

التقارير المرحلية^١

تقرير من الأمانة

المحتويات

الصفحة

فروع أخرى

٢	ميم: الصحة الإيجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي (الأهداف) والغايات الإنمائية الدولية (القرار ج ص ع ٥٧-١٢).....
٤	نون: مبادرات تعزيز السلامة الغذائية (القرار ج ص ع ٦٣-٣).....
٧	سين: تغير المناخ والصحة (القراران م ت ٢٤ اق ٥ وج ص ع ٦١-١٩).....
٩	عين: الشركاء (القرار ج ص ع ٦٣-١٠).....

ميم: الصحة الإيجابية: استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي (الأهداف) والغايات الإنمائية الدولية (القرار ج ص ع ٥٧-١٢)

١- طلبت جمعية الصحة في قرارها ج ص ع ٥٧-١٢ إلى المدير العام تكريس ما يكفي من أولوية والتزام وموارد على صعيد المنظمة لدعم النهوض الفعلي باستراتيجية الصحة الإيجابية وتنفيذها ومساعدة الدول الأعضاء على ضمان أمن السلع الخاصة بالصحة الإيجابية وتقديم تقارير مرة كل سنتين على الأقل. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠١٠، استهل الأمين العام للأمم المتحدة الاستراتيجية العالمية بشأن صحة المرأة والطفل مع إعادة تركيز الاهتمام على الدور الحاسم للصحة الإيجابية في صحة المرأة والطفل عامة وإعادة التأكيد على ضرورة تسريع وتيرة التقدم.

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

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

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

٤- وتبين نتائج المسح أيضا أن التدخلات التي تضعها منظمة الصحة العالمية أكثر فأكثر للحد من وفيات الأمهات وتحسين الصحة الإيجابية يجري تطبيقها. وأشار أكثر من ٨٥٪ من البلدان التي شملها المسح إلى أن الرعاية السابقة للولادة المنشودة قد أدرجت في برامج الصحة الإيجابية/صحة الأم. وسجل في ٩٥٪ من البلدان أن كبريات المغنيسيوم تستخدم للحد من الوفيات الناجمة عن الارتعاج وهذا تحسن كبير مقارنة بنتائج المسح الذي أجري عام ٢٠٠٩. وفي أكثر من ٩٥٪ من البلدان تبين أن الأدوية الأساسية للصحة الإيجابية مدرجة في القائمة الوطنية للأدوية الأساسية. ومع ذلك فلم تدرج وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ في وسائل منع الحمل التي تقدم في إطار برامج الصحة العمومية إلا في ما يقارب ثلثي البلدان فقط، ولم يبلغ

سوى ثلاثة أرباع البلدان عن إجراء فحوص للكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم. ولم يعمم بعدُ على الجميع الكشف عن مرض الزهري الخلقي خلال فترة الحمل.

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

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

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

٨- ويشكل تنظيم الأسرة عنصراً رئيسياً للصحة الجنسية والإنجابية ويمكنه أن يمنع حدوث نحو ثلث وفيات الأمهات. ^١ ورغم أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات أو المرتبطات بلا زواج تفوق ٦٠٪ على الصعيد العالمي، يمكن إيجاد اختلافات كبيرة بين الأقاليم. وتبلغ نسبة استخدام وسائل منع الحمل عند نساء أفريقيا جنوب الصحراء أدنى المستويات على الإطلاق (٢٢٪ في ٢٠٠٨). ومنذ عام ١٩٩٠ لم يطرأ أي تغيير في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من حيث الحاجة غير الملابة لتنظيم الأسرة، أي الفجوة بين النساء الراغبات في تأخير الإنجاب أو وقفه والنساء اللواتي لا يستخدمن أية وسيلة من وسائل منع الحمل: ٢٦٪ في ١٩٩٠ و ٢٥٪ في ٢٠٠٨. وداخل البلدان ترتبط الحاجة غير الملابة بالمستوى المالي للأسر، فالحاجة غير الملابة أكبر عند النساء الأفقر. ^٢

١ Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 2006; 368:1810-1827.

٢ تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١١، الأمم المتحدة، نيويورك، ٢٠١١، صفحة ٣٣ http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf (اطلع عليه في ١٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١١).

٩- وينطوي الحمل على خطر تعرض المراهقات لعواقب صحية واجتماعية وخيمة، وخصوصاً أنهن أقل حظاً في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية.^١ وتوضح بيانات عن ٢٢ بلداً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٨ أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل عند النساء المتراوحة أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة، سواء المتزوجات أو المرتبطات بلا زواج، أدنى بكثير مقارنة بجميع النساء في سن الإنجاب سواء المتزوجات أو المرتبطات بلا زواج (١٠٪ و ٢١٪ على التوالي)، و أن هناك نسبة مماثلة من الحاجة غير الملباة لوسائل منع الحمل (نحو ٢٥٪). ولذلك، فإن نسبة المراهقات اللاتي تلبى حاجتهن لوسائل منع الحمل أدنى بكثير من الإناث الأكبر سناً (٢٩٪ مقابل ٤٥٪).

١٠- ويحتاج المراهقون والرجال أيضاً إلى الخدمات والمعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. فأقل من ٤٠٪ من الشبان في الأقاليم النامية يعرفون طريقتين لتجنب الأمراض المنقولة جنسياً، هما استخدام الواقي الذكري والعفة أو الاكتفاء بعلاقة مع شخص واحد غير مصاب. ونسبة الشبان الذين أفادوا بأنهم استخدموا الواقي الذكري في آخر ممارسة جنسية عالية المخاطر تتراوح بين ٣٨٪ في جنوب آسيا و ٥٦٪ في منطقة الكاريبي.^٢ وقد ثبت أن برامج التربية الجنسية لها تأثير كبير في الحد من السلوك الجنسي العالي المخاطر.^٣

١١- وأحاطت الأمانة علماً بدعوة الدول الأعضاء إلى تخصيص موارد مؤسسية كافية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وهي تعمل مع الشركاء من أجل ضمان توافر موارد مستدامة. وتواصل منظمة الصحة العالمية والشركاء تعزيز القدرات البحثية والتقنية وإدراج تدخلات فعالة بانتظام، وذلك بواسطة أمور منها استخدام نهج برنامج الشراكة الاستراتيجية.

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

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

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

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

٢ تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١١- المرفق الإحصائي. الأمم المتحدة، نيويورك، ٢٠١١، صفحة ١٢. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2011%20Stat%20Annex.pdf> (اطلع عليه في ١٥ تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١١).

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

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

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

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

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

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

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

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

٢١- وقدم المشروع والصندوق المشتركان بين منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الصحة العالمية لتعزيز المشاركة في هيئة الدستور الغذائي (الصندوق الاستئماني لهيئة الدستور الغذائي) دعماً متزايداً إلى الدول الأعضاء من أجل تعزيز مشاركة البلدان النامية في عمل هيئة الدستور الغذائي. وبحلول أواخر عام ٢٠١٠، كان الصندوق قد قدم الدعم اللازم لتمكين ١٤٢٣ مشاركاً من ١٣٢ بلداً من حضور اجتماعات هيئة الدستور

الغذائي والمشاركة في فرق العمل والأفرقة العاملة. كما تلقى ٣٣٦ مشاركاً آخر الدعم اللازم للمشاركة في الدورات التدريبية والحلقات العملية التي تنظمها هيئة الدستور الغذائي.

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

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

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

٢٥- وقد أعد المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ مسودة استراتيجية إقليم غرب المحيط الهادئ بشأن السلامة الغذائية (٢٠١١-٢٠١٥)، وتغطي تلك الاستراتيجية المواضيع الرئيسية التي تقتضي من الدول الأعضاء اتخاذ إجراءات لضمان السلامة الغذائية. وتم تقديم تلك الاستراتيجية إلى اللجنة الإقليمية لغرب المحيط الهادئ في دورتها الثانية والستين في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١ لكي تنظر فيها. وأقرت اللجنة الاستراتيجية في وقت لاحق في القرار WPR/RC62.R5. ويعكف المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا حالياً، على وضع الصيغة النهائية لاستراتيجية مماثلة.

١ FAO, OIE, WHO. *The FAO-OIE-WHO collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces. A tripartite concept note.* Food and Agriculture Organization of the United Nations, Office International des Épidémiologies, World Health Organization, 2010. (Available online at <http://www.fao.org/docrep/012/ak736e/ak736e00.pdf> at ١٢ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١).

٢ انظر الوثيقة WPR/RC62/7.

سين: تغير المناخ والصحة (القراران مت ٢٤ ق ٥ وج ص ٦١-١٩)

٢٦- يستجيب هذا التقرير لأحكام القرار مت ٢٤ ق ٥، الذي طلب فيه المجلس التنفيذي إلى المدير العام تقديم تقارير عن التقدم المحرز في تنفيذ القرار ج ص ٦١-١٩ وخطة العمل الخاصة بتغيير المناخ والصحة. كما يحدّث هذا التقرير المعلومات المقدمة إلى جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو ٢٠١١.

٢٧- **الدعوة وإذكاء الوعي.** لقد عملت الأمانة مع الدول الأعضاء على تأكيد أهمية الصحة في السياسات المتعلقة بتغير المناخ، وأهمية الروابط القائمة بين تغير المناخ وسائر المحددات البيئية والاجتماعية للصحة. وشمل هذا الجهد تنظيم اجتماعات في جمعية الصحة العالمية الثالثة والستين وفي المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة (ريو دي جانيرو، البرازيل، ١٩-٢١ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١). ومن المزمع تنظيم اجتماعات أخرى في الدورة السابعة عشرة لمؤتمر الأطراف في اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ (التي من المتوقع عقدها في دوربان بجنوب أفريقيا في الفترة من ٢٨ تشرين الثاني/ نوفمبر إلى ٩ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١١). وتتولى الأمانة تنسيق مجموعات اتصال تتألف من مندوبين وطنيين لدى الاتفاقية الإطارية من أجل تعزيز مراعاة الجانب الصحي ضمن المفاوضات، وأنشأت فريق تشاور يضم رابطة المهنيين الصحيين والمنظمات غير الحكومية بغرض استحداث وتوزيع المعلومات الخاصة بالدعوة في المجال الصحي. كما قامت الأمانة بتحديث دراسة حول بصمة الكربون أجرتها بعض مكاتب منظمة الصحة العالمية المختارة في إطار مبادرة الأمم المتحدة المعنونة "خضرة المنظمة الزرقاء"، وهي تنظر الآن في مقترحات تتعلق بسياسات الحد من الانبعاثات.

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

٢٩- **تعزيز ودعم استحداث البيّنات العلمية.** استكملت الأمانة إسهامها في التقرير الخاص المتعلق بالظواهر الشديدة الذي أعده الفريق الحكومي الدولي المعني بتغير المناخ. وتواصل الأمانة العمل على تحديد الفوائد الصحية المحتملة للاستراتيجيات الرامية إلى تقليص انبعاثات غازات الدفيئة من القطاعات الرئيسية التي خضعت لتقييم الفريق، وقد نشرت تقارير عن قطاعي الإسكان^٢ والنقل^٣. وتعمل منظمة الصحة العالمية مع

١ الوثيقة ج ٢٦/٦٤.

٢ *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector.* Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501712_eng.pdf, تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١)

٣ *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. WHO. Urban transport and health: on behalf of Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ).* Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502443_eng.pdf, تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١١)

المنظمة العالمية للأرصاد الجوية وشركاء آخرين على تصميم العنصر الصحي للإطار العالمي الجديد الخاص بالخدمات المناخية، وقد أعدت تقارير تقنية وإرشادات جديدة بشأن مواضيع منها تقييم سرعة التأثر والتكيف،^١ ونوع الجنس وتغير المناخ والصحة.^٢ وتم أيضاً نشر مجموعة إرشادات بشأن الاستجابات الصحية لموجات القطط.^٣

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

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

١ Protecting health from climate change. Vulnerability and adaptation assessment. Draft for discussion. World Health Organization, Pan American Health Organization, 2010 (http://www.who.int/globalchange/VA_Guidance_Discussion.pdf, اطلع عليه في ١٣ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١).

٢ *Gender, climate change and health*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/globalchange/GenderClimateChangeHealthfinal.pdf>, اطلع عليه في ١٣ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١).

٣ *Public health advice on preventing health effects of heat*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/147265/Heat_information_sheet.pdf, اطلع عليه في ١٤ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١١).

عين: الشراكات (القرار ج ص ع ٦٣-١٠) ١

٣٢- في عام ٢٠١٠، طلبت جمعية الصحة في قرارها ج ص ع ٦٣-١٠ إلى المديرية العامة أن تستحدث إطاراً عملياً بخصوص استضافة المنظمة للشراكات الرسمية وتطبيق السياسة العامة بشأن مشاركة المنظمة مع الشراكات الصحية العالمية وترتيبات الاستضافة على ترتيبات الاستضافة الحالية لضمان تقبدها بالمبادئ المنصوص عليها في السياسة العامة. وطلب القرار كذلك إلى المديرية العامة أن تقدم إلى المجلس التنفيذي أي اقتراحات لاستضافة شراكات رسمية لكي يستعرضها ويبت فيها.

٣٣- وخلال السنوات الخمس الماضية، لم تبرم أي شراكات رسمية جديدة. وعند كتابة هذا التقرير، كانت المنظمة تستضيف ١٣ شراكة صحية رسمية.

٣٤- ومن الملاحظ، منذ عام ٢٠٠٩ كما تشير إليه هذه الفقرة، أن الوضع قد تغير بالنسبة إلى أربع شراكات رسمية، مما يعكس الطابع السلس لعلاقة المنظمة مع أي شراكة. ففي إطار كل شراكة يمكن للكيان المعني بتصريف الشؤون إعادة تقييم مهمة الشراكة وحجمها وحاجتها إلى قدر أكبر من الاستقلالية وعلاقتها مع منظمة الصحة العالمية. وقد انفصل الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا عن منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٩ ليصبح مؤسسة مستقلة خاضعة للقانون السويسري. وانتقل المجلس التعاوني لإمدادات المياه والإصحاح من منظمة الصحة العالمية إلى مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع في عام ٢٠٠٩، نظراً للتواءم الأكبر بين هذا المكتب وعمل المجلس. وفي عام ٢٠١٠، توقف المؤتمر الحكومي الدولي المعني بالسلامة الكيميائية عن العمل وأنشئت أمانة النهج الاستراتيجي للإدارة الدولية للمواد الكيميائية (لا تستضيفها منظمة الصحة العالمية). وفي عام ٢٠١١، أدرجت خدمة تتبع الصحة والتغذية مجدداً في المنظمة، وذلك بعد إتمام تلك الخدمة مهمتها الأصلية ونظراً لتوافقها مع فريق جديد معزز يُعنى بالترصد الوبائي في الأوضاع الإنسانية ضمن دائرة شلل الأطفال والطوارئ والدعم القطري الجديدة بالمنظمة.

٣٥- وفي عام ٢٠١١، أعدت المنظمة وثيقة عامة بعنوان "الشروط المتعلقة باستضافة شراكة رسمية من قبل منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك تقديم المنظمة لخدمات الأمانة والخدمات الإدارية". وتلخص هذه الوثيقة وتبين قواعد المنظمة ولوائحها^٢ التي ينبغي أن تنقيد بها الشراكات المستضافة. ويعرض هذا الإطار العملي بالتفصيل مختلف شروط استضافة شراكة ما وأمانتها. وتسترشد تلك الشروط بالسياسة الجديدة التي أطلق عليها اسم "السياسة العامة بشأن مشاركة منظمة الصحة العالمية مع الشراكات الصحية العالمية وترتيبات الاستضافة" والتي اعتمدت بموجب القرار ج ص ع ٦٣-١٠،^٣ وتسترشد أيضاً بقواعد المنظمة ولوائحها الحالية وبالممارسات الفضلى داخل المنظمة، عند الاقتضاء.

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

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

٣ انظر ج ص ع ٦٣/٢٠١٠/سجلات/١، الملحق ١.

٣٦- وثمة، بالإضافة إلى الشراكات الرسمية المستضافة المشار إليها أعلاه، برنامجان خاصان تابعان لمنظمة الصحة العالمية، الأول بشأن بحوث أمراض المناطق المدارية والثاني بشأن بحوث الإنجاب البشري، فضلاً عن أمانة الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وكل ترتيب من تلك الترتيبات تم بتكليف محدد من قبل جمعية الصحة، يقضي بأن منظمة الصحة العالمية هي الوكالة المنفذة. والبرنامجان المذكوران مدرجان في الميزانية البرمجية.

٣٧- وفي منتصف عام ٢٠١١، كان هناك نحو ٤٧٠ موظفاً يعملون بعقود محددة المدة وعقود مؤقتة في الشراكات التي تستضيفها المنظمة وفي البرنامجين الخاصين وفي أمانة الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وبلغ الدخل المسجل لتلك الشراكات والبرنامجين الخاصين، في عام ٢٠١٠، نحو ٥٥٠ مليون دولار أمريكي، يستأثر المرفق الدولي لشراء الأدوية والبرنامج الأفريقي لمكافحة داء كلابية الذنب بنحو ٣٤٥ مليون دولار أمريكي منه. وتماشياً مع السياسة بشأن المشاركة تعكف المنظمة على وضع نهج لضمان "استرداد كل تكاليف الدعم الإداري والتقني التي تتحمله في أداء وظائف استضافة الشراكات، وتنفيذ أو دعم أنشطتها" مع مراعاة تكاليف دعم البرامج القائمة والرسوم المقطعة من نفقات المناصب المشغولة.

٣٨- وحيث إن المنظمة ستطبق المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام تطبيقاً تاماً في إعداد التقارير المالية اعتباراً من ١ كانون الثاني/يناير ٢٠١٢، فإنها استعرضت الشراكات الرسمية المستضافة لضمان نقيدها بتلك المعايير. وسيستمر إدراج جميع الشراكات، باستثناء المرفق الدولي لشراء الأدوية والبرنامج الأفريقي لمكافحة داء كلابية الذنب، في تقرير المنظمة المالي تماشياً مع مقتضيات المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام.

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

٤٠- وعلاوة على ذلك تواصل المنظمة التعاون مع مختلف منظمات الأمم المتحدة وأصحاب المصلحة من غير الدول في تنفيذها للخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل ٢٠٠٨-٢٠١٣. ويرد بعض من تلك الإجراءات في تقرير الأمانة بشأن التعاون،^٢ الذي أحاطت جمعية الصحة علماً به،^٣ وفي التقارير السنوية للجنة الدائمة التابعة للمجلس التنفيذي والمعنية بالمنظمات غير الحكومية وإدارة المنظمة لأكثر من ٦٠ شبكة وتحالف (ممن تفنقر إلى ترتيبات خاصة بها لتصريف شؤونها) تتيح لها دعوة أصحاب المصلحة وتيسير بلوغ الأهداف المحددة، بما فيها تعزيز الحاصلات الصحية وضمان تنسيق أمثل للأنشطة على الصعيد الميداني؛ والتيقن من تقديم الخدمات بطريقة متسقة وفعالة. ومن الأمثلة على التحالفات الناجحة الشراكة الصحية الدولية (أمانة مشتركة بين منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي) والمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال ومبادرة التنسيق من أجل الصحة في أفريقيا.

= = =

١ انظر ج ص ٦٣/٢٠١٠/سجلات/١، الملحق ١، الفقرة ٢٣.

٢ الوثيقة ج ٤٢/٦٤.

٣ انظر المحضر الموجز للدورة الرابعة والسنتين لجمعية الصحة العالمية، A64/B/PSR/4، الفرع الثالث.