرية البنية (٨٥ مليون)؛/الزهري (٥ ملايين)؛/والمشعرات المهبلية (١٧٧ مليون). وعلى

١ للمزيد من المعلومات حول تقديرات المنظمة لعام ٢٠١٢ للعدوى المنقولة جنسياً يمكن الاطلاع على الرابط التالي: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/en/> (تم الاطلاع في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٥).

نفس النسق ارتفع معدل انتشار العدوى بفيروس الهريس البسيط من النمط ٢ ليصل إلى ٤١٧ مليون شخص مصاب بالعدوى.

٧٣- وقد اعتمدت جميع أقاليم المنظمة على الاستراتيجية العالمية بشأن توقي ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً للفترة ٢٠٠٦-٢٠١٥ في إعداد الاستراتيجيات أو الأطر الإقليمية، حيث قام ٨٨٪ على الأقل من البلدان بتحديث السياسات والمبادئ التوجيهية ذات الصلة بالعدوى المنقولة جنسياً. ويوصي معظم البلدان باستخدام النهج المتلازمي في التدبير العلاجي للأمراض المنقولة جنسياً. وقامت جميع الأقاليم أيضاً بمواءمة استراتيجية المنظمة للقضاء على الزهري الخلقي على مستوى العالم.^١ وغالباً ما يقترن تنفيذ الاستراتيجية بجهود القضاء على انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل. ومع ذلك، لاتزال هناك تحديات ماثلة في توفير الموارد البشرية والمالية للبرامج بهدف إدراج خدمات العدوى المنقولة جنسياً ضمن التغطية الصحية الشاملة.

٧٤- وقد تم إحراز تقدم، ويمكن قياسه من خلال المعلومات المتحصل عليها من النظام^٢ العالمي للإبلاغ عن التقدم المحرز في الاستجابة لمرض العوز المناعي البشري المكتسب، ومن البرنامج^٣ العالمي لترصد مقاومة مضادات الميكروبات البنية، وبرامج التقييم السريع للعدوى المنقولة جنسياً في الدول الأعضاء، والذي تم إجراؤه من خلال استبيان. وقامت المنظمة وشركاؤها بنشر إرشادات بشأن توجيه الفرز لفئات السكان المعرضة للخطر والفئات الضعيفة،^٤ وأصبحت غالبية خطط العمل الوطنية تشمل التدخلات التي تستهدف العاملين في مجال الجنس، والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والمراهقين.

٧٥- ويندر إجراء الفرز لاكتشاف الأمراض المنقولة جنسياً في الأماكن الشحيحة الموارد. وهو عادة ما يتضمن إجراء اختبارات الدم المأخوذ ممن حضرن للرعاية السابقة للولادة، والمتبرعين بالدم بغرض اكتشاف العدوى بمرض الزهري ومؤشرات الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري والتهاب الكبد الفيروسي B.

٧٦- وتحتاج نظم الترصد الإقليمية والعالمية بشدة إلى التعزيز. وهناك حاجة ماسة لإجراء المزيد من الدراسات الدورية لتحديد الكائنات الحية التي عادة ما تسبب المرض. واستجالة لذلك، أصدرت المنظمة إرشادات لتعزيز نظم الترصد،^٥ وقامت بتنقيح النظام العالمي للإبلاغ عن التقدم المحرز في مدى الاستجابة

^١ The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action is available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>, accessed 11 March 2015).

^٢ للمزيد من المعلومات بشأن النظام العالمي للإبلاغ عن التقدم المحرز في الاستجابة لمرض العوز المناعي البشري المكتسب يمكن الاطلاع على الرابط التالي: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting> (تم الاطلاع في ١١ آذار/ مارس ٢٠١٥).

^٣ للمزيد من المعلومات بشأن البرنامج العالمي لترصد مقاومة مضادات الميكروبات البنية يمكن الاطلاع على الرابط التالي: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/gonococcal_resistance/en/ (تم الاطلاع في ١٣ آذار/ مارس ٢٠١٥).

^٤ Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations is available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/> (accessed 13 March 2015).

^٥ يمكن الاطلاع على الاستراتيجيات والطرق المختبرية الخاصة بتعزيز ترصد العدوى المنقولة جنسياً على الرابط التالي: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/articles/en/> (تم الاطلاع في ١١ آذار/ مارس ٢٠١٥).

لمرض العوز المناعي البشري المكتسب ليشمل ١٠ مؤشرات، وقامت بنشر البيانات من خلال المرصد الصحي العالمي. وتلخص التقارير السنوية^١ للمرصد العالمي البيانات بشأن: عدد الحالات المصابة بالعدوى المنقولة جنسياً والتي تم الإبلاغ عنها؛ ومقاومة مضادات الميكروبات البنية؛ وعبء المرض؛ والنقص المحرز في القضاء على انتقال الزهري من الأم إلى الطفل^٢. وعلى الرغم مما أحرز من تقدم صوب الهدف الأخير، ارتفعت نسبة إجراء اختبار الزهري لمن يحضرن للرعاية السابقة للولادة من ٧٨٪ في عام ٢٠٠٨ إلى ٨٤٪ في عام ٢٠١٣، وانخفض معدل إيجابية مصل الزهري لهذه المجموعة من ١,٤٪ إلى ٠,٦٪، كما انخفض عدد حصائل الحمل السلبية المعزوة للزهري من ٥٢٠ ٠٠٠ في عام ٢٠٠٨ إلى ٣٧٠ ٠٠٠ في عام ٢٠١٢. وعلى الرغم من التقدم المشجع، هناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهد لتحقيق الأهداف المتوخاة بفرز ما لا يقل عن ٩٥٪ من النساء الحوامل ومعالجة ٩٥٪ من الحالات الإيجابية في كل بلد.

٧٧- وتنتشر مقاومة/النيسرية/البنيّة للمضادات الحيوية المعتمدة على البنسلين والكينولون على نطاق واسع، وظهرت مقاومة للسيفالوسبورين والذي يعتبر الملاذ الأخير للعلاج، على الرغم من أنه لم يبلغ سوى ٦٧ بلداً فقط على مستوى العالم، وبخاصة في الإقليم الأوروبي وإقليم غرب المحيط الهادئ عن مقاومة مضادات الميكروبات. واستجابة لذلك، أصدرت المنظمة معلومات وخطة عمل عالمية لمكافحة انتشار مقاومة الميكروبات البنية في سياق خطة العمل العالمية لمقاومة مضادات الميكروبات^{٣،٤}.

٧٨- وتحتاج الاستراتيجية العالمية إلى متابعة لفترة ما بعد عام ٢٠١٥. وبناءً على النجاحات المحققة والدروس المستفادة، ينبغي أن تشمل المتابعة التدابير التالية في سياق إطار التغطية الصحية الشاملة، والمرامي الإنمائية المستدامة:

- تعزيز آليات تمويل الخدمات المقدمة للأمراض المنقولة جنسياً، وقدرات الموارد البشرية
- زيادة فرص الحصول على الخدمات من خلال إدماج جهود الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها في جداول أعمال أوسع نطاقاً بشأن العدوى بفيروس العوز المناعي البشري والصحة الإنجابية بشكل خاص

١ يمكن الاطلاع على التقرير الخاص بالترصد العالمي للعدوى المنقولة جنسياً ٢٠١٣ على الرابط التالي: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stis-surveillance-2013/en> (تم الاطلاع في ١٧ آذار/ مارس ٢٠١٥)

٢ يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن التقدم المحرز في القضاء على انتقال الزهري من الأم إلى الطفل على الرابط التالي: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/cs_global_updates/en/ (تم الاطلاع في ١٣ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٣ يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات والمطبوعات بشأن مقاومة الميكروبات البنية، العدوى المنقولة جنسياً على الرابط التالي:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/articles/en/> (تم الاطلاع في ١١ آذار/ مارس ٢٠١٥). يمكن الاطلاع على المطبوعة، خطة العمل العالمية لمكافحة انتشار وأثر مقاومة النيسرية البنية لمضادات الميكروبات على الرابط التالي:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503501/en/> (تم الاطلاع في ١١ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٤ انظر الوثيقة ج ٢٠/٦٨.

- توفير الإرشادات للدول الأعضاء بشأن آليات توسيع نطاق التدخلات، ولاسيما للفئات السكانية المستضعفة والأساسية، وتعزيز الترصد، وتحسين المعرفة، وزيادة عدد البلدان التي تبذل عن حالات الانتشار والمسببات ومقاومة مضادات الميكروبات
- تسارع سبل الوصول إلى الابتكارات من خلال تطوير واستحداث الاختبارات التشخيصية في نقطة الرعاية، والتدخلات الوقائية الجديدة من قبيل اللقاحات ومبيدات الجراثيم وطرق تعزيز الصحة.

تعزيز الصحة طيلة العمر

حاء: صحة المواليد (القرار ج ص ع ٦٧-١٠)

٧٩- التقدم المُحرز في تخفيض معدل وفيات الأطفال الحديثي الولادة وحالات الإملاص وزيادة معدل التغطية بالتدخلات الأساسية ذات الصلة في البلدان مبيّن في التقارير المصاحبة الخاصة بكل من رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة والعمل على تحقيق تغطية شاملة بالتدخلات الصحية الخاصة بصحة الأم والوليد والطفل.^١ وثمة تقرير مرحلي أكثر تفصيلاً عن الجهود التي تبذلها الدول الأعضاء والمؤسسات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والجهات الفاعلة غير الدول متاح بوصفه وثيقة مستقلة لأصحاب المصلحة المتعددين.^٢

٨٠- واعترافاً من الدول الأعضاء بالحاجة الملحة إلى تحسين صحة المواليد، فقد قطعت التزامات محددة خلال المشاورات بشأن خطة العمل بالتزامن مع مواءمة العديد من البلدان لأولوياتها الوطنية مع أولويات خطة العمل. ومنذ اعتماد القرار ج ص ع ٦٧-١٠، قام عدد كبير من البلدان بوضع خطط عمله الوطنية بشأن المواليد في صيغتها النهائية أو بتعزيز المكونات الهامة الواردة ضمن القائم من خطط بشأن الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، فيما تعكف بلدان أخرى على صياغة خطط عمل وطنية بشأن المواليد أو بتتبع الخطط والاستراتيجيات القائمة (انظر الجدول). وعلاوة على ذلك، استضافت ١٠ بلدان على الأقل تظاهرات وطنية دعماً لنشر خطط العمل،^٣ أو شاركت في تظاهرات إقليمية.^٤ ويلخص الجدول حالة المُحدّث من استراتيجيات وخطط وطنية لغاية شهر آذار/ مارس ٢٠١٥.

١ الوثيقة ج ٦٨/١٣، رصد بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والفرع طاء من هذا التقرير على التوالي.

٢ منظمة اليونيسيف، التقرير المرحلي لعام ٢٠١٥ عن خطة عمل كل مولود (www.everynewborn.org).

٣ من أمثلتها الصين وإثيوبيا وغانا والهند ونيجيريا وباكستان ورواندا وجنوب أفريقيا وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة.

٤ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وجنوب شرق آسيا وشرق المتوسط وغرب المحيط الهادئ. انظر أيضاً العنوان التالي: www.everynewborn.org للاطلاع على روابط تبين معلومات عن التقدم المُحرز (تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٥).

الجدول ١ - البلدان التي لديها خطط عمل وطنية بشأن المواليد وتلك التي تعزز مكونات خطتها القائمة بشأن المواليد

أفغانستان وبنغلاديش وبنن ودولة بوليفيا المتعددة القوميات وكمبوديا والكاميرون والصين وجمهورية الكونغو الديمقراطية ومصر وإثيوبيا وغانا وهاييتي وكينيا والهند وإندونيسيا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وملاوي ومالي ومنغوليا والمغرب وموزامبيق وناميبيا ونيبال ونيجيريا وعمان وبابوا غينيا الجديدة والفلبين ورواندا والسنغال وجزر سليمان وجنوب أفريقيا وسوازيلند وتيمور - لشتي وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة وفيت نام واليمن وزامبيا وزمبابوي	البلدان التي لديها التزامات محددة بشأن تحسين صحة المواليد لغاية شهر آذار/ مارس ٢٠١٥
بوتسوانا وتشاد وغينيا - بيساو وجيبوتي وليسوتو ومدغشقر وميانمار وباكستان وسيراليون وطاجيكستان	البلدان العاكفة على قطع التزامات محددة بشأن تحسين صحة المواليد

٨١- وهناك العديد من المبادرات الإقليمية التي تقودها المنظمة تؤيد تنفيذ خطة العمل بشأن المواليد، وهي تشمل المبادرات الرامية إلى تحسين نوعية رعاية الأمهات والمواليد في الإقليمين الأفريقي والأوروبي؛ والاستراتيجية وخطة العمل الإقليميتين بشأن صحة المواليد الجدد في سياق تحسين سلسلة خدمات رعاية الأم والوليد والطفل (٢٠٠٨-٢٠١٥) في إقليم الأمريكتين؛ والفريق الاستشاري التقني والشبكة الإقليمية لتعزيز صحة المواليد والوقاية من حالات الإملاص في إقليم جنوب شرق آسيا؛ والخطط المعنية بتسريع وتيرة الرعاية المقدمة لصون صحة الأم والطفل في إقليم شرق المتوسط؛ وخطة العمل بشأن المواليد الأصحاء (٢٠١٤-٢٠٢٠) وحملة احتضان المواليد الأولى المصاحبة لها في إقليم غرب المحيط الهادئ.

٨٢- وتمكنت الحكومات والشركاء بفضل الإجماع على التدخلات الأساسية المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل^١ من توظيف الاستثمارات الاستراتيجية اللازمة لتعزيز تلك التدخلات. وتعكف الأمانة في إطار الغاية الاستراتيجية ٢ من خطة العمل (تحسين نوعية رعاية الأم والوليد)، على وضع استراتيجية لتحسين نوعية رعاية الأم والوليد في إطار التركيز بوجه خاص على نوعية الرعاية المقدمة في الأوقات المحيطة بالولادة واحتضان صغار المواليد والمرضى منهم بالرعاية. وينطوي هذا الأمر على وضع معايير مسندة بالبيانات فيما يتعلق بتقديم الخدمات، كما تواظب المنظمة على تنسيق برنامج بحوث واسع النطاق بشأن صحة المواليد^٢.

١ المنشور The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health: a global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization, 2011 at http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf

(تم الاطلاع في ٩ نيسان/ أبريل ٢٠١٥).

٢ انظر الوثيقة ج ٦٨/١٣.

٨٣- وأنشئت في أعقاب إطلاق خطة عمل كل مولود ثلاثة أفرقة عاملة تيسيراً لتنسيق العمل، وهي أفرقة معنية بكل من التنفيذ والدعوة والرصد والتقييم على الصعيد القطري.^١ وتواصل المنظمة بفضل هذه الآلية إعداد نهج لرصد تنفيذ الخطط الوطنية بشأن وضع حد لوفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص التي يمكن تجنبها.^٢ وسيشتمل العمل على رسم خرائط للمؤشرات الرئيسية وتحديد أهدافها والتحقق من صحتها لأغراض تتبع نوعية التدخلات الأساسية ومستوى التغطية بها ونتائجها وبلوغ هدف إضفاء الطابع المؤسسي على تلك المؤشرات المدرجة في منصات وطنية لجمع البيانات.^٣

٨٤- وتلبيةً لطلب مجلس حقوق الإنسان،^٤ قدمت الأمانة الدعم التقني اللازم لإعداد تقرير عن وفيات الأطفال دون سن الخامسة وحقوق الإنسان، ولوضع توجيهات تقنية عن تطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان بشأن تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة والقضاء عليها، وخصوصاً فيما يتعلق بدمج قواعد ومعايير حقوق الإنسان في الجهود الرامية إلى تحسين صحة المواليد.

٨٥- ويواصل شركاء التنمية والمنظمات المهنية للرعاية الصحية وفئات المجتمع المدني وأصحاب المصلحة الآخرون التعاون مع بعضهم البعض دعماً لقادة الحكومة ورسمي السياسات ومديري البرامج في تنفيذ الإجراءات المبيّنة في الخطة. وأعلن عن أكثر من ٤٠ التزاماً جديداً بشأن خطة العمل في منتدى للشركاء استضافته الشراكة من أجل صحة الأم والوليد والطفل،^٥ منها التزامات عديدة قطعها القطاع الخاص.

طاء: العمل من أجل ضمان التغطية الشاملة للتدخلات في مجال صحة الأم والوليد والطفل (القرار ج ص ٥٨-٣١)

٨٦- يتضمن هذا التقرير المعلومات المحدّثة كل سنتين المطلوبة بشأن التقدم المحرز من أجل الحد من الاستبعاد وتحقيق استفادة الجميع من رعاية الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والتغطية الشاملة بهذه الرعاية. ويشير إلى البيانات التي تخص ٧٥ بلداً تسجل فيه ٩٥٪ من حالات وفاة الأمهات والمواليد والأطفال (انظر الجدول ٢).

٨٧- ويبعث التقدم المحرز منذ عام ٢٠١٠ في خفض معدلات وفيات الأمهات والمواليد والأطفال على التفاؤل.^٦ فقد بلغ متوسط النسبة السنوية لخفض معدلات وفيات الأمهات والمواليد والطفل أكبر قيمة مسجلة في أي وقت آخر خلال العقدين الماضيين إلا أن التقدم الإجمالي المحرز لم يكن كافياً.

١ <http://www.everynewborn.org/contact/> (تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٥).

٢ انظر الرابط <http://www.everynewborn.org/every-newborn-event-summary-enap-metrics-meeting/> (تم الاطلاع في ١ نيسان/ أبريل ٢٠١٥).

٣ انظر الوثيقة مت ١٣٧/٤ بشأن صحة المواليد: مسودة إطار المساءلة.

٤ القراران ٣٢/٢٢ و ١١/٢٤ الصادران عن مجلس حقوق الإنسان.

٥ انظر الرابط أدناه للحصول على مزيد من المعلومات عن منتدى الشركاء لعام ٢٠١٤: <http://www.who.int/pmnch/about/governance/partnersforum/pf2014/en/> (تم الاطلاع في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٦ الوثيقة مت ١٣٦/١٤.

٨٨- وشكلت التدخلات الأساسية في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والأطفال قاعدة الاستثمارات الاستراتيجية في البلدان.^١ وارتفعت مستويات التغطية الإجمالية غير أن أوجه الإجحاف تنتشر انتشاراً واسعاً وتغزو مستويات التغطية السكانية في صفوف أغنى الناس المستويات المسجلة لدى الفقراء إلى حد بعيد في معظم البلدان.

٨٩- وتشارك المنظمة بالتعاون مع الدول الأعضاء والجهات الشريكة في عدد من المبادرات الرامية إلى تحسين حواصل الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل بما فيها خطة العمل العالمية الخاصة باللقاحات.^٢ وقد تعهدت الجهات المانحة بتقديم مبلغ قدره ٥٣٩ ٧ مليون دولار أمريكي على مدى السنوات الخمس المقبلة لتوفير اللقاحات وخدمات التمنيع للبلدان التي يدعمها التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع.^٣

٩٠- وكثفت المنظمة عملها مع الدول الأعضاء والجهات الشريكة لضمان تنفيذ خطة العمل بشأن صحة المواليد.^٤ وقدمت الأمانة توجيهات إضافية شملت المنشور المعنون *الاستراتيجيات الرامية إلى وضع حد لوفيات الأمهات التي يمكن تلافيها*.^٥ ونتيجة لذلك، يتوقع تحسن تغطية التدخلات الأساسية مثل تنظيم الأسرة والرعاية المتخصصة في الفترة المحيطة بالولادة والرعاية المتكاملة التالية للولادة المقدمة إلى الأم والطفل في السنوات المقبلة.^٦

٩١- وتقر خطة العمل العالمية بشأن وضع حد لوفيات الأطفال الناجمة عن الالتهاب الرئوي والإسهال التي يمكن تلافيها،^٧ بالأهمية الحاسمة التي تكتسبها إجراءات الحماية والوقاية والعلاج إلا أن التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل ضئيل ويتطلب تعزيز الالتزام والاستثمار والتنسيق من جانب جميع أصحاب المصلحة المعنيين.^٨

١ المنشور المشترك (بين المنظمة وجامعة آغا خان وشراكة صحة الأم والوليد والطفل)،
Essential interventions, commodities and guidelines: for reproductive, maternal, newborn and child health
المتاح على الموقع الإلكتروني التالي:

http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en
(تم الاطلاع في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢ انظر الوثيقة مت ٢٥/١٣٦.

٣ انظر الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.gavi.org/> (تم الاطلاع في ٢٤ نيسان/ أبريل ٢٠١٥).

٤ انظر الوثيقة ج ٣٦/٦٨، التقرير المرحلي حاء، والوثيقة ج ص ع ٦٧/٢٠١٤/ سجلات ١، الملحق ٤.

٥ المنشور (EPMM) Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM) متاح على
الموقع الإلكتروني التالي: http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/
(تم الاطلاع في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٦ انظر الوثيقة مت ١٨/١٣٦.

٧ المنشور المشترك (بين اليونيسيف والمنظمة)،
Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025: the integrated Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD) http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global_action_plan_pneumonia_diarrhoea/en/

(تم الاطلاع في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٨ انظر الوثيقة مت ١٤/١٣٦.

٩٢- وستأخذ الاستراتيجية العالمية القادمة للأميين العام للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل والمراهق^١ المزمع نشرها في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٥ في عين الاعتبار خطة الأهداف والغايات الرامية إلى وضع حد لوفيات الأمهات والمواليد والأطفال التي يمكن تلافيها وتنهض بنهج متعدد القطاعات لتحسين صحة المرأة والطفل والمراهق طيلة العمر بإيلاء عناية خاصة للفئات السكانية التي تحتاج إلى المساعدة الإنسانية. ويجري إنشاء مرفق تمويل عالمي لتسريع وتيرة تنفيذ الاستراتيجية العالمية في البلدان عبر خطط استثمارية خاصة بسياقات معينة ومسندة بالبيانات واستراتيجيات للتمويل المستدام.

الجدول ٢: تغطية التدخلات الأساسية في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل^{٣،٢}
لغائدة "بلدان العد التنازلي" البالغ عددها ٧٥ بلداً

المؤشر	عدد البلدان ذات البيانات المتوفرة	متوسط التغطية (%)	المدى (%)
قبل الحمل			
تلبية الطلب على تنظيم الأسرة	٥٤	٦٤	٩٥-١٣
الحمل			
الرعاية السابقة للولادة (زيارة واحدة على الأقل)	٥٨	٩٠	١٠٠-٤٠
الرعاية السابقة للولادة (أربع زيارات على الأقل)	٤٨	٥٣	٩٤-١٥
توفير العلاج الوقائي المتقطع من الملاريا للحوامل	٣٤	٢٢	٦٩-٢
حماية المواليد من الكزاز	٦٧	٨٤	٩٤-٤٣
الولادة			
الولادة بإشراف عاملين متخصصين	٦٠	٦٣	١٠٠-١٠
بعد الولادة			
بدء الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر	٤٧	٥٠	٩٥-١٨
زيارة الأم التالية للولادة	٣٢	٤٥	٩٣-٧
زيارة الطفل التالية للولادة	١٧	٣٠	٨٣-٥

١ انظر الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.everywomaneverychild.org/news-events/news/1014-shaping-the-future-for-healthy-women-children-adolescents-learn-more-about-the-process-to-update-the-global-strategy>

(تم الاطلاع في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢ مستويات تغطية مؤشرات مختارة خاصة بالتدخلات في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل في "بلدان العد التنازلي" البالغ عددها ٧٥ بلداً بناءً على أحدث دراسة استقصائية، ٢٠٠٨ أو بعد ذلك.

٣ المنشور Countdown to 2015: Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 report على الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/2014-report> (تم الاطلاع في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

المؤشر	عدد البلدان ذات البيانات المتوفرة	متوسط التغطية (%)	المدى (%)
سن الرضاعة			
الاقتصار على الرضاعة الطبيعية	٥١	٤١	٨٥-٣
بدء إعطاء الأغذية الجامدة أو شبه الجامدة أو اللينة	٤٧	٦٦	٩٢-٢٠
الخناق-الكزاز-الشاهوق (لقاح ثلاثي الجرعات)	٧٥	٨٥	٩٩-٣٣
التمنيع ضد الحصبة (الجرعة الأولى)	٧٥	٨٤	٩٩-٤٢
التمنيع ضد المستدمية النزلية من النمط "ب" (ثلاث جرعات)	٦٦	٥٢	٩٩-١٠
توفير جرع مكمل من الفيتامين ألف (جرعتان)	٥٥	٧٨	٩٩-صفر
سن الطفولة			
نوم الأطفال تحت ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات	٣٦	٣٨	٧٧-١٠
التماس الرعاية في حال ظهور أعراض الالتهاب الرئوي	٥٣	٥٢	٨٠-٢٦
علاج أعراض الالتهاب الرئوي بالمضادات الحيوية	٤٠	٤٦	٨٨-٧
علاج الملاريا (بأدوية الخط الأول لمكافحة الملاريا)	٣٥	٣٢	٩٧-٣
معالجة الجفاف عن طريق الفم بالتغذية المتواصلة	٤٥	٤٧	٧٦-١٢
أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم	٥٥	٣٧	٧٨-١١
مصادر مياه الشرب المحسنة (المجموع)	٧٢	٧٥	٩٩-٣٠
مرافق الإصحاح المحسنة (المجموع)	٧٢	٣٨	١٠٠-٩

ياء: تنفيذ توصيات لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع المنقذة لأرواح النساء والأطفال (القرار ج ص ٦٦٤-٧)

٩٣- يحث القرار ج ص ٦٦٤-٧ الدول الأعضاء على أن تضع موضع التطبيق العملي، حسب الاقتضاء، خطة التنفيذ الخاصة بالسلع المنقذة لأرواح النساء والأطفال؛ ويطلب من المدير العام، ضمن ما يطلب، تقديم الدعم إلى فريق خبراء الاستعراض المستقل بشأن المعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل في عمله بشأن تقييم التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة بشأن صحة المرأة والطفل، وكذلك في تنفيذ توصيات لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع المنقذة لأرواح النساء والأطفال. ويقدم هذا التقرير ما يلزم من معلومات محدثة سنوياً عن التقدم المحرز في متابعة تنفيذ التوصيات منذ عام ٢٠١٤.

٩٤- واضطلعت وزارات الصحة وشراكة المنظمات الأربع المعنية بالصحة^١ و ١٠٠ منظمة شريكة تقريباً بتنفيذ أنشطة فيما يخص التوصيات المذكورة. وفيما يلي أمثلة على تسعة بلدان "رائدة" قامت بتنفيذ خطط محددة لمعالجة الحالات المتأزمة: جمهورية الكونغو الديمقراطية وإثيوبيا وملاوي والنيجر ونيجيريا والسنغال وسيراليون وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة، وهي بلدان تعهد بتزويدها الصندوق الائتماني لشؤون الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال^٢ الموكلة إليه مهمة دعم تنفيذ التوصيات، بمبلغ ١١٢ مليون دولار أمريكي تقريباً في عام ٢٠١٤، وذلك من خلال صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف والمنظمة. ومن المتوقع أن يُفرغ بحلول عام ٢٠١٥ من تنفيذ جميع الأنشطة المزمع الاضطلاع بها في تلك البلدان. وثمة مجموعة أخرى من البلدان العاكفة على وضع خطط من المقرر أن تدعمها في عام ٢٠١٥ شراكة المنظمات الأربع المعنية بالصحة والصندوق المذكور نفسه.

٩٥- ونزولاً عند الطلب الذي يوجهه القرار إلى الدول الأعضاء بشأن تحديث السياسات والمبادئ التوجيهية السريرية، فقد التزمت البلدان بتدريب عاملي الرعاية الصحية ووضع أنشطة مدفوعة بالطلب. وجرى مثلاً تدريب أكثر من ٣٦٠٠ عامل من عاملي الرعاية الصحية في البلدان التسعة المذكورة على إدارة السلع المنقذة للحياة، بما فيها غرائس منع الحمل (إمبلانون®) لأغراض تنظيم شؤون الأسرة وإعطاء علاج الميزوبروستول للأمهات لوقايتهن من النزيف وعلاجهن أثناء الولادة. وعُولجت في النيجر مسألة ارتفاع معدلات الخصوبة في سن المراهقة عن طريق شراء ٦٠ ٠٠٠ غريسة من غرائس منع الحمل وتوزيعها على مراكز تقديم الخدمات والعيادات المتنقلة، فيما دُرّب بالسّنغال أكثر من ١٢ ٠٠٠ وكيل من وكلاء المجتمع على تعزيز عملية تقديم خدمات الرعاية على مستوى المجتمع المحلي. وحظيت زيادة إتاحة وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ والعوازل الأنثوية بالدعم من خلال عمليات استعراض المصنفات الأدبية المتعلقة بأفضل الممارسات في هذا المضمار وقيام المنظمة جنباً إلى جنب مع وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة وصندوق الأمم المتحدة للسكان بإعداد وحدة نموذجية جديدة عن وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ اللازمة لمجموعة موارد التدريب على تنظيم شؤون الأسرة، ومن خلال بحوث العمليات في ملاوي.

٩٦- أما في أوغندا، فقد وُضعت توصيات رئيسية دعماً لتطوير الاستخدام المحلي للمبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن صحة الأمهات والفترة المحيطة بالولادة وتطبيق استخدامها محلياً وتقييمه. ويتواصل بذل جهود مماثلة بجمهورية تنزانيا المتحدة من أجل زيادة إتاحة المبادئ التوجيهية للمنظمة بشأن صحة الأمهات واستخدام تلك المبادئ بفعالية، بينما جرى في شهر تموز/ يوليو ٢٠١٤ بسيراليون توجيه الأموال بسرعة لأغراض الاستجابة لفاشية مرض فيروس الإيبولا المندلعة بالبلد، حيث استُخدمت تلك الأموال لتدريب منتبعي مخالطي المرضى والمشرفين عليهم وشراء المعدات والمواد الاستهلاكية وتوزيعها على مراكز علاج مرضى فيروس الإيبولا والحجر الصحي.

١ تضم شراكة المنظمات الأربع المعنية بالصحة وكالات تابعة للأمم المتحدة (برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف وهيئة الأمم المتحدة للمرأة) والبنك الدولي. وللحصول على مزيد من المعلومات، انظر الرابط التالي:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reports/9789241506007/en/> (تم الاطلاع في ١٧ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢ انظر الرابط التالي للحصول على مزيد من المعلومات عن الصندوق الائتماني لشؤون الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال: <http://www.lifesavingcommodities.org/uk-contributes-to-rmnc-trust-fund-to-save-newborn-and-mothers-lives/> (تم الاطلاع في ١٧ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٩٧- وقامت على الصعيد العالمي شبكة مؤلفة من فرق تقنية معنية بالموارد بتعزيز الشراكات وتذليل الحواجز الشاملة في هذا الصدد. وتُدرج الآن على سبيل المثال أسماء السلع المنقذة للحياة البالغ عددها ١٣ سلعة في قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية والتي يُسترشد بها في عمليات الشراء والتمويل. ويتواصل تحديث المبادئ التوجيهية المقابلة أو يجري الاضطلاع بذلك على قدم وساق. واتفقت الهيئات التنظيمية في ٢٢ بلداً من الإقليم الأفريقي على المسارات التنظيمية المختلطة بشأن المنتجات الخاصة بصحة الأطفال، فيما وقعت ستة بلدان "رائدة" على عملية جديدة سريعة المسار واستخدمتها لأغراض الموافقة على منتجات الصحة الإنجابية وسواها من المنتجات. وأفضت المساعدة التقنية المقدمة في نيجيريا إلى حصول أربع جهات مصنعة على شهادات من المنظمة فيما يخص ممارسات التصنيع الجيدة التي تتبعها حالياً - وهي أول سابقة من نوعها في الإقليم. وإضافة إلى ذلك تجري على قدم وساق مواءمة مواصفات شراء منتجات السلع المنقذة للحياة، وثمة منظمات غير حكومية تواصل أداء دور حاسم في جهود الدعوة إلى ذلك.

٩٨- وشهدت معظم البلدان حالات تأخير في تنفيذ خططها، ويُعزى ذلك في الأغلب إلى تغيير الشركاء في التنفيذ أو إحالة العقود. وتبدي البلدان إرادة سياسية قوية للتعاون بوصفه وسيلة لزيادة النتائج على أن معظمها غالباً ما يعاني من ضعف حيلته إزاء ما يواجهه من تعقيدات تشغيلية وتكاليف متكبدة في هذا المضمار. وثمة عبرة مستخلصة من ذلك هي أهمية مواءمة المتطلبات الإدارية للمنظمات الشريكة للأمم المتحدة على المستوى القطري. ولاحظت البلدان استمرار التحدي المواجه في إدارة الاعتماد على الأدوية المستوردة، إذ يسهم مثلاً تمويل بعض أنواعها وعرضها على نحو غير مستقر في ارتفاع تكلفتها.

النظم الصحية

كاف: المحددات الاجتماعية للصحة (القرار ج ص ع ٦٥-٨)

٩٩- في أيار/مايو ٢٠١٢ اعتمدت جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون القرار ج ص ع ٦٥-٨ بشأن المضي قدماً في مراعاة المحددات الاجتماعية للصحة وجدول الأعمال الخاص بمراعاة الإنصاف في مجال الصحة. ويقدم هذا التقرير التحديث المطلوب الذي أحاطت به علماً جمعية الصحة العالمية السادسة والستون في أيار/مايو ٢٠١٣.

١٠٠- لقد زاد الالتزام السياسي والعمل على مراعاة المحددات الاجتماعية للصحة ومراعاة الإنصاف في مجال الصحة بشكل مطرد. وفي آذار/مارس ٢٠١٣، تضمن ١٠٣ من استراتيجيات التعاون القطري طلبات لتقديم الدعم التقني للنهج الخاص بالمحددات الاجتماعية أو إدماج "الصحة في جميع السياسات". وتعتبر الحاجة المعترف بها على نطاق واسع لإدماج المحددات الاجتماعية والإنصاف في مجال الصحة في برامج الصحة والتنمية العالمية محل اهتمام خاص في تحقيق أهداف التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥، وعمليات التغطية الصحية الشاملة.

١٠١- وركز المؤتمر العالمي الثامن بشأن تعزيز الصحة (هلسنكي، من ١٠ إلى ١٤ حزيران/يونيو ٢٠١٣) على إدماج الصحة في جميع السياسات. ودعت جمعية الصحة بموجب القرار ج ص ع ٦٧-

١٢ إلى وضع مسودة إطار لعمل البلدان. ويدعم الدليل التدريبي^١ للمنظمة والخاص بمهارات إدماج الصحة في جميع السياسات، المهارات والنهج اللازمة لإدماج الصحة في جميع السياسات. وفي آذار/ مارس عام ٢٠١٥، حضر ممثلو المؤسسات من كل إقليم دورة تدريبية حول كيفية استخدام الدليل.

١٠٢- وتولي الخطط الاستراتيجية للمكاتب الإقليمية للمنظمة أولوية للمحددات الاجتماعية. وفي عام ٢٠١٣، نشر المكتب الإقليمي لأفريقيا استراتيجية لتعزيز الصحة ألا وهي: استراتيجية الإقليم الأفريقي،^٢ والتي تركز بقوة على إدماج الصحة في جميع السياسات.

١٠٣- وبالنسبة للمكتب الإقليمي للأمريكتين، تعتبر المحددات الاجتماعية جزءاً لا يتجزأ من خطته الاستراتيجية للفترة من عام ٢٠١٤ إلى عام ٢٠١٩. وفي عام ٢٠١٤، اعتمد مجلس إدارة منظمة الصحة للبلدان الأمريكية في دورته الثالثة والخمسين (الدورة السادسة والستون للجنة الإقليمية للأمريكتين التابعة لمنظمة الصحة العالمية)^٤ خطة إقليمية بشأن إدماج الصحة في جميع السياسات، كما تم عقد اجتماع رفيع المستوى بشأن تنفيذ الخطة في آذار/ مارس ٢٠١٥. وبالإضافة إلى ذلك، فإن خطة العمل الخاصة باتحاد أمم أمريكا الجنوبية للفترة ٢٠١٠-٢٠١٥ تدرج المحددات الاجتماعية ضمن الأولويات الخمس.

١٠٤- وفي عام ٢٠١٤ قام إقليم جنوب شرق آسيا بنشر الإطار الإقليمي الخاص بإدماج الصحة في جميع السياسات.^٥

١٠٥- وفي عام ٢٠١٢، أقرت اللجنة الإقليمية لأوروبا إطار السياسات، الصحة ٢٠٢٠: وهو بمثابة إطار واستراتيجية للسياسات الأوروبية في القرن الحادي والعشرين، ويركز على الإجراءات التي تتخذها الحكومات والمجتمعات للحد من الغبن في مجال الصحة، وهو ما أكدت عليه مجدداً عملية استعراض المحددات الاجتماعية والفجوة الصحية في الإقليم الأوروبي.^٦ وقد قامت جميع البلدان في الإقليم باعتماد السياسات الوطنية الصحية التي تتسق مع إطار الصحة ٢٠٢٠، وناقشت اللجنة الإقليمية لأوروبا إدماج هذه

١ الدليل التدريبي متاح على الرابط التالي:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ١٣ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢ يمكن الاطلاع على الاستراتيجية على الرابط التالي:

<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hpr/cluster.html> (تم الاطلاع في ٢٠ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٣ يمكن الاطلاع على الخطة الاستراتيجية لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية ٢٠١٤-٢٠١٩ على الرابط التالي:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22850&Itemid=270&lang=en

(تم الاطلاع في ١٣ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٤ يمكن الاطلاع على قرار منظمة الصحة للبلدان الأمريكية CD53.R2 بشأن خطة العمل الخاصة بإدراج الصحة في جميع السياسات

٥ انظر http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/searo_regional_framework_on_hiap.pdf (تم الاطلاع في ١٣ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٦ يمكن الاطلاع على استعراض المحددات الاجتماعية والفجوة الصحية في الإقليم الأوروبي على الرابط التالي:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

(تم الاطلاع في ١٣ آذار/ مارس ٢٠١٥).

السياسات في الإطار التالي للمساعدات الإنمائية للأمم المتحدة، وعملية التنسيق الإقليمي بشأن المحددات الاجتماعية عند انعقادها في عام ٢٠١٤.

١٠٦- وقدّم الاجتماع الذي عُقد في عام ٢٠١٤ قبيل اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط استعراضاً للمحددات الاجتماعية الأساسية في إقليم شرق المتوسط. وتمت المطالبة بوضع استراتيجية للمحددات الاجتماعية الإقليمية، وإنشاء فرقة عمل مواضيعية.

١٠٧- وفي إقليم غرب المحيط الهادئ، أعاد وزراء الصحة تأكيد التزامهم بالعمل على مراعاة المحددات الاجتماعية عند وضع الرؤية^١ الخاصة بالجزر الصحية.

١٠٨- وقدمت المنظمة منهجية لدعم البرامج الوطنية الصحية للعمل على الارتقاء بنتائج تحقيق العدالة (والتي تستند على مجالات المحددات الاجتماعية والفروق بين الجنسين وحقوق الإنسان). وهناك سلسلة من الدراسات الارتياضية ذات الصلة قيد التنفيذ. وفي عام ٢٠١٣، انتهى المكتب الإقليمي لأوروبا من إعداد مشروع باستخدام هذه المنهجية في أربعة بلدان بهدف مراجعة الاستراتيجيات والبرامج الوطنية المعنية بصحة الأمهات والأطفال مع التركيز بشكل خاص على السكان المهمشين.

١٠٩- وفي عام ٢٠١٤، قام المكتب الإقليمي لأفريقيا بإنشاء فريق تقني بهدف دعم العمل على مراعاة المحددات الاجتماعية، وقام بإجراء تحليلات للإنصاف في مجال الصحة في أربع من الدول الجزرية الصغيرة. وقام المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا بنشر مطبوعات للتوعية بالأمور الصحية وذلك بهدف تعزيز مشاركة أصحاب المصلحة في النظم الصحية.

١١٠- وأحرزت المنظمة تقدماً في التعامل مع القضايا المتعلقة بالإنصاف، والمحددات الاجتماعية، والفروق بين الجنسين وحقوق الإنسان من خلال عملها الذي ينطوي على عمليات لإعداد المبادئ التوجيهية المعيارية، بما في ذلك لجنة استعراض المبادئ التوجيهية.

١١١- وقد تم تصميم أنشطة ومشاريع جديدة لمواءمة المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة بشكل استراتيجي مع عمل المنظمة. وفي عام ٢٠١٣، انضمت الوحدة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة في المقر الرئيسي إلى الإدارة المعنية بالصحة العمومية، والمحددات البيئية والاجتماعية للصحة التي تم إصلاحها. وشملت المجالات التي جاءت في طليعة الأولويات الإسكان والصحة والمياه والإصحاح ونوعية الهواء.

١١٢- وهناك العديد من الأمثلة لمشاركة المنظمة المتعددة القطاعات ونهجها: فعلى سبيل المثال قام المكتب الإقليمي لأوروبا بالتعاون مع مديرية صحة البيئة من مالطا بنشر تقرير وطني حول الغبن^٢ الصحي البيئي. ويعتبر التمويل المشترك لمشروع: الربط الشبكي لممارسة النشاط البدني بالتعاون مع المفوضية

١ يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات حول الرؤية الخاصة "بالجزر الصحية" على الرابط التالي:
http://www.wpro.who.int/southpacific/programmes/pacific_initiatives/healthy_islands/en/

(تم الاطلاع في ١٦ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢ يمكن الاطلاع على التقرير على الرابط التالي:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/243160/Environmental-Health-Inequalities-in-Malta.pdf?ua=1

(تم الاطلاع في ١٧ آذار/ مارس ٢٠١٥).

الأوروبية مثلاً آخر لمساهمة هذا المكتب الإقليمي في مشروع. ويركز المشروع على تعزيز الربط عبر الشبكات والعمل على توفير بيانات صحية ومنصفة لممارسة النشاط البدني، مع التركيز بشكل خاص على الأطفال والفئات المحرومة.^١

١١٣- وفي إقليم شرق المتوسط، ساعدت المنظمة الأردن على نشر تقرير حول أنشطة صحة البيئة والمحددات الاجتماعية؛ وتم إجراء تقييمات للمناطق الحضرية الفقيرة.

١١٤- وقام المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ والمكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا بمواصلة الأداة الخاصة بتقييم الإنصاف في مجال الصحة في المناطق الحضرية (HEART Urban)^٢ والاستجابة لمقتضياتها مع الاحتياجات الإقليمية في الأماكن الجزرية لتلبية احتياجات إندونيسيا، ولاسيما جزرها.

١١٥- وزادت القدرات المخصصة لرصد اتجاهات المحددات الاجتماعية للصحة وتأثيراتها. وفي عام ٢٠١٣، تم نشر الكتيب الخاص برصد عدم الإنصاف في مجال الصحة: مع التركيز بشكل خاص على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ثم تلاه عقد دورات في عام ٢٠١٣ و ٢٠١٤ و ٢٠١٥ للتدريب على كيفية استخدام الكتيب على المستويات الإقليمية والوطنية. ويحتفظ المرصد العالمي للمنظمة بأدوات لرصد الإنصاف في مجال الصحة، وقواعد البيانات، والمرتسمات القطرية وتصورات المؤشرات المفصلة من ٩٣ بلداً.

١١٦- وستعمل التحليلات التي أعدتها المنظمة والموجهة لتحقيق الإنصاف والخاصة بالروابط بين الصحة وأطر سائر القطاعات الأخرى، على رصد العوامل المشتركة بين القطاعات والسبل التي تؤثر على التغطية الصحية الشاملة والصحة مع التركيز بشكل خاص على الإنصاف.

١١٧- وتواصل الجهود المبذولة بالمقر الرئيسي للمنظمة بالتعاون مع المكتب الإقليمي للأمريكتين دعم التقدم في إدراج مؤشرات العمليات ذات الصلة والخاصة بالبيانات الصحية الموجهة لتحقيق الإنصاف في مجال الصحة، في كل السياسات وعمليات إعادة توجيه البرنامج والأدوات الخاصة بجمع البيانات.

١١٨- وفي عام ٢٠١٤ حدد المكتب الإقليمي لأوروبا المؤشرات الخاصة برصد إطار الصحة ٢٠٢٠، كما قام المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ بنشر صحيفة الوقائع التي تحدد مؤشرات المحددات التي تؤثر على الإنصاف في المجال الصحي بين الجنسين. وفي عام ٢٠١٣، نشر المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التقرير الخاص بالمؤشرات الديموغرافية والاجتماعية والصحية للدول الأعضاء في الإقليم.^٣

١ يوفر الكتيب استعراضاً للربط عبر الشبكات لمشروع ممارسة النشاط البدني، ويمكن الاطلاع عليه على الرابط التالي:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/networking-for-physical-activity-brochure-for-download2013/>

(تم الاطلاع في ١٦ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢ ويمكن الاطلاع على التقارير الأساسية ومنجزات المشروع على الرابط التالي :

<http://www.euro.who.int/PHAN: environmental health inequalities>

للاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن الأداة الخاصة بتقييم الإنصاف في الصحة في المناطق الحضرية والاستجابة لمقتضياتها

http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/ (تم الاطلاع في ١٦ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٣ يمكن الاطلاع على التقرير على الرابط التالي:

http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2013_EN_1537.pdf (تم الاطلاع في ١٨ آذار/ مارس ٢٠١٥).

١١٩- وتم طرح العديد من المبادرات المرتبطة برصد اتجاهات المحددات الاجتماعية وتقديمها على الصعيد الوطني بما في ذلك المرصد الصحي في جمهورية إيران الإسلامية، وجودة تقييم الرعاية المقدمة للسكان الذين يتعذر الوصول إليهم في بوتان.

١٢٠- وتشارك المنظمة في العديد من الأنشطة الشاملة، بما في ذلك التعاون داخل منظومة الأمم المتحدة ومع سائر المنظمات الحكومية الدولية في مجال الدعوة، والبحوث، وبناء القدرات وتقديم الدعم التقني المباشر للمحددات الاجتماعية للصحة. وفي عام ٢٠١٣، أطلقت الشراكة المعنية بدحر الملاريا وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي إطار العمل المتعدد القطاعات لمكافحة الملاريا. وفي العام نفسه، نشر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ورقة نقاش بشأن التصدي للمحددات الاجتماعية للأمراض غير السارية، ونظمت سلسلة من الدورات الدراسية على شبكة الإنترنت. وفي عام ٢٠١٤، حددت البعثة التي أوفدت إلى رواندا للتخصيص للعمل المشترك الذي تضطلع به الأمم المتحدة بشأن المحددات الاجتماعية للصحة، القضايا الصحية ذات الأولوية في هذا البلد والتي تتطلب إجراءات متعددة القطاعات.

١٢١- وفي عام ٢٠١٤، تم نشر خطة العمل الخاصة بكل مولود: خطة عمل من أجل وضع حد للوفيات التي يُمكن تلافيها، والتي قادتها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، وركزت بقوة على الإنصاف والمحددات. ويعتبر العمل على مراعاة المحددات الاجتماعية أحد الموضوعات المدرجة في المسودة المحدثة للاستراتيجية العالمية الخاصة بصحة النساء، والأطفال والمراهقين. وقد تم الإشارة صراحة إلى ضرورة التصدي للمحددات الاجتماعية المرتبطة بمرض السل، في الاستراتيجية الخاصة بالقضاء على السل والأهداف التي تم وضعها في عام ٢٠١٤.

لام: استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة (القرار ج ص ع ٦٤-٩)

١٢٢- حثّ القرار ج ص ع ٦٤-٩ الدول الأعضاء، في جملة أمور، على أن تضمن تطور نظم تمويل قطاع الصحة بما يحول دون المدفوعات المباشرة الباهظة في مكان تقديم الخدمة، وبحيث يشمل أسلوباً لدفع المساهمات المالية مسبقاً لقاء الرعاية والخدمات الصحية، وآلية لتجميع المخاطر التي تهدد السكان، وذلك تقديراً للإنفاق الباهظ على الرعاية الصحية وإفقار الأفراد نتيجة التماسهم الرعاية التي يحتاجون إليها.

١٢٣- وقطع عدد متزايد من البلدان في جميع الأقاليم التزاماً سياسياً واضحاً بشأن إدراج التغطية الصحية الشاملة في سياساته الوطنية. واستمر هذا الاتجاه خلال السنوات الثلاث المنصرمة على المستويات العالمية والإقليمي ودون الإقليمي والوطني، واتخذ شكل قرارات وإعلانات ومؤتمرات رفيعة المستوى. وبُذلت في العديد من البلدان جهود مكثفة لجمع المزيد من الأموال اللازمة للخدمات الصحية وتقليل ما يسدده الفرد مباشرة من جيبه الخاص من مال لقاء حصوله على تلك الخدمات. وغابون والفلبين مثالان على بلدان قاما بفرض ضرائب محددة أو بجمعها وبتسخير الأموال المتأتية منها لأغراض سداد أقساط التأمين الصحي عن الفقراء. كما اتخذت البلدان إجراءات رامية إلى تحسين كفاءة استخدام الموارد والإنصاف في استخدامهما. واستجابة

١ كل مولود: خطة عمل من أجل وضع حد للوفيات التي يُمكن تلافيها، والتعهدات التي قُطعت يمكن الاطلاع عليها على الرابط التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf (تم الاطلاع في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٢ For more information on the strategy and targets, see: http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/ (تم الاطلاع في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٥).

لمقتضيات الأزمة الاقتصادية، فقد قام مثلاً ١٨ بلداً من الإقليم الأوروبي بترسيخ القدرات في وزارات الصحة ووكالات الصحة العمومية وصناديق التأمين لغرض تقليل التكاليف الإدارية المتكبدة. وأدخلت أيضاً بلدان كثيرة تحسينات على عمليات الشراء قليلاً للنفقات المتكبدة عن الأدوية، وعليه طرأ انخفاض مطرد على المدى الذي تعوّل فيه البلدان بأنحاء كثيرة من العالم على سداد مبالغ مالية من الجيب الخاص لتمويل النظم الصحية.

١٢٤- وقدمت المنظمة الدعم لأكثر من ٨٠ بلداً من جميع الأقاليم ومن شتى مستويات الدخل في هذه العملية، وهو دعم اتخذ في أغلب الأحيان شكل تعاون مع الشركاء في منظومة الأمم المتحدة وسائر المنظمات المتعددة الأطراف ووكالات التنمية الثنائية والمؤسسات ومنظمات المجتمع المدني والباحثين. واشتمل نطاق الدعم على مشاركة سياسية رفيعة المستوى وتحليل تقني مبيّن بالتفصيل لنظم التمويل القائمة، ممّا وفر أساساً لوضع استراتيجيات معنية بالتمويل الصحي وخطط لتنفيذها، ولرصد التقدم المحرز في تلك الخطط بمجرد تنفيذها. وقد استفادت هذه الجهود كثيراً من توليد معارف جديدة وتبادل الخبرات في مجال الإصلاح بمختلف البلدان، وإيلاء اهتمام أكبر لتتبع الموارد والمساءلة عنها، والجهود المبذولة لتعزيز قدرات البلدان من أجل اتخاذ قرارات مسندة بالبيّنات. وكانت هناك روابط متينة بين العمل المعياري والعمل المُنجز على المستوى القطري، ومن أمثلتها الرئيسية وضع الإطار المشترك بين المنظمة والبنك الدولي بشأن رصد التقدم المحرز صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

١٢٥- وتجلّت عبّر هامة تعزّز وتوسّع نطاق تلك التي يبرزها التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠. ولا يوجد حل واحد يناسب الجميع، ولكن يمكن استخلاص إرشادات عملية من الخبرات المكتسبة مؤخراً من الإصلاحات المتعلقة بالتمويل الصحي بشأن الاتجاهات الواعدة للبلدان التي تسعى إلى المضي قدماً في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

١٢٦- وتبيّن خبرة البلدان أن نطاق توفير موارد كبيرة ومستقرة عن طريق التأمين الصحي الاختياري نطاق محدود، ويجب أن تكون الطليعة للإِنفاق العام المستمد من مختلف أشكال الضرائب، بما فيها مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي، عند الاقتضاء. ويمثل ذلك تحدياً يواجهه البلدان التي لديها نسبة كبيرة من أفراد القوة العاملة ممّن يعملون خارج نطاق العمالة بأجر منتظم - وهو عامل يقيدّ تحصيل الإيرادات، على أن العديد من البلدان تصدّت لهذا التحدي برغم ذلك. ويوجد مثلاً في إقليم غرب المحيط الهادئ ١٤ بلداً زادت ما تعطيه من أولوية في السنوات القليلة الماضية لتخصيص الموارد من الميزانية لقطاع الصحة، فيما استفادت بلدان أخرى أشكالاً جديدة من الضرائب أو حسّنت آليات جمعها لتمكين حكوماتها من زيادة الإنفاق على قطاع الصحة.

١٢٧- ومن التوجهات المهمة التي اختطتها بلدان كثيرة لتحسين الكفاءة الحد من التجزئة، فهناك ٥٠ بلداً تجمع إيرادات الميزانية العامة ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي في صندوق مشترك، مما يتيح المجال أمام زيادة القدرة على إعادة توزيع الموارد المتأتية من إجمالي الأموال المتاحة بمقدار أكبر من ذلك المتأتي في حال دأبت البلدان على اتباع خطط مستقلة بشأن مختلف فئات السكان وفقاً لمصدر الأموال. ويقلّل أيضاً هذا الدمج من التكاليف الإدارية المتكبدة ويعضدّ القوة الشرائية ويهيئ ظروفاً مواتية لرفع مستوى كفاءة النظام.

١٢٨- وسلّمت البلدان بأنها لا تستطيع أن تشق طريقها نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة بالتعويل على الإنفاق لا غير، وهي عاكفة على الاستفادة من حوافز مالية واضحة لتعزيز الكفاءة وضمان تقديم الخدمات الصحية ذات الأولوية. ومع أن الآليات المتبعة تحديداً في هذا المضمار مختلفة فإنها تشترك

جميعاً في صلة تربط بين تخصيص الموارد والمعلومات المتاحة عن احتياجات السكان الصحية أو أداء مقدم الخدمات أو توليفة من تلك العوامل.

١٢٩- وثبتت التجربة أيضاً أن التمويل الصحي وإن كان يؤدي دوراً حاسماً فإن ضمان إحراز تقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة يستلزم أموراً تتعدى نطاق ذلك التمويل. ويؤلى بوجه خاص اهتمام أكبر للصلة الرابطة بين التمويل وتوفيره وفي إطار التسليم بأهمية مواعمة القواعد من أجل أن يتمتع مقدمو الخدمات بحكم ذاتي استجابة لحوافز السداد الجديدة والعمل في الوقت نفسه على ضمان مسؤوليتهم عن تقديم خدمات صحية جيدة النوعية.

١٣٠- ولا تزال هناك تحديات كثيرة عند التطلع إلى المستقبل، ورغم أن إدراج التغطية الصحية الشاملة في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ سيعطي زخماً إضافياً للبلدان الماضية في هذا الاتجاه. وتمثل تعبئة الموارد تحدياً بالنسبة إلى البلدان المنخفضة الدخل؛ وسيلزم أيضاً تزويدها بتمويل خارجي كاف يوجه من خلال آليات غير تشويهيّة وتتفق مع مبادئ فعالية المعونة. كما تعزز البيانات المكتسبة من السنوات الأخيرة أهمية تدعيم المشاركة المثمرة بين السلطات الصحية والمالية على المستويين الوطني والدولي، وذلك من أجل زيادة استدامة آليات التمويل والعمل في الوقت نفسه على ضمان الشفافية والمساءلة في ميدان استخدام الموارد العامة.

ميم: استراتيجية دمج تحليل المسائل والإجراءات المتعلقة بنوع الجنس في عمل المنظمة (القرار ج ص ع ٦٠-٢٥)

١٣١- يركّز هذا التقرير بحسب طلب القرار ج ص ع ٦٠-٢٥ على التقدم المُحرز في تنفيذ استراتيجية دمج تحليل المسائل والإجراءات المتعلقة بنوع الجنس في عمل المنظمة،^١ ويقترح توصيات ويقدم معلومات عمّا يلي: بناء قدرات المنظمة فيما يخص تحليل المسائل المتعلقة بنوع الجنس وتخطيطها؛ ودمج موضوع نوع الجنس في إدارة المنظمة؛ وتعزيز استخدام تحليل المسائل المتعلقة بنوع الجنس والبيانات المصنفة حسب نوع الجنس؛ وإرساء عملية المساءلة.

١٣٢- وطُرأت خلال العامين المنصرمين تطورات على قدرات المنظمة فيما يخص تحليل المسائل المتعلقة بنوع الجنس وتخطيطها في محل العمل. وعُقدت حلقات عمل لتدريب موظفي البرامج الوطنية في خمسة مكاتب إقليمية وتدريب الموظفين المهنيين من مختلف المجالات البرمجية في المكاتب الإقليمية والقارية على دمج تحليل المسائل المتعلقة بنوع الجنس والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان في عملية التخطيط. ويشتمل الآن تدريب الموظفين الجدد التوجيهي والإلزامي في المقر الرئيسي على بناء القدرات بشأن المسائل المتعلقة بنوع الجنس والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان.

١٣٣- وأحرز تقدم مطرد منذ اعتماد القرار ج ص ع ٦٠-٢٥، على أنه لا تزال هناك تحديات معينة تواجه الموظفين الذين يستخدمون تحليل المسائل المتعلقة بنوع الجنس في عملهم من دون أن يدعمهم على نحو متقان الخبراء المتخصصون في المسائل المتعلقة بنوع الجنس على مستويات المنظمة ككل. ومن شأن ذلك الدعم أن يساعد على التصدي لتلك التحديات من خلال تحديد وسائل مبتكرة على حد سواء لتحويل

١ انظر الوثيقة ج ص ع د ٢٠٠٦/١ - ج ص ع ٢٠٠٧/٦٠/سجلات/١، الملحق ٢.

المهارات إلى واقع عملي داخل المنظمة، فضلاً عن وضع آليات ناجعة لدعم ورصد استخدام تحليل المسائل المتعلقة بنوع الجنس في ظل محدودية قدرات الموارد البشرية بشأن الخبرات المتصلة بالمسائل المتعلقة بنوع الجنس.

١٣٤- كما أُحرز تقدم كبير فيما يتصل بالقدرات اللازمة لتحليل المسائل المتعلقة بنوع الجنس على المستوى القطري، ممّا أفضى إلى اتخاذ إجراءات بشأن وضع سياسات وبرامج صحية وطنية ملموسة ومراعية للجنسين. ويتزايد دمج المنظور الخاص بنوع الجنس في ٦٩ بلداً عبر خمسة أقاليم (منها الإقليم الأفريقي وإقليم الأمريكتين وإقليم جنوب شرق آسيا وإقليم شرق المتوسط وإقليم غرب المحيط الهادئ).

١٣٥- وزادت المنظمة عدد آلياتها المؤسسية بشأن دمج المنظور الخاص بنوع الجنس والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان. ويرد مثلاً في (الطبعة الثانية) من كتيب المنظمة لوضع المبادئ التوجيهية فصل عن كيفية دمج موضوع المساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان والمنظور الخاص بنوع الجنس والمحددات الاجتماعية في المبادئ التوجيهية للمنظمة.^١ وإضافة إلى ذلك، فإن مواضيع المنظور الخاص بنوع الجنس والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان مبيّنة في محتويات برنامج المنظمة للتنمية الإدارية وكذلك في كتيب المنظمة عن ممارسات التقييم.^٢ وعلى المستوى الإقليمي، فإن الدليل الجديد لوضع برنامج عمل الثنائية في المكتب الإقليمي للأمريكتين يتضمن إرشادات واضحة فيما يتعلق بدمج المنظور الخاص بنوع الجنس والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان والانتقاء العرقي.^٣

١٣٦- وسيكون مفيداً تحديد العقبات التي تعترض سبيل تعزيز واستدامة عملية دمج المنظور الخاص بنوع الجنس في وظائف التخطيط وإعداد التقارير والإدارة عبر مستويات المنظمة ككل، ويمكن الاستناد إلى نتائج الرصد في وضع استراتيجيات تعزز دمج المنظور المذكور.

١٣٧- وثمة زيادة على جميع مستويات المنظمة في الطلب على التوجيه التقني بصدد دمج المنظور الخاص بنوع الجنس والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان في عمل المنظمة. ومن أمثلة ذلك وثائق الصحة ٢٠٢٠، فضلاً عن خطط العمل الإقليمية المتعلقة بالأمراض غير السارية والشيخوخة في المكتب الإقليمي لأوروبا، واستراتيجيات النظم الصحية وإطار العمل الإقليمي بشأن الشيخوخة والصحة في إقليم غرب المحيط الهادئ (٢٠١٤-٢٠١٩)،^٤ والكتيب الخاص بتحليل الحالات الصحية في المكتب الإقليمي للأمريكتين.

١٣٨- وهناك زيادة أيضاً على المستوى القطري في الطلب على الدعم التقني اللازم لدمج المنظور الخاص بنوع الجنس والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان في البرامج والسياسات الصحية. ويوجد في إقليم

١ كتيب منظمة الصحة العالمية لوضع المبادئ التوجيهية، الطبعة الثانية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٤.

٢ كتيب منظمة الصحة العالمية عن ممارسات التقييم. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٣.

٣ دليل التخطيط العملي المشترك بين المكتب الإقليمي للأمريكتين ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية بشأن خطط عمل الثنائية ورصد الأداء وتقييمه ٢٠١٤-٢٠١٥.

٤ إطار العمل الإقليمي بشأن الشيخوخة والصحة في إقليم غرب المحيط الهادئ (٢٠١٤-٢٠١٩) متاح على الرابط التالي: http://www.wpro.who.int/topics/ageing/regional_framework_final.pdf (تم الاطلاع في ١٩ آذار/ مارس ٢٠١٥).

الأمريكتين ٣١ بلداً من البلدان العاكفة على تنفيذ خطط تعزز دمج المنظور الخاص بنوع الجنس في قطاع الصحة. وزوّدت المنظمة ١٨ بلداً في الأقاليم كافة (بما فيها الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا والإقليم الأوروبي وإقليم شرق المتوسط وإقليم غرب المحيط الهادئ) بالدعم اللازم لدمج المنظور الخاص بنوع الجنس والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان في السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية.

١٣٩- وقدمت المنظمة دعماً قوياً للبلدان في جمع المزيد من البيانات واستخدامها في تحليل موضوع الإنصاف في الصحة. وزوّدت سبعة بلدان في الإقليم الأوروبي وثلاثة أخرى في إقليم الأمريكتين بالدعم اللازم لإعداد أو تنقيح مرتسمات وخطط صحية، بما فيها ٤٦ بلداً في الإقليم الأفريقي من البلدان التي أعدت مرتسمات قطرية عن المنظور الخاص بنوع الجنس وصحة المرأة. وحصلت خمسة بلدان في إقليم جنوب شرق آسيا وثلاثة أخرى في إقليم شرق المتوسط وستة غيرها في إقليم الأمريكتين وستة سواها في إقليم غرب المحيط الهادئ على الدعم التقني اللازم لتعزيز نظمها الخاصة بالمعلومات الصحية من أجل تصنيف البيانات الصحية وتحليلها على نحو منصف. ويتواصل بإطراد استخدام البيانات المصنفة بحسب الجنس في المنظمة وفي التقارير الصحية القطرية. وتواظب المنظمة على رصد مسألة الإنصاف في الصحة بفضل البيانات المصنفة بحسب الجنس ومحل الإقامة والشرائح الخمسية الغنية ومستوى التعليم في ٩١ بلداً.

١٤٠- وجرى الارتقاء بمستوى مساءلة الأمانة عن دمج المنظور الخاص بنوع الجنس وتحليل المسائل المتعلقة بنوعه. وتضم مثلاً الأداة الإلكترونية المعززة لتقييم الأداء في المنظمة (ePMDS+) جانب تقييم الموظف والمشرف عليه فيما يخص مراعاة الفروق الفردية والثقافية وتعزيزها؛ وتستدعي الغاية الخاصة بناحية الإشراف أن يحدد المشرف أهدافاً تسهم في تحقيق التوازن بين الجنسين وكذلك التوازن الجغرافي في ممارسات التوظيف. وتشتمل اتفاقات الإدارة العليا على مؤشر بشأن سد الفجوة بين الجنسين في عملية التوظيف. وأخيراً، فقد أحرزت المنظمة تقدماً في استيفاء نسبة ٥٠٪ من متطلبات ١٥ مؤشراً من مؤشرات الأداء المحددة في خطة العمل على نطاق منظومة الأمم المتحدة بشأن المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة في عام ٢٠١٤، وذلك بعد أن كانت نسبة استيفائها ٢٠٪ في عام ٢٠١٢.

نون: التقدم المحرز في استعمال الأدوية على نحو رشيد (القرار ج ص ع ٦٠-١٦)

١٤١- استجابة للقرار ج ص ع ٦٠-١٦ تتعاون الدول الأعضاء مع الأمانة والشركاء الدوليين والإقليميين والوطنيين لتعزيز الاستعمال الرشيد للأدوية بهدف التقليل إلى أدنى حد من استعمالها المفرط والناقص والسعي وهذه أوجه استعمال تسبب بأجمعها سوء الحاصلات الصحية وإهدار الموارد الشحيحة. وقد التزم عدد متزايد من البلدان في جميع الأقاليم التزاماً سياسياً صريحاً بتحسين إتاحة الأدوية واستعمالها الرشيد كإسهام في التغطية الصحية الشاملة وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة.

١٤٢- واستُكمل تحليل لبيانات المنظمة العالمية المتاحة من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط بشأن استعمال الأدوية والسياسات الدوائية وبيّن التحليل بوضوح أن البلدان التي تنفذ المزيد من السياسات الرامية إلى تعزيز استعمال الأدوية على نحو رشيد^١ هي بلدان تستعمل الأدوية استعمالاً أفضل بشكل ملحوظ (أكثر من ١٠٠٪) في إطار الرعاية الأولية.^٢

١ منظمة الصحة العالمية، Promoting rational use of medicines: core components، جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢.

٢ Holloway KA, Henry D. WHO essential medicines policies and use in developing and transitional countries: an analysis of reported policy implementation and medicines use surveys. PLOS Medicine, Sept 2014; 11(9): e1001724

١٤٣- وفي الإقليم الأوروبي، بدأ العمل على وضع سياسات وطنية بشأن إتاحة الأدوية واستعمالها وتنفيذ هذه السياسات ورصدها وتقييمها في ١٣ بلداً^١.

١٤٤- وفي إقليم شرق المتوسط، عزز لبنان الاستعمال الرشيد عبر أفضل الممارسات الصيدلانية. وحدث الأردن قائمته الوطنية للأدوية الأساسية ونظم اجتماعات إقليمية بشأن تعزيز نظم التأمين الصحي الاجتماعي لأغراض التغطية الصحية الشاملة وعقد دورة قصيرة بشأن الاقتصاد الصيدلاني واختيار الأدوية الرشيد (عمان، من ٢٠ إلى ٢٥ أيلول/سبتمبر ٢٠١٤) من أجل التوعية وبناء قدرات المهنيين الصحيين.

١٤٥- وفي إقليم غرب المحيط الهادئ، نشر بعض البلدان الجزرية في المحيط الهادئ مبادئ توجيهية متعلقة بالعلاج النموذجي لتعزيز استعمال الأدوية الرشيد. وأنشأت فييت نام لجنة اختيار وطنية لتنفيذ السياسات بشأن استعمال الأدوية ورصد هذه السياسات وتقييمها على وجه أفضل. واضطلعت جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية بأنشطة لبناء قدرات واضعي السياسات والمهنيين الصحيين.

١٤٦- وفي الإقليم الأفريقي، باشر ١٧ بلداً^٢ أعمالاً ترمي إلى تحسين اختيار الأدوية ووصفها وتوزيعها واستعمالها. وشملت الأنشطة تنقيح القوائم الوطنية للأدوية الأساسية و/أو المبادئ التوجيهية المتعلقة بالعلاج النموذجي وإجراء دراسات استقصائية لتقييم وصف الأدوية واستعمالها. ودرّب العاملون الصحيون وموزعو الأدوية في الإقليم لضمان استعمال الأدوية الأساسية على نحو رشيد وفقاً للمبادئ التوجيهية الوطنية المتعلقة بالعلاج النموذجي. وعُقدت حلقات عمل إقليمية في بوركينا فاسو وغانا على التوالي لتزويد البلدان بأحدث المعلومات عن المنهجية المسندة بالبيانات المستخدمة لاختيار الأدوية المدرجة في قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية وتوجيه هذه البلدان بخصوص سبل إعداد قائمة وطنية للأدوية الأساسية وتنقيحها وتطبيقها.

١٤٧- وفي إقليم جنوب شرق آسيا، يتبع نهج منسق لتعزيز استعمال الأدوية على نحو رشيد من خلال إجراء تحليل لوضع إدارة الأدوية في إطار توفير الرعاية الصحية كل أربع سنوات ونشر التقارير على الموقع الإلكتروني^٣ حسبما تكلف به الدول الأعضاء^٤. وتتطوي التحاليل من هذا القبيل على جمع البيانات عن استعمال الأدوية (بما فيها المضادات الحيوية) وتوافر الأدوية وتنفيذ السياسات الرامية إلى تعزيز تحسين استعمال الأدوية من جانب فريق حكومي متعدد التخصصات على مدى أسبوعين باستخدام أداة مصممة مسبقاً واختتام العمل بعقد حلقة عمل وطنية لتخطيط العمل المقبل.

١ ألبانيا وأرمينيا والبوسنة والهرسك وكرواتيا وقبرص وإستونيا واليونان وهنغاريا وقيرغيزستان وجمهورية مولدوفا والاتحاد الروسي وطاجيكستان وأوكرانيا.

٢ بنن وبوركينا فاسو وبوروندي والكاميرون والكونغو وكوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وإثيوبيا وغانا وغينيا ومالي والنيجر والسنغال وتوغو وجمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا وزمبابوي.

٣ Country situational analysis، على الموقع الإلكتروني التالي: http://www.searo.who.int/entity/medicines/country_situational_analysis/en/ (تم الاطلاع في ١٠ نيسان/أبريل ٢٠١٥).

٤ قرار اللجنة الإقليمية رقم SEA/RC64/R5 بشأن السياسة الوطنية للأدوية الأساسية التي تشمل استعمال الأدوية الرشيد الصادر في عام ٢٠١١ وقرارها رقم SEA/RC66 بشأن إدارة الأدوية الفعالة الصادر في عام ٢٠١٣.

١٤٨- وفيما يخص الالتزامات المتصلة باستعمال مضادات الميكروبات على نحو مسؤول لدى البشر، ساهم اجتماع دولي (عقد في أوغلو في ١٣ و ١٤ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٤) في العملية الاستشارية لوضع مسودة خطة عمل عالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات. ٢. واتفق المشاركون من أكثر من ٢٠ بلداً على سلسلة من الاستراتيجيات والتدخلات لتعزيز تحسين استعمال المضادات الحيوية من أجل إدراجها في مسودة الخطة المذكورة. وأجريت دراسة عن استهلاك المضادات الحيوية في ١٧ بلداً في الإقليم الأوروبي وعقدت حلقتا عمل وطنيتان بشأن البحث النوعي المتصل باستعمال الأدوية في سلوفينيا وأوزبكستان في النصف الثاني من عام ٢٠١٤ بغية النهوض بوضع نهج جديدة لاستعمال مضادات الميكروبات الحصىف. وفي إقليم غرب المحيط الهادئ، جدد تأييد اللجنة الإقليمية لبرنامج العمل الإقليمي الخاص بمقاومة مضادات الميكروبات في القرار WPR/RC65.R4 في عام ٢٠١٤ ولاية البلدان المتمثلة في اتخاذ إجراءات عاجلة لتصحيح الاستعمال غير الرشيد لمضادات الميكروبات والتصدي للخطر الناجم عن مقاومة مضادات الميكروبات.

١٤٩- وعقد اجتماع عنوانه "التغطية الصحية الشاملة: الاعتبارات في إطار السياسات والبرامج الخاصة بتصميم مزايا الأدوية" (في كيب تاون في جنوب أفريقيا من ٢٨ إلى ٣٠ أيلول/سبتمبر ٢٠١٤) وحشد ممثلين لثمانية بلدان في الإقليم الأفريقي ٣ ولوكالات المساعدة الدولية من أجل بحث النهج العملية وأفضل الممارسات لتصميم مزايا الأدوية وإدارتها في سياق مبادرات التغطية الصحية الشاملة.

١٥٠- وشارك كل من التحالف من أجل بحوث السياسات والنظم الصحية والمنظمة أثناء الندوة العالمية الثالثة بشأن بحوث النظم الصحية (التي عقدت في كيب تاون في جنوب أفريقيا من ٣٠ أيلول/سبتمبر إلى ٣ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٤) في نشر التقرير عن الارتقاء بإتاحة الأدوية والقدرة على تحمل تكاليفها واستخدامها الملائم في النظم الصحية ٤ الذي يركز على دور الأدوية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ والابتكار في تحسين إتاحة الأدوية؛ واستخدام نهج تجميعي لتحسين إتاحة الأدوية.

١٥١- وثققت قائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية عام ٢٠١٣ في إطار دورة السنتين عبر الإصدار الثامن عشر للقائمة النموذجية للأدوية الأساسية والإصدار الرابع لقائمة المنظمة النموذجية للأدوية الأساسية للأطفال. والبنود الرئيسية المدرجة في جدول الأعمال والمتصلة بالتنقيح المقبل الذي ستجريه لجنة الخبراء المعنية باختيار الأدوية الأساسية واستعمالها في اجتماعها العشرين المزمع عقده من ٢٠ إلى ٢٤ نيسان/أبريل ٢٠١٥ هي استعراض للأدوية الأساسية لمكافحة السرطان وتطبيقات خاصة بأدوية جديدة لمكافحة التهاب الكبد C.

١ تتاح معلومات إضافية عن الاجتماع على الموقع الإلكتروني التالي: <http://www.who.int/drugresistance/events/Oslomeeting/en/> (تم الاطلاع في ٣ آذار/مارس ٢٠١٥).

٢ انظر الوثيقتين المصاحبتين ج ٦٨/١٩ وج ٦٨/٢٠.

٣ بوتسوانا وليسوتو وملاي وناميبيا وجنوب أفريقيا وسوازيلند وزامبيا وزمبابوي.

٤ Bigdeli M, Peters DH, Wagner AK, Eds. Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use. Geneva, World Health Organization; 2014 at http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR_webfinal_v1.pdf (تم الاطلاع في ٣٠ آذار/مارس ٢٠١٥).

التأهب والترصد والاستجابة

سين: التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الأنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى (القرار ج ص ع ٤٤-٥)

١٥٢- في القرار ج ص ع ٤٤-٥ اعتمدت جمعية الصحة العالمية الإطار الخاص بالتأهب لمواجهة الأنفلونزا الجائحة ("إطار التأهب")^١ الذي يسعى إلى تحسين وتعزيز تبادل فيروسات الأنفلونزا قد تتسبب في جائحة بشرية، وذلك من خلال شبكة مختبرات تتسقها المنظمة وتُعرف باسم النظام العالمي لترصد الأنفلونزا والاستجابة لها، وتعزيز الإتاحة النزيهة والمنصفة للفوائد المترتبة على هذا التبادل للبلدان النامية.

١٥٣- وينص الفرع ٧-٤-١ من الإطار على أن يقدم المدير العام إلى جمعية الصحة العالمية، عن طريق المجلس التنفيذي، تقريراً كل سنتين عن الحالة والتقدم المحرز في تنفيذ الإطار^٢. وتصف هذه الوثيقة التقدم المحرز منذ تقرير السنتين المقدم إلى جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو ٢٠١٣^٣.

١٥٤- **قدرات المختبرات والترصد:** في أيلول/ سبتمبر ٢٠١٤ أُنجز تقييم أجرته مختبرات النظام العالمي لترصد الأنفلونزا والاستجابة لها. ووجد التقييم أن النظام يشكل شبكة قوية تقوم على أسس تقنية وخبرات متينة يمكن أن يتسع نطاقها ليشمل مسببات أمراض معدية أخرى. ولكن لا تزال هناك ثغرات جغرافية واسعة في أفريقيا والشرق الأوسط وشرق أوروبا. ف فيما يتعلق بكثير من مراكز الأنفلونزا الوطنية هناك تحديان كبيران هما التمويل والتزام الحكومات. ويُعد تعزيز قدرات المختبرات والترصد فيما يتعلق بالأنفلونزا عنصراً رئيسياً من عناصر أنشطة بناء قدرات التأهب للأنفلونزا الجائحة المدعومة من مساهمة الشراكة^٤.

١٥٥- **القدرة العالمية على إنتاج لقاحات الأنفلونزا.** منذ عام ٢٠٠٦ ساعدت خطة العمل العالمية الخاصة بلقاحات لأنفلونزا على زيادة القدرة العالمية على إنتاج لقاحات الأنفلونزا من ٥٠٠ مليون جرعة في عام ٢٠٠٦ إلى ١ ٥٠٠ مليون جرعة في عام ٢٠١٣؛ ومن المقدر أن تبلغ قدرة الصنع ٥ ٠٠٠ مليون جرعة بحلول عام ٢٠١٦^٥.

١ الوثيقة ج ص ع ٤٤/٦٨/٢٠١١/ سجلات/١، الملحق ٢.

٢ يحدد الفرع ٧-٤-١ خمسة مجالات للاستعراض، هي: قدرات المختبرات والترصد؛ والقدرة العالمية على إنتاج لقاحات الأنفلونزا؛ حالة الاتفاقات المعقودة مع دوائر الصناعة، بما في ذلك المعلومات عن إتاحة اللقاحات ومضادات الفيروسات وسائر المواد اللازمة للتصدي للجوائح؛ والتقرير المالي عن استخدام مساهمة الشراكة؛ والخبرة المكتسبة من استعمال التعريف الوارد في الإطار للمواد البيولوجية الخاصة بالتأهب للأنفلونزا الجائحة.

٣ الوثيقة ج ص ع ٦٦/١٧. وللاطلاع على المزيد من المعلومات عن التقدم المحرز انظر تقارير الاجتماعات التي أعدها الفريق الاستشاري المعني بالإطار الخاص بالتأهب لمواجهة الأنفلونزا الجائحة والتقارير السنوية المقدمة من الفريق الاستشاري إلى المدير العام في عامي ٢٠١٣ و ٢٠١٤، في الرابط التالي:

http://www.who.int/influenza/pip/pip_meetings_consultations/en/

(تم الاطلاع في ٤ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٤ انظر الفرع ١ من خطة التنفيذ الخاصة بمساهمة الشراكة للفترة ٢٠١٣-٢٠١٦. :

http://www.who.int/influenza/pip/pip_pccmplan_17jan2014.pdf?ua=1

(تم الاطلاع في ٤ آذار/ مارس ٢٠١٥).

٥ انظر http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112307/1/9789241507011_eng.pdf?ua=1

(تم الاطلاع في ٤ آذار/ مارس ٢٠١٥).

١٥٦- **الاتفاقات مع دوائر الصناعة:**^١ سيتيح الاتفاق الموحد لنقل المواد ٢، المبرم مع شركة غلاكسو سميث كلاين ومعهد الأمصال الهندي وصول المنظمة في الوقت الفعلي إلى ١٠٪ من إنتاجها من لقاحات الأنفلونزا الجائحة؛ أما الاتفاق الموحد لنقل المواد ٢، المبرم مع مؤسسة سانوفي باستور، فسيتيح وصول المنظمة في الوقت الفعلي إلى ١٥٪ من إنتاجها من لقاحات الأنفلونزا الجائحة. كما التزمت شركة غلاكسو سميث كلاين بإتاحة ١٠ ملايين مقرر علاجي من الأدوية المضادة للفيروسات. وتم التوقيع على عدة اتفاقات مع المؤسسات الأكاديمية والعلمية، وهناك مفاوضات جارية من أجل إبرام اتفاقات إضافية.

١٥٧- **استخدام مساهمة الشراكة:**^٢ تلقت المنظمة عن سنة ٢٠١٣ مساهمة من الصانعين بمبلغ يزيد على ٢٧,٢ مليون دولار أمريكي؛ وبحلول ٣١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٤ كان قد تم تلقي نحو ١٥ مليون دولار أمريكي من مساهمة عام ٢٠١٤. وفي كانون الثاني/يناير ٢٠١٤ تم إنجاز خطط تنفيذ تفصيلية وضعت على أساس الخطة الرفيعة المستوى لتنفيذ الشراكة للفترة ٢٠١٣-٢٠١٦،^٣ والتحليلات الداعمة الخاصة بالثغرات،^٤ فيما يتعلق بالمجالات الخمسة التالية الخاصة بأعمال التأهب: بناء قدرات المختبرات والترصد؛ وعاء المرض؛ وبناء القدرات التنظيمية؛ والإبلاغ عن المخاطر؛ والتخطيط للنشر. وبدأ صرف الأموال وتنفيذ الأنشطة في النصف الثاني من عام ٢٠١٤. وكان للاستجابة على نطاق المنظمة لفاشية مرض فيروس الإيبولا أثر في التنفيذ، ولاسيما في الإقليم الأفريقي.

١٥٨- وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٤ أقرت المديرية العامة المبادئ التوجيهية لاستخدام أموال الاستجابة^٥ في إطار مساهمة الشراكة، والتي قدمها الفريق الاستشاري المعني بالتأهب للأنفلونزا الجائحة بعد التشاور مع دوائر الصناعة وسائر أصحاب المصلحة. وتوفر المبادئ إرشادات بشأن استخدام أموال مساهمة الشراكة المحتفظ بها احتياطياً من أجل الاستجابة للجوائح.

١٥٩- وأنشئت على شبكة الإنترنت بوابة تنفيذ خاصة بمساهمة الشراكة^٦ من أجل تعزيز الشفافية والمساءلة فيما يتعلق بأموال مساهمة الشراكة.

١٦٠- بيانات المتواليات الجينية: للمساعدة على بحثه للمسائل المتصلة بمعالجة بيانات المتواليات الجينية ضمن الإطار الخاص بالتأهب لمواجهة الأنفلونزا الجائحة^٧ قام الفريق الاستشاري بإنشاء فريق خبراء عامل

١ انظر http://www.who.int/influenza/pip/benefit_sharing/smta2/en/ (تم الاطلاع في ٤ آذار/مارس ٢٠١٥).

٢ انظر الفرع ٦-١٤-٣ من الإطار الخاص بالتأهب لمواجهة الأنفلونزا الجائحة. ومساهمة الشراكة هي مبلغ يدفع سنوياً لمنظمة الصحة العالمية من صانعي لقاحات الأنفلونزا ووسائل تشخيصها والمستحضرات الصيدلانية الخاصة بها، والذين يستخدمون النظام العالمية لترصد الأنفلونزا والاستجابة لها. وبالنسبة للفترة ٢٠١٢-٢٠١٦ ستوجه نسبة ٧٠٪ من أموال مساهمة الشراكة إلى تدابير التأهب، ونسبة ٣٠٪ منها إلى الاستجابة للجوائح.

٣ انظر http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcmplan_17jan2014.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ٤ آذار/مارس ٢٠١٥).

٤ انظر http://www.who.int/influenza/pip/pip_pc_ga.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ٤ آذار/مارس ٢٠١٥).

٥ انظر الملحق ٥ http://www.who.int/influenza/pip/pip_ag_oct2014_meetingreport_final_7nov2014.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ٤ آذار/مارس ٢٠١٥).

٦ انظر <https://extranet.who.int/pip-pc-implementation/> (تم الاطلاع في ٤ آذار/مارس ٢٠١٥).

٧ انظر الفرع ٥-٢-٤ من الإطار.

تقني^١. وفي ١٤ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٤ عقد الفريق الاستشاري مشاوره تقنية مع ممثلي قواعد بيانات المتواليات الجينية. وسيستمر عمل الفريق الاستشاري في عام ٢٠١٥، وسيركز على بحث وتحديد الخصائص المثلى لنظام يوضع ضمن الإطار الخاص بالتأهب لمواجهة الأنفلونزا لمناولة فيروسات الأنفلونزا التي لها بيانات متوالية جينية قد تتسبب في جائحة بشرية.

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

١٦١- يعرض هذا التقرير نبذة عن العمل الذي اضطلعت به الأمانة منذ جمعية الصحة العالمية السابعة والستين. ويلخص نتائج الاجتماع السادس عشر للجنة الاستشارية التابعة للمنظمة والمعنية ببحوث فيروس الجدري (جنيف، ٢٠-٢١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٤) والعمل الذي تم من أجل التشاور بشأن آثار استخدام وإمكانات التكنولوجيات الخاصة بالبيولوجيا التوليفية فيما يتعلق بالتأهب للجدري ومكافحته.

١٦٢- وأكدت اللجنة الاستشارية التابعة للمنظمة والمعنية ببحوث فيروس الجدري في اجتماعها السادس عشر أنها أشرفت على عمل برنامج البحوث المعتمد بشأن فيروس الجدري. وفي عام ٢٠١٤ قامت اللجنة العلمية الفرعية المنبثقة عن اللجنة الاستشارية بتقييم ثمانية مشاريع شكلت توسعاً في مقترحات معتمدة قائمة، واعتمدت الأمانة هذه المشاريع. ولم تُعتمد أية مقترحات جديدة لبحوث تطوي على استعمال فيروس الجدري الحي^٢.

١٦٣- وتلقت اللجنة الاستشارية التقرير الخاص بمجموعات فيروس الجدري المحتفظ بها في المركزين المتعاونين مع المنظمة والمرخص لهما بتخزين فيروسات الجدري^٣. ونظرت اللجنة الاستشارية أيضاً في تحديثات للمعلومات عن استعمال فيروس الجدري الحي في تطوير اختبارات التشخيص، ونموذجين حيوانيين، ولقاحات للجدري، وعوامل مضادة لفيروس وعوامل علاجية. ووصف ممثلان من شركتي أدوية النقدم المحرز نحو تسجيل عاملين مرشحين مضادين للفيروس. وتحقق تقدم في اختبار وتسجيل لقاحات جديدة غير مستنسخة مضادة للجدري يمكن أن تكون مناسبة للاستعمال مع الأشخاص المنقوصي المناعة.

١٦٤- وفي عام ٢٠١٤ زار فريق تفتيش على السلامة البيولوجية تابع للمنظمة مستودع فيروس الجدري وفتش على مرافق الاحتواء البيولوجي في الاتحاد الروسي. ومن المقرر القيام بزيارة تفتيش في الولايات المتحدة الأمريكية في أيار/مايو ٢٠١٥. واتبع البروتوكول المستخدم معيار إدارة المخاطر البيولوجية المختبرية للجنة الأوروبية لتوحيد المقاييس (CWA 15793)، والذي يشمل ١٦ عنصراً لإدارة المخاطر البيولوجية المختبرية.

١ انظر http://www.who.int/influenza/pip/advisory_group/PIP_AG_Rev_Final_TEWG_Report_10_Oct_2014.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في ٤ آذار/مارس ٢٠١٥).

٢ للاطلاع على تقرير الاجتماع السادس عشر للجنة الاستشارية التابعة للمنظمة والمعنية ببحوث فيروس الجدري انظر: http://www.who.int/csr/resources/publications/smallpox/WHO_HSE_PED_CED_2013_2/en/ (تم الاطلاع في ١٢ آذار/مارس ٢٠١٥).

٣ أحد المستودعين المشار إليهما هو المركز الحكومي لبحوث الفيروسات والتكنولوجيا الحيوية في كولتسوفو بإقليم نوفوسيبيرسك في الاتحاد الروسي. والثاني هو مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في أتلانتا بجورجيا في الولايات المتحدة الأمريكية.

١٦٥- وتم العثور على أمبولات زجاجية تحتوي على عينات من فيروس الجدري مخزنة في منتصف الخمسينات من القرن العشرين في واحد من مجمعات معهد الصحة الوطني في الولايات المتحدة الأمريكية. ونُقلت إلى المركز المتعاون مع المنظمة ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها. وتم تدمير العينات في شباط/فبراير ٢٠١٥ تحت إشراف المنظمة.

١٦٦- وفي جمعية الصحة العالمية السابعة والستين في أيار/مايو ٢٠١٤ طُلب من المنظمة أن تجري مشاوره بخصوص استعمال وإمكانات التكنولوجيات الخاصة بالبيولوجيا التوليفية بشأن التأهب للجدري ومكافحته، وأن تواصل إبلاغ جمعية الصحة أثناء مناقشاتها بالمعلومات عن توقيت تدمير مخزونات فيروس الجدري الموجودة. وعملية التشاور هذه جارية، ويجري عقد فريق خبراء في آخر حزيران/يونيو من أجل تقديم تقييم إلى المدير العام.

= = =