ج ص ع٥٧/٢٠٠٤/ سجلات/١

WHA57/2004/REC/1

منظمة الصحة العالمية

# جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون

جنيف، ١٧ - ٢٢ أيار/ مايو ٢٠٠٤

## القرارات والمقررات الإجرائية
## الملاحق

جنيف
٢٠٠٤

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

التسميات الواردة في هذا المجلد وطريقة عرض المواد لا تعني بأي حال من الأحوال التعبير عن وجهة نظر معينة للأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو للسلطات فيها، أو فيما يتعلق بحدودها أو تخومها. وحيثما تظهر عبارة "بلد أو منطقة" في عناوين الجداول فإنها تشمل البلدان أو الأقاليم أو المدن أو المناطق.



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# مقدمة

انعقدت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون في قصر الأمم بجنيف في الفترة من ١٧ إلى ٢٢ أيار/ مايو ٢٠٠٤، طبقاً لما قرره المجلس التنفيذي في دورته الثانية عشرة بعد المائة. وتنشر محاضرها في ثلاثة مجلدات تتضمن، بالإضافة إلى بعض المواد الأخرى ذات الصلة، ما يلي:

القرارات والمقررات الإجرائية والملاحق وقائمة المشتركين العرب - الوثيقة ج ص ع٥٧/٢٠٠٤/ سجلات/١

المحاضر الحرفية للجلسات العامة وقائمة بأسماء المشتركين - الوثيقة ج ص ع٥٧/٢٠٠٤/ سجلات/٢

المحاضر الموجزة للجان وتقارير اللجان - الوثيقة ج ص ع٥٧/٢٠٠٤/ سجلات/٣

- - - - - - - - - - - -



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

www.manaraa.com

# المحتويات

**الصفحة**


مقدمة ..... iii

جدول الأعمال ..... ix

قائمة بالوثائق ..... xiii

قائمة بأسماء السادة أعضاء الوفود العربية ..... ٨٧


## القرارات والمقررات الإجرائية

### القرارات


ج ص ع٥٧-١ ترصد ومكافحة داء *المتفطرة المقرحة* (قرحة بورولي) ..... ١

ج ص ع٥٧-٢ مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري ..... ٢

ج ص ع٥٧-٣ الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربية المحتلة، بما فيها فلسطين، ومساعدتهم ..... ٤

ج ص ع٥٧-٤ التقرير المالي عن حسابات المنظمة للمدة ٢٠٠٢-٢٠٠٣؛ تقرير مراجع الحسابات الخارجي والتعليقات التي أُدلي بها نيابة عن المجلس التنفيذي ..... ٦

ج ص ع٥٧-٥ الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور ..... ٦

ج ص ع٥٧-٦ التأخر في سداد الاشتراكات: أوكرانيا ..... ٧

ج ص ع٥٧-٧ الاتفاق المبرم مع *المكتب الدولي للأوبئة الحيوانية* ..... ٨

ج ص ع٥٧-٨ النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية: تعديل المادة ٧٢ ..... ٩

ج ص ع٥٧-٩ استئصال داء التنينات ..... ٩

ج ص ع٥٧-١٠ السلامة على الطرق والصحة ..... ١٠

ج ص ع٥٧-١١ الأسرة والصحة في إطار الذكرى السنوية العاشرة للسنة الدولية للأسرة .... ١٣

ج ص ع٥٧-١٢ الصحة الإنجابية: مسودة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الإنمائية الدولية ..... ١٥




المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

**الصفحة**


| | | |
|---|---|---|
| ج ص ع ٥٧-١٣ | علم المجينيات والصحة العالمية..... | ١٧ |
| ج ص ع ٥٧-١٤ | تعزيز العلاج والرعاية في إطار استجابة منسقة وشاملة لمقتضيات الأيدز والعدوى بفيروسه ..... | ١٩ |
| ج ص ع ٥٧-١٥ | جدول تقدير الاشتراكات لعام ٢٠٠٥..... | ٢٣ |
| ج ص ع ٥٧-١٦ | تعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية..... | ٣٤ |
| ج ص ع ٥٧-١٧ | الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة..... | ٣٦ |
| ج ص ع ٥٧-١٨ | زرع الأعضاء والأنسجة البشرية ..... | ٥٦ |
| ج ص ع ٥٧-١٩ | الهجرة الدولية للموظفين الصحيين: تحد أمام النظم الصحية في البلدان النامية | ٥٨ |


**المقررات الإجرائية**


| | | |
|---|---|---|
| ج ص ع ٥٧(١) | تشكيل لجنة أوراق الاعتماد..... | ٦١ |
| ج ص ع ٥٧(٢) | تشكيل لجنة الترشيحات..... | ٦١ |
| ج ص ع ٥٧(٣) | انتخاب أعضاء مكتب جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين ..... | ٦١ |
| ج ص ع ٥٧(٤) | انتخاب أعضاء مكتبي اللجنتين الرئيسيتين ..... | ٦٢ |
| ج ص ع ٥٧(٥) | إنشاء اللجنة العامة ..... | ٦٢ |
| ج ص ع ٥٧(٦) | إقرار جدول الأعمال ..... | ٦٢ |
| ج ص ع ٥٧(٧) | فحص أوراق الاعتماد ..... | ٦٣ |
| ج ص ع ٥٧(٨) | انتخاب الدول الأعضاء التي لها حق تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي ..... | ٦٣ |
| ج ص ع ٥٧(٩) | حقوق الملكية الفكرية والابتكارات والصحة العمومية ..... | ٦٤ |
| ج ص ع ٥٧(١٠) | مخصصات الأقاليم من الميزانية العادية ..... | ٦٤ |
| ج ص ع ٥٧(١١) | تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية.. | ٦٤ |
| ج ص ع ٥٧(١٢) | السياسة الخاصة بالعلاقات مع المنظمات غير الحكومية ..... | ٦٤ |
| ج ص ع ٥٧(١٣) | اختيار البلد الذي ستعقد فيه جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون ..... | ٦٥ |
| ج ص ع ٥٧(١٤) | تقريرا المجلس التنفيذي عن دورتيه الثانية عشرة بعد المائة والثالثة عشرة بعد المائة ..... | ٦٥ |




المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# الملاحق

**الصفحة**


١- الاتفاق المبرم بين *المكتب الدولي للأوبئة الحيوانية* (المكتب) ومنظمة الصحة العالمية (المنظمة) ..... ٦٩

٢- استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية ذات الصلة بالصحة الإنجابية ..... ٧٢


- - - - - - - - - - -



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

www.manaraa.com

# جدول الأعمال[1]

## الجلسات العامة

١- افتتاح أعمال الجمعية

١-١ تعيين لجنة أوراق الاعتماد

١-٢ انتخاب لجنة الترشيحات

١-٣ تقارير لجنة الترشيحات

- انتخاب الرئيس
- انتخاب خمسة نواب للرئيس، ورئيسي اللجنتين الرئيسيتين، وإنشاء اللجنة العامة

١-٤ إقرار جدول الأعمال وتوزيع البنود على اللجنتين الرئيسيتين

٢- تقريرا المجلس التنفيذي عن دورتيه الثانية عشرة بعد المائة والثالثة عشرة بعد المائة

٣- بيان الدكتور جونغ - ووك لي، المدير العام

٤- خطابات المدعوين

٥- [ حذف ]

٦- انتخاب أعضاء المجلس التنفيذي

٧- الجوائز

٨- تقارير اللجنتين الرئيسيتين

٩- اختتام أعمال الجمعية

---

١ أقر جدول الأعمال في الجلسة العامة الثانية.



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## الموائد المستديرة

١٠- الموائد المستديرة: الأيدز والعدوى بفيروسه

## اللجنة "أ"

١١- افتتاح أعمال اللجنة[١]

١٢- المسائل التقنية والصحية

١٢-١ الأيدز والعدوى بفيروسه

١٢-٢ ترصد ومكافحة داء *المتفطرة المقرحة* (قرحة بورولي)

١٢-٣ مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري

١٢-٤ استئصال الجدري: تدمير مخزنات فيروس الجدري

١٢-٥ استئصال شلل الأطفال

١٢-٦ الإستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة

١٢-٧ السلامة على الطرق والصحة

١٢-٨ تعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية

١٢-٩ الأسرة والصحة في إطار الذكرى السنوية العاشرة للسنة الدولية للأسرة

١٢-١٠ الصحة الإنجابية

١٢-١١ النظم الصحية، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية

١٢-١٢ جودة ومأمونية الأدوية: آليات التنظيم

١٢-١٣ علم المجينيات والصحة العالمية: تقرير اللجنة الاستشارية المعنية بالبحوث الصحية

١٢-١٤ زرع الأعضاء والأنسجة البشرية

---

١ بما في ذلك انتخاب نواب الرئيس والمقرر.



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

١٢-١٥ تنفيذ القرارات (تقارير مرحلية)

- الحد من وفيات الحصبة في العالم (القرار ج ص ع٥٦-٢٠)
- متلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم (سارس) (القرار ج ص ع٥٦-٢٩)
- الوقاية المتكاملة من الأمراض غير السارية (القرار ج ص ع٥٥-٢٣)
- جودة الرعاية: سلامة المرضى (القرار ج ص ع٥٥-١٨)
- تغذية الرضع وصغار الأطفال: تقرير مرحلي ثنائي السنوات (القرار ج ص ع٣٣-٣٢)
- حقوق الملكية الفكرية والابتكارات والصحة العمومية (القرار ج ص ع٥٦-٢٧)
- اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ (القرار ج ص ع٥٦-١)

١٢-١٦ استئصال داء التنينات

## اللجنة "ب"

١٣- افتتاح أعمال اللجنة[١]

١٤- مسائل مراجعة الحسابات الداخلية والمراقبة

- تقرير مراجع الحسابات الداخلي والتعليقات التي أُدلي بها نيابة عن المجلس التنفيذي

١٥- المسائل المالية

١٥-١ التقرير المالي عن حسابات المنظمة للمدة ٢٠٠٢-٢٠٠٣؛ تقرير مراجع الحسابات الخارجي والتعليقات التي أُدلي بها نيابة عن المجلس التنفيذي

١٥-٢ حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة، بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور

١٥-٣ جدول تقدير الاشتراكات لعام ٢٠٠٥

١٥-٤ [ حذف ]

١٥-٥ [ حذف ]

١ بما في ذلك انتخاب نواب الرئيس والمقرر.



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

١٦- مسائل البرامج والميزانية

١٦-١ مخصصات الأقاليم من الميزانية العادية

١٦-٢ الميزانية البرمجية ٢٠٠٢-٢٠٠٣

١٧- شؤون العاملين

١٧-١ الموارد البشرية: التقرير السنوي

١٧-٢ [ حذف ]

١٧-٣ تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية

١٨- المسائل القانونية

١٨-١ الاتفاق المبرم مع *المكتب الدولي للأوبئة الحيوانية*

١٨-٢ النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية: تعديل المادة ٧٢

١٩- الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربية المحتلة، بما فيها فلسطين، ومساعدتهم

٢٠- التعاون داخل منظومة الأمم المتحدة ومع سائر المنظمات الحكومية الدولية

٢١- السياسات الخاصة بالعلاقات مع المنظمات غير الحكومية

- - - - - - - - - - - -



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# قائمة بالوثائق

| | |
|---|---|
| ج٥٧/١ تنقيح ١ | جدول الأعمال[١] |
| ج٥٧/٢ | تقريرا المجلس التنفيذي عن دورتيه الثانية عشرة بعد المائة والثالثة عشرة بعد المائة |
| ج٥٧/٣ | خطاب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية أمام جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين |
| ج٥٧/٤ | الأيدز والعدوى بفيروسه |
| ج٥٧/٥ | ترصد ومكافحة داء *المتفطرة المقرحة* (قرحة بورولي) |
| ج٥٧/٦ | مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري |
| ج٥٧/٧ | استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري |
| ج٥٧/٨ | استئصال شلل الأطفال |
| ج٥٧/٩ | الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة |
| ج٥٧/١٠ | السلامة على الطرق والصحة |
| ج٥٧/١٠ إضافة ١ | السلامة على الطرق والصحة: (آخر المعلومات) |
| ج٥٧/١١ | تعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية |
| ج٥٧/١٢ | الأسرة والصحة في إطار الذكرى العاشرة للسنة الدولية للأسرة |
| ج٥٧/١٣ | الصحة الإنجابية[٢] |
| ج٥٧/١٤ | النُظم الصحية، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية |
| ج٥٧/١٥ | جودة ومأمونية الأدوية: آليات التنظيم |

١ انظر الصفحة ix.

٢ انظر الملحق ٢.



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| | |
|---|---|
| ج١٦/٥٧ | علم المجينيات والصحة العالمية: تقرير اللجنة الاستشارية المعنية بالبحوث الصحية |
| ج١٧/٥٧ | زرع الأعضاء والأنسجة البشرية |
| ج١٨/٥٧ وج١٨/٥٧ إضافة ١ | تنفيذ القرارات (تقارير مرحلية) |
| ج١٩/٥٧ | تقرير مراجع الحسابات الداخلي |
| ج٢٠/٥٧ | التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للمدة ١ كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٢-٣١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٣ (والمصادق عليها في ٣٠ آذار/ مارس ٢٠٠٤) وتقرير مراجع الحسابات الخارجي إلى جمعية الصحة العالمية (١ نيسان/ أبريل ٢٠٠٤) |
| ج٢١/٥٧ | التقرير المالي عن حسابات المنظمة للمدة ٢٠٠٢-٢٠٠٣؛ تقرير مراجع الحسابات الخارجي والتعليقات التي أدلى بها نيابة عن المجلس التنفيذي. التقرير الأول للجنة الإدارة والميزانية والشؤون المالية التابعة للمجلس التنفيذي المقدم إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين |
| ج٢٢/٥٧ | حالة تحصيل الاشتراكات المقدرة بما في ذلك الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة ٧ من الدستور. التقرير الثاني للجنة الإدارة والميزانية والشؤون المالية التابعة للمجلس التنفيذي إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين |
| ج٢٣/٥٧ | جدول تقدير الاشتراكات لعام ٢٠٠٥ |
| ج٢٤/٥٧ | مخصصات الأقاليم من الميزانية العادية |
| ج٢٥/٥٧ | الميزانية البرمجية ٢٠٠٢-٢٠٠٣. تقرير عن تقييم الأداء: ملخص الاستنتاجات الأولية |
| ج٢٦/٥٧ | الموارد البشرية: التقرير السنوي |
| ج٢٧/٥٧ | تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية |
| ج٢٨/٥٧ وج٢٨/٥٧ إضافة ١ وج٢٨/٥٧ تنقيح ١ | الاتفاق مع *المكتب الدولي للأوبئة الحيوانية* [١] |

١ انظر الملحق ١.



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| | |
|---|---|
| ج٢٩/٥٧ | النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية: تعديل المادة ٧٢ |
| ج٣٠/٥٧ | الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربيـة المحتلـة، بمـا فيهـا فلسطين، ومساعدتهم |
| ج٣١/٥٧ | التعاون مع منظومة الأمم المتحدة ومع سائر المنظمات الحكومية الدولية |
| ج٣٢/٥٧ | السياسة الخاصة بالعلاقات مع المنظمات غير الحكومية |
| ج٣٣/٥٧ | بند إضافي في جدول الأعمال: استئصال داء التنينات |
| ج٣٤/٥٧ | لجنة الترشيحات. التقرير الأول |
| ج٣٥/٥٧ | لجنة الترشيحات. التقرير الثاني |
| ج٣٦/٥٧ | لجنة الترشيحات. التقرير الثالث |
| ج٣٧/٥٧ | لجنة أوراق الاعتماد. التقرير الأول |
| ج٣٨/٥٧ | انتخاب الدول الأعضاء التي لها حق تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيذي |
| (مسودة) ج٣٩/٥٧ | التقرير الأول للجنة "أ" |
| ج٤٠/٥٧ | لجنة أوراق الاعتماد. التقرير الثاني |
| ج٤١/٥٧ | التقرير الأول للجنة "ب". التقرير الثاني |
| (مسودة) ج٤٢/٥٧ | التقرير الثاني للجنة "ب" |
| ج٤٣/٥٧ | التقرير الثالث للجنة "ب" |
| (مسودة) ج٤٤/٥٧ | التقرير الثاني للجنة "أ" |
| (مسودة) ج٤٥/٥٧ | التقرير الرابع للجنة "ب" |
| ج٤٦/٥٧ | التقرير الخامس للجنة "ب" |
| ج٤٧/٥٧ | التقرير الثالث للجنة "أ" |



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## وثائق المعلومات

| | |
|---|---|
| ج٥٧/ وثيقة معلومات/١ | الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربيـة المحتلـة، بمـا فيهـا فلسطين، ومساعدتهم. (تقرير مدير الشؤون الصحية في وكالة الأمـم المتحـدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، (الأونروا) لعام ٢٠٠٣) |
| ج٥٧/ وثيقة معلومات/٢ | الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربيـة المحتلـة، بمـا فيهـا فلسطين، ومساعدتهم. (تقرير وزارة الصحة الإسرائيلية) |
| ج٥٧/ وثيقة معلومات/٣ | الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربيـة المحتلـة، بمـا فيهـا فلسطين، ومساعدتهم. (تقرير مقدم من قبل المراقب الدائم لفلسطين لدى مكتب الأمم المتحدة في جنيف) |
| ج٥٧/ وثيقة معلومات/٤ | مخصصات الأقاليم من الميزانية العادية |

**متنوعات**

| | |
|---|---|
| ج٥٧/متنوعات/٧ | خطاب الدكتور كيم داي يونغ، رئيس جمهورية كوريا الأسبق |
| ج٥٧/متنوعات/٨ | خطاب السيد جيمي كارتر، رئيس الولايات المتحدة الأمريكية السابق |
| ج٥٧/متنوعات/٩ | الموائد المستديرة: الأيدز والعدوى بفيروسه |
| ج٥٧/متنوعات/١٠ | الموائد المستديرة: الأيدز والعدوى بفيروسه |

- - - - - - - - - - -



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# القرارات

## ج ص ع57-1 ترصد ومكافحة داء *المتفطرة المقرِّحة* (قرحة بورولي)

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بترصد ومكافحة داء *المتفطرة المقرّحة* (قرحة بورولي)؛[1]

وإذ تعرب عن بالغ قلقها إزاء انتشار قرحة بورولي، وخصوصاً بين الأطفال، وإزاء ما لها من تأثير على الصحة وتأثير اجتماعي اقتصادي في المجتمعات الريفية الفقيرة؛

وإذ تعي أن الكشف والعلاج المبكرين يقللان إلى أدنى حد من العواقب الضارة المترتبة على المرض؛

وإذ تشير مع الارتياح إلى التقدم الذي تحرزه المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي منذ استهلالها في عام 1998 في تنسيق أنشطة المكافحة والبحوث فيما بين الشركاء؛

وإذ تعرب عن قلقها لوجود عدة عوامل، ومنها التأخر في كشف الحالات وعدم توافر وسائل فعالة للتشخيص والعلاج والوقاية، تعوق إحراز المزيد من التقدم؛

وإذ تدرك أن إنجاز هدفين من الأهداف الإنمائية للألفية الصادرة عن الأمم المتحدة – ألا وهما القضاء على الفقر المدقع والجوع، وتحقيق تعميم التعليم الابتدائي – قد يعوقه الأثر السلبي لأمراض مهملة تصيب الفقراء، بما فيها قرحة بورولي،

1- **تحث** الدول الأعضاء التي تتوطنها قرحة بورولي أو تهدد بتوطنها على ما يلي:

(1) تقدير العبء الناجم عن قرحة بورولي وإنشاء برنامج لمكافحتها، عند اللزوم؛

(2) تسريع الجهود الرامية إلى كشف الحالات وعلاجها في مرحلة مبكرة؛

(3) إرساء قواعد تعاون فعال، مع الأنشطة الأخرى المناسبة الخاصة بمكافحة المرض، كلما أمكن ذلك؛

(4) إقامة ومساندة شراكات على المستوى القطري لمكافحة قرحة بورولي وذلك في إطار تطوير النظم الصحية؛

(5) ضمان توافر موارد وطنية كافية لتلبية متطلبات المكافحة، بما في ذلك الحصول على خدمات العلاج والتأهيل؛

---

1 الوثيقة ج57/5.



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(6) توفير التدريب للأطباء العامّين من أجل تحسين المهارات الجراحية؛

(7) توفير التدريب لكل العاملين الصحيين في مجال الوقاية من العجز؛

2- **تشجع** جميع الدول الأعضاء على ما يلي:

(1) المشاركة في المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي؛

(2) تكثيف البحوث الرامية إلى تطوير وسائل لتشخيص المرض وعلاجه والوقاية منه، وكذلك إدراج داء قرحة بورولي في النظام الوطني لترصد الأمراض؛

(3) تكثيف المشاركة المجتمعية في التعرف على أعراض المرض؛

3- **تدعو** المجتمع الدولي ومؤسسات وهيئات منظومة الأمم المتحدة والجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الوقفية والمؤسسات البحثية إلى ما يلي:

(1) التعاون رأساً مع البلدان التي يتوطنها المرض من أجل تعزيز أنشطة المكافحة والبحوث؛

(2) إقامة الشراكات وتعزيز التعاون مع المنظمات والبرامج المعنية بتطوير النظم الصحية لضمان إمكانية وصول التدخلات الفعالة إلى كل من يحتاجون إليها؛

(3) دعم المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي؛

4- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) مواصلة تقديم الدعم التقني إلى المبادرة العالمية لمكافحة قرحة بورولي، وخصوصاً من أجل تحقيق تقدم في فهم عبء المرض وتحسين الاستفادة المبكرة من التشخيص والعلاج، وذلك عن طريق تدعيم البنية الأساسية للصحة بوجه عام؛

(2) دعم التعاون التقني بين البلدان كوسيلة من وسائل تعزيز خدمات الترصد والمكافحة والتأهيل؛

(3) تشجيع البحوث الخاصة بتحسين وسائل التشخيص والعلاج والوقاية عن طريق التنسيق والدعم من البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية المشترك بين اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية.

(الجلسة العامة السابعة، 21 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "أ"، التقرير الأول)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-2 مكافحة داء المثقبيات الأفريقي البشري

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

إذ تذكر بالقرارين ج ص ع50-36 و ج ص ع 56-7؛
وبعد أن نظرت في التقرير الخاص بداء المثقبيات الأفريقي البشري؛[1]

وإذ يساورها بالغ القلق إزاء عودة ظهور داء المثقبيّات الأفريقي وأثره المدمّر على البشر والماشية في القارة الأفريقية؛

وتسليماً منها بأن الشكل الذي يصيب البشر من هذا المرض يُعد مشكلة كبرى من مشاكل الصحة العمومية نظراً للنتيجة المميتة التي تترتب عليه لا محالة إذا تُرك دون علاج، وتكرار حالات التلف العصبي الدائم في حالة العلاج منه، بما في ذلك على وجه الخصوص الخلل العقلي والحركي النفسي الدائم لدى الأطفال، واتجاه المرض إلى الظهور على شكل أوبئة؛

وإذ يساورها القلق كذلك إزاء المشاكل المتنامية الخاصة بمقاومة الأدوية وفشل العلاج؛

وإذ ترحب بارتفاع مستوى الالتزام السياسي بمكافحة داء المثقبيّات الأفريقي البشري، والذي أعرب عنه قادة الحكومات في البلدان التي يتوطنها المرض؛

وإذ ترحب كذلك بالالتزام المتجدد بمكافحة هذا المرض، والذي أُعرب عنه في إطار المبادرات المتخذة في الآونة الأخيرة وفي إطار الشراكات المقامة مؤخراً بين القطاعين العام والخاص، وهو ما خفف إلى حد بعيد من وطأة مشكلة عدم كفاية فرص الحصول على الأدوية الموجودة؛

وإذ تلاحظ أن الحاجة ماسة، على الرغم من الخطوات الكبيرة التي يجري اتخاذها لمكافحة هذا المرض، إلى وسائل محسنة للمكافحة، بما فيها الأدوية الأكثر مأمونية ونجاعة واختبارات التشخيص المبسطة،

1- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(1) الاستمرار في إعطاء أولوية عالية لداء المثقبيّات الأفريقي البشري؛

(2) العمل، في المناطق التي يتوطنها المرض، على زيادة الموارد البشرية والتمويل المخصص، مع اللجوء حسب الاقتضاء إلى الاعتمادات المالية التي سبق استخدامها لشراء الأدوية، والعمل على تعزيز كشف الحالات والتشخيص والعلاج والبنية الأساسية اللازمة للقيام بذلك؛

2- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) الاستمرار في تحسين استراتيجيات المكافحة لتحقيق الاستفادة القصوى من الموارد الوطنية والدولية والحيلولة دون استمرار استشراء الوباء؛

1 الوثيقة ج57/6.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(2) العمل، ضمن مختلف القطاعات والوكالات المعنية، على الترويج لاتباع نهج متكامل يراعي أهمية مكافحة النواقل ومكافحة المرض لدى الماشية؛

(3) الاستمرار في التعاون الوثيق مع جميع الشركاء المعنيين، ولاسيما من خلال البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية المشترك بين اليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية على إجراء البحوث الرامية إلى استنباط أدوية أكثر مأمونية ونجاعة واختبارات تشخيص مبسطة لكشف الإصابة بداء المثقبيّات؛

(4) إبلاغ جمعية الصحة أولاً بأول بالتقدم المحرز في السنة الأولى من كل ثنائية.

(الجلسة العامة السابعة، 21 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "أ"، التقرير الأول)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

**ج ص ع57-3 الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربية المحتلة، بما فيها فلسطين، ومساعدتهم**

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

إذ تضع في اعتبارها المبدأ الأساسي المبين في دستور منظمة الصحة العالمية، والذي يؤكد أن صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن؛

وإذ تشير إلى جميع قراراتها السابقة بشأن الأحوال الصحية في الأراضي العربية المحتلة؛

وإذ تعرب عن تقديرها لتقرير المدير العام بشأن الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربية المحتلة، بما فيها فلسطين، ومساعدتهم؛[1]

وإذ تعرب عن قلقها إزاء تدهور الأحوال الصحية والأزمات الإنسانية الناجمة عن الأنشطة العسكرية التي تسببت في فرض قيود شديدة على حركة الشعب الفلسطيني والبضائع الفلسطينية، بما في ذلك القيود المفروضة على الدخول إلى الأراضي الفلسطينية والخروج منها، وبصفة خاصة حركة سيارات الإسعاف والعاملين الصحيين والجرحى والمرضى؛

وإذ تعرب عن قلقها إزاء الاستخدام المستمر للقوة المفرطة من قبل القوات العسكرية الإسرائيلية مما أدى إلى قتل وجرح آلاف الفلسطينيين، بمن فيهم الأطفال؛

وإذ تعرب عن قلقها حيال التدهور الخطير للوضع الاقتصادي نتيجة حالات إغلاق الأراضي وحظر التجول المفروضة على الفلسطينيين من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلي، التي تسببت، مع حجز الإيرادات الضريبية الفلسطينية، في مستويات غير مسبوقة من البطالة مع ما يترتب على ذلك فيما يتصل بالفقر، وانعدام الأمن الغذائي، وسرعة تأثر الحالة التغذوية. كما تعرب عن قلقها حيال التقارير الخاصة بانتشار سوء التغذية لدى الأطفال والقرائن الدالة على توطن فقر الدم (الأنيميا) لدى المرضعات؛

وإذ تعرب عن قلقها إزاء التدمير الواسع النطاق للبنية الأساسية المدنية أثناء التوغلات العسكرية الإسرائيلية، وخصوصاً استمرار إسرائيل في بناء "سياج أمني" لا يجري بناؤه على حدود عام 1967 أو بالقرب منها ويؤدي إلى معاناة إنسانية واقتصادية للفلسطينيين ويحول دون الوصول إلى المستشفيات والحصول على الرعاية الصحية؛

وإذ تعرب عن قلقها إزاء الانتهاكات الخطيرة للقانون الإنساني الدولي من قبل سلطات الاحتلال الإسرائيلية في الأراضي العربية المحتلة، بما في ذلك الاعتقال غير القانوني لآلاف المدنيين الفلسطينيين، الذين من بينهم مئات الأطفال المحتجزين في السجون الإسرائيلية، وبعضهم محتجز بدون تهمة وبعضهم مرضى لا تقدم لهم رعاية طبية؛

وإذ تؤكد أن استهداف السكان المدنيين من قبل أي طرف، ولاسيما حالات الإعدام خارج نطاق القانون، يمثل انتهاكاً آخر للقانون الإنساني الدولي؛

1 الوثيقة ج57/30.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

وإذ تؤكد أن العنف الدائر وحالات الإغلاق وحظر التجول واستمرار احتلال الأراضي الفلسطينية هي من بين الأسباب الرئيسية للكرب النفسي الحاد والمشاكل الانفعالية لدى الفلسطينيين أطفالاً وكباراً، بما فيها المشاكل النفسية الجسدية ورفض السلطة وسلوك المجازفة واضمحلال الأمل في المستقبل والمشاكل الناجمة عن الجو العام المتسم باليأس والإحباط؛

وإذ تؤكد حق المرضى والموظفين الطبيين الفلسطينيين في أن يكونوا قادرين على الاستفادة من المرافق الصحية المتوافرة في المؤسسات الصحية الفلسطينية في القدس الشرقية المحتلة،

1- **تناشد** إسرائيل – وهي القوة المحتلة – أن توقف على الفور جميع ممارستها وسياساتها وخططها التي تؤثر تأثيراً خطيراً على الأحوال الصحية للمدنيين في ظل الاحتلال، ولاسيما وقف استخدامها المفرط للقوة وأعمالها المسلحة ضد المدنيين الفلسطينيين؛

2- **تعرب عن** امتنانها لجميع الدول الأعضاء وللمنظمات الحكومية الدولية وغير الحكومية لدعمها المستمر في تلبية الاحتياجات الصحية للشعب الفلسطيني؛

3- **تتوجه** بالشكر والتقدير إلى المدير العام لجهوده الرامية إلى تقديم المساعدات الضرورية للشعب الفلسطيني ولبقية السكان العرب في الأراضي العربية المحتلة وغيرهم من شعوب المنطقة؛

4- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) أن يرسل لجنة لتقصي الحقائق إلى الأراضي العربية المحتلة، بما فيها فلسطين، في أقرب وقت ممكن، وذلك لتقصي تدهور الأوضاع الصحية والاقتصادية نتيجة الأزمات الحالية وإقامة "السياج الأمني" في الأراضي الفلسطينية المحتلة على السواء؛

(2) أن يتخذ خطوات عاجلة، بالتعاون مع الدول الأعضاء، لدعم وزارة الصحة الفلسطينية وسائر مقدمي الخدمات الطبية في الجهود التي تبذلها لتذليل المصاعب الحالية، وبشكل خاص ضمان حرية الحركة لجميع الموظفين الصحيين والمرضى وتوفير الإمدادات الطبية لمباني المؤسسات الطبية الفلسطينية بصورة طبيعية؛

(3) أن يتخذ – بالتعاون مع الدول الأعضاء – ما يلزم من خطوات لضمان حرية حركة البضائع والعمال والناس، وذلك من أجل إتاحة الفرصة لممارسة التجارة والزراعة وغير ذلك من أشكال الأنشطة الاقتصادية داخل الأراضي الفلسطينية المحتلة، وإتاحة سبل وصول السكان عموماً إلى الخدمات الأساسية؛

(4) أن يستمر في تقديم المساعدات التقنية الضرورية لتلبية الاحتياجات الناشئة عن الأزمات الحالية، بما في ذلك المشاكل الصحية الناجمة عن إقامة "السياج الأمني"؛

(5) أن يتخذ الخطوات الضرورية ويجري الاتصالات اللازمة للحصول على التمويل من مختلف المصادر، بما فيها المصادر الخارجة عن الميزانية، للوفاء بالاحتياجات الصحية العاجلة للشعب الفلسطيني؛

(6) أن يتخذ إجراءات عاجلة لتنفيذ الاستراتيجية الخاصة بالصحة النفسية والمشتركة بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية؛

(7) أن يقدم تقريراً عن تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(الجلسة العامة السابعة، 21 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "ب"، التقرير الأول)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

**ج ص ع57-4 التقرير المالي عن حسابات المنظمة للمدة 2002-2003؛ تقرير مراجع الحسابات الخارجي والتعليقات التي أُدلي بها نيابة عن المجلس التنفيذي**

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد النظر في التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة عن الفترة الممتدة من 1 كانون الثاني/ يناير 2002 إلى 31 كانون الأول/ ديسمبر 2003 وتقرير مراجع الحسابات الخارجي المقدم إلى جمعية الصحة العالمية؛[1]

وإذ تحيط علماً بالتقرير الأول للجنة الإدارة والميزانية والشؤون المالية التابعة للمجلس التنفيذي والمقدم إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين،[2]

**تقبل** التقرير المالي والبيانات المالية المراجعة للمدير العام عن المدة من 1 كانون الثاني/ يناير 2002 إلى 31 كانون الأول/ ديسمبر 2003 وتقرير مراجع الحسابات الخارجي المقدم إلى جمعية الصحة العالمية.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "ب"، التقرير الثاني)

1 الوثيقتان ج20/57 و ج20/57 إضافة 1.

2 الوثيقة ج21/57.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-5 الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حدٍّ يبرر تطبيق أحكام المادة 7 من الدستور

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد دراسة التقرير الثاني للجنة الإدارة والميزانية والشؤون المالية التابعة للمجلس التنفيذي المقدم إلى جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين عن الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة 7 من الدستور؛[1]

وإذ تلاحظ أن حقوق التصويت ظلت موقوفة عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين بالنسبة لأفغانستان وأنتيغوا وبربودا والأرجنتين وأرمينيا وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد وجزر القمر والجمهورية الدومينيكية وجورجيا وغينيا - بيساو والعراق وقيرغيزستان وليبيريا وناورو والنيجر وجمهورية مولدوفا والصومال وسورينام وطاجيكستان وتركمانستان، وأن هذا الوقف سيستمر إلى أن تخفض المتأخرات المستحقة على الدول الأعضاء المعنية أثناء جمعية الصحة الحالية أو جمعيات الصحة المقبلة، إلى أقل من الحد الذي يبرر تطبيق أحكام المادة 7 من الدستور؛

وإذ تلاحظ أن جزر سليمان وأوروغواي كانتا متأخرتين في سداد اشتراكاتهما عند افتتاح جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين إلى حد يجعل من الضروري أن تنظر جمعية الصحة وفقاً للمادة 7 من الدستور، فيما إذا كان ينبغي وقف امتيازات تصويت هذين البلدين أم لا عند افتتاح جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين؛

وبعد أن أُبلغت بأنه بما أن أوروغواي قد سددت فيما بعد بالكامل ما عليها من متأخرات، فإنها لم تعد مدرجة في قائمة الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة 7 من الدستور،

**تقرر ما يلي:**

(1) أنه وفقاً لبيان المبادئ الوارد في القرار ج ص ع41-7، إذا كانت جزر سليمان لاتزال متأخرة في سداد اشتراكاتها عند افتتاح جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة 7 من الدستور، فإن امتيازاتها الخاصة بالتصويت سوف توقف اعتباراً من تاريخ الافتتاح المشار إليه؛

(2) أن أي وقف من هذا القبيل يتم تطبيقه سيستمر خلال انعقاد جمعية الصحة الثامنة والخمسين وجمعيات الصحة اللاحقة، حتى يتم خفض متأخرات جزر سليمان إلى مستوى يقل عن المبلغ الذي يبرر تطبيق أحكام المادة 7 من الدستور؛

(3) ألا يخلّ هذا القرار بحق أي دولة عضو في أن تطلب استعادة امتيازاتها الخاصة بالتصويت وفقاً للمادة 7 من الدستور.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

1 الوثيقة ج22/57.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-6 التأخر في سداد الاشتراكات: أوكرانيا

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد أن نظرت في التقرير الثاني للجنة الإدارة والميزانية والشؤون المالية التابعة للمجلس التنفيذي عن الدول الأعضاء المتأخرة في سداد اشتراكاتها إلى حد يبرر تطبيق أحكام المادة 7 من الدستور، فيما يتعلق بطلب أوكرانيا تسوية الاشتراكات المستحقة عليها،[1]

1- **تقرر** استرداد أوكرانيا امتيازات التصويت الخاصة بها في جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين رهناً بالشرطين التاليين:

(1) تسدد أوكرانيا اشتراكاتها المستحقة المتأخرة والتي يبلغ مجموعها 544 163 36 دولاراً أمريكياً على مدى خمسة عشر عاماً، على أن يتم سداد نصف المبلغ الإجمالي للمتأخرات على الأقل أي 772 081 18 دولاراً أمريكياً بحلول نهاية عام 2011؛

(2) تسدد أوكرانيا سنوياً مبلغاً وقدره 000 500 1 دولار أمريكي على الأقل، وينطبق هذا المبلغ أولاً، على اشتراكاتها المقدرة للعام الحالي، وثانياً، على الأقساط السنوية الثمانية التي يبلغ كلّ واحد منها 848 342 دولاراً أمريكياً، والمستحقة بموجب القرار ج ص ع45-23، وثالثاً، على باقي حساب المتأخرات؛

2- **تقرر** أنه، وفقاً لأحكام المادة 7 من الدستور، يتم تلقائياً وقف امتيازات التصويت مرة أخرى في حالة عدم وفاء أوكرانيا بالاشتراطات المحددة في الفقرة 1 أعلاه؛

3- **تطلب إلى** المدير العام أن يقدم إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين تقريراً عن الوضع السائد؛

4- **تطلب إلى** المدير العام أن يرسل هذا القرار إلى حكومة أوكرانيا.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "ب"، التقرير الثالث)

1 الوثيقة ج22/57.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

**ج ص ع57-7 الاتفاق المبرم مع *المكتب الدولي للأوبئة الحيوانية***

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد النظر في التقرير المتعلق بالاتفاق المبرم بين منظمة الصحة العالمية *والمكتب الدولي للأوبئة الحيوانية*؛[1]

وإذ تضع في اعتبارها المادة 70 من دستور المنظمة؛

**تقر** الاتفاق المبرم بين منظمة الصحة العالمية *والمكتب الدولي للأوبئة الحيوانية*، شريطة الاستعاضة بكلمة "الأعضاء" عن عبارة "البلدان الأعضاء" كلما وردت هذه العبارة.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

1 انظر الملحق 1.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-8 النظام الداخلي لجمعية الصحة العالمية: تعديل المادة 72

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

إذ تستذكر القرار ج ص ع33-17 بشأن دراسة هيكل منظمة الصحة العالمية في ضوء وظائفها، والقرار ج ص ع54-22 بشأن إصلاح المجلس التنفيذي؛

وإذ نظرت في القرار م ت112ق1،

1- **تقرر** الاستعاضة عن النص الحالي للمادة 72 من نظامها الداخلي بالنص التالي:

*المادة 72*

تُتخذ قرارات جمعية الصحة في المسائل الهامة بأغلبية ثلثي الدول الأعضاء الحاضرة والمشتركة في التصويت. وتتضمن هذه المسائل: إقرار الاتفاقيات أو الاتفاقات؛ والموافقة على الاتفاقات التي تقام بمقتضاها علاقة بين المنظمة وبين الأمم المتحدة والمنظمات والوكالات الدولية الحكومية وفقاً للمواد 69 و70 و72 من الدستور؛ وتعديلات الدستور؛ وتعيين المدير العام، والقرارات الخاصة بمقدار ميزانية العمل الفعلية؛ والقرارات الخاصة بوقف امتيازات التصويت والخدمات لدولة عضو بمقتضى المادة 7 من الدستور.

2- **تقرر** إعتبار استخدام صياغة تشير إلى أحد الجنسين في *الوثائق الأساسية*، وفقاً لقواعد التفسير المقبولة عموماً، يشمل الإشارة إلى الجنس الآخر ما لم يستوجب السياق خلاف ذلك.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-9 استئصال داء التنينات

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد النظر في التقرير الخاص باستئصال داء التنينات؛[1]

وإذ تحيط علماً مع التقدير بالنتائج الممتازة التي حققتها البلدان التي يتوطنها المرض في خفض عدد حالات داء التنينات مما يقدر بـ 3.5 مليون إصابة في عام 1986 إلى 000 32 إصابة مبلّغ عنها في عام 2003؛

وإذ تحيط علماً كذلك بأن 12 بلداً فقط هي بلدان يتوطنها هذا الداء، في كامل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى،

1- **تهنئ** الدول الأعضاء، والمنظمة والهيئات الشريكة، وخصوصاً اليونيسيف ومركز كارتر، على زيادة توفر المياه المأمونة والصالحة للشرب، وتحسين الترصد لأغراض اكتشاف الحالات، وتعزيز التدخلات وإذكاء وعي الناس بهذا المرض؛

2- **تهنئ** البلدان والأقاليم الـ 168 التي تم الإشهاد بخلوها من انتقال داء التنينات منذ إنشاء اللجنة الدولية للإشهاد على استئصال داء التنينات في عام 1995؛

3- **تذكر** بأن وزراء الصحة في البلدان المتبقية التي يتوطنها المرض وقّعت، إبان جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين، على إعلان جنيف بشأن استئصال داء التنينات بحلول عام 2009؛

4- **تحثّ** البلدان المتبقية التي يتوطنها المرض على تكثيف الجهود الرامية إلى استئصاله، بما في ذلك تدابير الترصد وتدابير الوقاية الفعالة؛

5- **تحثّ** الدول الأعضاء، والمنظمة، واليونيسيف ومركز كارتر وغيرها من الهيئات ذات الصلة على الاستفادة من النجاح الحالي والفرص المتاحة بمواصلة التزامها، وتآزرها وتعاونها لضمان توفير الدعم السياسي على أعلى المستويات، وضمان توفير الموارد التي تشتد الحاجة إليها لاستكمال عملية الاستئصال على وجه السرعة بحلول عام 2009؛

6- **توصي** المدير العام بأن يتيح الدعم لحشد الموارد الكافية اللازمة لاستئصال داء التنينات عن طريق الخطوات الأخيرة من البرنامج ولأنشطة التحقق والإشهاد من أجل عالم خال من داء التنينات.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "ب"، التقرير الرابع)

1 الوثيقة ج33/57.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-10 السلامة على الطرق والصحة

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

إذ تشير إلى القرار ج ص ع27-59 (1974)، الذي لاحظ أن حوادث المرور على الطرق تتسبب في مشكلة صحة عمومية خطيرة بعيدة المدى، وضرورة بذل جهود دولية منسقة ووجوب تولّي المنظمة أمر قيادة الدول الأعضاء في هذا الصدد؛

وبعد أن نظرت في التقرير الخاص بالسلامة على الطرق والصحة؛[1]

وإذ ترحب بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 9/58 بشأن الأزمة العالمية للسلامة على الطرق؛

وإذ تشير مع التقدير إلى اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار 289/58 الذي يدعو منظمة الصحة العالمية إلى أن تؤدي، داخل منظومة الأمم المتحدة، دور منسق المسائل المتعلقة بالسلامة على الطرق، وذلك بالتعاون الوثيق مع اللجان الإقليمية التابعة للأمم المتحدة؛

وإذ تسلّم بالعبء العالمي الهائل للوفيات الناجمة عن التصادمات على الطرق، والتي يحدث 90٪ منها في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل؛

وإذ تقر بأنه يتعين على كل من يستخدم الطرق أن يتحمل مسؤولية سلامة التنقل واحترام قوانين المرور ولوائحه؛

وإذ تسلّم بأن الإصابات الناجمة عن حوادث الطرق تطرح مشكلة صحة عمومية هامة غير أنها لم تلاق سوى الإهمال، كما أن لها آثار هامة من حيث المراضة والوفيات والتكاليف الاجتماعية والاقتصادية الباهظة، وبأن هذه المشكلة يتوقع أن تتفاقم إذا لم تتخذ إجراءات عاجلة؛

وإذ تسلّم كذلك بضرورة إتباع نهج متعدد القطاعات للنجاح في التصدي لهذه المشكلة، وبوجود تدخلات قائمة على القرائن العلمية للحد من آثار حوادث الطرق؛

وإذ تحيط علماً بالعدد الكبير من الأنشطة المضطلع بها بمناسبة يوم الصحة العالمي لعام 2004 وخاصة إصدار التقرير العالمي عن الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور،[2]

1- **ترى** أن يشارك قطاع الصحة العمومية والقطاعات الأخرى - الحكومة والمجتمع المدني على السواء - بفعالية في برامج الوقاية من حوادث الطرق من خلال ترصد الإصابات وجمع البيانات وإجراء البحوث عن عوامل الاختطار المتعلقة بإصابات المرور على الطرق؛ وتنفيذ وتقييم التدخلات للحد من معدلاتها، وتوفير الرعاية السابقة على دخول المستشفيات ورعاية المصابين وتقديم الدعم النفسي لضحايا حوادث الطرق؛ والدعوة إلى الوقاية من إصابات حوادث الطرق؛

2- **تحث** الدول الأعضاء، وخاصة تلك التي تتحمل قسماً كبيراً من أعباء الإصابات في حوادث الطرق، على تعبئة قطاعات الصحة العمومية لديها، بأن تعيّن مراكز اتصال للوقاية من تداعيات التصادمات على

1 الوثيقة ج10/57.

2 *التقرير العالمي عن الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور*. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2004.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

الطرق والتخفيف منها، بحيث تنسق استجابة الصحة العمومية من النواحي الوبائية والمتصلة بالوقاية والدعوة، وأن تتولى الاتصال بالقطاعات الأخرى؛

3- **تقبل** الدعوة الموجهة من الجمعية العامة للأمم المتحدة إلى منظمة الصحة العالمية لكي تؤدي، داخل منظومة الأمم المتحدة، دور منسق المسائل المتعلقة بالسلامة على الطرق مع العمل بالتعاون الوثيق مع اللجان الإقليمية التابعة للأمم المتحدة؛

4- **توصي** الدول الأعضاء بما يلي:

(1) إدراج مسألة الوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور في البرامج الخاصة بالصحة العمومية؛

(2) تقييم الأوضاع الوطنية بالنسبة لعبء الإصابات في حوادث الطرق وكفالة تناسب الموارد المتاحة مع حدة المشكلة؛

(3) إعداد وتنفيذ استراتيجية وطنية، إذا لم تكن فعلت ذلك من قبل، للوقاية من حوادث الطرق، ووضع خطط العمل المناسبة؛

(4) توفير القيادة الحكومية في مجال سلامة المرور على الطرق، بما في ذلك تسمية وكالة واحدة أو مركز تنسيق واحد لسلامة المرور على الطرق، أو عن طريق آلية فعالة أخرى وفقاً للسياق الوطني؛

(5) تيسير التعاون المتعدد القطاعات بين مختلف الوزارات والقطاعات، بما في ذلك شركات النقل الخاصة والمجتمعات المحلية والمجتمع المدني؛

(6) تعزيز الخدمات الخاصة بالطوارئ وخدمات التأهيل؛

(7) إذكاء الوعي بعوامل الاختطار، وخصوصاً الآثار المترتبة على إدمان الكحول والعقاقير النفسانية التأثير واستخدام الهواتف النقالة أثناء القيادة؛

(8) اتخاذ تدابير محددة للوقاية من الوفيات والمراضة الناجمة عن التصادمات على الطرق ومكافحتها ولتقييم آثار تلك التدابير؛

(9) إنفاذ قوانين ولوائح المرور السارية، والعمل مع المدارس وأصحاب العمل وسائر المنظمات على تعزيز ثقافة السلامة على الطرق لدى السائقين والمترجّلين على السواء؛

(10) اتخاذ التقرير العالمي القادم عن الوقاية من الإصابات في حوادث المرور أداة لتخطيط وتنفيذ استراتيجيات ملائمة للوقاية من الإصابات في حوادث المرور على الطرق؛

(11) ضمان إشراك وزارات الصحة في وضع سياسة خاصة بالوقاية من الإصابات في حوادث المرور على الطرق؛

(12) قيام البلدان النامية، على وجه الخصوص، بسنّ وإنفاذ قوانين فيما يتعلق باستخدام الخوذات الواقية من التصادمات من قبل سائقي الدراجات النارية والراكبين خلفهم بصرامة، وجعل توفير صانعي السيارات لأحزمة المقاعد واستخدام السائقين لها أمرين إلزاميين؛

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(13) استكشاف إمكانيات زيادة التمويل المخصص للسلامة على الطرق، بما في ذلك من خلال إنشاء صندوق؛

5- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) التعاون مع الدول الأعضاء على وضع سياسات صحة عمومية تقوم على قاعدة علمية وبرامج لتنفيذ تدابير للوقاية من الإصابات في حوادث الطرق والتخفيف من عواقبها؛

(2) التشجيع على إجراء البحوث لدعم النهج القائمة على القرائن العلمية إزاء الوقاية من إصابات حوادث الطرق والتخفيف من عواقبها؛

(3) تيسير تطويع التدابير الفعالة للوقاية من الإصابات في حوادث المرور والتي يمكن تطبيقها في المجتمعات المحلية؛

(4) توفير الدعم التقني لتعزيز نظم رعاية ضحايا حوادث الطرق قبل دخولهم المستشفى وتقديم خدمات الرعاية لهم لعلاج الرضوح التي يعانونها؛

(5) التعاون مع الدول الأعضاء ومؤسسات منظومة الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية لتنمية القدرات على الوقاية من الإصابات؛

(6) بذل وتعزيز الجهود الرامية إلى إذكاء الوعي بحجم الإصابات على الطرق والوقاية منها؛

(7) تنظيم اجتماعات خبراء بشكل منتظم بغرض تبادل المعلومات وبناء القدرات؛

(8) تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية الستين، عن التقدم المحرز في مجال تعزيز السلامة على الطرق والوقاية من الإصابات الناجمة عن حوادث المرور في الدول الأعضاء.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "أ"، التقرير الثاني)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-11 الأسرة والصحة في إطار الذكرى السنوية العاشرة للسنة الدولية للأسرة

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بصحة الأسرة في إطار الذكرى السنوية العاشرة للسنة الدولية للأسرة؛[1]

وإذ تشير إلى أن دستور منظمة الصحة العالمية ينص على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية؛

وإدراكاً منها وتعزيزاً للحقوق المتساوية للرجل والمرأة، وتشديداً على أن المساواة بين المرأة والرجل واحترام حقوق جميع أفراد الأسرة تعد أموراً أساسية بالنسبة لعافية الأسرة والمجتمع ككل؛

وإذ تذكر أيضاً بالتزامات وأهداف وحصائل مؤتمرات وقمم الأمم المتحدة التي تتناول القضايا المتصلة بأفراد الأسرة والأفراد والمجتمعات؛

وإذ تشير أيضاً إلى أن صكوك الأمم المتحدة بشأن حقوق الإنسان وخطط وبرامج العمل العالمية ذات الصلة تدعو إلى توفير أوسع نطاق ممكن من الحماية والمساعدة للأسرة، مع مراعاة وجود أشكال مختلفة من الأسر في شتى النظم الثقافية والسياسية والاجتماعية؛

وإدراكاً منها كذلك لأن الآباء والأسر والأوصياء القانونيين وغيرهم من مقدمي الرعاية ينهضون بالدور والمسؤولية الأهم في ضمان عافية الأطفال، ولابد من دعمهم في الاضطلاع بمسؤولياتهم في تنشئة الأطفال؛ ولأنه يجب أن تشكل المصلحة الفضلى للأطفال اعتباراً أساسياً في كل الإجراءات المتعلقة بالأطفال؛

وإذ تدرك أيضاً أن المعايير الثقافية، والظروف الاقتصادية الاجتماعية؛ والمساواة بين الجنسين والتعليم تشكل عوامل حاسمة هامة في مجال الصحة؛

وإذ تنوه بأن الأسر والشبكات الاجتماعية المتينة والداعمة تترك أثراً إيجابياً على صحة جميع أفراد الأسرة، في حين أن عدم كفاية سبل الحصول على الرعاية الصحية والإساءة للأطفال وإهمالهم والعنف بجميع أشكاله، ولاسيما العنف بين الزوجين والعنف الممارس في البيت، وإساءة تعاطي الكحول والمواد، وإهمال المسنين والمعوقين والآثار المحتمل أن تترتب على طول مدة الانفصال، مثل الآثار الناجمة عن الهجرة، أمور تثير قلقاً بالغاً؛

وإذ تشير مع القلق إلى الآثار المدمرة لوباء الأيدز والعدوى بفيروسه بالنسبة للأسر وأفراد الأسرة والأفراد والمجتمعات، ولاسيما الأسر التي يرعاها الأطفال والمتقدمون في السن؛

وإذ تشير إلى إحياء الذكرى السنوية العاشرة للسنة الدولية للأسرة في عام 2004،

1 الوثيقة ج12/57.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

1- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(1) تقييم السياسات الحكومية بهدف مساعدة الأسر على توفير البيئة الداعمة لجميع أفرادها؛

(2) ضمان توفر الهياكل الأساسية القانونية والاجتماعية والمادية المناسبة لدعم الأمهات والآباء، والأسر، والأوصياء القانونيين ومقدمي الرعاية الآخرين، ولاسيما النساء والرجال الأكبر سناً، من أجل تعزيز قدراتهم على توفير الرعاية للأطفال وتربيتهم وحمايتهم بما فيه المصلحة الفضلى لكل طفل في كنفهم، وإعطاء آراء الأطفال حجمها المناسب حسب سن الطفل ومستوى نضجه؛

(3) اتخاذ التدابير لضمان اعتراف السياسات والخطط والبرامج التي تراعي نوع الجنس وتناولها لحقوق كل واحد من أفراد الأسرة واحتياجاتهم الصحية والإنمائية الشاملة، مع الاهتمام بصورة خاصة بالأسر المعرضة لخطر العجز عن تلبية الاحتياجات الأساسية لأفرادها، مثل الأسر التي تحدث في ظلها الإساءة للأطفال ويحدث العنف، بوجه عام، أو العنف أو الإهمال في البيت، بمن في ذلك أفراد الأسر المعوقون والمسنون؛

(4) إنشاء نُظم لتوفير البيانات، المفصلة بحسب الجنس، والعمر وغيرهما من العوامل المحددة للصحة والحفاظ على هذه النُظم لتشكل الأساس في تخطيط وتنفيذ ورصد وتقييم التدخلات الصحية القائمة على القرائن والتي تعني جميع أفراد الأسرة؛

(5) إقامة أو دعم التحالفات والشراكات مع جميع المنظمات الحكومية وغير الحكومية المعنية لمساعدة الأسر على تلبية الاحتياجات الصحية والإنمائية لجميع أفرادها؛

(6) تدعيم العمل الوطني الرامي إلى ضمان توافر الموارد الكافية للوفاء بالالتزامات والأهداف والحصائل الدولية الناجمة عن مؤتمرات وقمم الأمم المتحدة المعنية بصحة أفراد الأسرة؛

(7) الوفاء بالالتزامات التي تعهدت بها بموجب الصكوك الدولية الخاصة بالأسرة والتنمية الصحية، مثل اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة واتفاقية حقوق الطفل، حسبما نص عليه القرار ج ص ع46-27 بشأن السنة الدولية للأسرة؛

2- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) إذكاء الوعي بخصوص قضايا صحة الأسرة وأفراد الأسر والأفراد والمجتمعات وتوفير الدعم للدول الأعضاء في تكثيف جهودها الرامية إلى النهوض بالسياسات الصحية المتصلة بهذه القضايا؛

(2) تقديم الدعم للدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في وضع واستخدام وصون نُظم لتوفير البيانات تكون مفصلة بحسب الجنس والسن والعوامل الأخرى المحددة للصحة، وتشكل الأساس المناسب لتخطيط وتنفيذ ورصد وتقييم التدخلات الصحية القائمة على القرائن وذات الصلة بالأسر وأفرادها؛

(3) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء في جهودها الرامية إلى إنشاء أو تعزيز برامج خاصة بالوالدية، من خلال البحوث المعنية والمحافل الدولية الخاصة بتقاسم خبرات البلدان؛

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(4) دعم الدول الأعضاء في جهودها الرامية إلى الوفاء بالتزاماتها بخصوص أهداف وحصائل مؤتمرات وقمم الأمم المتحدة التي تتناول صحة أفراد الأسرة، وذلك بالتعاون مع الشركاء المعنيين؛

(5) إيلاء الاهتمام اللازم لقضيتي الرعاية والدعم المتصلتين بصحة أفراد الأسرة، بمن فيهم الرجال والمسنون، في سياسات وبرامج المنظمة ذات الصلة بالموضوع، وضمان أن تراعي المبادرات التي تركز على الأسرة والصحة دور المدارس في تربية الأطفال، وخصوصاً البنات؛

(6) العمل على نحو وثيق مع إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية والمؤسسات المعنية الأخرى في منظومة الأمم المتحدة، مثل صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف، بشأن القضايا المتصلة بالأسر وأفرادها وذلك بتقاسم التجارب والاستنتاجات معها؛

(7) تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية التاسعة والخمسين عن طريق المجلس التنفيذي، بشأن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "أ"، التقرير الثاني)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-12 الصحة الإنجابية: مسوّدة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الإنمائية الدولية

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

وقد نظرت في مسودة استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الإنمائية الدولية المتعلقة بالصحة الإنجابية؛[1]

وإذ تُذكّر وتعترف ببرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، 1994) والإجراءات الرئيسية المتخذة للمضي في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر المذكور الذي اعتمدته الدورة الاستثنائية الحادية والعشرون للجمعية العامة للأمم المتحدة في تموز/ يوليو 1999؛

وإذ تُذكّر وتعترف كذلك "بمنهاج عمل بيجين" (بيجين، 1995) والإجراءات والمبادرات الأخرى المتخذة لتنفيذ إعلان بيجين ومنهاج عمل بيجين اللذين اعتمدا في الدورة الاستثنائية الثالثة والعشرين للجمعية العامة للأمم المتحدة في حزيران/ يونيو 2000؛

وإذ تؤكد مجدداً على الأهداف الإنمائية كما وردت في إعلان الألفية التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الخامسة والخمسين المنعقدة في أيلول/ سبتمبر 2000.[2] وفي خارطة الطريق نحو تنفيذ إعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة،[3] والأهداف والغايات الإنمائية الدولية الأخرى؛

وإدراكاً منها أن بلوغ الأهداف الإنمائية الواردة في إعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة وغيرها من الأهداف والمرامي الدولية يتطلب على سبيل الأولوية الاستثمار الجدي والالتزام السياسي في ميدان الصحة الإنجابية والجنسية؛

وإذ تذكر بأن القرار ج ص ع55-19 طلب إلى المدير العام، في جملة أمور، وضع استراتيجية لتسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الإنمائية الدولية المتعلقة بالصحة الإنجابية،

1- **تقر** استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف والمرامي الدولية المتعلقة بالصحة الإنجابية؛

2- **تحث** الدول الأعضاء على أن تعمد على وجه الاستعجال إلى القيام بما يلي:

(1) اعتماد وتنفيذ الاستراتيجية بوصفها جزءاً من الجهود الوطنية الرامية إلى بلوغ الأهداف الإنمائية لإعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة والأهداف والغايات الإنمائية الدولية الأخرى، وتعبئة الإرادة السياسية والموارد المالية لتحقيق ذلك الغرض؛

(2) جعل الصحة الإنجابية والجنسية جزءاً لا يتجزأ من عمليتي التخطيط والميزنة على المستوى الوطني؛

---

1 انظر الملحق 2.

2 قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2/55.

3 الوثيقة A/56/326.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(3) تعزيز قدرات النُظم الصحية وذلك بمشاركة مجموعات المجتمع المحلي والمجموعات غير الحكومية لبلوغ مرحلة حصول الجميع على خدمات الرعاية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية مع الاهتمام على نحو خاص بصحة الأم والوليد في جميع البلدان؛

(4) رصد تنفيذ الاستراتيجية لكفالة عودتها بالنفع على الفقراء وغيرهم من الفئات المهمشة، بمن فيها المراهقون والرجال، وضمان تعزيزها لرعاية وبرامج الصحة الإنجابية والجنسية على جميع المستويات؛

(5) التأكد من إدراج كل جوانب الصحة الإنجابية والجنسية، بما في ذلك أمور أخرى منها الصحة الإنجابية للمراهقين وصحة الأم والوليد، في عملية رصد التقدم المحرز على الصعيد الوطني نحو بلوغ الأهداف الإنمائية لإعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة والإبلاغ عن ذلك التقدم؛

3- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) توفير الدعم للدول الأعضاء، بناءً على طلبها، في تنفيذ استراتيجية الصحة الإنجابية وتقييم أثرها وفعاليتها؛

(2) تكريس ما يكفي من أولوية والتزام وموارد على صعيد المنظمة لدعم النهوض الفعلي باستراتيجية الصحة الإنجابية وتنفيذها وكذلك الإجراءات اللازمة التي تبرزها؛

(3) دعم الدول الأعضاء على ضمان الأمان فيما يتعلق بالسلع الخاصة بالصحة الإنجابية؛

(4) إيلاء اهتمام خاص لصحة الأم والوليد لدى إعداد التقرير المرحلي الأول للمنظمة عن الصحة الإنجابية والجنسية في عام 2005، وذلك في إطار مساهمتها في تقرير الأمين العام للأمم المتحدة عن التقدم المحرز نحو بلوغ الأهداف الإنمائية لإعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة؛

(5) تقديم تقارير مرحلية منتظمة (مرة كل سنتين على الأقل) عن تنفيذ الاستراتيجية إلى جمعية الصحة عن طريق المجلس التنفيذي.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "أ"، التقرير الثاني)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-13 علم المجينيات والصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

وقد نظرت في التقرير الخاص بعلم المجينيات والصحة العالمية؛[1]

وإذ تسلّم بالتقدم الملحوظ في مجال البحوث الخاصة بعلم المجينيات وبأن العديد من الدول الأعضاء ليست مهيأة على نحو جيد للأخذ بهذا النهج الجديد في البحوث والتطبيقات الطبية؛

وإذ تود تعزيز الفوائد المحتملة للثورة في علم المجينيات لسكان البلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء؛

وإذ تدرك أن علم المجينيات يثير شواغل مقلقة بخصوص السلامة وأنه ينطوي على آثار أخلاقية وقانونية واجتماعية واقتصادية معقدة وجديدة؛

وإذ تؤكد من جديد على وجوب النظر إلى التقدم المحرز في علم المجينيات ضمن سياق قيمته المضافة في ممارسة الرعاية الصحية وتوفيرها؛

وإذ تسلّم بالحاجة الملحة إلى إجراء بحوث خاصة بعلم المجينيات وإلى تطبيقات هذا العلم من أجل تعزيز الفوائد التي تعود على البشر؛

وإذ تسلّم بأن علم المجينيات لديه مساهمة كبيرة يقدمها في مجال الصحة العمومية؛

واقتناعاً منها بأن الوقت قد حان لكي يتعهد كل من الحكومات والأوساط العلمية والمجتمع المدني والقطاع الخاص والمجتمع الدولي بالالتزام بضمان تقاسم الجميع تقاسماً منصفاً لثمار التقدم الذي يحرزه علم المجينيات،

1- **تحيط علماً** بالتوصيات الواردة في تقرير اللجنة الاستشارية المعنية بالبحوث الصحية عن علم المجينيات والصحة العالمية؛[2]

2- **تعتمد**، لأغراض هذا القرار وجميع ما يليه من أنشطة منظمة الصحة العالمية، التعريف التالي لعلم المجينيات: علم المجينيات هو دراسة الجينات ووظائفها والتقنيات ذات الصلة بها؛

3- **تحث** الدول الأعضاء على النظر في اعتماد التوصيات المذكورة وحشد جميع الأطراف العلمية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية المعنية من أجل ما يلي:

---

1 الوثيقة ج16/57.

2 *علم المجينيات والصحة العالمية: تقرير من اللجنة الاستشارية المعنية بالبحوث الصحية*. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(1) وضع سياسات واستراتيجيات وطنية لعلم المجينيات وإنشاء آليات لتقييم التكنولوجيات ذات الصلة وتقييم المردودية وهياكل استعراض الجوانب الأخلاقية، والآثار القانونية والاجتماعية والاقتصادية، ووضع نظم قانونية، ولاسيما فيما يخص السلامة، وتلبية الحاجة إلى إذكاء وعي عامة الناس؛

(2) تعزيز المراكز والمؤسسات القائمة أو إنشاء مراكز ومؤسسات جديدة للعمل في مجال البحوث الخاصة بعلم المجينيات بهدف تدعيم القدرات الوطنية والإسراع بالتطبيق الأخلاقي لجوانب التقدم في علم المجينيات فيما يتصل بالمشاكل الصحية في البلدان؛

4- **تناشد** الدول الأعضاء تسهيل تعزيز التعاون بين القطاع الخاص والأوساط العلمية والمجتمع المدني وسائر أصحاب المصلحة المعنيين، وخصوصاً في إطار منظومة الأمم المتحدة، والمشاركة في حوار من أجل التوصل إلى سبل ابتكارية ومنصفة لحشد المزيد من الموارد للبحوث الخاصة بعلم المجينيات والموجهة نحو الاحتياجات الصحية للبلدان النامية وبناء القدرات في مجالات مثل قواعد السلوك البيولوجية والمعلوماتية البيولوجية؛

5- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء لإعداد سياسات واستراتيجيات وطنية ولتعزيز قدراتها لكي يتسنى لها الانتفاع بالتقدم في علم المجينيات بما يتناسب مع مشاكلها الصحية وآلياتها التنظيمية، وخصوصاً فيما يتعلق بالسلامة والحاجة إلى وعي الجماهير؛

(2) النهوض بدور منظمة الصحة العالمية في التعاون مع هيئات الأمم المتحدة المعنية في عقد منتديات إقليمية ودولية وإقامة الشراكات بين أصحاب المصلحة الرئيسيين من أجل حشد الموارد والإسهام في بناء القدرات والتوصل إلى حلول ابتكاريه للمسائل المتعلقة بالتقدم في البحوث الخاصة بعلم المجينيات؛

(3) تسهيل التبادلات بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية في استخدام وتطبيق التكنولوجيات المجينية بغية التصدي لمشاكل محلية وإقليمية محددة، وذلك على سبيل المثال عن طريق أنشطة التدريب والدعم التقني.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 - اللجنة "أ"، التقرير الثاني)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-14 تعزيز العلاج والرعاية في إطار استجابة منسقة وشاملة لمقتضيات الأيدز والعدوى بفيروسه

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بالأيدز والعدوى بفيروسه؛[1]

وإذ تلاحظ ببالغ القلق أن عدد المتعايشين مع الأيدز والعدوى بفيروسه بلغ نحو 40 مليون شخص بحلول نهاية عام 2003، وأن هذه الجائحة أزهقت أرواح ما يقدر بثلاثة ملايين شخص في عام 2003، وأن الأيدز والعدوى بفيروسه تؤثر على النساء والأطفال تأثيراً حاداً على نحو خاص؛

وإذ تعرب عن قلقها كذلك لأنه، على الرغم من أن ستة ملايين شخص في البلدان النامية يحتاجون إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، لا يتلقى هذا العلاج في الوقت الحالي سوى 000 440 شخص؛

وإذ تلاحظ بقلق أن أمراضاً أخرى تتسبب كذلك في ارتفاع معدلات المراضة والوفاة في البلدان النامية؛

وإذ تقر بأن المعالجة المضادة للفيروسات القهقرية أدت إلى الحد من الوفيات وإطالة الحياة مع التمتع بالصحة، وبأن جدوى تقديم هذه المعالجة تبدت في العديد من البيئات المحدودة الموارد؛

وإذ تقر بأن إتاحة العلاج وفرص الحصول على العلاج للمصابين والمتأثرين بالأيدز والعدوى بفيروسه، وكذلك الوقاية والرعاية والدعم عناصر لا تتجزأ في الاستجابة الشاملة لقطاع الصحة على الصعيد الوطني وتتطلب دعماً مالياً كافياً من الدول الأعضاء وسائر المانحين؛

وإذ تقر بأن الوصم الاجتماعي، والتمييز، وعدم القدرة على تحمل تكاليف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، والقيود الاقتصادية، ومحدودية القدرة على توفير الرعاية الصحية، والموارد البشرية، هي بعض من العوائق الرئيسية التي تعترض سبيل حصول المتعايشين مع الأيدز والعدوى بفيروسه على العلاج والرعاية والدعم الاجتماعي؛

وإذ تقر أيضاً بضرورة الاستمرار في تخفيض تكاليف الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية؛

وإذ تذكر بإعلان الالتزام الذي اعتمدته الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه (27 حزيران/ يونيو 2001) والذي يقر بأن الوقاية من العدوى بفيروس الأيدز يجب أن تكون الدعامة الأساسية للاستجابات الوطنية والإقليمية والدولية لهذا الوباء ويدعو إلى إحراز تقدم كبير في تنفيذ استراتيجيات الرعاية الشاملة، بما في ذلك توفير فرص الحصول على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، بحلول عام 2005؛

وإذ تذكّر أيضاً بقرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع55-12 بشأن مساهمة منظمة الصحة العالمية في متابعة الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه، والقرار ج ص ع55-14 بشأن ضمان إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية، والقرار ج ص ع56-27 بشأن حقوق

1 الوثيقة ج57/4.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

الملكية الفكرية والابتكار والصحة العمومية، والقرار ج ص ع56-30 بشأن الاستراتيجية الشاملة لقطاع الصحة لمكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه؛

وإذ تذكّر وتقر ببرنامج العمل الذي اعتمده المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، 1994) والالتزامات التي أُعلنت في مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية (كوبنهاغن، 1995) ومؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل (نيويورك، 1990) وإعلان ومنهاج عمل بيجينغ (1995) وإعلان القضاء على العنف ضد المرأة (1993) وإعلان الألفية (2000)، وبتوصياتها ومتابعاتها وتقاريرها؛

وإذ تلاحظ بارتياح اتفاق 25 نيسان/ أبريل 2004 بين الشركاء على تحسين التنسيق والتوافق في الاستجابة لمقتضيات الأيدز والعدوى بفيروسه على الصعيد القطري من خلال مبدأ "واحد ثلاث مرات"، أي إطار عمل واحد متفق عليه للأيدز والعدوى بفيروسه يشكل الأساس لتنسيق أعمال جميع الشركاء، وسلطة تنسيقية وطنية واحدة معنية بالأيدز تكون ذات اختصاصات واسعة متعددة القطاعات، ونظام رصد وتقييم واحد متفق عليه على الصعيد القطري؛

وإذ تقر بالدور المركزي لقطاع الصحة في الاستجابة لمقتضيات الأيدز والعدوى بفيروسه والحاجة إلى تقوية النظم الصحية وتطوير القدرات البشرية بحيث تتمكن البلدان والمجتمعات من المساهمة مساهمة كاملة في تحقيق الأهداف العالمية المدرجة في إعلان الالتزام بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه، وفي تطوير النظم الصحية العمومية بهدف التقليل إلى أدنى حد ممكن من ظهور مقاومة الأدوية؛

وإذ تشدد على أهمية عمل منظمة الصحة العالمية، بما في ذلك المشروع الذي استهلته منظمة الصحة العالمية لجودة المشتريات ومصادرها، لتيسير حصول البلدان النامية على الأدوية المضادة للفيروسات ووسائل تشخيصها والتي تتسم بالمأمونية والنجاعة ويمكن تحمل تكاليفها بأفضل الأسعار؛

وإذ تذكر بالإعلان الخاص بالاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والذي اعتمد في المؤتمر الوزاري لمنظمة التجارة العالمية (الدوحة، تشرين الثاني/ نوفمبر 2001)، وإذ ترحب بالقرار الذي اتخذه المجلس العام لمنظمة التجارة العالمية في 30 آب/ أغسطس 2003 بشأن تنفيذ الفقرة السادسة من الإعلان؛[1]

وإذ تقر بالدور الخاص لمنظمة الصحة العالمية، في إطار منظومة الأمم المتحدة، لمكافحة العدوى بفيروس الأيدز والحد من آثاره، وبمسؤوليتها في متابعة إعلان الالتزام الصادر بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه، بصفتها منظمة مشاركة في رعاية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز في قيادة الجهود التي تبذلها الأمم المتحدة فيما يتصل بالعلاج والرعاية بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه، ولعب دور قوي في الوقاية؛

وإذ ترحب بالتقدم الذي أحرزته دول أعضاء عديدة في البدء في تعزيز علاج الأيدز والعدوى بفيروسه في بلدانها؛

وإذ ترحب أيضاً بزيادة الدعم الذي تقدمه الدول الأعضاء إلى برامج مكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه،

1- **ترحب** باستراتيجية "3 قبل 5" التي استهلها المدير العام بهدف دعم البلدان النامية، في إطار أنشطة المتابعة التي تضطلع بها منظمة الصحة العالمية بخصوص الاستراتيجية الشاملة لقطاع الصحة لمكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه، في ضمان إتاحة العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لثلاثة ملايين ممن يتعايشون

1 الوثيقة WT/L/540، متاحة على http://docsonline.wto.org.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

مع الأيدز والعدوى بفيروسه قبل نهاية عام 2005، وتلاحظ أهمية حشد الموارد المالية من الدول وسائر المانحين، بما في ذلك الأهمية بالنسبة للمنظمة في تحقيق هذا الهدف؛

2- **تحث** الدول الأعضاء على أن تقوم، على سبيل الأولوية، بما يلي:

(1) إنشاء بنية أساسية صحية واجتماعية ونظم صحية على الصعيد الوطني أو تعزيز البنية الأساسية والنظم القائمة، بمساعدة من المجتمع الدولي عند اللزوم، من أجل ضمان قدرتها على القيام، على نحو فعال، بإيتاء الخدمات الخاصة بالوقاية من الأيدز والعدوى بفيروسه وعلاج المصابين به ورعايتهم ودعمهم؛

(2) تعزيز النظم الوطنية للتخطيط والرصد والتقييم من أجل إيتاء الخدمات الخاصة بالوقاية من الأيدز والعدوى بفيروسه وعلاج المصابين به ورعايتهم ودعمهم، في سياق الاستراتيجية الصحية الوطنية الشاملة، مع ضمان توازن ملائم بين الخدمات الخاصة بالأيدز والعدوى بفيروسه وجميع الخدمات الصحية الأساسية الأخرى؛

(3) انتهاج سياسات وممارسات تعزز ما يلي:

(أ) الموارد البشرية الكافية والمدربة تدريباً ملائماً بمزيج مناسب من المهارات لاستهلال استجابة معززة؛

(ب) حقوق الإنسان والإنصاف والمساواة بين الجنسين في فرص العلاج؛

(ج) التكلفة المعقولة، والإتاحة للمستحضرات الصيدلانية العالية الجودة بكميات كافية، بما في ذلك الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، والتكنولوجيات الطبية المستخدمة لعلاج الأيدز والعدوى بفيروسه وتشخيص الإصابة به وتدبيرها العلاجي؛

(د) توفير الخدمات للجميع فيما يخص العلاج والفحص والاستشارات، مع الموافقة عليها عن علم والوقاية والرعاية بتكلفة معقولة للجميع، بما في ذلك أسرع فئات السكان تأثراً أو أكثرها حرماناً من الناحية الاجتماعية؛

(هـ) الجودة العالية والملاءمة العلمية والطبية للمستحضرات الصيدلانية أو التكنولوجيات الطبية الخاصة بعلاج الأيدز والتدبير العلاجي له، بصرف النظر عن مصادرها وبلدان منشئها، عن طريق جملة أمور منها تحقيق أفضل استفادة من قائمة منظمة الصحة العالمية للأدوية المحددة الأهلية مسبقاً والتي تفي بمعايير الجودة الدولية؛

(و) زيادة الاستثمارات في الأدوية، بما في ذلك مبيدات الجراثيم ووسائل التشخيص وبحوث اللقاحات، وفي العلوم الاجتماعية وبحوث النظم الصحية وفي الأدوية التقليدية ودراسة التفاعلات المحتملة مع الأدوية الأخرى من أجل تحسين فعالية التدخلات؛

(ز) إقامة نظم صحية مصممة لتعزيز الحصول على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، وتيسير الالتزام بنظم العلاج من أجل التقليل إلى أدنى حد من مقاومة الأدوية، وكذلك حماية المرضى من الأدوية المقلدة؛

(ح) دمج التغذية في استجابة شاملة لمقتضيات الأيدز والعدوى بفيروسه؛

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(ط) تعزيز الرضاعة الطبيعية في ضوء إطار منظومة الأمم المتحدة للعمل ذي الأولوية بشأن فيروس الأيدز وتغذية الرضّع، والمبادئ التوجيهية المشتركة بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، لواضعي السياسات ومديري الرعاية الصحية؛

(4) النظر، عند الاقتضاء، في تكييف التشريعات الوطنية من أجل الاستفادة التامة من أوجه المرونة الواردة في الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة؛

(5) تطبيق مبدأ "واحد ثلاث مرات" بهدف تحسين التنسيق والمواءمة في الاستجابة لمقتضيات الأيدز والعدوى بفيروسه؛

(6) مراعاة جوانب المرونة التي يتضمنها اتفاق منظمة التجارة العالمية المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة، والتي أقر بها الإعلان الصادر حول الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والصحة العمومية والذي اعتمده المؤتمر الوزاري الذي نظمته منظمة التجارة العالمية (الدوحة، 2001) في إبرام الاتفاقات التجارية الثنائية؛

3- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) تعزيز الدور الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية في توفير القيادة التقنية والتوجيه والدعم لاستجابة النظم الصحية لمقتضيات الأيدز والعدوى بفيروسه، في إطار الاستجابة التي يُضطلع بها في نطاق منظومة الأمم المتحدة، وذلك بصفتها هيئة مشاركة في رعاية برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز؛

(2) اتخاذ إجراءات في إطار مبدأ "واحد ثلاث مرات":

(أ) تقديم الدعم إلى البلدان من أجل تعظيم فرص تنفيذ جميع التدخلات ذات الصلة لأغراض الوقاية والرعاية والدعم والعلاج فيما يتعلق بالأيدز والعدوى بفيروسه وما يتصل به من أمراض، بما فيها السل؛

(ب) دعم جهود البلدان النامية وحشدها وتيسيرها من أجل تعزيز علاج الفيروسات القهقرية بأسلوب يركز على الفقر والمساواة بين الجنسين وأسرع الفئات تأثراً في إطار تعزيز النظم الصحية الوطنية مع الحفاظ على توازن مناسب للاستثمار بين الوقاية والرعاية والعلاج؛

(ج) إتاحة التوجيه فيما يخص تعجيل الوقاية في إطار العلاج المعزز وفقاً للاستراتيجية الشاملة لقطاع الصحة لمكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه؛

(3) اتخاذ تدابير لتحسين حصول البلدان النامية على المستحضرات الصيدلانية ومنتجات التشخيص الخاصة بالتشخيص والعلاج والتدبير العلاجي فيما يتعلق بالأيدز والعدوى بفيروسه، بما في ذلك اتخاذ تدابير عن طريق تعزيز مشروع منظمة الصحة العالمية للتحديد المسبق للأهلية؛

(4) ضمان الإتاحة على الملأ لبيانات عملية استعراض التحديد المسبق للأهلية وكذلك نتائج تقارير البحث والتقييم للمستحضرات المدرجة في القائمة، فضلاً عن المعلومات الخاصة بالملكية والمعلومات السرية؛

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(5) دعم البلدان النامية في تحسين إدارة سلسلة الإمـــدادات وشـــراء أدويـــة الأيـــدز ووســـائل تشخيصه العالية الجودة؛

(6) دعم البلدان من أجل دمج تعزيز الاستجابة لمقتضيات الأيدز والعدوى بفيروسه فـــي جهـــد واسع النطاق من أجل تدعيم النظم الصحية الوطنية، مع إشارة خاصة إلى تطوير الموارد البـــشرية والبنى الأساسية الصحية، وتمويل النظم الصحية، والمعلومات الصحية؛

(7) تقديم تقرير مرحلي عن تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين، عن طريق المجلس التنفيذي.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "أ"، التقرير الثاني)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-15 جدول تقدير الاشتراكات لعام 2005

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

بعد أن نظرت في تقرير المدير العام،[1]

1- **تقرر** أن تعتمد جدولاً منقحاً للاشتراكات المقدرة لعام 2005 يعكس أحدث جدول متاح للأمم المتحدة مثلما يرد أدناه:

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | جدول منظمة الصحة العالمية المنقح لعام 2005 ٪ |
|---|---|
| الاتحاد الروسي | 1.10000 |
| إثيوبيا | 0.00400 |
| آذربيجان | 0.00500 |
| الأرجنتين | 0.95600 |
| الأردن | 0.01100 |
| أرمينيا | 0.00200 |
| إريتريا | 0.00100 |
| أسبانيا | 2.52000 |
| أستراليا | 1.59200 |
| إستونيا | 0.01200 |
| إسرائيل | 0.46700 |
| أفغانستان | 0.00200 |
| اكوادور | 0.01900 |
| ألبانيا | 0.00500 |
| ألمانيا | 8.66230 |
| الإمارات العربية المتحدة | 0.23500 |
| أنتيغوا وبربودا | 0.00300 |
| أندورا | 0.00500 |
| إندونيسيا | 0.14200 |
| أنغولا | 0.00100 |
| أوروغواي | 0.04800 |
| أوزبكستان | 0.01400 |
| أوغندا | 0.00600 |
| أوكرانيا | 0.03900 |
| أيرلندا | 0.35000 |
| أيسلندا | 0.03400 |
| إيطاليا | 4.88510 |

1 الوثيقة ج57/23.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | جدول منظمة الصحة العالمية المنقح لعام 2005 ٪ |
|---|---|
| بابوا غينيا الجديدة | 0.00300 |
| باراغواي | 0.01200 |
| باكستان | 0.05500 |
| بالاو | 0.00100 |
| البحرين | 0.03000 |
| البرازيل | 1.52300 |
| بربادوس | 0.01000 |
| البرتغال | 0.47000 |
| بروني دار السلام | 0.03400 |
| بلجيكا | 1.06900 |
| بلغاريا | 0.01700 |
| بليز | 0.00100 |
| بنغلاديش | 0.01000 |
| بنما | 0.01900 |
| بنن | 0.00200 |
| بوتان | 0.00100 |
| بوتسوانا | 0.01200 |
| بورتوريكو | 0.00100 |
| بوركينا فاصو | 0.00200 |
| بوروندي | 0.00100 |
| البوسنة والهرسك | 0.00300 |
| بولندا | 0.46100 |
| بوليفيا | 0.00900 |
| بيرو | 0.09200 |
| بيلاروس | 0.01800 |
| تايلند | 0.20900 |
| تركمانستان | 0.00500 |
| تركيا | 0.37200 |
| ترينيداد وتوباغو | 0.02200 |
| تشاد | 0.00100 |
| توغو | 0.00100 |
| توفالو | 0.00100 |
| توكيلاو | 0.00100 |
| تونس | 0.03200 |
| تونغا | 0.00100 |
| تيمور – لستي | 0.00100 |
| جامايكا | 0.00800 |
| الجزائر | 0.07600 |
| جزر البهاما | 0.01300 |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | جدول منظمة الصحة العالمية المنقح لعام 2005 ٪ |
|---|---|
| جزر سليمان | 0.00100 |
| جزر القمر | 0.00100 |
| جزر كوك | 0.00100 |
| جزر مارشال | 0.00100 |
| الجماهيرية العربية الليبية | 0.13200 |
| جمهورية أفريقيا الوسطى | 0.00100 |
| جمهورية إيران الإسلامية | 0.15700 |
| الجمهورية التشيكية | 0.18300 |
| جمهورية تنزانيا المتحدة | 0.00600 |
| الجمهورية الدومينيكية | 0.03500 |
| الجمهورية العربية السورية | 0.03800 |
| جمهورية الكونغو الديمقراطية | 0.00300 |
| جمهورية كوريا | 1.79600 |
| جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية | 0.01000 |
| جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية | 0.00100 |
| جمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة | 0.00600 |
| جمهورية مولدوفا | 0.00100 |
| جنوب أفريقيا | 0.29200 |
| جورجيا | 0.00300 |
| جيبوتي | 0.00100 |
| الدانمرك | 0.71800 |
| دومينيكا | 0.00100 |
| الرأس الأخضر | 0.00100 |
| رواندا | 0.00100 |
| رومانيا | 0.06000 |
| زامبيا | 0.00200 |
| زمبابوي | 0.00700 |
| ساموا | 0.00100 |
| سانت فنسنت وغرينادين | 0.00100 |
| سانت كيتس ونيفيس | 0.00100 |
| سانت لوسيا | 0.00200 |
| سان تومي وبرينسيبي | 0.00100 |
| سان مارينو | 0.00300 |
| سري لانكا | 0.01700 |
| السلفادور | 0.02200 |
| سلوفاكيا | 0.05100 |
| سلوفينيا | 0.08200 |
| سنغافورة | 0.38800 |
| السنغال | 0.00500 |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | جدول منظمة الصحة العالمية المنقح لعام 2005 ٪ |
|---|---|
| سوازيلند | 0.00200 |
| السودان | 0.00800 |
| سورينام | 0.00100 |
| السويد | 0.99800 |
| سويسرا | 1.19700 |
| سيراليون | 0.00100 |
| سيشيل | 0.00200 |
| شيلي | 0.22300 |
| صربيا والجبل الأسود | 0.01900 |
| الصومال | 0.00100 |
| الصين | 2.05300 |
| طاجيكستان | 0.00100 |
| العراق | 0.01600 |
| عُمان | 0.07000 |
| غابون | 0.00900 |
| غامبيا | 0.00100 |
| غانا | 0.00400 |
| غرينادا | 0.00100 |
| غواتيمالا | 0.03000 |
| غيانا | 0.00100 |
| غينيا | 0.00300 |
| غينيا الاستوائية | 0.00200 |
| غينيا – بيساو | 0.00100 |
| فانواتو | 0.00100 |
| فرنسا | 6.03010 |
| الفلبين | 0.09500 |
| فنزويلا | 0.17100 |
| فنلندا | 0.53300 |
| فيجي | 0.00400 |
| فييت نام | 0.02100 |
| قبرص | 0.03900 |
| قطر | 0.06400 |
| قيرغيزستان | 0.00100 |
| كازاخستان | 0.02500 |
| الكاميرون | 0.00800 |
| كرواتيا | 0.03700 |
| كمبوديا | 0.00200 |
| كندا | 2.81300 |
| كوبا | 0.04300 |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | جدول منظمة الصحة العالمية المنقح لعام 2005 ٪ |
|---|---|
| كوت ديفوار | 0.01000 |
| كوستاريكا | 0.03000 |
| كولومبيا | 0.15500 |
| الكونغو | 0.00100 |
| الكويت | 0.16200 |
| كيريباتي | 0.00100 |
| كينيا | 0.00900 |
| لاتفيا | 0.01500 |
| لبنان | 0.02400 |
| لكسمبرغ | 0.07700 |
| ليبيريا | 0.00100 |
| ليتوانيا | 0.02400 |
| ليسوتو | 0.00100 |
| مالطة | 0.01400 |
| مالي | 0.00200 |
| ماليزيا | 0.20300 |
| مدغشقر | 0.00300 |
| مصر | 0.12000 |
| المغرب | 0.04700 |
| المكسيك | 1.88300 |
| ملاوي | 0.00100 |
| ملديف | 0.00100 |
| المملكة العربية السعودية | 0.71300 |
| المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية | 6.12720 |
| منغوليا | 0.00100 |
| موريتانيا | 0.00100 |
| موريشيوس | 0.01100 |
| موزامبيق | 0.00100 |
| موناكو | 0.00300 |
| ميانمار | 0.01000 |
| ناميبيا | 0.00600 |
| ناورو | 0.00100 |
| النرويج | 0.67900 |
| النمسا | 0.85900 |
| نيبال | 0.00400 |
| النيجر | 0.00100 |
| نيجيريا | 0.04200 |
| نيكاراغوا | 0.00100 |
| نيوزيلندا | 0.22100 |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | جدول منظمة الصحة العالمية المنقح لعام 2005 ٪ |
|---|---|
| نيووي | 0.00100 |
| هايتي | 0.00300 |
| الهند | 0.42100 |
| هندوراس | 0.00500 |
| هنغاريا | 0.12600 |
| هولندا | 1.69000 |
| الولايات المتحدة الأمريكية | 22.00000 |
| ولايات ميكرونيزيا الموحدة | 0.00100 |
| اليابان | 19.46830 |
| اليمن | 0.00600 |
| اليونان | 0.53000 |
| **المجموع** | 100.00000 |

2- **تقرر** أن تطبق المبلغ المتاح بموجب آلية التسوية لعام 2005، والوارد أدناه، الذي عُدل ليعكس الاشتراكات المقدرة المنقحة لعام 2005، وطبقاً لطريقة الحساب المثبتة في القرار ج ص ع56-34، تخفض المبالغ تخفيضاً متناسباً، عند الاقتضاء، من أجل ضمان تغطية إجمالي المبالغ المُطالب بها، بالاستناد إلى الإشعارات التي ترد قبل 31 تشرين الأول/ أكتوبر 2004، تغطية كاملة من المبلغ المخصص لآلية التسوية في المدة 2004-2005.

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | الدول الأعضاء التي تستحق الاستفادة من آلية التسوية في عام 2005 (جدول جديد) بالدولارات الأمريكية |
|---|---|
| الاتحاد الروسي | 68 680 |
| إثيوبيا | – |
| آذربيجان | – |
| الأرجنتين | – |
| الأردن | 8 585 |
| أرمينيا | – |
| إريتريا | – |
| أسبانيا | – |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | الدول الأعضاء التي تستحق الاستفادة من آلية التسوية في عام 2005 (جدول جديد) |
|---|---|
| أستراليا | 228 355 |
| إستونيا | – |
| إسرائيل | 211 185 |
| أفغانستان | – |
| إكوادور | – |
| ألبانيا | 3 435 |
| ألمانيا | – |
| الإمارات العربية المتحدة | 103 015 |
| أنتيغوا وبربودا | 1 715 |
| أندورا | 1 715 |
| إندونيسيا | – |
| أنغولا | – |
| أورغواي | 1 715 |
| أوزبكستان | – |
| أوغندا | 3 435 |
| أوكرانيا | – |
| أيرلندا | 223 205 |
| أيسلندا | 5 150 |
| إيطاليا | – |
| بابوا غينيا الجديدة | – |
| باراغواي | – |
| باكستان | – |
| بالاو | – |
| البحرين | 22 320 |
| البرازيل | 130 490 |
| بربادوس | 3 435 |
| البرتغال | 78 980 |
| بروني دار السلام | 24 035 |
| بلجيكا | – |
| بلغاريا | 10 300 |
| بليز | – |
| بنغلاديش | – |
| بنما | 10 300 |
| بنن | – |
| بوتان | – |
| بوتسوانا | 3 435 |
| بورتوريكو | – |
| بوركينا فاصو | – |
| بوروندي | – |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | الدول الأعضاء التي تستحق الاستفادة من آلية التسوية في عام 2005 (جدول جديد) |
|---|---|
| البوسنة والهرسك | – |
| بولندا | 145 460 |
| بوليفيا | 3 435 |
| بيرو | – |
| بيلاروس | – |
| تايلند | 110 72 |
| تركمانستان | – |
| تركيا | – |
| ترينيداد وتوباغو | 300 10 |
| تشاد | – |
| توغو | – |
| توفالو | – |
| توكيلاو | – |
| تونس | 585 8 |
| تونغا | – |
| تيمور- لستي | 715 1 |
| جامايكا | 3 435 |
| الجزائر | – |
| جزر البهاما | – |
| جزر سليمان | – |
| جزر القمر | – |
| جزر كوك | – |
| جزر مارشال | – |
| الجماهيرية العربية الليبية | 170 17 |
| جمهورية أفريقيا الوسطى | – |
| جمهورية إيران الإسلامية | – |
| الجمهورية التشيكية | 960 66 |
| جمهورية تنزانيا المتحدة | 150 5 |
| الجمهورية الدومينيكية | 340 34 |
| الجمهورية العربية السورية | – |
| جمهورية الكونغو الديمقراطية | – |
| جمهورية كوريا | 860 383 1 |
| جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية | – |
| جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية | – |
| جمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة | 3 435 |
| جمهورية ملدوفا | – |
| جنوب أفريقيا | – |
| جورجيا | – |
| جيبوتي | – |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | الدول الأعضاء التي تستحق الاستفادة من آلية التسوية في عام 2005 (جدول جديد) |
|---|---|
| الدانمرك | 63 525 |
| دومينيكا | – |
| الرأس الأخضر | – |
| رواندا | – |
| رومانيا | 8 585 |
| زامبيا | – |
| زمبابوي | – |
| ساموا | – |
| سانت فنسنت وغرينادين | – |
| سنت كيتس ونيفيس | – |
| سانت لوسيا | 1 715 |
| سان تومي وبرينسيبي | – |
| سان مارينو | 1 715 |
| سري لانكا | 8 585 |
| السلفادور | 17 170 |
| سلوفاكيا | 29 190 |
| سلوفينيا | 37 775 |
| سنغافورة | 363 995 |
| السنغال | – |
| سوازيلند | – |
| السودان | 1 715 |
| سورينام | – |
| السويد | – |
| سويسرا | 1 715 |
| سيراليون | – |
| سيشيل | – |
| شيلي | 152 810 |
| صربيا والجبل الأسود | – |
| الصومال | – |
| الصين | 1 844 005 |
| طاجيكستان | – |
| العراق | – |
| عُمان | 34 340 |
| غابون | – |
| غامبيا | – |
| غانا | – |
| غرينادا | – |
| غواتيمالا | 20 605 |
| غيانا | – |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | الدول الأعضاء التي تستحق الاستفادة من آلية التسوية في عام 2005 (جدول جديد) |
|---|---|
| غينيا | – |
| غينيا الاستوائية | 1 715 |
| غينيا – بيساو | – |
| فانواتو | – |
| فرنسا | – |
| الفلبين | 25 755 |
| فنزويلا | 24 035 |
| فنلندا | – |
| فيجي | – |
| فييت نام | 24 035 |
| قبرص | 10 300 |
| قطر | 54 940 |
| قيرغيزستان | – |
| كازاخستان | – |
| الكاميرون | – |
| كرواتيا | 13 735 |
| كمبوديا | 1 715 |
| كندا | 214 620 |
| كوبا | 32 620 |
| كوت ديفوار | 1 715 |
| كوستاريكا | 24 035 |
| كولومبيا | 82 415 |
| الكونغو | – |
| الكويت | 61 810 |
| كيريباتي | – |
| كينيا | 3 435 |
| لاتفيا | – |
| لبنان | 13 735 |
| لكسمبرغ | 17 170 |
| ليبيريا | – |
| ليتوانيا | 15 455 |
| ليسوتو | – |
| مالطة | – |
| مالي | – |
| ماليزيا | 39 490 |
| مدغشقر | – |
| مصر | 96 150 |
| المغرب | 12 020 |

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

| الدول الأعضاء والدول الأعضاء المنتسبة | الدول الأعضاء التي تستحق الاستفادة من آلية التسوية في عام 2005 (جدول جديد) |
|---|---|
| المكسيك | 1 552 125 |
| ملاوي | – |
| ملديف | – |
| المملكة العربية السعودية | 274 710 |
| المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية | 1 916 460 |
| منغوليا | – |
| موريتانيا | – |
| موريشيوس | 3 435 |
| موزامبيق | – |
| موناكو | – |
| ميانمار | 3 435 |
| ناميبيا | – |
| ناورو | – |
| النرويج | 135 640 |
| النمسا | – |
| نيبال | – |
| النيجر | – |
| نيجيريا | 18 885 |
| نيكاراغوا | – |
| نيوزيلندا | 6 870 |
| نيووي | – |
| هايتي | 1 715 |
| الهند | 218 055 |
| هندوراس | 3 435 |
| هنغاريا | 13 735 |
| هولندا | 144 225 |
| الولايات المتحدة الأمريكية | – |
| ولايات ميكرونيزيا الموحدة | – |
| اليابان | – |
| اليمن | – |
| اليونان | 317 635 |
| **المجموع** | 11 182 830 |

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "ب"، التقرير الخامس)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-16 تعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

إذ تذكر بالقرارين ج ص ع42-44، وج ص ع51-12 بشأن تعزيز الصحة والإعلام والتثقيف من أجل الصحة، وإلى حصائل المؤتمرات العالمية الخمسة المعنية بتعزيز الصحة، من مؤتمر أوتاوا (1986)، إلى مؤتمر أديليد بأستراليا (1988)، إلى مؤتمر سندسفال بالسويد (1991)، إلى مؤتمر جاكارتا (1997)، إلى مؤتمر مكسيكو سيتي (2000)، حتى البيان الوزاري لتعزيز الصحة (2000)، واعتماد اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ (2003)؛

وبعد أن نظرت في التقرير الخاص بتعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية؛[1]

وإذ تشير إلى أن *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002*[2] يتناول عوامل الاختطار الرئيسية المحتملة على الصحة العالمية، ويسلّط الأضواء على دور العوامل السلوكية، وبوجه خاص النظام الغذائي غير الصحي، وقلة النشاط البدني واستهلاك التبغ والتعاطي الضار للكحول، بوصفها عوامل اختطار رئيسية فيما يتعلق بالأمراض غير السارية وتشكل عبئاً آخذاً في التزايد بسرعة؛

وإذ تحيط علماً بأن تعزيز الصحة النفسية يشكل عنصراً هاماً من عناصر تعزيز الصحة عموماً؛

وإذ تسلّم بأن الحاجة إلى وضع استراتيجيات ونماذج وأساليب لتعزيز الصحة لا تقتصر على مسألة صحية محددة ولا على مجموعة محددة من السلوكيات بل تنطبق على مجموعة متنوعة من فئات السكان وعوامل الاختطار والأمراض، كما تنطبق على ثقافات وبيئات شتى؛

وإذ تقر بأن الجهود الدؤوبة المبذولة في مجال تعزيز الصحة ينبغي، عموماً، أن توجَّه نحو الحد من التباينات الصحية عن طريق التصدي على نحو شامل لسلسلة المحددات، بما في ذلك البنى المجتمعية والعوامل البيئية وأنماط الحياة؛

وإذ تسلّم بحاجة الدول الأعضاء إلى تعزيز السياسات والموارد البشرية والمالية والقدرات المؤسسية اللازمة للتوصل إلى تعزيز الصحة على نحو مستدام وفعال بما يتصدى للعوامل الحاسمة في الصحة وما يتصل بذلك من عوامل اختطار، من أجل بناء القدرات الوطنية وتعزيز النُهُج القائمة على القرائن، واستحداث وسائل مبتكرة للتمويل ووضع مبادئ توجيهية للتنفيذ والتقييم؛

وإذ تشير إلى أهمية الرعاية الصحية الأولية ومجالات العمل الخمسة المحددة في ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة،

1- **تحث** الدول الأعضاء على القيام بما يلي:

---

1 الوثيقة ج57/11.

2 *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002. خفض المخاطر والنهوض بالحياة الصحية*. جنيف، منظمة الصحة العالمية 2002.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(1) تعزيز القدرات الموجودة على المستويين الوطني والمحلي من أجل تخطيط وتنفيذ سياسات وبرامج شاملة ومتعددة القطاعات في مجال تعزيز الصحة تراعي خصائص الجنسين وتكون مناسبة لشتى الثقافات، مع إيلاء اهتمام خاص للفئات الفقيرة والمهمشة؛

(2) إقامة آليات مناسبة لتجميع الخبرات الوطنية ورصدها وتحليلها من أجل تدعيم قاعدة القرائن الخاصة بفعالية تدخلات تعزيز الصحة، كجزء لا يتجزأ من النظم الصحية، بغية إجراء تغييرات فعالة على الصعيد المجتمعي وعلى صعيد أنماط الحياة؛

(3) إعطاء أولوية عالية لعملية تعزيز أنماط الحياة الصحية بين الأطفال والشباب، فتياناً وفتيات داخل وخارج المدارس أو المؤسسات التربوية الأخرى، بما في ذلك إتاحة فرص الترفيه الصحية والمأمونة، وتهيئة بيئات داعمة لأنماط الحياة تلك؛

(4) إدراج التعاطي الضار للكحول في قائمة عوامل الاختطار المتعلقة بأنماط الحياة مثلما ورد في *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002* وإيلاء الاهتمام للوقاية من الضرر الناجم عن تعاطي الكحول، وتعزيز الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الآثار البدنية والنفسية والاجتماعية الضارة المترتبة على التعاطي الضار للكحول، وخصوصاً بين الشباب والحوامل وفي أماكن العمل وأثناء قيادة المركبات؛

(5) إنشاء برامج للإقلاع عن تعاطي التبغ؛

(6) النظر، بهمة، وحسب الاقتضاء وعند اللزوم، في إقامة آليات تمويل مبتكرة ومناسبة ومستدامة لتعزيز الصحة، مع توفير قاعدة مؤسسية متينة لإدارة شؤون تعزيز الصحة؛

2- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) إعطاء الأولوية القصوى لتعزيز الصحة من أجل دعم تنمية تعزيز الصحة داخل المنظمة مثلما طلبه القرار ج ص ع51-12، وذلك بغرض دعم الدول الأعضاء، بالتشاور مع أصحاب المصلحة المعنيين بشكل أكثر فعالية، للتصدي لعوامل الاختطار الرئيسية، المحدقة بالصحة، بما في ذلك التعاطي الضار للكحول وسائر العوامل الرئيسية ذات الصلة بأنماط الحياة؛

(2) مواصلة الدعوة إلى اتباع نهج قائم على القرائن لتعزيز الصحة، وتقديم الدعم التقني وغير ذلك من أنواع الدعم إلى الدول الأعضاء في بناء قدراتها الخاصة بتنفيذ البرامج الفعالة في مجال تعزيز الصحة، ورصد تلك البرامج وتقييمها وتعميمها على جميع المستويات؛

(3) تقديم الدعم والإرشادات إلى الدول الأعضاء فيما يتعلق بالتحديات والفرص المتأتية من تعزيز أنماط الحياة الصحية والتصدي لعوامل الاختطار ذات الصلة على النحو المبين في *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002*؛

(4) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء كافة لتطوير وتنفيذ برامج الإقلاع عن تعاطي التبغ؛

(5) دعم الدول الأعضاء، حسب الاقتضاء، وعند اللزوم، في سعيها إلى إقامة آلية تمويل مبتكرة ومناسبة ومستدامة، مع توفير قاعدة مؤسسية متينة لتنسيق جهودها في مجال تعزيز الصحة تنسيقاً فعالاً ورصدها رصداً منهجياً؛

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(6) تقديم تقارير بشأن التقدم المحرز في مجال تعزيز أنماط الحياة الصحية إلى المجلس التنفيذي في دورته الخامسة عشرة بعد المائة وإلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين، بما في ذلك تقديم تقرير عن العمل الذي ستضطلع به المنظمة في المستقبل فيما يتعلق باستهلاك الكحول.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-17 الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

إذ تشير إلى القرارين ج ص ع51-18 وج ص ع53-17 بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، وإلى القرار ج ص ع55-23 بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة؛

وإذ تشير إلى *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002*،[1] الذي يبين أن حالات الوفاة والمراضة والعجز التي تعزى إلى الأمراض غير السارية الرئيسية تتسبب حالياً في نحو 60٪ من مجموع الوفيات و47٪ من عبء المرض العالمي، وأنه من المتوقع ارتفاع هذين المعدلين إلى 73٪ و60٪ على التوالي بحلول عام 2020؛

وإذ تلاحظ أن 66٪ من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية تحدث في البلدان النامية حيث يكون المتأثرون بهذه الأمراض أصغر سناً في المتوسط من المتأثرين بها في البلدان المتقدمة؛

وإذ تثير جزعها هذه الأرقام المتصاعدة التي تعد نتيجة للاتجاهات الآخذة في التطور فيما يتعلق بالسكان وأنماط الحياة، بما فيها تلك المتصلة بالنظام الغذائي والنشاط البدني؛

وإدراكاً منها للكم الهائل الموجود من المعارف، والإمكانات في مجال الصحة العمومية، ولضرورة خفض معدل التعرض للمخاطر الرئيسية الناجمة عن النظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني، ولطبيعة الأمراض المترتبة عليهما والتي يمكن اتقاؤها إلى حد بعيد؛

وإذ تضع في اعتبارها أيضاً أن عوامل الاختطار السلوكية والبيئية الرئيسية هذه قابلة للتعديل عن طريق تنفيذ الإجراءات الأساسية في مجال الصحة العمومية تنفيذاً منسقاً، مثلما تم إثباته في عدة دول أعضاء؛

وإذ تقر بأن سوء التغذية، بما في ذلك نقص التغذية والعوز التغذوي، مازال سبباً رئيسياً من أسباب الوفاة والمرض في أنحاء كثيرة من العالم، ولاسيما في البلدان النامية، وبأن هذه الاستراتيجية تكمل العمل الهام الذي تضطلع به منظمة الصحة العالمية ودولها الأعضاء في مجال التغذية عموماً؛

وإذ تسلّم بالترابط بين الأمم والمجتمعات والأفراد، وبأن للحكومات دوراً رئيسياً تضطلع به، بالتعاون مع سائر أصحاب المصالح المعنيين، من أجل تهيئة بيئة تمكن الأفراد والأسر والمجتمعات من اتخاذ قرارات إيجابية تحسن نوعية الحياة فيما يتعلق بالنظام الغذائي الصحي والنشاط البدني، وتشجعهم على اتخاذ هذه القرارات؛

وإذ تسلّم بأهمية الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، في إطار الوقاية المتكاملة من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بما في ذلك توفير الدعم لأنماط الحياة الصحية، والمساعدة على إيجاد بيئات أنسب صحياً، وتوفير خدمات الإعلام والخدمات الصحية، والمشاركة الفعالة في تحسين أنماط حياة الأفراد والمجتمعات وصحتهما من قِبَل أصحاب المهن الصحية والمهن ذات الصلة وجميع أصحاب المصالح المعنيين والقطاعات المعنية ممن يلتزم بالحد من مخاطر الأمراض غير السارية؛

---

N [1] *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002. خفض المخاطر والنهوض بالحياة الصحية*، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

وإذ تقر بأنه لتنفيذ هذه الاستراتيجية العالمية ينبغي تعزيز بناء القدرات والدعم المالي والتقني، من خلال التعاون الدولي في دعم الجهود الوطنية المبذولة في البلدان النامية؛

وإذ تقر بالأهمية الاجتماعية الاقتصادية والفوائد الصحية التي تنطوي عليها الممارسات التقليدية الخاصة بالنظام الغذائي والنشاط البدني، بما في ذلك الممارسات التي يتبعها السكان الأصليون؛

وإذ تؤكد مجدداً على أنه لا يجب تفسير أي شيء في هذه الاستراتيجية كمبرر لاعتماد تدابير مقيدة للتجارة أو اعتماد ممارسات مشوهة للتجارة؛

وإذ تؤكد مجدداً على أن المستويات المناسبة لمدخول الطاقة والمغذيات والأغذية، بما في ذلك السكاكر الطليقة والأملاح والدهون والفواكه والخضر والبقول والحبوب غير المنزوعة النخالة والجوز والبندق، يجب تحديدها وفقاً للمبادئ التوجيهية الوطنية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني المستندة إلى أفضل القرائن العلمية المتاحة، وفي إطار سياسات وبرامج الدول الأعضاء مع مراعاة التقاليد الثقافية والعادات والممارسات الغذائية الوطنية؛

واقتناعاً منها بأن الوقت قد حان لتجديد الحكومات والمجتمع المدني والمجتمع الدولي، بما في ذلك القطاع الخاص، التزامها بتشجيع أنماط النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني؛

وإذ تشير إلى أن القرار ج ص ع56-23 حث الدول الأعضاء على استخدام مواصفات لجنة دستور الأغذية الدولي استخداماً كاملاً لحماية الصحة البشرية على طول السلسلة الغذائية، بما في ذلك المساعدة على إجراء اختيارات صحية فيما يتعلق بالتغذية والنظام الغذائي،

1- **تقر** الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، الواردة طيه كملحق؛

2- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(1) تطوير وتنفيذ وتقييم الإجراءات الموصى بها في الاستراتيجية، بما يتناسب مع الظروف الوطنية وكجزء من سياساتها وبرامجها الإجمالية، من أجل تعزيز صحة الفرد والمجتمع من خلال النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني، والحد من مخاطر ومعدلات الإصابة بالأمراض غير السارية؛

(2) تشجيع أنماط الحياة الصحية التي تشمل النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني وتعزز توازن الطاقة؛

(3) توطيد دعائم الهياكل القائمة حالياً أو إنشاء هياكل جديدة لتنفيذ الاستراتيجية عن طريق قطاع الصحة والقطاعات الأخرى المعنية، ولرصد وتقييم فعاليتها، ولتوجيه استثمار الموارد وإدارتها من أجل الحد من انتشار الأمراض غير السارية والمخاطر المتصلة بالنظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني؛

(4) القيام، لهذا الغرض، بتحديد ما يلي وفقاً للظروف الوطنية السائدة:

(أ) أهداف وغايات وطنية،

(ب) جدول زمني واقعي لبلوغها،

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(ج) مبادئ توجيهية وطنية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني،

(د) عملية قابلة للقياس ووضع مؤشرات للنتائج تسمح بالرصد والتقييم الدقيقين للإجراءات المتخذة وتلبية الاحتياجات المحددة على وجه السرعة،

(هـ) تدابير للحفاظ على الأغذية التقليدية والنشاط البدني التقليدي وتعزيزهما؛

(5) تشجيع تعبئة جميع الفئات الاجتماعية والاقتصادية المعنية، بما في ذلك الفئات العلمية والمهنية وغير الحكومية والطوعية والقطاع الخاص والمجتمع المدني والرابطات الصناعية، وإشراكها بصورة فعالة ومناسبة في تنفيذ الاستراتيجية وبلوغ مراميها وغاياتها؛

(6) تشجيع وتعزيز تهيئة بيئة مواتية لممارسة الفرد مسؤوليته عن الصحة من خلال إتباع أنماط حياة تشمل النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني؛

(7) ضمان أن تكون السياسات العمومية المعتمدة في سياق تنفيذ هذه الاستراتيجية متوافقة مع التزاماتها الفردية في الاتفاقات الدولية والمتعددة الأطراف، بما فيها الاتفاقات التجارية وسائر الاتفاقات ذات الصلة، لتفادي حدوث أثر مقيد للتجارة أو مشوه لها؛

(8) النظر، عند تنفيذ الاستراتيجية، في خطر الآثار غير المتعمدة بالنسبة إلى المجموعات السكانية السريعة التأثر ومنتجات محددة؛

3- **تناشد** المنظمات والهيئات الدولية الأخرى أن تعطي أولوية عليا، في حدود اختصاصاتها وبرامجها، لتعزيز إتباع نظم غذائية صحية وممارسة النشاط البدني لتحسين الحصائل الصحية، وتدعو أصحاب المصالح من القطاعين العام والخاص، بمن فيهم الدوائر المانحة، إلى التعاون مع الحكومات ودعمها في ذلك؛

4- **تطلب إلى** لجنة دستور الأغذية الدولي (هيئة الدستور الغذائي) مواصلة النظر بجدية تامة، ضمن إطار ولايتها التنفيذية، في الإجراءات القائمة على القرائن والتي قد تتخذها لتحسين المواصفات الصحية للأغذية بما يتفق مع مرامي وغايات الاستراتيجية؛

5- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) مواصلة وتعزيز العمل المخصص لمسألة نقص التغذية وعوز المغذيات الدقيقة، بالتعاون مع الدول الأعضاء، ومواصلة تقديم تقارير إلى الدول الأعضاء عن التطورات في مجال التغذية (القرارات ج ص ع46-7 وج ص ع52-24 وج ص ع54-2 وج ص ع55-25)؛

(2) تقديم المشورة التقنية إلى الدول الأعضاء وحشد الدعم من أجلها، على المستويين العالمي والإقليمي، عند الطلب، في تنفيذ الاستراتيجية، وفي رصد وتقييم تنفيذها؛

(3) القيام، على نحو مستمر، برصد التطورات العلمية الدولية والبحوث المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، بما في ذلك الادعاءات الخاصة بالفوائد الغذائية للمنتجات الزراعية التي تشكل جزءاً كبيراً أو هاماً من النظام الغذائي للأفراد والبلدان، بغية تمكين الدول الأعضاء من تكييف برامجها مع أحدث المعارف؛

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(4) مواصلة إعداد وتعميم المعلومات والمبادئ التوجيهية والدراسات والتقييمات، ومستلزمات الدعوة والمواد التدريبية التقنية لكي يتحسن وعي الدول الأعضاء بتكلفة/ فوائد النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني ودورهما في مواجهة العبء العالمي المتزايد للأمراض غير السارية؛

(5) دعم التعاون الدولي مع سائر مؤسسات منظومة الأمم المتحدة والوكالات الثنائية من أجل تعزيز النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني طيلة العمر؛

(6) التعاون مع المجتمع المدني ومع أصحاب المصالح من القطاعين العام والخاص، ممن يلتزم بالحد من مخاطر الأمراض غير السارية، في تنفيذ الاستراتيجية وتعزيز النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني، مع ضمان تجنب حدوث تضارب المصالح المحتمل؛

(7) العمل مع سائر الهيئات المتخصصة التابعة لمنظومة الأمم المتحدة ومع سائر الوكالات المتخصصة الحكومية الدولية بشأن تقييم ورصد الجوانب الصحية والآثار الاجتماعية الاقتصادية والجوانب المتعلقة بالفروق بين الجنسين في الاستراتيجية وتنفيذها، وإطلاع جمعية الصحة العالمية في دورتها التاسعة والخمسين على التقدم المحرز؛

(8) تقديم تقرير عن تنفيذ الاستراتيجية في جمعية الصحة العالمية التاسعة والخمسين.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

الملحق

# الاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة

1- طلبت الدول الأعضاء، اعترافاً منها بالعبء الثقيل والمتنامي للأمراض غير السارية، إلى المدير العام لمنظمة الصحة العالمية وضع استراتيجية عالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة عن طريق إجراء عملية تشاورية على نطاق واسع.[1] وبغية تحديد محتوى هذه الاستراتيجية، أُجريت ست مشاورات مع الدول الأعضاء كما استُشيرت مؤسسات منظومة الأمم المتحدة وغيرها من الهيئات الحكومية الدولية فضلاً عن ممثلي المجتمع المدني والقطاع الخاص. وقام فريق مرجعي مكوّن من خبراء دوليين مستقلين من أقاليم المنظمة الستة، يُعنى بالنظام الغذائي والنشاط البدني أيضاً بإسداء المشورة.

2- وتتصدى هذه الاستراتيجية لعاملين من عوامل الاختطار الرئيسية للأمراض غير السارية، وهما النظام الغذائي والنشاط البدني، وتأتي في الوقت نفسه تكملة للأنشطة القائمة منذ أمد طويل وتلك التي تضطلع بها المنظمة في الميادين الأخرى المتصلة بالأغذية، بما فيها نقص التغذية وعوز المغذيات الدقيقة وتغذية الرضع وصغار الأطفال.

## التحدي المطروح

3- لقد طرأ تحول جذري في وزن المسببات الرئيسية للوفيات والمرض في البلدان المتقدمة ويأخذ هذا التحول مجراه حالياً في الكثير من البلدان النامية. فقد ازداد عبء الأمراض غير السارية على الصعيد العالمي بشكل سريع. وفي عام 2001، تسببت هذه الأمراض في نحو 60٪ من عدد الوفيات الذي يبلغ 56 مليون حالة سنوياً وفي 47٪ من عبء المرض العالمي. وبالنظر إلى هذه الأرقام وما يُتوقع من نمو في عبء المرض هذا في المستقبل، فإن الوقاية من الأمراض غير السارية أصبحت من التحديات الكبرى التي تواجه الصحة العمومية على الصعيد العالمي.

4- ويشرح *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002*،[2] بالتفصيل، كيف تتسبب بضعة عوامل اختطار رئيسية في كثير من حالات المراضة والوفاة في معظم البلدان. وفيما يخص الأمراض غير السارية، فإن أهم المخاطر المحتملة تشمل فرط ضغط الدم وارتفاع تركيز الكوليسترول في الدم وعدم كفاية ما يتناوله المرء من الخضر والفواكه وفرط الوزن أو السمنة وقلة النشاط البدني وتعاطي التبغ. وترتبط خمسة من عوامل الاختطار هذه ارتباطاً وثيقاً بالنظام الغذائي والنشاط البدني.

5- وهكذا فإن النظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني يشكلان أهم الأسباب المؤدية إلى ظهور الأمراض غير السارية الرئيسية، بما في ذلك الأمراض القلبية الوعائية والسكري من النوع الثاني وبعض أنواع السرطان، وهما يسهمان بشكل كبير في زيادة عبء المرض العالمي وحالات الوفاة والعجز. كما تعد أمراض أخرى تتصل بالنظام الغذائي وقلة النشاط البدني، مثل تسوّس الأسنان وتخلخل العظام، عوامل مسببة للمراضة على نطاق واسع.

---

1 القرار ج ص ع55-23.

2 *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002. خفض المخاطر والنهوض بالحياة الصحية*. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

6- وعبء حالات الوفاة والمراضة والعجز التي تعزى للأمراض غير السارية هي الآن الأكثر فداحة في البلدان النامية ومانفكت تتعاظم فيها حيث يُعتبر متوسط عمر المصابين أقل مما يُلاحظ في البلدان المتقدمة والتي تحدث فيها 66٪ من تلك الوفيات. وتزيد التغييرات السريعة في النظم الغذائية وفي أنماط النشاط البدني من ارتفاع نسبة المصابين. كما أن التدخين يزيد من اختطار هذه الأمراض، وإن كان ذلك عن طريق آليات مستقلة إلى حد بعيد.

7- وفي بعض البلدان المتقدمة، حيث هيمنت الأمراض غير السارية على عبء المرض على الصعيد القطري، مانفكت معدلات الوفيات والمرض بحسب الأعمار تنخفض بصورة بطيئة. كما يجري إحراز تقدم في الحد من معدلات الوفيات المبكرة الناجمة عن أمراض الشريان التاجي والأمراض المخية الوعائية وبعض أمراض السرطان المرتبطة بالتدخين. بيد أن العبء لايزال ثقيلاً وعدد المرضى يظل مرتفعاً إجمالاً، كما تتزايد أعداد المصابين بفرط الوزن والسمنة من البالغين والأطفال، وما يتصل بذلك اتصالاً وثيقاً من الإصابات بالسكري من النوع الثاني، في الكثير من البلدان المتقدمة.

8- وغالباً ما تقتصر الأمراض غير السارية وعوامل اختطارها مبدئياً على المجموعات الناجحة اقتصادياً في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط. بيد أن آخر القرائن تبين أن أنماط السلوك غير الصحية وما يرتبط بها من الأمراض غير السارية تجتمع على مر الوقت لدى الأوساط الفقيرة وتسهم في بروز التفاوت الاجتماعي والاقتصادي.

9- ويزداد انتشار عوامل الاختطار الرئيسة الخاصة بالأمراض المزمنة في أشد البلدان فقراً، على الرغم من هيمنة الأمراض المعدية ونقص التغذية على عبء المرض الراهن الذي تتحمله. كما أن الوزن المفرط والسمنة آخذان في الانتشار في البلدان النامية وحتى في المجموعات ذات الدخل المنخفض في البلدان الموسرة. ومن شأن وضع نهج متكامل إزاء معالجة أسباب التغذية غير الصحية ومستويات النشاط البدني الآخذة في التدني أن يسهم في الحد من عبء الأمراض غير السارية في المستقبل.

10- وبالنسبة لجميع البلدان التي تتوفر بيانات بصددها، فإن أبرز العوامل المحددة للأمراض غير السارية هي العوامل ذاتها في أغلب الأحيان. وتشمل العوامل التي تزيد من مخاطر الأمراض غير السارية زيادة تناول الأغذية الغنية بالطاقة والتي تعوزها العناصر المغذية، والتي تحتوي على نسبة عالية من الدُهن والسكر والملح؛ وانخفاض مستويات النشاط البدني في البيوت والمدارس وأماكن العمل وفي مجالات الترفيه والتنقل؛ وتعاطي التبغ. كما أن التباينات في مستويات المخاطر وما يرتبط بها من آثار صحية على السكان يعزى جزئياً إلى التباين في توقيت التغيرات وشدّتها على المستويين الوطني والعالمي. والجدير بالذكر أن الأنظمة الغذائية غير الصحية والنشاط البدني غير الكافي وعدم التوازن في تناول الأطفال والمراهقين للمواد التي تعطي الطاقة هي من الأمور التي تثير القلق بشكل خاص.

11- وتعد صحة الأمهات وأهمية التغذية بالنسبة لهن قبل الحمل وأثناءه، فضلاً عن تغذية الرضّع في مرحلة مبكرة، عوامل مهمة في الوقاية من الأمراض غير السارية طوال العمر. والاقتصار على إعطاء الرضيع لبن الأم لمدة ستة شهور ثم إعطاؤه تغذية إضافية مناسبة بعد ذلك هو سلوك يسهم في نماء جسده وعقله نماءً مناسباً. أما الأجنة الذين يعانون من نقص في النماء قبل الولادة، وربما، بعدها فيبدو أنهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض غير السارية بعد بلوغهم.

12- ويعيش معظم المسنين في البلدان النامية، كما أن لنسبة الشيخوخة لدى السكان تأثيراً قوياً على أنماط المراضة والوفاة. وعليه، فإن بلداناً نامية عديدة ستواجه عبئاً أفدح تشكّله الأمراض غير السارية في الوقت الذي لاتزال تواجه فيه عبء الأمراض المعدية الذي مازال ثقيلاً. وإضافة إلى البعد البشري، فإن الحفاظ على صحة المسنين، الذين يزداد عددهم، وعلى قدراتهم الوظيفية سيكون عاملاً أساسياً للحد من حجم الطلب على الخدمات الصحية ومن تكاليف تلك الخدمات.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

13- وللنظام الغذائي والنشاط البدني، مجتمعين ومنفصلين على حد سواء، أثر على الصحة. وعليه، إذا كانت الآثار الناجمة عن النظام الغذائي والنشاط البدني تتفاعل في غالب الأحيان، خصوصاً فيما يتعلق بالسمنة، فإن هناك منافع صحية إضافية يجلبها النشاط البدني لا علاقة لها بالتغذية والنظام الغذائي، كما أن هناك عدداً كبيراً من المخاطر المحتملة الخاصة بالتغذية لا علاقة لها بالسمنة. ويعد النشاط البدني وسيلة أساسية لتحسين صحة الفرد البدنية والنفسية.

14- وللحكومات دور مركزي - بالتعاون مع أصحاب المصلحة الآخرين - في استحداث بيئة تمكن الأفراد والأسر والمجتمعات من تغيير سلوكهم وتشجعهم على اتخاذ قرارات إيجابية تدعم حياتهم بصدد أنظمتهم الغذائية وأنماط نشاطهم البدني.

NR- وتفرض الأمراض غير السارية عبئاً اقتصادياً كبيراً على نظم صحية مرهقة أصلاً، وتفرض تكاليف باهظة على المجتمع. وتعد الصحة عاملاً محدداً أساسياً للتنمية ويوطّئ للنمو الاقتصادي. وقد بيّنت اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة التابعة للمنظمة الضرر الكبير الذي تلحقه الأمراض بمسيرة التنمية، وأهمية عمليات الاستثمار في مجال الصحة بالنسبة لتحقيق التنمية الاقتصادية.[1] كما تعد البرامج الهادفة إلى تعزيز النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني بهدف الوقاية من الأمراض أدوات أساسية في السياسات الرامية إلى بلوغ الأهداف الإنمائية.

## الفرصة المتاحة

NS- هناك فرصة فريدة لصياغة استراتيجية فعالة وتنفيذها من أجل الحد بشكل كبير من الوفيات والأمراض في جميع أنحاء العالم عن طريق تحسين النظام الغذائي وتعزيز النشاط البدني. والقرائن العلمية التي تبيّن الصلات الموجودة بين هذين السلوكين الصحيين واحتمال الإصابة بالمرض وتدهور الصحة لاحقاً قرائن قوية. ويمكن وضع وتنفيذ تدخلات فعالة القصد منها إطالة أعمار الناس وتحسين صحتهم، والحد من أوجه عدم المساواة، وتعزيز التنمية. ويمكن، عن طريق حشد الطاقات الكاملة التي يمتلكها أصحاب المصلحة الرئيسيون، أن تصبح هذه الفكرة حقيقة لجميع السكان في جميع البلدان.

## الهدف المرجو والغايات المنشودة

NT- يتمثل الهدف الإجمالي للاستراتيجية العالمية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة في تعزيز الصحة وحمايتها عن طريق توجيه استحداث بيئة مساعدة لاتخاذ إجراءات مستدامة على مستوى الفرد والمجتمع وعلى المستويين الوطني والعالمي من شأنها أن تؤدي، إذا اتخذت في إطار وحدة متكاملة، إلى الحد من معدلات المرض والوفيات ذات العلاقة بالنظام الغذائي غير الصحي وقلة النشاط البدني. وهذه الإجراءات تدعمها الأهداف الإنمائية للألفية التي حددتها الأمم المتحدة وتتسم بإمكانات ضخمة لتحقيق مكاسب في مجال الصحة العمومية في سائر أنحاء العالم.

NU- وللاستراتيجية العالمية أربع غايات رئيسية، هي:

(1) الحد من عوامل الاختطار المتعلقة بالأمراض غير السارية المزمنة، التي تظهر نتيجة اتباع نظم غذائية غير صحية وقلة النشاط البدني، وذلك عن طريق اتخاذ إجراءات أساسية في مجال الصحة العمومية وتدابير ترمي إلى تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض؛

[1] انظر *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(2) رفع المستوى الإجمالي للوعي وزيادة فهم تأثير النظام الغذائي والنشاط البدني على الصحة العمومية، والأثر الإيجابي الذي تنطوي عليه التدخلات الوقائية؛

(3) تشجيع التنمية والعمل على تعزيز وتنفيذ السياسات وخطط العمل الإقليمية والوطنية والمجتمعية الرامية إلى تحسين النُظم الغذائية وزيادة النشاط البدني، وعلى تلك السياسات وخطط العمل أن تكون مستدامة وشاملة وأن تشارك فيها بنشاط جميع القطاعات، بما في ذلك المجتمع المدني والقطاع الخاص ووسائل الإعلام؛

(4) رصد البيانات العلمية والعوامل الأساسية التي تؤثر على النظام الغذائي والنشاط البدني؛ ودعم عملية إجراء البحوث في مجالات عريضة ذات صلة بالموضوع بما في ذلك تقييم التدخلات؛ وتعزيز الموارد البشرية اللازمة لتدعيم الصحة وحفظها في هذا الميدان.

## القرائن العلمية الداعمة لاتخاذ الإجراءات

19- تُبيّن القرائن العلمية أن بمقدور الناس أن يظلوا في صحة جيدة بعد بلوغهم السبعين والثمانين والتسعين من العمر إذا تم التصدي للأمور الأخرى التي تشكل تهديداً لصحتهم، وذلك باتباع مجموعة من السلوكيات التي تدعم صحتهم، بما فيها اتباع نظام غذائي ملائم وممارسة نشاط بدني بشكل منتظم وتجنّب تعاطي التبغ. وقد ساهمت البحوث العلمية في الوصول إلى مستوى أفضل، من الفهم، للفوائد الناجمة عن النُظم الغذائية الصحية والنشاط البدني والنشاط الفردي والتدخلات التي أجريت على مستوى المجتمعات في مجال الصحة العمومية. ولئن كانت هناك حاجة إلى زيادة البحوث فإن المعارف الراهنة تبرر اتخاذ إجراءات عاجلة في ميدان الصحة العمومية.

20- وغالباً ما تتعايش عوامل الاختطار الخاصة بالأمراض غير السارية وتتفاعل. وحيث إن المستوى العام لعوامل الاختطار يتزايد فإن أعداداً أكبر من الناس تتعرض للخطر. وعليه، ينبغي أن ترمي الاستراتيجيات الوقائية إلى الحد من المخاطر المحتملة التي تحدق بجميع الفئات السكانية. وتؤدي عملية الحد هذه، على نحو تراكمي، حتى وإن كانت متواضعة، إلى جني السكان منافع مستديمة تتجاوز أثر التدخلات التي تقتصر على الأفراد الذين يواجهون خطراً عالياً. وتشكل النُظم الغذائية الصحية وممارسة النشاط البدني ومكافحة التبغ، استراتيجية فعالة لاحتواء التهديد المتعاظم الذي تشكله الأمراض غير السارية.

21- وتوصي تقارير الخبراء الدوليين والوطنيين واستعراضات القرائن العلمية الراهنة بأهداف خاصة بالمقادير التي ينبغي تناولها من المغذيات ومستوى النشاط البدني من أجل الوقاية من الأمراض غير السارية الرئيسية. ولابد من أن تؤخذ هذه التوصيات بعين الاعتبار لدى إعداد السياسات الوطنية والمبادئ التوجيهية بشأن النظام الغذائي، على أن توضع الأوضاع المحلية في الحسبان.

22- **وفيما يخص النظام الغذائي**، يجب أن تشمل التوصيات المتعلقة بالمجموعات السكانية والأفراد ما يلي:

- الوصول إلى توازن من حيث الطاقة وإلى وزن صحي
- الحد من تناول الأغذية الدهنية الغنية بالطاقة بالتحول من استهلاك المواد الدهنية المشبعة إلى استهلاك مواد دهنية غير مشبعة والتخلص من الأحماض الدهنية *المفروقة*
- تناول المزيد من الفواكه والخضر والبقول، والحبوب غير منزوعة النخالة والجوز والبندق

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

- الإقلال من تناول السكّاكر الطليقة
- الحد من استهلاك الملح (الصوديوم) بالحد من استهلاك جميع مصادره والتأكد من أن يكون الملح مُيَوْدِناً.

23- النشاط البدني من العوامل المحددة الرئيسية فيما يتعلق بإنفاق الطاقة، وهو بالتالي عامل أساسي لتحقيق توازن الطاقة والتحكم في الوزن. فالنشاط البدني يخفف من المخاطر فيما يتصل بالأمراض القلبية الوعائية وأنواع السكري وله فوائد جمة على الكثير من الأوضاع، وليس على الأوضاع المرتبطة بالسمنة فقط. وما يترتب على النشاط البدني من آثار إيجابية على المتلازمة الأيضية يحدث عن طريق آليات تتجاوز مجرد التحكم في فرط وزن الجسم. فمثلاً يخفض النشاط البدني ضغط الدم ويحسّن مستوى البروتين الشحمي ذي الكثافة العالية والكوليسترول ويزيد من مستوى التحكم في غلوكوز الدم عند ذوي الأوزان المفرطة، حتى وإن لم يفقدوا الكثير من وزنهم كما أنه يحدّ من خطر سرطان القولون وسرطان الثدي لدى المرأة.

24- **وفيما يخص النشاط البدني**، يوصى الناس بممارسة هذا النشاط بمستويات مناسبة على مدار حياتهم. ولابد من ممارسة أنواع ومقادير مختلفة من النشاط البدني لبلوغ نتائج صحية مختلفة. فممارسة نشاط بدني لمدة 30 دقيقة على الأقل بصورة منتظمة وبشكل معتدل في معظم الأيام يحد من المخاطر الخاصة بالأمراض القلبية الوعائية وأنواع السكري وسرطان القولون وسرطان الثدي. ويمكن لتقوية العضلات والتدرب على التوازن أن تحد من السقوط وتحسن الحالة الوظيفية لدى الطاعنين في السن. بيد أنه قد تكون هناك حاجة لممارسة قدر أكبر من النشاط للتحكم في الوزن.

25- وترجمة هذه التوصيات إلى استراتيجية عالمية تؤدي إلى وضع خطتي عمل إقليمية ووطنية بالإضافة إلى تدابير فعالة للوقاية من تعاطي التبغ ومكافحته سوف تتطلب التزاماً سياسياً متواصلاً وتعاون العديد من أصحاب المصالح. وستسهم الاستراتيجية في توفير وقاية فعالة من الأمراض المزمنة.

## المبادئ اللازمة لاتخاذ الإجراءات

26- يسلط *التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2002* الضوء على إمكانيات تحسين الصحة العمومية من خلال تدابير تحد من انتشار عوامل الاختطار الخاصة بالأمراض غير السارية (وعلى الأخص اجتماع النُظم الغذائية غير الصحية مع قلة النشاط البدني). وقد تم الاسترشاد بالمبادئ المبينة أدناه في صياغة الاستراتيجية العالمية للمنظمة ويوصى بهذه المبادئ لوضع الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية والإقليمية.

27- ويجب أن تكون الاستراتيجيات مرتكزة إلى أفضل البحوث والقرائن العلمية المتوافرة؛ وشاملة، وذلك بإدراج السياسات والإجراءات على حد سواء ومعالجة جميع الأسباب الرئيسية للأمراض غير السارية في الوقت ذاته؛ كما يجب أن تكون متعددة القطاعات، وأن تعالج الأمور على المدى الطويل كل قطاعات المجتمع؛ وأن تكون قائمة على المشاركة وتعدد الفروع العلمية، بما يتفق مع المبادئ الواردة في ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة والتي تم توكيدها في مؤتمرات عقدت في فترات لاحقة حول تعزيز الصحة،[1] وأن تقر بالتفاعلات المعقدة ما بين الخيارات الشخصية والمعايير الاجتماعية والعوامل الاقتصادية والبيئية.

28- إن تحديد نهج يشمل مسار الحياة بأكمله لهو أمر أساسي للوقاية من الأمراض المزمنة ومكافحتها. وهذا النهج يبدأ بصحة الأمهات، والتغذية السابقة للولادة ومعالجة الآثار المترتبة على الحمل، والاقتصار على إعطاء الرضع لبن أمهاتهم لمدة ستة أشهر، وصحة الأطفال والمراهقين؛ ويشمل الأطفال في المدارس،

N انظر القرار ج ص ع51-12.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

والبالغين في أماكن العمل ومواقع أخرى، والمسنين، ويشجّع على اتباع نظام غذائي متوازن وممارسة نشاط بدني بانتظام ابتداءً بمرحلة الشباب وحتى مراحل العمر الأخيرة.

29- يجب اعتبار الاستراتيجيات الرامية إلى الحد من الأمراض غير السارية جزءاً من جهود واسعة النطاق ومنسقة وشاملة في مجال الصحة العمومية. ويجب على جميع الشركاء، وعلى الحكومات بوجه خاص أن يعالجوا في آن واحد عدداً من القضايا المتصلة بالنظام الغذائي الذي يشمل جميع جوانب التغذية (مثل فرط التغذية ونقصها على حد سواء وعوز المغذيات الدقيقة والإفراط في استهلاك بعض المغذيات)؛ والأمن الغذائي (فرص الحصول على أغذية صحية، وتوافر تلك الأغذية، ويسر الحصول على أغذية صحية بأسعار معقولة)؛ والسلامة الغذائية، وتقديم الدعم بغية ضمان اقتصار الرضّع على رضاعة أمهاتهم لمدة ستة أشهر وتعزيز هذا النوع من التغذية. وفيما يتصل بالنشاط البدني تشمل القضايا المتعلقة به متطلبات النشاط البدني في العمل والمنزل والحياة المدرسية؛ واتساع رقعة المدن، ومختلف الجوانب الخاصة بتخطيطها، والنقل، والسلامة، وإمكانية ممارسة النشاط البدني في أوقات الفراغ.

30- وينبغي منح الأولوية للأنشطة التي تؤثر إيجاباً في أشد المجموعات السكانية والمجتمعات فقراً. وسوف تتطلب أنشطة من هذا القبيل عموماً، إجراءات مجتمعية تشمل عمليات تدخل ورقابة تضطلع بها الحكومة على نحو صارم.

31- يجب أن تتسنى مساءلة جميع الشركاء من أجل وضع السياسات وتنفيذ البرامج التي من شأنها أن تحدّ بشكل فعال من هذه المخاطر المحتملة التي تتهدد الصحة ويمكن الوقاية منها. ويعتبر التقييم والرصد والترصد من العناصر الأساسية المكوّنة للاستراتيجيات والإجراءات الوطنية.

32- يمكن أن يتباين انتشار الأمراض غير السارية المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني تبايناً كبيراً بين الرجال والنساء. وتختلف أنماط النشاط البدني والأنظمة الغذائية تبعاً للجنس والثقافة والعمر. وكثيراً ما تتخذ القرارات بصدد الأغذية والتغذية من قِبَل النساء وتستند إلى الثقافة والنُظم الغذائية التقليدية. وعليه، ينبغي للاستراتيجية وخطط العمل الوطنية أن تراعي الفوارق بين الجنسين.

33- وكثيراً ما تكون للعادات المتعلقة بالنظام الغذائي وأنماط النشاط البدني جذور ضاربة في التقاليد الإقليمية والمحلية. ولهذا، ينبغي للاستراتيجيات الوطنية أن تكون مناسبة من الناحية الثقافية وقادرة على مواجهة العوامل الثقافية المؤثرة والاستجابة للتغيرات التي تطرأ مع مرور الوقت.

## المسؤوليات عن اتخاذ الإجراءات

34- يقتضي إحداث تغييرات في عادات النظام الغذائي وأنماط النشاط البدني بذل جهود متضافرة من قِبَل الكثير من أصحاب المصالح من القطاعين العام والخاص على مدى عدة عقود. ويتعين اتباع مجموعة مؤتلَفة من الإجراءات السليمة والفعالة على المستويات العالمية والإقليمية والوطنية والمحلية، مع رصد الأثر المترتب عليها وتقييمه عن كثب. وتورد الفقرات التالية مسؤوليات المشاركين وتقدم توصيات مستقاة من عملية التشاور.

## الدول الأعضاء

35- يجب أن تشجع هذه الاستراتيجية العالمية صياغة وتعزيز السياسات والاستراتيجيات والخطط الوطنية بغية تحسين النظام الغذائي والنشاط البدني. وستحدد الظروف الوطنية الأولويات في وضع مثل هذه الصكوك. وبالنظر إلى التفاوت الكبير بين أوضاع مختلف البلدان، فإن هناك ضرورة لقيام تعاون إقليمي في

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

صوغ الاستراتيجيات الإقليمية التي يمكن لها أن تقدم قدراً كبيراً من الدعم للبلدان في تنفيذ سياساتها الوطنية. وتوخياً للوصول إلى الفعالية المثلى في هذا المضمار، يتعين على البلدان أن تعتمد خطط العمل الأكثر شمولاً التي يمكن التوصل إليها.

36- **وتضطلع الحكومات بدور حاسم في تحقيق التغيير الدائم في ميدان الصحة العمومية.** فللحكومات دور توجيهي وإداري أساسي في استهلال الاستراتيجية وتطويرها، والتأكد من تنفيذها ورصد أثرها على المدى البعيد.

37- **تُشَجَّعُ الحكومات على التأسيس على الهياكل والعمليات القائمة حالياً التي تتناول جوانب من النظام الغذائي والتغذية والنشاط البدني.** ويمكن أن تستخدم الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية الحالية في بلدان كثيرة في تنفيذ الاستراتيجية. ويمكن أن تشكل في بلدان أخرى أساساً للتقدم في مكافحة الأمراض غير السارية. وتشجع الحكومات على إقامة آلية تنسيق وطنية تتناول النظام الغذائي والنشاط البدني في إطار خطة شاملة للوقاية من الأمراض غير السارية وتعزيز الصحة. ويتعين أن تشارك السلطات المحلية عن كثب في ذلك. كما يجب أن تقام مجالس خبراء استشاريين متعددة القطاعات ومتعددة التخصصات وأن تضم هذه المجالس خبراء تقنيين وممثلين عن الوكالات الحكومية، وأن يكون لها رئيس مستقل لضمان تفسير القرائن العلمية دون أي تأثير بتضارب المصالح.

38- **وتتحمل وزارات الصحة المسؤولية الأساسية عن تنسيق وتيسير مساهمات الوزارات والوكالات الحكومية الأخرى.** وتشمل الهيئات التي يتعين تنسيق مساهماتها الوزارات والمؤسسات الحكومية المسؤولة عن السياسات المتصلة بالغذاء والزراعة والشباب والترفيه والرياضة والتعليم والتجارة والصناعة والمالية والنقل والإعلام والاتصالات والشؤون الاجتماعية والتخطيط البيئي/ الحضري.

39- **تحتاج الاستراتيجيات والسياسات وخطط العمل الوطنية إلى دعم كبير.** ويجب أن يقدم هذا الدعم من خلال سنّ قوانين فعالة وإقامة هياكل أساسية ملائمة وبرامج التنفيذ والتمويل الكافي والرصد والتقييم ومواصلة البحوث.

(1) **الاستراتيجيات الوطنية بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني.** تعرض الاستراتيجيات الوطنية التدابير الرامية إلى النهوض بالنظام الغذائي الصحي والنشاط البدني وهما أمران أساسيان في الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة، بما فيها الاستراتيجيات التي تتناول جميع أوجه النُظم الغذائية غير المتوازنة، بما في ذلك، نقص وفرط التغذية. وينبغي أن تتضمن الاستراتيجيات الوطنية أهدافاً وغايات وإجراءات محددة على غرار تلك الواردة في الاستراتيجية. ومما يتسم بأهمية خاصة هنا العناصر اللازمة لتنفيذ خطة العمل، والتي تشمل تحديد الموارد الضرورية ومراكز التنسيق الوطنية (المعاهد الوطنية الرئيسية)؛ والتعاون بين الصحة والقطاعات الأساسية الأخرى كالزراعة، والتخطيط الحضري، والنقل والاتصالات؛ والرصد والمتابعة.

(2) **المبادئ التوجيهية الوطنية بشأن النظم الغذائية.** تشجع الحكومات على وضع مبادئ توجيهية وطنية بشأن النظام الغذائي تأخذ في اعتبارها القرائن العلمية المستقاة من المصادر الوطنية والدولية. وتقدم هذه المبادئ النصح بشأن سياسة التغذية الوطنية، والتربية التغذوية، والتدخلات العامة الأخرى والتعاون القطاعي. ويمكن تحديثها على نحو دوري في ضوء التغيرات الطارئة على أنماط النُظم الغذائية والأمراض والمعارف العلمية المتطورة.

(3) **المبادئ التوجيهية الوطنية بشأن النشاط البدني.** يتعين إعداد المبادئ التوجيهية الوطنية بشأن النشاط البدني المعزّز للصحة وفقاً لأغراض وهدف الاستراتيجية وتوصيات الخبراء.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

40- **وينبغي أن تقدم الحكومات معلومات صحيحة ومتوازنة.** يتعين أن تنظر الحكومات في الإجراءات التي تسفر عن توفير معلومات متوازنة للمستهلكين لتمكينهم من تبني الخيارات الصحية بيسر، ولضمان توفر برامج مناسبة لتعزيز الصحة والنهوض بالتعليم الصحي. وينبغي أن تراعي المعلومات المعدّة للمستهلكين على نحو خاص مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة والعقبات في مجال الاتصال والثقافة المحلية وأن تفهمها جميع فئات السكان. وقد صممت برامج تعزيز الصحة في بعض البلدان بناءً على هذه الاعتبارات ويتعين استخدامها لتوفير المعلومات الخاصة بالنظام الغذائي والنشاط البدني. وقد التزمت بعض الحكومات بالفعل بصورة قانونية بأن تتيح المعلومات الحقيقية المجال للمستهلكين للاختيار الواعي تماماً بشأن المسائل التي قد تمس صحتهم. وقد تكون الإجراءات المتخذة في حالات أخرى خاصة بالسياسات الحكومية. وينبغي أن تأخذ الحكومات بالمزيج الأمثل من الإجراءات وذلك وفقاً لقدراتها الوطنية ومرتسمها الوبائي وهو أمر لاشك في أنه سيختلف من بلد لآخر.

(1) **التعليم والاتصال والتوعية الجماهيرية.** يتمثل الأساس السليم للإجراءات في المعارف المتوفرة للجمهور وفهم العلاقة بين النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة، والمدخول والمخرج من الطاقة، والخيارات الصحية المتصلة بأنواع الطعام وكذلك في كمية ونوعية النشاط البدني الكافي لتوفير فوائد صحية جوهرية. ولابد من أن يعدّ الخبراء الاستشاريون الحكوميون والمنظمات غير الحكومية والشعبية، والصناعة ذات العلاقة رسائل متسقة ومتماسكة وبسيطة وواضحة، وينشروا هذه الرسائل. ويتعين إيصالها عن طريق قنوات عدّة وبالشكل الذي يتناسب مع الثقافة المحلية، والعمر ونوع الجنس. ويمكن التأثير على السلوك، ولاسيما في المدارس ومواقع العمل والمؤسسات التعليمية والدينية، ومن قِبَل المنظمات غير الحكومية، وقادة المجتمعات المحلية، وكذلك وسائل الإعلام. وينبغي للدول الأعضاء أن تشكل تحالفات من أجل بثّ الرسائل المناسبة والفعالة حول النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني على نطاق واسع. ويتسم التثقيف المتصل بالتغذية والنشاط البدني والحصول على المهارات المتصلة بوسائل الإعلام، بدءاً من المدرسة الابتدائية، بالأهمية في تعزيز أنظمة غذائية أكثر صحية ومجابهة التقاليع الغذائية والمشورة المضللة بشأن النظام الغذائي. كما يجب أن يُقدم، الدعم للإجراءات التي من شأنها تحسين مستوى الإلمام بالمبادئ الصحية، مع مراعاة الظروف الثقافية والاجتماعية الاقتصادية المحلية. ولابد من تقييم حملات الاتصالات تقييماً منتظماً.

(2) **برامج الإلمام بالأمور الصحية والتعليم الخاصة بالكبار.** يجب أن تُدمج برامج الإلمام بالأمور الصحية في برامج تعليم الكبار. وتوفر مثل هذه البرامج فرصة للمهنيين الصحيين ومقدمي الخدمات لتعزيز المعرفة بالنظام الغذائي والنشاط البدني والوقاية من الأمراض غير السارية، وللوصول إلى السكان المهمّشين.

(3) **التسويق والإعلان والرعاية والترويج.** يؤثر الإعلان عن الأغذية على اختيار الغذاء وعلى العادات الغذائية. فالإعلانات عن الأغذية والمشروبات ينبغي ألا تستغل براءة الأطفال وسذاجتهم. وينبغي الحيلولة دون إيصال الرسائل التي تشجع الممارسات الغذائية غير الصحية أو قلة النشاط البدني، وأن تشجع الرسائل الإيجابية والصحية. ويجب أن تعمل الحكومات بالتعاون مع مجموعات الدفاع عن المستهلكين والقطاع الخاص (بما فيه الإعلان) لوضع أساليب مناسبة متعددة القطاعات للتعامل مع تسويق الأطعمة للأطفال، ومعالجة مسائل كالرعاية والترويج والإعلان.

(4) **الوسم.** يحتاج المستهلكون إلى معلومات دقيقة ومعيارية ومفهومة عن محتوى المواد الغذائية، تساعد على الأخذ بالخيارات الصحية. وقد تشترط الحكومات تقديم معلومات عن الجوانب التغذوية الأساسية كما تم اقتراحه في المبادئ التوجيهية لدستور الأغذية بشأن وسم الأغذية.[1]

1 وثيقة لجنة دستور الأغذية الدولي CAC/GL 2-1985, Rev. 1-1993.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(5) **المزاعم الصحية.** كلما ازداد اهتمام المستهلكين بالصحة وازداد الاهتمام بالجوانب الصحية للمنتجات الغذائية، زاد استخدام المنتجين للرسائل المتصلة بالصحة. وينبغي ألا تضلّل هذه الرسائل الجمهور بشأن الفوائد أو المخاطر التغذوية.

41- **يتعين أن تكون السياسات الغذائية والزراعية الوطنية متسقة مع متطلبات حماية الصحة العمومية وتعزيزها.** يتعين أن تنظر الحكومات، حيث اقتضى الأمر ذلك، في السياسات التي تيسر اعتماد أنظمة غذائية صحية. كما يجب أن تشمل السياسة الغذائية والتغذوية السلامة الغذائية والأمن الغذائي المستدام. وينبغي أن تشجع الحكومات على النظر في السياسات الغذائية والزراعية لكشف ما يترتب عليها من آثار صحية محتملة على إمدادات الأغذية.

(1) **ترويج المنتجات الغذائية المتّسقة مع النظام الغذائي الصحي.** مع تزايد الاهتمام بالصحة في أوساط المستهلكين، ووعي الحكومات بفوائد التغذية الصحية، اتخذت بعض الحكومات تدابير، منها حوافز السوق، للنهوض باستحداث وإنتاج وتسويق منتجات غذائية تسهم في نظام غذائي صحي وتكون متسقة مع التوصيات الوطنية والدولية بشأن النُظم الغذائية. ويمكن أن تنظر الحكومات في اتخاذ تدابير إضافية لتشجيع خفض نسبة الملح في الأغذية المصنعة، واستخدام الزيوت المهدرجة ومحتوى السكر في المشروبات والوجبات الخفيفة.

(2) **السياسات الضريبية.** تؤثر الأسعار على خيارات المستهلكين. ويمكن أن تؤثر السياسات الحكومية على الأسعار من خلال فرض الضرائب وتقديم الإعانات المالية أو التسعير المباشر بطريقة تشجع تناول الأغذية الصحية والنشاط البدني طوال العمر. وتلجأ عدة بلدان إلى التدابير الضريبية، بما فيها المكوس، للتأثير على توافر شتى الأغذية وسُبل الحصول عليها واستهلاكها. وتستخدم بلدان أخرى الصناديق العامة والإعانات لزيادة سُبل الحصول على الأغذية أو مرافق الترفيه والرياضة في المجتمعات الفقيرة. ويتعين أن يشمل تقييم هذه التدابير مخاطر التأثيرات غير المقصودة على السكان الأكثر تأثراً.

(3) **البرامج الغذائية.** يوجد لدى الكثير من البلدان برامج لتوفير الأغذية للفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة أو لتحويل الأموال النقدية للأسر من أجل تحسين مشترياتها من الأغذية. وكثيراً ما تهتم هذه البرامج بالأطفال، والأسر التي لها أطفال والفقراء والأشخاص المصابين بالأيدز والعدوى بفيروسه وغير ذلك من الأمراض. ويتعين إيلاء اهتمام خاص لجودة المواد الغذائية والتربية التغذوية كعنصر أساسي في هذه البرامج، بحيث إن الأغذية الموزعة على الأسر أو التي تشتريها هذه الأسر لا تمدها بالطاقة فحسب، بل تساهم أيضاً في اتباع نظام غذائي صحي. وينبغي أن تركز برامج توزيع الأغذية والنقود على التمكين والتنمية، والإنتاج المحلي والاستدامة.

(4) **السياسات الزراعية.** كثيراً ما تؤثر السياسة والإنتاج الزراعيان تأثيراً كبيراً على النُظم الغذائية الوطنية. ويمكن أن تؤثر الحكومات على الإنتاج الزراعي باتخاذ شتى التدابير في مجال السياسة العامة. وبالنظر إلى تزايد التشديد على الصحة وتغيّر أنماط الاستهلاك، فإنه يتعين على الدول الأعضاء مراعاة التغذية الصحية في سياساتها الزراعية.

42- **وهناك ضرورة لوجود سياسات متعددة القطاعات للنهوض بالنشاط البدني.** يتعين أن تصاغ السياسات الوطنية للنهوض بالنشاط البدني بحيث ترمي إلى إدخال تغييرات على عدد من القطاعات. وينبغي أن تستعرض الحكومات السياسات القائمة لضمان اتساقها مع أفضل الممارسات في الأساليب المتبعة على نطاق السكان جميعاً لزيادة النشاط البدني.

(1) **صوغ واستعراض السياسات العامة.** يتعين على الحكومات الوطنية والمحلية أن تصوغ السياسات وتوفر الحوافز لضمان سهولة ومأمونية رياضة المشي وركوب الدراجات وغير ذلك من

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

أشكال النشاط البدني، واشتمال سياسات النقل على وسائط النقل غير العاملة بالمحركات، وتشجيع سياسات العمل ومواقع العمل للنشاط الرياضي وتجسيد مرافق الرياضة والترفيه لمفهوم الرياضة للجميع. وللسياسات العامة والتشريعات أثرها على الفرص المتاحة للنشاط البدني ولاسيما تلك المتصلة منها بالنقل والتخطيط الحضري والتعليم والعمل والإدماج الاجتماعي وتمويل الرعاية الصحية المتعلق بالنشاط البدني.

(2) **مشاركة المجتمع المحلي وبيئات التمكين.** يجب توجيه الاستراتيجيات نحو تغيير المعايير الاجتماعية وتحسين فهم المجتمع المحلي وقبوله للحاجة إلى إدماج النشاط البدني في الحياة اليومية. ولابد من أن تعزز البيئات التي تيسر النشاط البدني وأن تقام هياكل داعمة لتوفير المزيد من الإمكانيات للوصول إلى المرافق الملائمة واستخدامها.

(3) **الشراكات.** اضطلاع وزارات الصحة بدور قيادي في إقامة الشراكات مع الوكالات الرئيسية وأصحاب المصلحة في القطاعين العام والخاص والاشتراك مع هذه الأطراف في وضع برنامج وخطة عمل مشتركين يرميان إلى تعزيز النشاط البدني.

(4) **إصدار رسائل واضحة موجهة إلى العموم.** لابد من تعميم رسائل بسيطة مباشرة عن مستوى النشاط البدني الكافي لجني منافع صحية كبيرة ونوعيته.

43- **ينبغي أن تدعم السياسات والبرامج المدرسية اتباع نُظم غذائية صحية وممارسة النشاط البدني.** تؤثر المدارس على حياة معظم الأطفال في جميع البلدان. وعليها أن تحمي عافية الأطفال بتوفير المعلومات الصحية، وتحسين الإلمام بالأمور الصحية، وتشجع النُظم الغذائية الصحية والنشاط البدني وغير ذلك من أنواع السلوك الصحي. وينبغي أن تشجع المدارس على تزويد الطلاب بالتربية البدنية يومياً وأن تكون مجهزة بالمرافق والتجهيزات المناسبة. وتشجع الحكومات على اعتماد سياسات تدعم النُظم الغذائية الصحية في المدارس وتحدّ من توفر المنتجات الغنية بالأملاح والسكر والدهون. ويجب أن تنظر المدارس، جنباً إلى جنب مع الآباء والسلطات المسؤولة، في التعاقد مع المزارعين المحليين القائمين على زراعة المحاصيل الغذائية لتزويدها بما يلزم لوجبات الغداء في المدرسة كي تضمن وجود سوق محلية للأغذية الصحية.

44- **تشجع الحكومات على استشارة أصحاب المصلحة بشأن السياسة العامة.** يمكن للمناقشة والمشاركة العامة الواسعة النطاق في صياغة السياسة العامة أن تيسّر قبول هذه السياسة وتكسبها الفعالية. ويتعين على الدول الأعضاء، إقامة آليات لضمان مشاركة المنظمات غير الحكومية، والمجتمع المدني، والمجتمعات المحلية، والقطاع الخاص ووسائل الإعلام في الأنشطة ذات الصلة بالنظام الغذائي، والنشاط البدني والصحة. ويتعين أن تكون وزارات الصحة بالتعاون مع الوزارات والوكالات الأخرى ذات العلاقة مسؤولة عن إقامة هذه الآليات التي ينبغي أن يكون الهدف منها تدعيم التعاون المشترك بين القطاعات على المستويات الوطنية والريفية والمحلية. ويجب أن تشجع هذه الآليات مشاركة المجتمع المحلي، وأن تشكل جزءاً من عملية التخطيط على صعيد المجتمع المحلي.

45- **الوقاية عنصر حاسم في الخدمات الصحية.** يتعين أن تشمل الاتصالات الروتينية مع العاملين في مجال الرعاية الصحية إسداء المشورة العملية للمرضى وأسرهم بشأن فوائد الأنظمة الغذائية الصحية وزيادة مستويات النشاط البدني مشفوعة بالدعم لمساعدة المرضى على الشروع في سلوكيات صحية والمحافظة على هذه السلوكيات. ويجدر بالحكومات أن تنظر في إيجاد حوافز لتشجيع هذه الخدمات الوقائية وتحديد الفرص المتاحة للوقاية ضمن الخدمات السريرية التي تقدم حالياً، بما في ذلك تحسين هيكل التمويل لتشجيع المهنيين الصحيين وتمكينهم من تكريس المزيد من الوقت للوقاية.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(1) **الخدمات الصحية والخدمات الأخرى.** يمكن أن يلعب القائمون على توفير الخدمات الصحية، ولاسيما بالنسبة للرعاية الصحية الأولية، والخدمات الأخرى أيضاً (كالخدمات الاجتماعية)، دوراً هاماً في مجال الوقاية. ويمكن أن تصل التحريات الروتينية بخصوص العادات الغذائية الأساسية والنشاط البدني، إذا ما واكبتها المعلومات البسيطة وبناء المهارات لتغيير السلوك الذي يعتمد نهج مسار الحياة بأكمله، إلى جزء كبير من السكان وتشكل تدخلات عالية المردود. ولابد من إيلاء العناية لمعايير النمو التي وضعتها منظمة الصحة العالمية فيما يخص الرضّع والأطفال قبل سن الدراسة. حيث إن هذه المعايير توسّع نطاق تعريف الصحة بما يتجاوز مجرد انعدام المرض البيّن، ليشمل اتباع ممارسات وأنماط سلوك صحية ويساعد قياس عوامل الاختطار البيولوجية الأساسية، مثل فرط ضغط الدم، وكوليسترول المصل ووزن الجسم، مشفوعاً بتثقيف السكان وتقديم الدعم للمرضى، على تعزيز التغييرات الضرورية. ويشكل تحديد الفئات المتعرضة لأكبر المخاطر على وجه الدقة، والتدابير المتخذة للوفاء باحتياجاتها، بما في ذلك، التدخلات الدوائية الممكنة، عنصرين مهمين في هذا المضمار. كما يشكل تدريب العاملين الصحيين، ونشر المبادئ التوجيهية المناسبة، وتوفر الحوافز الممكنة عوامل ضمنية أساسية في تنفيذ هذه التدابير.

(2) **المشاركة مع هيئات المهنيين الصحيين والمجموعات المعنية بالدفاع عن المستهلكين.** إن الفوز بالتأييد القوي للأوساط المهنية والمستهلكين والمجتمع المحلي إنما هو نهج ذو مردودية من حيث زيادة وعي الجمهور بالسياسات الحكومية وزيادة فعالية هذه السياسات.

46- **ينبغي أن تستثمر الحكومات في مجالات الترصد والبحوث والتقييم.** يعتبر رصد أهم عوامل الاختطار على المدى الطويل وبشكل مستمر أمراً جوهرياً. وتقدم مثل هذه البيانات، على مدار الوقت، الأساس لتحليل التغييرات في عوامل الاختطار والتي يمكن عزوها إلى التغييرات في السياسات والاستراتيجيات. ويمكن أن تكون الحكومات قادرة على أن تبني على النظم القائمة بالفعل إما على الصعيد الوطني أو الإقليمي. ويتعين التشديد في البداية على المؤشرات التقييسية التي يعترف بها المجتمع العلمي العام كتدابير صالحة للنشاط البدني، وعلى عناصر مختارة من النظام الغذائي، وعلى وزن الجسم، وذلك من أجل جمع بيانات مقارنة على الصعيد العالمي. وتعد البيانات التي تساعد على فهم الأنماط وأوجه التباين ضمن البلدان فهماً عميقاً مفيدة في توجيه الإجراءات المجتمعية. وينبغي، حيثما أمكن، استخدام مصادر البيانات الأخرى، مثل قطاع التعليم وقطاع النقل وقطاع الزراعة والقطاعات الأخرى.

(1) **الرصد والترصد.** الرصد والترصد أداتان أساسيتان في تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية بخصوص النظام الغذائي والنشاط البدني. ويعتبر رصد العادات المتعلقة بالنظام الغذائي، وأنماط النشاط البدني، والتفاعلات بينها، وعوامل الاختطار البيولوجية المتصلة بالتغذية ومحتوى المنتجات الغذائية، وإيصال المعلومات المتحصل عليها إلى الجمهور، عناصر هامة في التنفيذ. ومن الأهمية بمكان في هذا الصدد وضع طرق وإجراءات باستخدام إجراءات جمع البيانات التقييسي ومجموعة دنيا مشتركة من المؤشرات الصالحة والقابلة للقياس والاستخدام.

(2) **البحوث والتقييم.** ينبغي تعزيز البحوث التطبيقية، وخصوصاً فيما يتعلق بالمشاريع الإيضاحية المجتمعية المرتكز، وفي تقييم مختلف السياسات والتدخلات. وستؤدي مثل هذه البحوث (مثلاً حول أسباب قلة النشاط البدني ورداءة النظام الغذائي وبشأن العوامل المحدّدة الأساسية لبرامج التدخل الفعالة) إذا ما اقترنت بزيادة مشاركة اختصاصيِّي السلوكيات، إلى وضع سياسات أكثر اطلاعاً وضمان استحداث كادر الخبرات المتوفر على المستويين الوطني والمحلي. ومما لا يقل عن ذلك أهمية الحاجة إلى إرساء آليات فعالة لتقييم فعالية البرامج الوطنية للوقاية من الأمراض ومردوديتها، والأثر المترتب على السياسات في القطاعات الأخرى بالنسبة للصحة. وتقتضي الضرورة توافر المزيد من المعلومات، لاسيما بشأن الأوضاع السائدة في البلدان النامية، حيث تحتاج البرامج الرامية إلى تعزيز النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني إلى التقييم وإلى إدماجها في برامج تنموية أوسع وفي برامج الحد من وطأة الفقر.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

47- **القدرات المؤسسية.** تلعب المؤسسات الوطنية المعنية بالصحة العمومية والتغذية والنشاط البدني، تحت إشراف وزارة الصحة، دوراً هاماً في تنفيذ البرامج الوطنية للنظام الغذائي والنشاط البدني. وتستطيع هذه المؤسسات توفير الخبرات اللازمة، ورصد التطورات، والمساعدة على تنسيق الأنشطة، والمشاركة في أنشطة التعاون الدولي، وإسداء المشورة لصانعي القرارات السياسية في هذا الميدان.

48- **تمويل البرامج الوطنية.** يتعين تحديد مختلف مصادر التمويل إضافة إلى الميزانية الوطنية، من أجل المساعدة على تطبيق هذه الاستراتيجية. ويسلم إعلان الأمم المتحدة للألفية (أيلول/ سبتمبر 2000) بأن النمو الاقتصادي يظل محدوداً ما لم يتمتع الناس بالصحة. وأكثر التدخلات مردودية في احتواء وباء الأمراض غير السارية هي الوقاية والتركيز على عوامل الاختطار المرتبطة بهذه الأمراض. وبذا يتوجب اعتبار البرامج الرامية إلى تعزيز النُظم الغذائية الصحية والنشاط البدني حاجة إنمائية تستمد سياساتها والدعم المالي اللازم من خطط التنمية الوطنية.

## منظمة الصحة العالمية

49- ستتولى منظمة الصحة العالمية – بالتعاون مع مؤسسات أخرى تابعة لمنظومة الأمم المتحدة – القيادة، وإعداد توصيات قائمة على قرائن علمية، والدعوة إلى اتخاذ إجراءات دولية من أجل تحسين الممارسات الخاصة بالنظام الغذائي وزيادة النشاط البدني، في إطار الالتزام بالمبادئ الإرشادية والتوصيات المحددة الواردة في الاستراتيجية العالمية.

50- وستجري المنظمة مناقشات مع دوائر صناعة الأغذية غير الوطنية ومع سائر مستويات القطاع الخاص دعماً لبلوغ أهداف الاستراتيجية وتنفيذ التوصيات في البلدان.

51- وستقدم المنظمة الدعم لتنفيذ البرامج حسب ما تطلبه الدول الأعضاء وسينصب تركيزها على المجالات العريضة المترابطة التالية:

- **تيسير صياغة وتعزيز وتحديث سياسات إقليمية ووطنية** بشأن النظام الغذائي والنشاط البدني لأغراض الوقاية المتكاملة من الأمراض غير السارية
- **تيسير صياغة مسودة مبادئ توجيهية وطنية، معدّة على أساس الأغذية، للنظام الغذائي والنشاط البدني وتحديث هذه المبادئ وتنفيذها،** بالتعاون مع الوكالات الوطنية وبالاعتماد على المعارف والخبرات العالمية
- **تقديم إرشادات إلى الدول الأعضاء بشأن صوغ المبادئ التوجيهية والقواعد والمعايير وغير ذلك من التدابير المتصلة بالسياسات** والتي تتسق مع غايات الاستراتيجية العالمية
- **تحديد ونشر المعلومات الخاصة بالتدخلات القائمة على القرائن العلمية، والسياسات والهياكل** الفعالة في بلوغ المستوى الأمثل من النشاط البدني والترويج للنُظم الغذائية الصحية في البلدان والمجتمعات المحلية
- **تقديم دعم تقني ملائم** لبناء القدرات الوطنية في مجال تخطيط وتنفيذ الاستراتيجية الوطنية وتهيئة هذه الاستراتيجية لمقتضيات الظروف المحلية
- **توفير النماذج والأساليب** لكي تشكل التدخلات الخاصة بالنظام الغذائي والنشاط البدني عنصراً متكاملاً من عناصر الرعاية الصحية

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

- **تعزيز ودعم تدريب المهنيين الصحيين في مجال النُظم الغذائية الصحية والحياة النشطة،** سواء ضمن البرامج القائمة أو في حلقات عملية خاصة، باعتبار ذلك جزءاً أساسياً في مناهجها الدراسية

- **إسداء المشورة والدعم للدول الأعضاء، باتباع أساليب موحدة قياسياً للترصّد ووسائل التقييم السريع** (مثل أسلوب منظمة الصحة العالمية التدريجي لترصد عوامل الاختطار الخاصة بالأمراض غير السارية) من أجل قياس التغيرات الطارئة على توزع المخاطر– بما في ذلك، الأنماط المتبعة في النظام الغذائي والتغذية والنشاط البدني – ولتقييم الوضع الراهن والحالة الراهنة والاتجاهات الحالية وأثر التدخلات. وستقدم المنظمة، بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة، الدعم للدول الأعضاء في إقامة نُظم وطنية للترصد التغذوي، تربط بينها البيانات الخاصة بمحتويات الأغذية

- **إسداء المشورة إلى الدول الأعضاء بشأن سُبل المشاركة البناءة مع الصناعات المناسبة.**

52- إن منظمة الصحة العالمية، بالتعاون الوثيق مع مؤسسات منظومة الأمم المتحدة ومنظمات حكومية دولية أخرى (منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة واليونسكو واليونيسيف وجامعة الأمم المتحدة وغيرها) ومعاهد بحثية وشركاء آخرين، ستعمل على تعزيز ودعم البحوث في المجالات ذات الأولوية من أجل تيسير تنفيذ البرامج وتقييمها. وستكلف منظمة الصحة العالمية من يقومون بإعداد ورقات علمية وستجري تحليلات وتعقد اجتماعات تقنية بشأن المواضيع البحثية العملية الضرورية للعمل الفعال على الصعيد القطري. وينبغي تزويد عملية صنع القرارات بالمعلومات من خلال تحسين الاستفادة من القرائن العلمية، بما في ذلك تقييم الآثار الصحية، وتحليل التكلفة والفوائد، وإجراء دراسات لعبء المرض على المستوى الوطني، وإعداد نماذج قائمة على قرائن علمية، وإسداء المشورة العلمية وتعميم الممارسات الجيدة.

53- وستعمل منظمة الصحة العالمية مع منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة وغيرها من مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، ومع البنك الدولي ومعاهد البحوث بشأن تقييمها لمقتضيات هذه الاستراتيجية بالنسبة للقطاعات الأخرى.

54- ستستمر منظمة الصحة العالمية في العمل مع المراكز المتعاونة معها لإنشاء شبكات لبناء القدرات في مجال البحوث والتدريب، وحشد المساهمات التي يقدمها كل من المنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني، وتيسير إجراء البحوث المنسقة والتعاونية التي تناسب احتياجات البلدان النامية في إطار تنفيذ الاستراتيجية.

**الشركاء الدوليون**

55- يتسم دور الشركاء الدوليين بأهمية فائقة في تحقيق مرامي وهدف الاستراتيجية العالمية، لاسيما فيما يتعلق بالمسائل ذات الطابع عبر الوطني أو حيثما تكون الإجراءات التي يضطلع بها بلد واحد غير كافية. وثمة حاجة إلى العمل المنسق في هذا الصدد بين مؤسسات منظومة الأمم المتحدة والهيئات الدولية الحكومية والمنظمات غير الحكومية، والرابطات المهنية، ومؤسسات البحوث وكيانات القطاع الخاص.

56- وأدت عملية وضع هذه الاستراتيجية إلى تعاون أوثق مع المنظمات الأخرى في منظومة الأمم المتحدة مثل منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة واليونيسيف وشركاء آخرين، بما في ذلك البنك الدولي. وستعزز المنظمة تعاونها القديم العهد مع منظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة (الفاو) في تنفيذ هذه الاستراتيجية، إذ إن مساهمة هذه المنظمة في صوغ السياسات الزراعية يلعب دوراً حاسماً في هذا الميدان.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

ومن ثم، سيكون من الضروري إجراء مزيد من البحوث بشأن السياسات الزراعية المناسبة وتوريد الأغذية وإتاحتها وتجهيزها واستهلاكها.

57- ويزمع أيضاً تحقيق التعاون مع هيئات أخرى كالمجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة التجارة العالمية ومصارف التنمية الإقليمية، وجامعة الأمم المتحدة. وستعمل منظمة الصحة العالمية على إقامة وتعزيز الشراكات من خلال إنشاء وتنسيق الشبكات العالمية والإقليمية وغير ذلك من الأمور، وفقاً لمرمى وغايات هذه الاستراتيجية، وذلك من أجل نشر المعلومات وتبادل الخبرات وتقديم الدعم للمبادرات الإقليمية والوطنية. وتقترح منظمة الصحة العالمية تشكيل لجنة مخصصة للشركاء ضمن منظومة الأمم المتحدة لضمان استمرار اتساق السياسات العامة، ومن أجل الاعتماد على مواطن القوة الخاصة بكل منظمة. ويمكن أن يؤدي الشركاء دوراً هاماً من خلال إنشاء شبكة عالمية تستهدف مجالات مثل الدعوة وحشد الموارد وبناء القدرات والتعاون في إجراء البحوث.

58- ويمكن للشركاء الدوليين أن يشتركوا في تنفيذ الاستراتيجية من خلال الأمور التالية:

- الإسهام في استراتيجيات شاملة مشتركة بين القطاعات بشأن تحسين النظام الغذائي والنشاط البدني بما في ذلك، على سبيل المثال، تعزيز النُظم الغذائية الصحية في برامج الحد من وطأة الفقر
- وضع مبادئ توجيهية لتوقي حالات النقص التغذوي بغية جعل التوصيات المقبلة بصدد النُظم الغذائية والسياسات العامة والمصممة للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها منسجمة ومتجانسة
- تيسير صياغة مسودة مبادئ توجيهية وطنية بشأن النُظم الغذائية والنشاط البدني بالتعاون مع الوكالات الوطنية
- التعاون في وضع نماذج لمشاركة المجتمع المحلي، بما في ذلك الإنتاج المحلي للأغذية والتثقيف بشأن التغذية والنشاط البدني، وإذكاء وعي المستهلكين، واختبار هذه النماذج ونشرها
- تعزيز إدراج الوقاية من الأمراض غير السارية وسياسات تعزيز الصحة المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني في السياسات والبرامج الإنمائية
- تعزيز اتباع أساليب تستند إلى الحوافز للتشجيع على الوقاية من الأمراض المزمنة ومكافحتها.

59- **المعايير الدولية.** يمكن تعزيز الجهود المبذولة في مجال الصحة العمومية عن طريق استخدام القواعد والمعايير الدولية، وبوجه خاص تلك التي وضعتها لجنة دستور الأغذية الدولي.[1] وتتضمن المجالات التي تحتاج إلى المزيد من التطوير ما يلي: وسم الأغذية لإتاحة الفرصة لتحسين اطلاع المستهلكين على فوائد ومحتويات الأغذية؛ والتدابير الرامية إلى التقليل إلى أدنى حد من تأثير التسويق على انتشار أنماط النُظم الغذائية غير الصحية؛ ومعلومات أوفى عن أنماط الاستهلاك الصحية، بما في ذلك الخطوات اللازمة لزيادة استهلاك الفواكه والخضروات؛ ومعايير الإنتاج والتجهيز الخاصة بالجودة الغذائية ومأمونية المنتجات. ولابد من تشجيع الحكومات والمنظمات غير الحكومية، كما نص على ذلك دستور الأغذية الدولي.

N انظر القرار ج ص ع56-23.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية

60- للمجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية دور هام في التأثير على كُلّ من سلوك الأفراد وسلوك المنظمات والمؤسسات التي تشارك في النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني. ويمكن للمجتمع المدني وهذه المنظمات التحقق من أن المستهلكين يطلبون إلى الحكومات دعم أنماط الحياة الصحية، ومن دوائر صناعة الأغذية توفير المنتجات الصحية. ويمكن للمنظمات غير الحكومية دعم الاستراتيجية دعماً فعالاً إذا تعاونت مع الشركاء الوطنيين والدوليين. ويمكن للمجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية أن يعملا بوجه خاص على تحقيق ما يلي:

- قيادة عملية حشد للقواعد الشعبية والدعوة إلى إدراج النظام الغذائي والنشاط البدني في برنامج العمل العمومي
- دعم عملية نشر المعلومات بشأن كيفية الوقاية من الأمراض غير السارية نشراً واسع النطاق عن طريق اتباع نظام غذائي وممارسة نشاط بدني متوازنين
- تكوين شبكات ومجموعات عمل لتعزيز عملية إتاحة الأغذية الصحية وإمكانيات ممارسة النشاط البدني، والدعوة لبرامج تعزيز الصحة والقيام بحملات التثقيف الصحي ودعمهما
- تنظيم حملات ولقاءات تؤدي إلى حفز العمل في هذا المجال
- التشديد على دور الحكومات في تعزيز الصحة العمومية، والنظم الغذائية الصحية والنشاط البدني؛ ورصد التقدم المحرز في تحقيق هذه الأهداف؛ والرصد والعمل مع أصحاب المصلحة الآخرين مثل كيانات القطاع الخاص
- الاضطلاع بدور نشط وقيادي في تعزيز تنفيذ الاستراتيجية العالمية
- وضع المعارف والقرائن العلمية موضع التطبيق.

## القطاع الخاص

61- يمكن للقطاع الخاص أن يؤدي دوراً هاماً في تعزيز اتباع النظام الغذائي السليم وممارسة النشاط البدني. ويمكن لصناعة الأغذية، والبائعين بالتجزئة، وصناعة الإطعام، ومصنعي السلع المتعلقة بالرياضة البدنية، وشركات الإعلانات وتنظيم عمليات الاستجمام، ومجموعات شركات التأمين والمجموعات المصرفية والشركات الصيدلانية ووسائل الإعلام، يمكن لها كلها الاضطلاع بأدوار حاسمة بوصفها من أرباب العمل المسؤولين والدّاعين إلى اتباع أنماط الحياة الصحية. ويمكن لجميع هذه المؤسسات والجهات أن تصبح شريكة للحكومات والمنظمات غير الحكومية في تنفيذ تدابير ترمي إلى توجيه رسائل إيجابية ومتسقة من أجل تيسير بذل جهود متكاملة للتشجيع على تناول الغذاء الصحي وممارسة النشاط البدني، وتحقيق فعالية هذه الجهود. ونظراً لأن كثيراً من الشركات تعمل على الصعيد العالمي، فإن للتعاون الدولي دوراً حاسماً في هذا الصدد. وقد أدت العلاقات القائمة على التعاون مع دوائر الصناعة إلى حصائل مواتية كثيرة فيما يتعلق بالنظام الغذائي والنشاط البدني. ويمكن للمبادرات التي تتخذها دوائر صناعة الأغذية من أجل تخفيض محتوى الأغذية المجهزة من الدهن والسكر والملح، وأحجام الوجبات وزيادة العمل بالخيارات الابتكارية والصحية والمغذية، وإعادة النظر في ممارسات التسويق الحالية، أن تعجّل بتحقيق مكاسب صحية على النطاق العالمي. وتشمل التوصيات المحددة الخاصة بصناعة الأغذية ومصنعي السلع الرياضية في هذا الصدد ما يلي:

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

- تعزيز النُظم الغذائية الصحية وممارسة النشاط البدني وفقاً للمبادئ التوجيهية الوطنية والمعايير الدولية والغايات العامة لهذه الاستراتيجية العالمية
- الحد من مستويات الدهون المشبَّعة، والأحماض الدهنية *المفروقة*، والسكاكر "الطليقة" والملح في المنتجات القائمة
- مواصلة استحداث اختيارات غذائية صحية ومغذِّية وتوفيرها للمستهلكين بأسعار معقولة
- النظر في استحداث منتجات جديدة ذات قيمة غذائية أفضل
- تزويد المستهلكين بمعلومات كافية ومفهومة عن المنتجات والتغذية
- اتِّباع ممارسات تسويقية مسؤولة تدعم الاستراتيجية، لاسيما فيما يتعلق بالترويج للأغذية التي تحتوي على نسبة عالية من الدهون المشبَّعة أو الأحماض الدهنية *المفروقة*، أو السكاكر "الطليقة" أو الملح وخاصةً للأطفال الصغار، وتسويق هذه الأغذية
- إصدار وسم بسيط وواضح ومتسق للأغذية، ومطالب صحية مستندة إلى القرائن العلمية التي من شأنها مساعدة المستهلكين على التوصل إلى اختيارات صحية مستنيرة فيما يتعلق بالقيمة التغذوية للأغذية
- تزويد السلطات الوطنية بالمعلومات عن تركيب الأغذية
- المساعدة في وضع وتنفيذ برامج الأنشطة البدنية.

62- وتمثل أماكن العمل مواضع هامة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. ويتعين إتاحة الفرصة أمام الناس للقيام باختياراتهم الملائمة للصحة في أماكن العمل توخياً للحد من تعرضهم للمخاطر. وفضلاً عن ذلك، فإن تكلفة المراضة التي يتكبدها أصحاب العمل والتي تعزى إلى الأمراض غير السارية، آخذة في التزايد السريع. فأماكن العمل ينبغي أن توفر الاختيارات الغذائية الصحية وأن تدعم النشاط البدني وتشجع على ممارسته.

## المتابعة والتطورات المستقبلية

63- سترفع منظمة الصحة العالمية تقارير عن التقدم المحرز في تنفيذ الاستراتيجية العالمية وفي تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية، بما فيها الجوانب التالية:

- أنماط واتجاهات العادات المتعلقة بالنظام الغذائي والنشاط البدني وعوامل الاختطار ذات الصلة الخاصة بالأمراض غير السارية
- تقييم فعالية السياسات والبرامج الرامية إلى تحسين النُظم الغذائية وزيادة ممارسة الأنشطة البدنية
- العقبات أو الحواجز التي تجابه في تنفيذ الاستراتيجية والإجراءات المتخذة لتذليلها
- التدابير التشريعية أو التنفيذية أو الإدارية أو المالية أو غير ذلك من التدابير المتخذة في إطار الاستراتيجية.

64- وستعمل منظمة الصحة العالمية، على الصعيدين العالمي والإقليمي، على إقامة نظام للرصد وتصميم مؤشرات للعادات المتعلقة بالنظام الغذائي ولأنماط النشاط البدني.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## الاستنتاجات

65- يتعين تصميم إجراءات تستند إلى أفضل القرائن العلمية الموجودة والسياق الثقافي وتنفيذ تلك الإجراءات ورصدها بدعم من منظمة الصحة العالمية وبقيادتها. بيد أن توفير نهج متعدد القطاعات بالفعل يحشد الطاقات والموارد والخبرات المشتركة لجميع أصحاب المصالح على النطاق العالمي هو أمر أساسي من أجل إحراز تقدم متواصل.

66- وسيكون التقدم في تغيير أنماط النُظم الغذائية والنشاط البدني تدريجياً، وستحتاج الاستراتيجيات الوطنية إلى وضع خطط واضحة تتضمن تدابير طويلة الأجل تتوافر لها مقومات الاستمرار من أجل الوقاية من الأمراض. ومع ذلك، يمكن أن تحدث التغيرات في عوامل الاختطار وفي معدلات وقوع الأمراض غير السارية بسرعة كبيرة إذا حدثت تدخلات فعالة في هذا الصدد. ولذلك ينبغي أن تتضمن الخطط الوطنية أيضاً أهدافاً يمكن تحقيقها في الأجلين القصير والمتوسط.

67- إن تنفيذ الاستراتيجية من قبل جميع الأطراف المشتركة سيسهم في إدخال تحسينات رئيسية ومستديمة على صحة الناس.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004- اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع57-18 زرع الأعضاء والأنسجة البشرية

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

إذ تشير إلى القرارات ج ص ع40-13 و ج ص ع42-5 و ج ص ع44-25 بشأن شراء الأعضاء وزرعها؛

وبعد أن نظرت في التقرير الخاص بزرع الأعضاء والأنسجة البشري؛[1]

وإذ تلاحظ الزيادة العالمية في زرع الخلايا والأنسجة والأعضاء البشرية؛

وإذ يساورها القلق إزاء تزايد عدم كفاية المواد البشرية المتاحة للزرع لتلبية احتياجات المرضى؛

وإذ تدرك المخاطر المتصلة بالمأمونية والأخلاقيات والتي تنشأ في مجال زرع الخلايا والأنسجة والأعضاء البشرية، والحاجة إلى إيلاء اهتمام خاص لمخاطر الاتجار بالأعضاء؛

وإذ تسلّم بأن الخلايا أو الأنسجة أو الأعضاء الحية غير البشرية وسوائل الجسم البشرية أو خلاياه أو أنسجته أو أعضاءه التي كانت خارج الجسم الحي متصلة بهذه المواد الحية غير البشرية يمكن استخدامها في الإنسان إن لم تتوافر مواد بشرية مناسبة؛

وإذ تأخذ في اعتبارها المخاطر المحتملة المصاحبة لزرع الأعضاء غير البشرية في عملية نقل عوامل معدية غير بشرية معروفة أو لم تعرف بعد، من الحيوان إلى الإنسان، وممن تجرى لهم عملية زرع الأعضاء غير البشرية إلى مخالطيهم وإلى الآخرين عموماً؛

وإذ تقر بأن زرع الأعضاء لا ينطوي على جوانب طبية فحسب وإنما ينطوي أيضاً على جوانب أخلاقية ويشمل قضايا اقتصادية ونفسية،

### أولاً

### زرع الأعضاء البشرية

1- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(1) تنفيذ إشراف وطني فعال على شراء الخلايا والأنسجة والأعضاء البشرية وعلى معالجتها وزرعها، بما في ذلك كفالة المساءلة عن المواد البشرية للزرع وتعقبها؛

(2) التعاون في مجال صياغة التوصيات والمبادئ التوجيهية بهدف مواءمة الممارسات العالمية في شراء الخلايا والأنسجة والأعضاء البشرية ومعالجتها وزرعها، بما في ذلك وضع معايير دنيا تكفل ملاءمة المتبرعين بالأنسجة والخلايا؛

(3) النظر في إنشاء لجان معنية بالأخلاقيات لضمان مراعاة الأخلاقيات، فيما يتعلق بزرع الخلايا والأنسجة والأعضاء؛

(4) التوسع في استعمال التبرعات بالكلى الحية، بالإضافة إلى التبرعات المقدمة من متبرعين متوفين؛

---

[1] N الوثيقة ج57/17.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(5) اتخاذ تدابير لحماية أفقر الفئات وأضعفها من "سياحة الزرع" ومن بيع الأنسجة والأعضاء، بما في ذلك الاهتمام بالمشكلة الأعم المتمثلة في الاتجار الدولي بالأنسجة والأعضاء البشرية؛

2- **تطلب إلى** المدير العام القيام بما يلي:

(1) مواصلة فحص وجمع البيانات العالمية عن الممارسات والمأمونية والجودة والنجاعة وعن الوبائيات في مجال زرع الأعضاء البشرية وعن القضايا الأخلاقية، بما في ذلك تبرعات الأحياء، من أجل تحديث المبادئ الإرشادية بشأن زرع الأعضاء البشرية؛[1]

(2) تعزيز التعاون الدولي بغية زيادة فرص استفادة المواطنين من هذه الإجراءات العلاجية؛

(3) تزويد الدول الأعضاء، بناء على طلبها، بالدعم التقني لاستنباط طرق الزرع المناسب للخلايا أو الأنسجة أو الأعضاء، وخاصة عن طريق تيسير التعاون الدولي؛

(4) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء في مساعيها الرامية إلى منع الاتجار في الأعضاء، بما في ذلك إعداد مبادئ توجيهية لحماية أفقر الفئات وأسرعها تأثراً من أن يقعوا ضحايا للاتجار في الأعضاء؛

## ثانياً

## زرع الأعضاء غير البشرية

1- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(1) عدم السماح بإجراء زرع أعضاء غير بشرية إلا عند وجود آليات تنظيمية وطنية فعالة للضبط والمراقبة تشرف عليها السلطات الصحية الوطنية؛

(2) التعاون في صياغة التوصيات والمبادئ التوجيهية لمواءمة الممارسات العالمية، بما في ذلك تدابير الحماية، وفقاً للمعايير العلمية المقبولة دولياً، من أجل منع خطر النقل الثانوي المحتمل لأي عوامل معدية غير بشرية يمكن أن تسبب العدوى لمن تزرع لهم أعضاء غير بشرية أو لمخالطيهم ولاسيما عبر الحدود الوطنية؛

(3) دعم التعاون والتنسيق على المستوى الدولي لاتقاء وترصد العدوى الناجمة عن زرع أعضاء غير بشرية؛

2- **تطلب إلى** المدير العام القيام بما يلي:

(1) تسهيل الاتصال والتعاون الدولي فيما بين السلطات الصحية في الدول الأعضاء بشأن القضايا المتعلقة بزرع الأعضاء غير البشرية؛

(2) جمع البيانات على نطاق العالم من أجل تقييم الممارسات في مجال زرع الأعضاء غير البشرية؛

(3) إبلاغ الدول الأعضاء، بنشاط، بحوادث العدوى غير البشرية المنشأ والناجمة عن زرع أعضاء غير بشرية؛

1 الوثيقة ج ص ع44/1991/ سجلات/1، الملحق 6.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(4) تزويد الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، بالدعم التقني لتعزيز قدرتها وخبرتها في مجال زرع الأعضاء غير البشرية، بما في ذلك قيام السلطات التنظيمية الوطنية بوضع السياسات وبالمراقبة؛

(5) تقديم تقرير في وقت مناسب إلى جمعية الصحة، من خلال المجلس التنفيذي عن تنفيذ هذا القرار.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

**ج ص ع57-19 الهجرة الدولية للموظفين الصحيين: تحدٍ أمام النظم الصحية في البلدان النامية**

جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون،

إذ تذكر بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2417 (الدورة الثالثة والعشرون) المؤرخ 17 كانون الأول/ ديسمبر 1968؛

وإذ تذكر بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 208/58 بشأن الهجرة الدولية والتنمية، والمقرر الذي تضمنه القرار بأن تخصص الجمعية العامة في عام 2006 حواراً رفيع المستوى للهجرة الدولية والتنمية؛

وإذ تذكر أيضاً بالقرارين ج ص ع22-51 (1969) وج ص ع25-42 (1972)؛

وإذ تشير إلى إعلان الاتحاد الأفريقي عام 2004 "عام تنمية الموارد البشرية في أفريقيا"؛

وإذ تحيط علماً بمدونة قواعد ممارسات الكومنولث المتعلقة بالتوظيف الدولي للعاملين الصحيين التي اعتمدها اجتماع وزراء صحة دول الكومنولث (جنيف، 18 أيار/ مايو 2003)؛

وإذ تلاحظ الأعمال الجارية بشأن هجرة اليد العاملة الدولية في المنظمة الدولية للهجرة واللجنة العالمية المعنية بالهجرة الدولية وغيرهما من الهيئات الدولية؛

وإذ تقر بأهمية الموارد البشرية في تعزيز النظم الصحية وفي النجاح في بلوغ الأهداف المتفق عليها دولياً والواردة في إعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة؛

وإذ تلاحظ بقلق استمرار هجرة الموظفين الصحيين من ذوي المستوى الرفيع من التدريب والمهارة من البلدان النامية وبمعدلات متزايدة إلى بعض البلدان، مما يضعف النظم الصحية في بلدانهم الأصلية؛

وإذ تدرك الأعمال التي يجري القيام بها في منظمات الأمم المتحدة وفي المنظمات الدولية الأخرى والتي ترمي إلى تعزيز قدرات الحكومات على تدبّر تدفقات الهجرة على الصعيدين الوطني والإقليمي، والحاجة إلى اتخاذ المزيد من الإجراءات للتصدي لقضية هجرة موظفي الرعاية الصحية المدربين، على الصعيدين الوطني والدولي كجزء لا يتجزأ من المناهج القطاعية النطاق وغيرها من خطط التنمية الأخرى؛

وإذ تلاحظ أيضاً أن العديد من البلدان النامية مازالت غير مجهزة تقنياً لإجراء تقييم مناسب لمدى تسرب موظفيها الصحيين وسمات هذا التسرب؛

وإذ تقر بالجهود والاستثمارات الهامة التي تسخرها البلدان النامية لتدريب وتنمية الموارد البشرية من أجل الصحة؛

وإذ تقر أيضاً بالجهود التي يجري بذلها لعكس اتجاه هجرة الموظفين الصحيين من البلدان النامية، وإذ تدرك ضرورة زيادة تلك الجهود؛

وإذ يساورها القلق للعبء الإضافي الذي يفرضه كل من الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا وغيرها من مثل هذه الأمراض السارية على القوى العاملة الصحية،

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

1- **تحث** الدول الأعضاء على ما يلي:

(1) وضع استراتيجيات ترمي إلى تخفيف حدة الآثار الضارة الناجمة عن هجرة الموظفين الصحيين وتقليل أثرها السلبي على النظم الصحية إلى أدنى حدّ ممكن؛

(2) رسم وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات التي تتيح استبقاء الموظفين الصحيين بشكل فعال، والتي تشتمل ولا تقتصر على تعزيز الموارد البشرية للتخطيط والإدارة في مجال الصحة، واستعراض المرتبات وتنفيذ مخططات الحوافز؛

(3) الاستفادة من الاتفاقات بين الحكومات في وضع برامج تبادل الموظفين الصحيين كآلية لتدبّر هجرتهم؛

(4) وضع آليات للتخفيف من الآثار السلبية لفقدان الموظفين الصحيين بالنسبة إلى البلدان النامية من خلال الهجرة، بما في ذلك الوسائل المتاحة للبلدان المستقبلة لدعم تقوية النظم الصحية في البلدان الأصلية، ولاسيما في ميدان تنمية الموارد البشرية؛

2- **تطلب إلى** المدير العام ما يلي:

(1) إقامة نظم معلومات – بالتعاون مع البلدان والمؤسسات/ والمنظمات المعنية – والحفاظ على هذه النظم التي ستمكّن الهيئات الدولية الملائمة من رصد حركة الموارد البشرية الخاصة بالصحة بشكل مستقل؛

(2) إجراء البحوث – بالتعاون مع المنظمات الدولية وضمن اختصاصات كل منها، بما فيها منظمة التجارة العالمية – بشأن الهجرة الدولية للموظفين الصحيين، بما في ذلك ما يتصل بالاتفاقات والتحويلات التجارية، وذلك من أجل تحديد أية آثار سلبية والخيارات المحتملة للتصدي لها؛

(3) استكشاف التدابير الإضافية التي قد تساعد على وضع ممارسات عادلة في التوظيف الدولي للموظفين الصحيين، بما في ذلك جدوى وضع صك دولي وتكاليف هذا الصك وملاءمته؛

(4) دعم الدول الأعضاء في تعزيز آلياتها وعملياتها التخطيطية من أجل توفير التدريب الكافي للموظفين لتلبية احتياجاتها؛

(5) وضع مدونة ممارسات[1] بشأن التوظيف الدولي للموظفين الصحيين، ولاسيما من البلدان النامية، وذلك بالتشاور مع الدول الأعضاء وجميع الأطراف المعنية، بما فيها وكالات التنمية، وتقديم تقرير مرحلي عن ذلك إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين؛

(6) دعم الجهود التي تبذلها البلدان عن طريق تيسير الحوار وزيادة التوعية على أعلى المستويات الوطنية والدولية وما بين أصحاب المصلحة فيما يخص هجرة الموظفين الصحيين وآثارها، بما في ذلك دراسة الأساليب التي تتبعها البلدان المستقبلة في التعويض عن فقدان العاملين الصحيين، كالاستثمار في تدريب المهنيين الصحيين؛

1 من المفهوم أن تعبير "مدونة ممارسات" يشير ضمن منظومة الأمم المتحدة إلى صكوك غير ملزمة قانونياً.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# المقررات الإجرائية

## ج ص ع٥٧(١) تشكيل لجنة أوراق الاعتماد

عينت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون لجنة لأوراق الاعتماد تتألف من مندوبي الدول الأعضاء الاثنتي عشرة التالية: النمسا، بليز، كندا، جيبوتي، غامبيا، الهند، إيطاليا، كينيا، مالي، ميانمار، بابوا غينيا الجديدة، أوزبكستان.

(الجلسة العامة الأولى، ١٧ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

## ج ص ع٥٧(٢) تشكيل لجنة الترشيحات

انتخبت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون لجنة للترشيحات تتكون من مندوبي الدول الأعضاء التالية: البحرين، بروني دار السلام، بوركينا فاصو، جمهورية الصين الشعبية، جمهورية الكونغو الديمقراطية، إريتريا، إستونيا، فرنسا، غيانا، إسرائيل، المكسيك، ولايات ميكرونيزيا الموحدة، مونـاكو، موزامبيق، نيكاراغوا، بيرو، الاتحاد الروسي، سري لانكا، سوازيلند، تايلند، تونس، أوغندا، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، أوروغواي، والدكتور خانداكير مشرف حسين، بنغلاديش (رئيس جمعية الصحة العالمية السادسة والخمسين، بحكم منصبه).

(الجلسة العامة الأولى، ١٧ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

## ج ص ع٥٧(٣) انتخاب أعضاء مكتب جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين

انتخبت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، بعد دراسة توصيات لجنة الترشيحات، أعضاء المكتب التالين:

**الرئيس:** السيد محمد ناصر خان (باكستان)

**نواب الرئيس:** الدكتور م. إ. تشابالالا - مسيمانغ (جنوب أفريقيا)
السيدة آ. دافيد - أنطوان (غرينادا)
السيد س. بوغويف (بلغاريا)
الدكتور ر. ماريا. دي أراوجو (تيمور- لستي)
الدكتور تشاوا سوي ليك (ماليزيا)

(الجلسة العامة الأولى، ١٧ أيار/ مايو ٢٠٠٤)



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع٥٧(٤) انتخاب أعضاء مكتبي اللجنتين الرئيسيتين

انتخبت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، بعد دراسة توصيات لجنة الترشيحات، عضوي مكتب اللجنتين الرئيسيتين التاليين:

**اللجنة "أ":** **الرئيس** الدكتور بونميك دالالوي (جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية)

**اللجنة "ب":** **الرئيس** الدكتور جيغمي سنغاي (بوتان)

(الجلسة العامة الأولى، ١٧ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

ثم انتخبت اللجنتان الرئيسيتان أعضاء مكتب الجمعية التالين:

**اللجنة "أ":** **نائبا الرئيس** الدكتور د. سلاتير (سانت فنسنت وغرينادين)
السيدة أ. فان بولهويس (هولندا)

**المقرر** الأستاذ م. ميزانور رحمن (بنغلاديش)

**اللجنة "ب":** **نائبا الرئيس** الأستاذ ن. م. نالي (جمهورية أفريقيا الوسطى)
الدكتور سعد الخرابشة (الأردن)

**المقرر** السيدة ز. جاكيب (هنغاريا)

(الجلستان الأوليان للجنتين "أ" و"ب"، ١٨ و٢٠ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

## ج ص ع٥٧(٥) إنشاء اللجنة العامة

انتخبت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، بعد دراسة توصيات لجنة الترشيحات، مندوبي البلدان السبعة عشر التالية أعضاء في اللجنة العامة: بوتسوانا، تشاد، شيلي، جمهورية الصين الشعبية، كوبا، فرنسا، أيرلندا، كازاخستان، ليبيريا، الجماهيرية العربية الليبية، النيجر، نيجيريا، الاتحاد الروسي، ترينيداد وتوباغو، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، الولايات المتحدة الأمريكية، اليمن.

(الجلسة العامة الأولى، ١٧ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

## ج ص ع٥٧(٦) إقرار جدول الأعمال

أقرت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون جدول الأعمال المؤقت الذي أعده المجلس التنفيذي في دورته الثالثة عشرة بعد المائة بعد حذف بند واحد وثلاثة بنود فرعية وإضافة بند واحد تكميلي.

(الجلسة العامة الثانية، ١٧ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع٥٧(٧) فحص أوراق الاعتماد

أقرت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون صحة أوراق اعتماد الوفود التالية: أفغانستان؛ ألبانيا؛ الجزائر؛ أندورا؛ أنغولا؛ أنتيغوا وبربودا ؛ الأرجنتين؛ أرمينيا؛ أستراليا؛ النمسا؛ آذربيجان؛ جـزر البهامـا؛ البحرين؛ بنغلاديش؛ بربادوس؛ بيلاروس؛ بلجيكا؛ بليز؛ بنن؛ بوتان؛ بوليفيا؛ البوسنة والهرسـك؛ بوتـسوانا؛ البرازيل؛ بروني دار السلام؛ بلغاريا؛ بوركينا فاصو؛ بوروندي؛ كمبوديا؛ الكاميرون؛ كندا؛ الرأس الأخضر؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ تشاد؛ شيلي؛ الصين؛ كولومبيا؛ الكونغو؛ جزر كوك؛ كوستاريكا؛ كـوت ديفـوار؛ كرواتيا؛ كوبا؛ قبرص؛ الجمهورية التشيكية؛ جمهورية كوريا الديمقراطيـة الـشعبية؛ جمهوريـة الكونغـو الديمقراطية؛ الدانمرك؛ جيبوتي؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ مـصر؛ الـسلفادور؛ غينيـا الاسـتوائية؛ إريتريا؛ إستونيا؛ إثيوبيا؛ فيجي؛ فنلندا؛ فرنسا؛ غابون؛ غامبيا؛ جورجيا؛ ألمانيا؛ غانـا؛ اليونـان؛ غرينـادا؛ غواتيمالا؛ غينيا؛ غينيا- بيساو؛ غيانا؛ هايتي؛ هندوراس؛ هنغاريا؛ أيسلندا؛ الهند؛ إندونيسيا؛ جمهورية إيران الإسلامية؛ العراق؛ أيرلندا؛ إسرائيل؛ إيطاليا؛ جامايكا؛ اليابان؛ الأردن؛ كازاخستان؛ كينيا؛ كيريباتي؛ الكويت؛ قيرغيزستان؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ لاتفيا؛ لبنان؛ ليسوتو؛ ليبيريا؛[1] الجماهيرية العربية الليبيـة؛ ليتوانيا؛ لكسمبرغ؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ ماليزيا؛ ملديف؛ مالي؛ مالطة؛ جزر مارشال؛ موريتانيا؛ موريـشيوس؛ ولايات ميكرونيزيا الموحدة؛ المكسيك؛ موناكو؛ منغوليا؛ المغرب؛ موزامبيق؛ ميانمار؛ ناميبيا؛ نيبال؛ هولندا؛ نيوزيلندا؛ نيكاراغوا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ النرويج؛ عمان؛ باكستان؛ بالاو؛ بنما؛ بابوا غينيا الجديدة؛ بـاراغواي؛ بيرو؛ الفلبين؛ بولندا؛ البرتغال؛ قطر؛ جمهورية كوريا؛ جمهورية مولدوفا؛ رومانيا؛ الاتحاد الروسي؛ رواندا؛ سانت كيتس ونيفيس؛ سانت لوسيا؛ سانت فنسنت وغرينادين؛ ساموا؛ سان مارينو؛ سان تـومي وبرنـسيبي؛ المملكة العربية السعودية؛ السنغال؛ صربيا والجبل الأسود؛ سيشيل؛ سيراليون؛ سنغافورة؛ سلوفاكيا؛ سلوفينيا؛ جزر سليمان؛ الصومال؛ جنوب أفريقيا؛ أسبانيا؛ سري لانكا؛ السودان؛ سوازيلند؛ السويد؛ سويسرا؛ الجمهورية العربية السورية؛ تايلند؛ جمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة؛ تيمور- لـستي؛ توغـو؛ تونغـا؛ ترينيـداد وتوباغو؛ تونس؛ تركيا؛ تركمانستان؛ توفالو؛ أوغندا؛ أوكرانيا؛ الإمارات العربية المتحدة؛ المملكـة المتحـدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ الولايات المتحـدة الأمريكيـة؛ أوروغـواي؛ أوزباكستان؛ فنزويلا؛ فييت نام؛ اليمن؛ زامبيا؛ زمبابوي.

(الجلستان العامتان الرابعة والسابعة، ١٩ و٢١ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

## ج ص ع٥٧(٨) انتخاب الدول الأعضاء التي لها حق تعيين شخص للعمل عضواً فـي المجلـس التنفيذي

بعد دراسة توصيات اللجنة العامة،[2] انتخبت جمعية الصحة العالميـة الـسابعة والخمـسون الـدول الأعضاء التالية باعتبارها دولاً أعضاء لها حق تعيين شخص للعمل عضواً في المجلس التنفيـذي: أسـتراليا، البحرين، بوليفيا، البرازيل، جامايكا، كينيا، ليسوتو، الجماهيرية العربية الليبية، لكسمبرغ، رومانيـا، تايلنـد، تونغا.

(الجلسة العامة السابعة، ٢١ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

---

١ قبلت أوراق اعتمادها مؤقتاً.

٢ الوثيقة ج٣٨/٥٧.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

### ج ص ع٥٧(٩) حقوق الملكية الفكرية والابتكارات والصحة العمومية

قررت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون أن تطلب إلى المدير العام تأجيل تقديم التقرير الختامي عن حصيلة عمل اللجنة المعنية بحقوق الملكية الفكرية والابتكارات والصحة العمومية، والتي أنشئت بموجب القرار ج ص ع٥٦-٢٧، حتى دورة المجلس التنفيذي السابعة عشرة بعد المائة (كانون الثاني/ يناير ٢٠٠٦) لأن إتمام عمل اللجنة يتطلب مدة إضافية.

(الجلسة العامة السابعة، ٢١ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

### ج ص ع٥٧(١٠) مخصصات الأقاليم من الميزانية العادية

بعد النظر في التقرير المتعلق بمخصصات الأقاليم من الميزانية العادية،[١] ومع الإحاطة علماً بالتوصيات الواردة في الفقرة ٢١، قررت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون أن تطلب إلى المدير العام أن يضع، بالتشاور مع الدول الأعضاء والأقاليم، مبادئ إرشادية تستند إلى معايير موضوعية وتطبق في تخصيص الأموال من جميع الموارد، مع مراعاة العدالة والكفاءة والأداء وتقديم الدعم إلى أشد البلدان احتياجاً، ولاسيما أقل البلدان نمواً، لينظر فيها المجلس التنفيذي في دورته الخامسة عشرة بعد المائة.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٢ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

### ج ص ع٥٧(١١) تعيين ممثلين في لجنة المعاشات التقاعدية لموظفي منظمة الصحة العالمية

عينت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون الدكتور ج. لاريفيير، مندوب كندا، عضواً، والدكتور أ. أ. يوسف مندوب ملديف، عضواً بديلاً، وذلك لمدة ثلاث سنوات لكل منهما حتى أيار/ مايو ٢٠٠٧.

وعينت الجمعية أيضاً الدكتور ل. ولكاتاكيريوا مندوب فيجي، عضواً للمدة المتبقية من مدة عضوية السيد ل. روكوفادا، أي حتى أيار/ مايو ٢٠٠٥.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٢ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

### ج ص ع٥٧(١٢) السياسة الخاصة بالعلاقات مع المنظمات غير الحكومية

قررت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون إرجاء النظر في السياسة الجديدة الخاصة بالمنظمات غير الحكومية[٢] من أجل إعطاء المدير العام الوقت الكافي للتشاور مع جميع الأطراف المهتمة بهدف التوصل إلى توافق آراء بشأن أحكام القرار المعني الذي سيقدم إلى إحدى جمعيات الصحة اللاحقة عن طريق المجلس التنفيذي.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٢ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

---

١ الوثيقة ج٥٧/٢٤.

٢ الوثيقة ج٥٧/٣٢.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## ج ص ع٥٧(١٣) اختيار البلد الذي ستعقد فيه جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون

قررت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، عملاً بالمادة ١٤ من الدستور، أن تعقد جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون في سويسرا.

(الجلسة العامة الثامنة، ٢٢ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

## ج ص ع٥٧(١٤) تقريرا المجلس التنفيذي عن دورتيه الثانية عشرة بعد المائة والثالثة عشرة بعد المائة

أحاطت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون علماً، بعد استعراضها لتقريري المجلس التنفيذي عن دورتيه الثانية عشرة بعد المائة[١] والثالثة عشرة بعد المائة[٢]، بالتقريرين المذكورين وأثنت على العمل الذي أنجزه المجلس وأعربت عن تقديرها للتفاني الذي أبداه المجلس في الاضطلاع بالمهام الموكولة إليه.

(الجلسة العامة التاسعة، ٢٢ أيار/ مايو ٢٠٠٤)

- - - - - - - - - - -

١ الوثيقة م ت١١٢/٢٠٠٣/ سجلات/١.

٢ الوثيقتان م ت١١٣/٢٠٠٤/ سجلات/١ وم ت١١٣/٢٠٠٤/ سجلات/٢ (النص الإنكليزي).

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# الملاحق

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# الملحق ١

# الاتفاق المبرم بين المكتب الدولي للأوبئة الحيوانية (المكتب) ومنظمة الصحة العالمية (المنظمة)[١]

[ ج٢٨/٥٧، الملحق - ٨ نيسان/ أبريل ٢٠٠٤ ]

رغبة من منظمة الصحة العالمية (ويشار إليها أدناه بالمنظمة) والمكتب الدولي للأوبئة الحيوانية (ويشار إليه أدناه بالمكتب) في تنسيق جهودهما من أجل تعزيز وتحسين الصحة العمومية البيطرية والسلامة والأمن الغذائيين، والتعاون الوثيق عملاً على تحقيق هذه الغاية

فقد وافقا على ما يلي:

***المادة ١***

١-١ تتوافق المنظمة والمكتب على التعاون الوثيق في الشؤون ذات الاهتمام المشترك المتصلة بمجالات تخصصهما كما تحددها وثائقهما التأسيسية وبموجب القرارات التي تتخذها أجهزتهما الرئاسية.

***المادة ٢***

١-٢ تحيل المنظمة إلى المكتب، لغرض التعميم على البلدان الأعضاء فيه، القرارات ذات الصلة التي تتخذها جمعية الصحة العالمية وتوصيات المشاورات ذات الصلة التي تجريها المنظمة، والحلقات العملية وسائر الاجتماعات الرسمية للمنظمة.

٢-٢ يحيل المكتب إلى المنظمة، لغرض التعميم على الدول الأعضاء فيها، التوصيات والقرارات التي تتخذها لجنته الدولية وكذلك توصيات المشاورات ذات الصلة التي يجريها المكتب، والحلقات العملية وسائر الاجتماعات الرسمية للمكتب.

٣-٢ تشكل هذه القرارات والتوصيات التي ترسل لكي تنظر فيها الهيئات التابعة للمنظمتين (ويشار إليهما أدناه بالطرفين) أساساً للإجراءات الدولية المنسقة بين الطرفين.

***المادة ٣***

١-٣ يُدعى ممثلون ينوبون عن المنظمة إلى حضور اجتماعات اللجنة الدولية للمكتب ومؤتمراته الإقليمية وللمشاركة دون تصويت في مداولات تلك الهيئات فيما يخص بنود جداول أعمالها التي تهم المنظمة.

---

[١] انظر القرار ج ص ع٥٧-٧.



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

٢-٣ يُدعى ممثلون ينوبون عن المكتب إلى حضور دورات المجلس التنفيذي وجمعية الصحة العالمية ولجان المنظمة الإقليمية وإلى المشاركة دون تصويت في مداولات تلك الهيئات فيما يخص بنود جداول أعمالها التي تهم المكتب.

٣-٣ تتخذ ترتيبات مناسبة بموجب اتفاق بين المدير العام للمنظمة والمدير العام للمكتب من أجل مشاركة المنظمة والمكتب في الاجتماعات الأخرى ذات الصفة غير الرسمية التي تنعقد برعايتهما للنظر في الشؤون التي تهم الطرف الثاني؛ ويشمل ذلك بصفة خاصة الاجتماعات التي تؤدي إلى تحديد القواعد والمعايير.

٤-٣ يتفق الطرفان على تجنب عقد اجتماعات ومؤتمرات تتناول المسائل ذات الاهتمام المشترك دون استشارة مسبقة للطرف الثاني.

## *المادة ٤*

تتعاون المنظمة والمكتب في المجالات ذات الاهتمام المشترك وبصفة خاصة بواسطة السبل التالية:

١-٤ تبادل التقارير والمطبوعات وسائر المعلومات الأخرى، وبصفة خاصة التبادل الذي يجري في الوقت المناسب للمعلومات بشأن فاشيات الأمراض الحيوانية المنشأ والمنقولة بالغذاء. ويتخذ الطرفان ترتيبات خاصة من أجل تنسيق الاستجابة لفاشيات الأمراض الحيوانية المنشأ و/ أو المنقولة بالغذاء ذات الأهمية المسلّم بها أو المحتملة للصحة العمومية.

٢-٤ التنظيم، على أساس إقليمي وعالمي، لاجتماعات ومؤتمرات تتناول الأمراض الحيوانية المنشأ والمنقولة بالغذاء والمسائل ذات الصلة بممارسات خاصة بعلاف الحيوان ومقاومة المضادات الجرثومية المرتبطة بالاستعمال المتروى فيه للمضادات الجرثومية في تربية الحيوان وسياسات وبرامج احتوائها/ مكافحتها.

٣-٤ التطوير المشترك للبرامج الوطنية والإقليمية والعالمية لمكافحة أو استئصال أهم الأمراض الحيوانية المنشأ والمنقولة بالغذاء والقضايا ذات الاهتمام المشترك التي تنشأ/ أو التي تعاود الظهور، والدعوة إلى تلك البرامج ودعمها تقنياً.

٤-٤ ترويج تعليم الصحة العمومية البيطرية وتطبيقها العملي، لاسيما في البلدان النامية، والتعاون تعاوناً فعالاً بين قطاعي الصحة العمومية والصحة الحيوانية/ البيطرية.

٥-٤ تعزيز أنشطة البحث المعنية بالأمراض الحيوانية المنشأ والصحة العمومية البيطرية والسلامة الغذائية، وتنسيقها على الصعيد الدولي.

٦-٤ تشجيع التعاون وتوطيده بين شبكة المراكز والمختبرات المرجعية التابعة للمكتب وشبكة المراكز والمختبرات المرجعية المشاركة التابعة للمنظمة من أجل تعزيز دعمها للدول الأعضاء في المنظمة والبلدان الأعضاء في المكتب بشأن المسائل ذات الاهتمام المشترك.

## *المادة ٥*

١-٥ تتولى المنظمة والمكتب، أثناء إعدادهما لبرامج عملهما، تبادل مشاريع برامجهما لغرض إبداء الملاحظات بشأنهما.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

٢-٥ يراعي كل طرف توصيات الطرف الآخر في إعداد البرنامج النهائي لغرض تقديمه إلى جهازه الرئاسي.

٣-٥ تعقد المنظمة والمكتب اجتماعاً تنسيقياً سنوياً واحداً لكبار المسؤولين من المقرين الرئيسيين و/ أو الممثلين الإقليميين.

٤-٥ يضع الطرفان الترتيبات الإدارية اللازمة لتنفيذ هذه السياسات، وذلك كتبادل الخبراء، والتنظيم المشترك للاجتماعات واللقاءات التقنية، والتدريب المشترك للموظفين الصحيين والبيطريين.

## المادة ٦

١-٦ يدخل هذا الاتفاق حيز التنفيذ اعتباراً من تاريخ التوقيع عليه من قبل المدير العام للمنظمة والمدير العام للمكتب، وبناء على موافقة اللجنة الدولية للمكتب وجمعية الصحة العالمية.

٢-٦ يجوز تعديل هذا الاتفاق بموجب قبول متبادل يجري الإعراب عنه كتابياً. ويجوز أيضاً إنهاؤه من قبل أي من الطرفين ويمنح الطرف الآخر إخطاراً كتابياً يمهله ستة أشهر.

## المادة ٧

١-٧ يحل هذا الاتفاق محل الاتفاق المبرم بين المنظمة والمكتب الذي اعتمدته المنظمة في ٤ آب/ أغسطس ١٩٦٠ واعتمده المكتب في ٨ آب/ أغسطس ١٩٦٠.

اعتمدته منظمة الصحة العالمية في ١٨ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٢ والمكتب الدولي للأوبئة الحيوانية في ٢٦ أيار/ مايو ٢٠٠٣

الدكتور د. ل. هيمان
المدير التنفيذي
الأمراض السارية

الدكتور ب. فالات
المدير العام

- - - - - - - - - - -

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# الملحق ٢

# استراتيجية تسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية المتصلة بالصحة الإنجابية[١]

[ ج٥٧/١٣، الملحق - ١٥ نيسان/ أبريل ٢٠٠٤ ]

## مقدمة

١- إن التمتع بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية[٢] من الضرورات الأساسية للأفراد والأزواج والأسر والتنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات والأمم. وبالنظر لمشاعر القلق التي أُبديت إزاء بطء التقدم في تحسين الصحة الإنجابية والجنسية على مدى العقد الماضي، وإدراكاً لأن الأهداف الإنمائية الدولية لا يتسنى تنفيذها إلا من خلال الالتزام المتجدد من قبل المجتمع الدولي، فقد اعتمدت جمعية الصحة العالمية الخامسة والخمسون القرار ج ص ع٥٥-١٩ الذي يطلب إلى منظمة الصحة العالمية وضع استراتيجية لتسريع التقدم نحو بلوغ المرامي والأهداف الإنمائية الدولية ذات الصلة بالصحة الإنجابية. وقد ذكر القرار وأقر بالبرامج وخطط العمل التي اتفقت عليها الحكومات في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، ١٩٩٤) وفي مؤتمر الأمم المتحدة العالمي الرابع المعني بالمرأة (بيجينغ، ١٩٩٥) وفي المؤتمرين الراميين إلى متابعتهما، واللذين يُعقدان كل خمس سنوات.[٣]

٢- واستجابةً للقرار ج ص ع٥٥-١٩، وبعد إجراء مشاورات مع الدول الأعضاء والشركاء، وقّعت منظمة الصحة العالمية استراتيجية تستند إلى الإجراءات التي تتخذها الدول الأعضاء عملاً بالقرار ج ص ع٤٨-١٠ (بشأن الصحة الإنجابية: دور منظمة الصحة العالمية في الاستراتيجية العالمية) الذي حثّ الدول الأعضاء على زيادة تطوير وتعزيز برامجها في مجال الصحة الإنجابية.

٣- وقد أعدت الاستراتيجية المقدمة في هذه الوثيقة لتوجيهها إلى دائرة واسعة من واضعي السياسات في الحكومات والوكالات الدولية والرابطات المهنية والمنظمات غير الحكومية وغيرها من المؤسسات. ويبين الجزء الأول التباينات الرئيسية بين الأهداف العالمية والحقائق في العالم، ويصف العقبات الأساسية التي تعوق التقدم، مع الإشارة على وجه الخصوص إلى الإجحاف لأسباب تتعلق بنوع الجنس الاجتماعي والفقر وتعرض المراهقين للمخاطر المحتملة. أما الجزء الثاني فيعرض الاستراتيجية التي استُرشد في إعدادها بمبادئ قائمة على حقوق الإنسان الدولية. وهو يسلط الضوء على الجوانب الأساسية لخدمات الصحة الإنجابية والصحة الجنسية، ويقترح على البلدان وعلى المنظمة طُرقاً لاتباع نهوج ابتكارية في هذا الصدد. ويُختتم ذلك الجزء بالتأكيد مجدداً على الالتزام المؤسسي من منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع شركائها من أجل

---

١ انظر القرار ج ص ع٥٧-١٢.

٢ تعريف الصحة الإنجابية الذي تقترحه منظمة الصحة العالمية، والذي جرت الموافقة عليه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، ١٩٩٤) يشمل الصحة الجنسية (انظر الإطار).

٣ الدورة الاستثنائية الحادية والعشرون للجمعية العامة للأمم المتحدة من أجل استعراض وتقييم شاملين لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (نيويورك، ١٩٩٩) والدورة الاستثنائية الثالثة والعشرون للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن المرأة ٢٠٠٠: المساواة بين الجنسين والتنمية والسلام في القرن الحادي والعشرين (نيويورك، ٢٠٠٠).



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

تشجيع ودعم الدول الأعضاء في جهودها الرامية إلى بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية الصادرة عن الأمم المتحدة والمرامي والأهداف الأخرى المتفق عليها دولياً فيما يتصل بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية.

## أولاً: الأهداف العالمية والحقائق في العالم

٤- تُعد الأهداف الإنمائية للألفية التي نشأت عن إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية الـذي اعتمدتـه ١٨٩ دولة عضواً في عام ٢٠٠٠، بمثابة إطار دولي جديد لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق استدامة التنمية والقضاء على الفقر. ومن بين الأهداف الثمانية هناك ثلاثة أهداف ذات صلة مباشرة بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية - وهي تخفيض معدل وفيات الأطفال، وتحسين صحة الأمهات، ومكافحة الأيدز والعدوى بفيروسه - بينمـا هناك أربعة أهداف أخرى هي - القضاء على الفقر المدقع والجوع، وتحقيق تعميم التعليم الابتدائي، وتعزيـز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وكفالة الاستدامة البيئية - توجد علاقة وثيقة بينها وبين الصحة، بما في ذلك الصحة الإنجابية. ومن بين الغايات المحددة هناك الغايات التالية:

- تخفيض معدل وفيات الأمومة بنسبة ثلاثة أرباع في الحقبة ما بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥؛
- تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة الثلثين في الحقبـة مـا بـين عـامي ١٩٩٠ و٢٠١٥؛
- وقف استشراء الأيدز والعدوى بفيروسه بحلول عام ٢٠١٥ وبدء انحساره اعتبـاراً مـن ذلـك التاريخ.

٥- وفي عام ١٩٩٩ تم الاتفاق على نقاط مرجعية رئيسية أخرى في الدورة الاستثنائية الحادية والعشرين للجمعية العامة للأمم المتحدة المعقودة من أجل استعراض وتقييم شاملين لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الـدولي للسكان والتنمية. فعلى سبيل المثـال ينبغي بحلول عام ٢٠١٥ أن تبلغ نسبة الولادات التـي تـتم بمـساعدة أخصائيي توليد مهرة ٩٠٪ من جميع الولادات في جميع أنحاء العالم، على ألا تقل هذه النسبة عن ٦٠٪ فـي البلدان التي تسجل فيها معدلات مرتفعة لوفيات الأمومة.[١]

٦- ويتضمن تعريف الصحة الإنجابية المعتمد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ (انظر الإطار) السمات الضرورية التي تجعل الصحة الإنجابية والصحة الجنسية مجالاً فريداً مقارنة بسائر مجـالات الصحة. فالصحة الإنجابية يتسع نطاقها ليشمل فترة ما قبل سن الإنجاب وفترة ما بعـد الإنجـاب وتـرتبط ارتباطاً وثيقاً بعوامل اجتماعية ثقافية وبأدوار الجنسين في الحيـاة وبـاحترام وحمايـة حقـوق الإنـسان، وخصوصاً، وليس فقط، احترام وحماية حقوق الإنسان فيما يتعلق بالحياة الجنسية والعلاقات الشخصية.

٧- وكان اعتماد هذه التعريفات الشاملة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إيذاناً ببداية عصر جديد، كما أن الإنجازات التي تحققت في العقد الماضي كثيرة وعميقة الأثر. فقد حظي مفهـوم الـصحة الإنجابيـة والصحة الجنسية مع استثناءات قليلة، على سبيل المثال، بقبول واسع ويُبدئ استعماله مـن قبـل الهيئـات الصحية والإنمائية الدولية والحكومات والمنظمات غير الحكومية وغيرها مـن الأطـراف. وتـم تحديـد سياسات وبرامج صحية جديدة في جُلّ البلدان. وأدى اعتمادها إلى حدوث تغيرات كبيرة في بعض البلدان في الطرق التقليدية لتقديم خدمات صحة الأم والطفل أو خدمات تنظيم الأسرة.

١ وثيقة الأمم المتحدة A/S-21/5/Add.1، الفقرة ٦٤.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

**الصحة الإنجابية والصحة الجنسية والحقوق المتصلة بهما كما عرفها برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية[1]**

"الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمناً، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارانها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكّن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة. وتمشياً مع تعريف الصحة الإنجابية سالف الذكر، تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية. وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي." (الفقرة ٧-٢)

"وبمراعاة التعريف السابق، تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلاً في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقاً دولياً في الآراء. وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان... ." (الفقرة ٧-٣)

---

١ وثيقة الأمم المتحدة A/CONF.171/13: تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

٨- وبعد هذا التصور والالتزام بتوفير الصحة الإنجابية والصحة الجنسية، أقيمت شراكات جديدة على كل من المستوى الوطني والإقليمي والعالمي. وتم أيضاً جمع قرائن جديدة في مجالات كانت مهملة، مثل عبء المرض الناجم عن اعتلال الصحة الإنجابية والصحة الجنسية وعلاقته بالفقر، ومثل العنف لأسباب تتعلق بنوع الجنس الاجتماعي. وحدثت زيادة كبيرة في عدد أفضل الممارسات القائمة على قرائن في مجال الرعاية الخاصة بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية، واتسع نطاق البحوث السريرية والسلوكية ونطاق المعايير والقواعد والمبادئ التوجيهية المعترف بها دولياً.

٩- وتبين من التجارب أن بإمكان النهوج الابتكارية المعدة لبلدان محددة أن تقلل بصورة كبيرة، حتى في الظروف التي ينخفض فيها الدخل، من معدلات وفيات ومراضة الأمومة على سبيل المثال. ويتمثل التحدي المطروح الآن في وضع استراتيجيات وطنية ابتكارية جديدة لتيسير الحصول على الخدمات الصحية لأشد الناس احتياجاً إليها، مثل المراهقين والفقراء، بغية بلوغ الأهداف الدولية. وفي الوقت الحاضر تعاني بلدان كثيرة من معدلات عالية باستمرار لوفيات ومراضة الأمومة وللوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، ولعدوى الجهاز التناسلي والعدوى المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري وحالات الحمل غير

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

المرغوب فيه والإجهاض غير المأمون والسلوكيات الجنسية غير المأمونة، مثلما توضحه البيانات الواردة أدناه.

## الوضع في العالم

### الحمل والولادة وصحة المواليد

١٠- في كل عام يعاني نحو ثمانية ملايين امرأة حامل، من إجمالي عدد الحوامل البالغ نحو ٢١٠ ملايين امرأة، من مضاعفات تتعلق بالحمل وتهدد الحياة، ويعاني كثير منهن من حالات مراضة وعجز طويلة الأمد. ففي عام ٢٠٠٠ لقيت حوالي ٥٢٩ ٠٠٠ امرأة حتفهن أثناء الحمل والولادة لأسباب يمكن الوقاية منها إلى حد بعيد. وخلال العقد الماضي لم يطرأ أي تغير يُذكر على معدل وفيات الأمومة في العالم.

١١- وهناك تباينات إقليمية شديدة حيث يحدث ٩٩٪ من وفيات الأمومة هذه في البلدان النامية ويبلغ معدل احتمالات الوفاة على مدى العمر نتيجة أسباب تتعلق بالأمومة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى امرأة لكل ١٦ امرأة، أما في جنوب شرق آسيا فهو يبلغ امرأة لكل ٥٨ امرأة، مقابل امرأة لكل ٤٠٠٠ امرأة في البلدان الصناعية.

١٢- وينجم معظم وفيات الأمهات عن مضاعفات تحدث أثناء الولادة (مثل المخاض المتعسر للغاية، ولاسيما في بواكير الحمل الأول، والنزف ومضاعفات فرط ضغط الدم)، أو في فترة ما بعد الوضع مباشرة (التقيح والنزف)، أو بعد عملية إجهاض تمت على نحو غير مأمون. والعوامل التي يشيع ارتباطها بهذه الوفيات هي عدم وجود عاملين صحيين متخصصين[1] أثناء الولادة، وانعدام الخدمات القادرة على توفير الرعاية في حالات الطوارئ الخاصة بالتوليد والتعامل مع مضاعفات الإجهاض الذي يتم على نحو غير مأمون، وبالإضافة إلى نُظم الإحالة غير الفعالة.

١٣- ويضع ما يربو على ٥٠٪ من النساء اللائي يعشن في أفقر مناطق العالم مواليدهن دون مساعدة من أخصائيي توليد مهرة، وتتجاوز هذه النسبة ٨٠٪ في بعض البلدان. وفي منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى لم يطرأ أي تغيير على هذه النسبة على مدى العقد الماضي. وتتوافر في البلدان الصناعية خدمات الرعاية في مرحلة الحمل وهي تتقدم على نطاق واسع. وعلى النقيض من ذلك لم يحصل في أواخر التسعينيات نحو نصف الحوامل في جنوبي آسيا ولا ثلث الحوامل في غربي آسيا ولا في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى على أية رعاية قبل الولادة على الإطلاق، مقارنة بأقل من خُمس الحوامل في شرقي آسيا وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

١٤- ومن بين وفيات الأطفال دون الخامسة، والبالغ عددها ١٠,٨ مليون حالة وفاة تحدث ثلاثة ملايين حالة وفاة خلال الأيام السبعة الأولى من عمر الوليد. وعلاوة على ذلك يقدر عدد من يولدون ميتين بما يبلغ ٢,٧ مليون طفل. ويتعلق كثير من هذه الوفيات بضعف صحة المرأة وبنقص الرعاية أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الوضع. ولم يطرأ أي تغيير على معدل وفيات المواليد (أي الوفيات في الأيام الثمانية والعشرين الأولى) في البلدان النامية منذ أوائل الثمانينات حيث ظل هذا المعدل يبلغ نحو ٣٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي. وعلاوة على ذلك فإن موت الأم يمكن أن يعرض بقاء أبنائها على قيد الحياة لخطر جسيم.

[1] يشير مصطلح "أخصائي التوليد الماهر" أو "العامل الصحي الماهر" إلى عاملين صحيين، مثل القابلات أو الأطباء أو الممرضات، من ذوي التدريب والتأهيل فيما يخص المهارات اللازمة لإدارة الولادات الطبيعية وفترة ما بعد الولادة مباشرة، ويستطيعون تبين المضاعفات، ويضطلعون عند اللزوم بإدارة حالات الطوارئ و/ أو يحيلون الحالة إلى مستوى أعلى من الرعاية الصحية.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## تنظيم الأسرة

١٥- لقد زاد استعمال موانع الحمل زيادة كبيرة في كثير من البلدان النامية، ويكاد مستوى استعمالها، في بعض البلدان النامية يبلغ ما هو ممارس في البلدان المتقدمة. ومع ذلك تشير المسوحات المضطلع بها إلى أن هناك، في البلدان النامية والبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية، ما يزيد على ١٢٠ مليون من الأزواج الذين لا يحصلون على احتياجاتهم من موانع الحمل على الرغم من إبدائهم رغبتهم في تجنب حدوث الحمل في المستقبل أو رغبتهم في المباعدة بين حالات الحمل في المستقبل.

١٦- وتتراوح نسبة النساء المتزوجات اللائي لا تُلبى احتياجاتهن هذه إلى تنظيم الأسرة (بمن فيهن النساء اللائي لهن علاقات جنسية) بين ٩٪ و٣٩٪. وتشير البيانات إلى أن المراهقين والبالغين غير المتزوجين والذين لهم نشاط جنسي يعانون هم كذلك من وجود احتياجات غير ملباة. وهناك، كل عام ٨٠ مليون امرأة يحملن دون قصد أو رغبة، وبعض حالات الحمل هذه يحدث نتيجة فشل موانع الحمل، حيث لا توجد موانع حمل فعالة بنسبة ١٠٠٪.

## الإجهاض الذي يتم على نحو غير مأمون

١٧- تتوضع نهاية لنحو ٤٥ مليون حالة حمل غير مقصود سنوياً، ويبلغ عدد حالات إجهاضها الذي يتم على نحو غير مأمون ١٩ مليون حالة؛[١] ويحدث ٤٠٪ من كل حالات الإجهاض التي تتم على نحو غير مأمون لشابات بين سن الخامسة عشرة والرابعة والعشرين. وتودي حالات الإجهاض التي تتم على نحو غير مأمون بحياة ٦٨ ٠٠٠ امرأة سنوياً، وهو ما يشكل نسبة ١٣٪ من كل الوفيات ذات الصلة بالحمل. وبالإضافة إلى ذلك يرتبط الإجهاض الذي يتم على نحو غير مأمون بحالات مراضة شديدة. وتشير الدراسات، على سبيل المثال، إلى أن ما لا يقل عن امرأة من بين كل خمس نساء ممن يتعرضن لإجهاض غير مأمون تعاني من عدوى الجهاز التناسلي نتيجة لهذا الإجهاض. وبعض حالات العدوى هذه يكون خطيراً ويؤدي إلى العقم.

## حالات العدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس الأيدز وعدوى الجهاز التناسلي

١٨- تشير التقديرات إلى أن عدد الحالات الجديدة من العدوى بجراثيم منقولة جنسياً يبلغ ٣٤٠ مليون حالة سنوياً يمكن علاجها غالباً. ويُترك كثير منها دون علاج نظراً لصعوبة تشخيصها ولعدم توافر خدمات وافية بالغرض وميسورة التكلفة. وبالإضافة إلى ذلك تحدث سنوياً ملايين الحالات التي تكون غالباً حالات عدوى فيروسية غير قابلة للشفاء، بما في ذلك خمسة ملايين حالة جديدة من عدوى الأيدز، تحدث ٦٠٠ ٠٠٠ حالة منها للرضع نتيجة انتقال الفيروس من أمهاتهم إليهم.

١٩- وثمة صلة وثيقة بين العدوى المنقولة جنسياً بفيروس الورم الحليمي البشري وبين سرطان عنق الرحم، والذي يتم تشخيصه لدى ما يربو على ٤٩٠ ٠٠٠ امرأة ويتسبب في وفاة ٢٤٠ ٠٠٠ امرأة سنوياً. ويحدث ثلاثة أرباع حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم في البلدان النامية حيث هناك قصور أو نقص خطير في برامج الفحص والعلاج.

٢٠- ويحدث سنوياً ما يربو على ١٠٠ مليون حالة عدوى منقولة جنسياً، يمكن غالباً الشفاء منها، لدى الشباب بين سن الخامسة عشرة والرابعة والعشرين. وتسهل حالات العدوى هذه الإصابة بفيروس العوز

---

[١] حالات الإجهاض غير المأمون عبارة عن إجراء يرمي إلى إنهاء حمل غير مرغوب من قبل أناس تعوزهم المهارات اللازمة أو في ظروف تفتقر إلى الحد الأدنى من المعايير الطبية أو في حالات يجتمع فيها هذان العنصران. (انظر The prevention and management of unsafe abortion, Report of a technical working group, document WHO/MSM/92.5, 1992).

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

المناعي البشري وانتشاره. وعلى الرغم من الاتجاهات الإيجابية التي ظهرت مؤخراً لدى الـشباب (ولاسـيما الإناث) في بعض البلدان الأفريقية، فإن نسبة الشابات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري في منطقـة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تناهز ضعف نسبة الرجال المصابين عموماً. وفي عام ٢٠٠١ قُـدرت نـسبة الشابات المتعايشات مع الأيدز والعدوى بفيروسه في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بما يتراوح بـين ٦٪ و١١٪ مقابل نسبة تتراوح بين ٣٪ و٦٪ لدى أترابهن من الذكور. وفي مناطق نامية أخرى تزيـد أيـضاً نسبة النساء المصابات بالأيدز والعدوى بفيروسه على نسبة الرجال المصابين. وبالإضـافة إلـى ذلـك مـن المعروف أن حالات عدوى الجهاز التناسلي، مثل الالتهابات المهبلية الجرثومية وداء المبيـضات التناسـلي، وهمـا من حالات العدوى غير المنقولة جنسياً، تنتشر على نطاق واسع على الرغم من عدم توثيق معـدلات انتشار حالات العدوى هذه هي وآثارها توثيقاً جيداً.

٢١- وحالات العدوى المنقولة جنسياً هي أيضاً سبب رئيسي من أسباب العقم حيث يعـاني مـا يتـراوح تقريبـاً بين ٦٠ مليون و٨٠ مليون من الأزواج والزوجات في العالم من العقم وما ينتج عن ذلك مـن عـدم الإنجاب رغماً عنهم، وكثيراً ما يُعزى ذلك إلى انسداد قناة فالوب بسبب عدم العلاج مـن العـدوى المنقولـة جنسيـاً أو بسبب علاجها علاجاً غير ملائم.

٢٢- وهذه الجوانب الخاصة باعتلال الصحة الإنجابية والصحة الجنسية مجتمعة (معدلات الوفاة والمراضة لدى الأمهات وفي الفترة المحيطة بالولادة، وأمراض السرطان، والعدوى المنقولة جنسياً، والأيـدز والعـدوى بفيروسه) تشكل قرابة ٢٠٪ من العبء العالمي لاعتلال صحة النساء، وقرابـة ١٤٪ مـن العـبء العـالمي لاعتلال صحة الرجال. بيد أن هذه الإحصاءات لا تشمل العبء الكامل لاعتلال الصحة. وهناك بخس شـديد الآن لتقدير خطورة العنف القائم على أسباب تتعلق بنوع الجنس الاجتماعي، والحـالات المرضـية المتعلقـة بأمراض النساء مثل المشاكل الوخيمة الخاصة بالطمث، وسلس البول والبراز الناجم عن النواسير الولاديـة، وتدلي الرحم، وفشل الحمل، واختلال الوظائف الجنسية، وتلك أمور لها جميعـاً عقابيـل كبـرى اجتماعيـة وانفعاليـة وبدنية. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن ممارسة الجنس غير المأمون تـشكل ثـاني أهـم عامل اختطار يهدد الصحة في العالم.

## العقبات التي تعوق التقدم

### حالات الغبن المتعلقة بنوع الجنس الاجتماعي

٢٣- كثيراً ما تكون التباينات المتعلقة بنوع الجنس الاجتماعي تباينات صارخة. فربما يكون إنفاق الأسـر على تغذية الفتيات ورعايتهن صحياً وتعليمهن وتدريبهن مهنياً أقل من إنفاقها على الصبيان للأغراض ذاتهـا. وكثيراً ما يؤدي التمييز القائم على الجنس، بالإضافة إلى تدني مكانة الفتيات والنساء، إلى ضـعف صـحتهن البدنية والنفسية وإلى إساءة معاملتهن جسدياً أو معنوياً، وإلى تدني مستويات تحكمهن فـي شـؤون حيـاتهن، وخصوصاً حياتهن الجنسية والإنجابية.

٢٤- وللعنف بأشكاله العديدة أثره على الصحة الإنجابية والصحة الجنسية للمرأة. ويـشمل العنـف الـذي يمارسه من يعاشر المرأة على وجه الخصوص، وهو عنف يمارس في جميع أنحاء العالم، إسـاءة المعاملـة جسدياً وجنسياً ومعنوياً. وتُظهر الدراسات أن ما تتراوح نسبته بين ٤٪ و٢٠٪ من النساء يعانين من العنـف فـي فترة الحمل، وهو أمر يترك عليهن وعلى أطفالهن آثاراً مثل الإجهاض والولادة المبتسرة ونقص الوزن عند الميلاد. وتشير البيانات المتاحة إلى أنه في بعض البلدان تتعرض امرأة من بين كل أربع نـساء تقريبـاً للعنف الجنسي الذي يمارسه ضدها الرجل الذي يعاشرها. كما تشيع حوادث الاغتصاب الجنسي التي يرتكبهـا المعارف والغرباء على السواء. ومن المشاكل الخطيرة أيضاً، وخصوصاً في بعض المناطق، الاتجار بالنساء والأطفال والإكراه على ممارسة البغاء. ولهذه المشاكل عواقب شاملة على الصحة الإنجابية والصحة الجنسية

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

تشمل الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض الذي يتم على نحو غير مأمون ومتلازمات الألم المزمن والعدوى المنقولة جنسياً، بما فيها العدوى بفيروس الأيدز، واضطرابات أمراض النساء.

## تعرض المراهقين للمخاطر المحتملة

٢٥- في معظم البلدان تشكل المحرمات والقواعد الخاصة بالحياة الجنسية (بما في ذلك ممارسات مثل زواج الأطفال وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية وبدء ممارسة الجنس قبل الأوان) عقبات قوية تعوق توفير المعلومات وتقديم خدمات الصحة الإنجابية وغير ذلك من أشكال الدعم الذي يحتاج إليه الشباب لكي يتمتعوا بموفور الصحة. ومع ذلك فإن السلوكيات الجنسية والسلوكيات الخاصة بالإنجاب أثناء مرحلة المراهقة (بين سن العاشرة والتاسعة عشرة) لها عواقب فورية وعواقب طويلة الأمد. وفي بعض الأماكن من العالم يبدأ النشاط الجنسي في مرحلة المراهقة وهو غالباً ما ينطوي على مخاطر محتملة، سواء في إطار الزواج أو خارج إطاره. ونادراً ما تكون لدى المراهقين القدرة على مقاومة الرغبة في إقامة علاقات جنسية أو على التفاوض مع شركائهم في هذه العلاقات على ممارسة الجنس المأمون أو على حماية أنفسهم من حدوث الحمل غير المرغوب فيه ومن الإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً. وبالنسبة إلى الفتيات الصغيرات ينطوي الحمل على مخاطر شديدة فيما يتعلق بوفيات ومراضة الأمومة. ومن الضروري، لتأمين صحة هذا الجيل والجيل القادم، تلبية الاحتياجات اللازمة وحماية حقوق المراهقين البالغ عددهم ١٢٠٠ مليون مراهق في العالم.

## حالات الإجحاف المتعلق بالفقر والحصول على الخدمات الصحية

٢٦- يرتبط الفقر في جُل أنحاء العالم بعدم تكافؤ فرص الحصول على الخدمات الصحية، ولاسيما خدمات صحة الأم. ويبلغ عبء اعتلال الصحة الإنجابية والصحة الجنسية ذروته في أفقر البلدان، حيث تتباعد المرافق الصحية عن بعضها البعض أو يكون الوصول إليها أمراً متعذراً أو يكون عدد العاملين فيها قليلاً أو تكون مواردها وتجهيزاتها ضئيلة أو تكون بعيدة عن كثير من الفقراء الذين لا يستطيعون الوصول إليها وغالباً ما يستفيد الموسرون من تحسينات خدمات الصحة العمومية على نحو متفاوت، وذلك على الرغم من أن من الممكن، نظرياً، تحقيق بعض الأهداف الصحية الدولية دون إدراج الخُميس الخاص بفئة أقل الشرائح دخلاً وفئة السكان السريعي التأثر.

٢٧- ومنذ حقبة الثمانينات أُدخلت إصلاحات شتى على قطاع الصحة في كثير من البلدان، مما يؤثر في توافر الخدمات الصحية وسبل الحصول عليها، بما في ذلك الخدمات الخاصة بالصحة الإنجابية والصحة الجنسية. وكثيراً ما تخفق مشروعات التمويل ومخططات التأمين المدفوع مسبقاً، وكذلك الإعانات التي جُربت وسائل تقديمها، في توفير الفرص العادلة المرجوة لحصول الفقراء على الخدمات. ولهذا لابد من إيلاء اهتمام خاص لضمان إمكانية حصول الفئات المحرومة على خدمات الوقاية والعلاج والخدمات المنقذة للأرواح، مثل الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ.

## التحديات الأخرى المطروحة

٢٨- وقد شهدت السنوات القليلة الماضية انخفاضاً في مستوى المعونة الإنمائية الإجمالية المقدمة في حين برزت إلى الوجود آليات جديدة للتمويل الخارجي للصحة مثل الورقات الاستراتيجية الخاصة بالحد من الفقر والنهوج القطاعية والدعم الميزني المباشر. كما أن مصادر رئيسية جديدة من مصادر تمويل القطاع الصحي مثل الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا تركز مواردها على أمراض وتدخلات معينة. ومن الأهمية بمكان ضمان مساهمة هذه التطورات الجديدة في بناء قدرات مستدامة في إطار النظم الصحية بما في ذلك القدرة على توفير خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

٢٩- ومن الحواجز الكبرى أمام التوسع في الخدمات الشاملة للإنجاب والصحة الجنسية وأمام تحسين نوعية الرعاية في بلدان كثيرة نقص الموارد البشرية. ومن أوجه الضعف ذلك النقص الحاد في الموظفين وعدم كفاية مهارات المتاحين منهم وسرعة تبدل العاملين المهرة وفقدهم، وعدم الكفاءة في استخدام وتوزيع الموجودين منهم في النظام. ومن الأسباب الجذرية لسوء الأداء وزيادة معدل تبدل المهنيين في مجال الرعاية الصحية انخفاض المرتبات أو عدم دفعها وسوء التدريب والإشراف وتردي ظروف العمل. وقد أصبح من الأمور الملحة للتقدم في مجال الإنجاب والرعاية الصحية الجنسية توافر التخطيط الاستراتيجي لبناء قوة عمل صحية مدربة على نحو ملائم والحفاظ على تلك القوة، ومن ذلك، على سبيل المثال، توفير القابلات المدربات.

٣٠- وبالإضافة إلى الحواجز التي تواجه الفقراء والمعوزين في حصولهم على خدمات صحية بصفة عامة، ومنها مثلاً، بُعد المسافة عن الخدمات ونقص وسائل النقل وتكلفة الخدمات والمعاملة التمييزية للمستفيدين منها، تواجه الصحة الإنجابية صعوبات خاصة. وهذه مستمدة من عوامل اجتماعية وثقافية كالمحرمات في مسائل الإنجاب والمسائل الجنسية وقلة حيلة المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالجنس والإنجاب، وتدني القيم المعطاة لصحة المرأة والمواقف السلبية أو المسبقة في الحكم على عدد أفراد الأسرة وعلى مقدمي الرعاية الصحية. ويتيح اتباع نهج شمولي فاحص للمعتقدات والمواقف والقيم من قبل المجتمعات ومقدمي خدمات الرعاية الصحية المحليين بداية هامة لتذليل هذه العقبات الأساسية.

٣١- وقد أُحرز، على مدى العقدين المنصرمين، تقدم كبير في مجال تكنولوجيات إنقاذ الأرواح والصحة الإنجابية والممارسات السريرية والبرنامجية الفعالة. بل إنه حتّى مع وجود قواعد البيانات الإلكترونية والأدوات التفاعلية فإن كثيراً من النُظم الصحية ومقدمي الخدمات الصحية لا تسنح لهم سوى فرص قليلة، إن سنحت، للحصول على هذه المعلومات الجديدة. وكثيراً ما يحدث العجز في تنفيذ مشاريع الإثبات العملي الفعالة على نطاق واسع في بلدان كثيرة، ومنها مشاريع تطبيق التكنولوجيا وأفضل الممارسات، فالفشل في استخدام التخطيط الاستراتيجي المناسب على أساس بيانات ملائمة كماً ونوعاً، يحد من فهم أسباب سوء نوعية الخدمات وافتقار الناس إلى الحصول عليها واستخدامها.

٣٢- وقد تعوق القوانين والسياسات واللوائح في بعض البلدان الحصول على هذه الخدمات (ومن ذلك مثلاً، استبعاد غير المتزوجين من الحصول على خدمات منع الحمل)، وهي تحد من أدوار الموظفين الصحيين (كمنع القابلات من ممارسة إجراءات إنقاذ الأرواح مثل إزالة المشيمة)، وتحظر تقديم بعض الخدمات (كتقديم موانع الحمل في حالات الطوارئ دون الرجوع إلى الطبيب) أو تقيد استيراد بعض العقاقير والتكنولوجيات الضرورية. ومن المرجح أن تسهم إزالة تلك القيود إسهاماً كبيراً في تحسين حصول الناس على الخدمات.

## ثانياً: استراتيجية تسريع التقدم

٣٣- إن الهدف الرئيسي من الاستراتيجية هو تسريع التقدم نحو بلوغ الأهداف المتفق عليها دولياً في مجال الصحة الإنجابية، والوصول في نهاية المطاف إلى أعلى معدل يمكن تحقيقه في مجال توفير الصحة الإنجابية والجنسية للجميع.

### حقوق الإنسان: المبدأ الذي يسترشد به

٣٤- تستند استراتيجية المنظمة لتسريع التقدم إلى صكوك حقوق الإنسان المتفق عليها دولياً والإعلانات العالمية الصادرة بتوافق الآراء، وهي تشمل حق كل إنسان في الحصول على أعلى مستوى ممكن من الصحة؛ والحق الأساسي لكل زوجين وكل الأفراد في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أبنائهم والمباعدة بين الولادات وأن يحصلوا على المعلومات والسُبل الموصلة إلى ذلك؛ وحق المرأة في أن تنظم وتقرر بحرية

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

ومسؤولية المسائل المتصلة بعلاقاتها الجنسية بما في ذلك صحتها الإنجابية والجنسية متحررة من كل قسر أو تمييز أو عنف؛ وحق الرجل والمرأة في اختيار الشريك وعدم الدخول في الزواج إلا بموافقتهما وحريتهما الكاملة؛ والحق في الحصول على المعلومات؛ وحق كل شخص في التمتع بمزايا التقدم العلمي وتطبيقاته. ولضمان احترام هذه الحقوق لابد من أن تعزز السياسات والبرامج والتدخلات المساواة بين الجنسين وتعطي الأولوية للفقراء والمحرومين من الخدمات ولفئات السكان وخاصة المراهقين، وتقدم دعماً خاصاً للبلدان التي يقع عليها العبء الأكبر في مجال اعتلال الصحة الإنجابية والجنسية.

**الجوانب الأساسية في خدمات الصحة الإنجابية والجنسية**

٣٥- تتمثل الجوانب الخمسة الأساسية في الصحة الإنجابية والجنسية فيما يلي: تحسين الرعاية السابقة للولادة والمحيطة بها والتالية لها ورعاية الولدان؛ تقديم خدمات عالية الجودة لتنظيم الأسرة بما في ذلك خدمات مكافحة العقم؛ القضاء على ظاهرة الإجهاض غير المأمون؛ مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً، ومنها فيروس العوز المناعي البشري وعدوى الجهاز التناسلي وسرطان عنق الرحم وسائر الأمراض النسائية؛ تعزيز الصحة الجنسية. وبسبب هذه الصلات الوثيقة بين مختلف جوانب الصحة الإنجابية والجنسية يرجح أن يكون للتدخلات في أحد الجوانب تأثير على جوانب أخرى. فمن الضروري للغاية أن تعزز البلدان الخدمات القائمة لديها وأن تستخدمها مدخلاً إلى تدخلات جديدة ترمي إلى أقصى قدر من التآزر.

٣٦- والمدخل الرئيسي في معظم البلدان هو خدمات ما قبل الولادة وأثناءها وبعدها، التي تشكّل عصب الرعاية الصحية الأولية. والأساس في تقليل مراضة ووفيات الأمومة والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة هو حضور عاملين صحيين مختصين في كل ولادة وتوفير رعاية توليد شاملة في حالات الطوارئ للتعامل مع أي مضاعفات. ويتطلب تقديم هذه الخدمات وجود نُظم إحالة فعالة للمواصلات والنقل بين مراكز الخدمات. وتتيح خدمات صحة الأمومة فرصة أساسية لوصول تنظيم الأسرة إلى كل امرأة. كما أنها وسيلة ممتازة لتزويد المرأة بالوقاية والمشورة والفحوص والعلاج من العدوى بفيروس العوز المناعي البشري ومنع انتقال الفيروس أثناء الحمل والوضع وعن طريق الرضاعة الطبيعية. والواقع أنه لا سبيل آخر غير هذه الخدمات يمكّن من تيسير التدخلات بصورة ملائمة. ويرد تفصيل أكثر لهذه النقاط في استراتيجية منظمة الصحة العالمية لزيادة مأمونية الحمل.

٣٧- ولمعالجة أسباب وفيات ومراضة الأمومة التي يمكن توقيها لابد من معالجة مسألة الإجهاض غير المأمون، في إطار الهدف الإنمائي للألفية، الخاص بتحسين صحة الأمومة، والأهداف والغايات الإنمائية الدولية الأخرى. ويتطلب الأمر اتخاذ عدة إجراءات عاجلة تشمل تعزيز خدمات تنظيم الأسرة منعاً لحالات الحمل غير المقصود، وبالقدر المسموح به قانوناً، كفالة توفير الخدمات وتيسير الحصول عليها، وكذلك، وبالقدر المسموح به قانوناً، فإن توفير خدمات الإجهاض المأمون يتطلب تدريب مقدمي الخدمات الصحية على أحدث التقنيات وتزويدهم بالأدوية والإمدادات المناسبة، وتوفيرها جميعها لرعاية النساء والتوليد؛ وتقديم الدعم الاجتماعي وغيره للنساء اللائي يحملن بدون رغبة منهن؛ وتوفير خدمات الإجهاض، بقدر ما تسمح به القوانين، على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وبالنسبة للنساء اللائي يعانين من مضاعفات الإجهاض غير المأمون يجب أن تتاح المعالجة السريعة والإنسانية في فترة ما بعد الإجهاض.

٣٨- ومما يدل على نجاح خدمات تنظيم الأسرة في معظم بلدان العالم تلك الزيادة الكبيرة في استعمال موانع الحمل في البلدان النامية على مدى العقدين أو الثلاثة الماضية. فقد أصبحت هذه البرامج جزءاً أساسياً من الخدمات الهادفة إلى تقليل معدلات مراضة ووفيات الأمومة ومعدلها أثناء الولادة، حيث إنها تمكّن المرأة من تأجيل الولادات أو المباعدة بينها أو الحد منها. ولما كانت هذه الخدمات ترتبط مباشرة بنتائج العلاقات الجنسية فإن ثمة احتمالات كبيرة لأن تؤدي إلى تعزيز الصحة الجنسية وتعزيز الجهود الرامية إلى الحيلولة دون حدوث العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً وانتقال فيروس العوز المناعي البشري.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

٣٩- ويتم تشخيص وعلاج العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً من قبل الصيادلة وبائعي الأدوية والمطببون التقليديون، وإن كان ذلك يتم بدون نجاعة في أغلب الأحيان. وقد بذلت محاولات مختلفة للوصول إلى المرأة بالتدبير العلاجي للعدوى بالأمراض المنقولة جنسياً في المرافق القائمة لخدمات صحة الأم والطفل و/ أو تنظيم الأسرة، ولكن ذلك النجاح كان محدوداً. غير أن التجربة تدل على أن إدماج الوقاية من عدوى الأمراض المنقولة جنسياً ضمن خدمات تنظيم الأسرة، وخاصة عن طريق إسداء المشورة ومناقشة العلاقات الجنسية واختيار الشريك، زاد من استخدام المرافق وتحسين جودة الرعاية. ومن الممكن البناء على هذه النُهج وتحسينها ليتسنى توسيع التغطية لتشمل الرجال والشباب والفئات التي لم تكن خدمات تنظيم الأسرة تركز عليها. وفضلاً عن هذا، فإن برامج العلاج الافتراضي للفئات الأكثر تعرضاً للإصابة بالعدوى والبرامج المجتمعية المرتكز الشاملة لمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً يمكن أن تسهم كثيراً في الحد من معدلات انتقال فيروس العوز المناعي البشري.

٤٠- أما المكاسب الأخرى المحققة من تعزيز خدمات الصحة الإنجابية فعديدة. فهي تشمل الاهتمام بالعنف الممارس ضد المرأة، الذي تتصدى له الآن أُطر قطرية شتى بما يشمل تقديم موانع الحمل في الحالات الطارئة والإجهاض القانوني إذا طلب، ومعالجة العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً والوقاية من عدوى الفيروس بعد التعرض لها في حالات الاغتصاب، وتحري سرطان عنق الرحم وعلاجه، والوقاية من العقم الأولي والثانوي، ومعالجة الأمراض النسائية. كما يمكن لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية إذا أحسن تصميمها وقدمت بفعالية، وخاصة ما يتعلق منها بالمشاركة المجتمعية، أن تسهم في تحسين العلاقات بين المستفيدين منها ومقدميها وتمكين المرأة من تحديد خياراتها الإنجابية.

٤١- ولجميع خدمات الصحة الإنجابية والجنسية دور هام في توفير المعلومات وإسداء المشورة في مجال تعزيز الصحة الجنسية. كما يمكن للمعلومات الملائمة أن تسهم في تحسين التواصل بين الشركاء وفي اتخاذ القرارات المتعلقة بتحسين الصحة الجنسية بما في ذلك الامتناع عن ممارسة الجنس واستعمال الأغمدة الواقية.

## الإجراءات

٤٢- تقترح المنظمة مجالات العمل الأساسية التالية على الصعيد القطري، وهي ملتزمة بدعم الدول الأعضاء في بناء قدراتها وتعزيزها بغية تحسين الصحة الإنجابية والجنسية. فلابد لكل بلد من البلدان من أن يحدد المشاكل ويضع الأولويات والاستراتيجيات لتسريع الإجراءات، عن طريق عمليات تشاورية تشمل جميع أصحاب المصلحة. والمجالات الخمسة الشاملة من مجالات العمل هي: تعزيز قدرات النُظم الصحية، وتحسين المعلومات عن وضع الأولويات، وتعبئة الإرادة السياسية، ووضع أُطر تشريعية وتنظيمية داعمة، وتعزيز الرصد والتقييم والمساءلة.

### تعزيز قدرات النُظم الصحية

٤٣- من الشروط الأساسية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتعلق ببقيا الأمهات والرضع، وبالأيدز والعدوى بفيروسه، وبالأهداف الأوسع للصحة الإنجابية والجنسية، وجود نظام فاعل للرعاية الصحية الأساسية على المستويات الأولية والثانوية والثالثة. وفي بعض البلدان لابد من تعزيز قدرات الخدمات الصحية الأساسية تعزيزاً كبيراً حتى يتسنى تقديم تشكيلة شاملة من خدمات الصحة الإنجابية والجنسية الأساسية. ولابد للتخطيط على الصعيد الوطني للصحة الإنجابية والجنسية من أن يشمل مسائل آليات التمويل المستدامة، والموارد البشرية، والجودة في تقديم الخدمات والاستفادة منها.

٤٤- **آليات التمويل المستدامة.** يتعين أن تدرج الأهمية المحورية للصحة الإنجابية والجنسية في التخطيط والتنمية الاستراتيجية للقطاع الصحي على المستوى الوطني. وقد جرى تعزيز إصلاحات القطاع الصحي وما

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

يتصل بها من مبادرات، من قبيل النُهج القطاعية إزاء التمويل الذي تقدمه الجهات المانحة وصولاً إلى تعزيز النُظم الصحية. ويتمثل التحدي المطروح في كفالة أن تعزز هذه المبادرات وغيرها من آليات التمويل تحسين النوعية والشمول في خدمات الصحة الإنجابية والجنسية والتقدم صوب تيسيرها للجميع.

٤٥- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) جعل الصحة الإنجابية والجنسية محور التخطيط وعمليات تطوير الاستراتيجيات على الصعيد الوطني، بما في ذلك ورقات استراتيجية الحد من الفقر، واستراتيجيات المنظمة للتعاون القطري؛

(٢) ضمان إدارج الصحة الإنجابية والجنسية على نحو ملائم في خطط القطاع الصحي القطرية، بما في ذلك الخطط التي تشمل مبادرة "علاج ٣ ملايين نسمة قبل نهاية عام ٢٠٠٥"، والمقترحات المقدمة إلى الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز، والسل والملاريا، والمبادرات الأخرى ذات الصلة؛

(٣) تحديد أولويات الصحة الإنجابية والجنسية في برامج الخدمات الأساسية في إطار الإصلاحات المدخلة على القطاع الصحي والنهج المتبعة على مستوى القطاع؛

(٤) حيثما توجد آليات تمويل جديدة، كتقاسم التكلفة مثلاً، تصمم سبل لتيسير حصول المراهقين والفقراء وغيرهم من الفئات المحرومة على الخدمات، ورصد آثار تلك السياسات وتكييفها وفقاً للظروف المحلية.

٤٦- **الموارد البشرية.** إن تدريب وتعيين وتوزيع العاملين الصحيين المتخصصين والحفاظ عليهم تشكل عناصر محورية لتحسين الصحة والرعاية الصحية عموماً. ويمكن لكثير من التدخلات الأساسية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية أن يُنفذها مهنيون ومعاونون طبيون من المستوى المتوسط. ويتمثل التحدي المطروح في تحديد ملاكات العاملين الصحيين والمهارات وأشكال التدريب الأكثر ضرورة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية ذات الأولوية. ولابد من إيجاد ظروف تمكين للعاملين الصحيين لبذل قصارى إمكانياتهم وتحفيزهم على العمل مع جميع فئات السكان بمن فيها الأكثر فقراً.

٤٧- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) تحديد المتطلبات الأساسية لأعداد العاملين الصحيين وتوزيعهم على كل المستويات، مع توفير المهارات اللازمة لأداء التدخلات ذات الأولوية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية؛

(٢) تقييم وتحسين بيئات العمل وشروط العمل والإشراف؛

(٣) وضع استراتيجية لحفز العاملين المتخصصين واستبقائهم؛

(٤) وضع سياسات تمكّن العاملين الصحيين من استغلال مهاراتهم إلى أقصى حد.

٤٨- **الجودة في تقديم الخدمات.** لم تعتمد في النظام بأكمله في أغلب الأحيان ممارسات عصرية في التدريس بالمستشفيات والمشاريع الخاصة، وكانت نتيجة ذلك أن ظل الأداء، عموماً، سيئاً والتفاوتات من حيث الجودة والحصول على الخدمات قائمة. فالتخطيط اللامركزي والمسؤولية المرتبطان بإصلاحات القطاع الصحي بحاجة إلى إيلاء اهتمام خاص لتيسير اعتماد الممارسات الجيدة على مستوى النظام. ولابد من إنشاء نظم لوجيستية لاستدامة تقديم السلع الأساسية الضرورية.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

٤٩- وتتمثل **الإجراءات** اللازمة في هذا المجال فيما يلي:

(١) إجراء تخطيط استراتيجي يشمل المهنيين والمديرين الصحيين لوصولهم إلى المستوى الراهن من الرعاية ولتحديد أفضل السُبل لتحسين الجودة في إطار القيود المفروضة على الموارد؛

(٢) تصميم واختبار استراتيجيات للتوسع في التدخلات ذات الفعالية المؤكدة؛

(٣) صياغة واعتماد ورصد معايير الممارسة السريرية في القطاعين الخاص والعام؛

(٤) تعيين شركاء من بين المنظمات غير الحكومية وداخل القطاعين الخاص والتجاري لزيادة توافر واستعمال خدمات الصحة الإنجابية إلى الحد الأقصى؛

(٥) تعزيز تبادل الخبرات المستفادة داخل البلدان وفيما بينها.

٥٠- **الاستفادة من الخدمات.** حيثما توجد خدمات صحية تكون هناك أسباب كثيرة - اجتماعية واقتصادية وثقافية - لعدم استفادة الناس منها، وخاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية. ويتطلب تحديد العقبات وتذليلها العمل مع المرأة والشباب وسائر فئات المجتمع لتحسين تفهم احتياجاتهم وتحليل مشاكلهم وإيجاد حلول لها تحظى بقبولهم.

٥١- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) إجراء بحوث اجتماعية وميدانية لتحديد العقبات التي تحول دون الاستفادة من الخدمات، واستنباط تدابير للتغلب عليها واختبار تلك التدابير؛

(٢) اتباع نُهج تشاركية في العمل مع المجتمعات ومؤسسات القطاعين العام والخاص والمنظمات غير الحكومية، لتذليل تلك العقبات والتشجيع على استخدام الخدمات المتوافرة بشكل ملائم.

**تحسين المعلومات من أجل تحديد الأولويات**

٥٢- لابد من تحليل البيانات الوبائية وبيانات العلوم الاجتماعية حتى يتسنى فهم نوع التعرض للمخاطر الإنجابية والجنسية وحدتها وتوزيعها، واعتلال الصحة بين السكان لتفسير الديناميات التي تدفع سوء الصحة الإنجابية والجنسية، ولتوضيح الصلات بين اعتلال الصحة والفقر والنوع الاجتماعي والضعف الاجتماعي. وتحسين جمع البيانات وتحليلها بما فيها المعلومات عن التكاليف والمردودية هي أُسس ضرورية للانتقاء بين أولويات العمل المتنازعة، ولتوجيه تدخلات النظم الصحية نحو الأهداف التي يرجح أن تحدث تغييراً في حدود الموارد المتاحة.

٥٣- غير أن عملية تحديد الأولويات على أساس بيانات سليمة يجب أن تشمل أصحاب المصلحة المتعددين من الحكومة والوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف والرابطات المهنية والجماعات النسائية وقطاعات المجتمع المدني الأخرى. والجمع بين أصحاب المصلحة المختلفين هؤلاء، ولكل منهم منظوره، يساعد في بناء توافق آراء عريض ويعزز التعاون ويزيد احتمالات نجاح التدخلات. وعلى أصحاب المصلحة أن يحرصوا على إيجاد توازن دقيق بين المردودية والعدالة والحاجة إلى زيادة الاستثمار وصولاً إلى الفقراء والفئات الأخرى المحرومة من الخدمات.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

٥٤- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) تعزيز القدرات على جمع وتحليل البيانات عن الحالة الصحية ومحدداتها وأداء الخدمات الصحية على الصعيد المحلي وصعيد المناطق والصعيد الوطني؛

(٢) تحديد الأولويات بالاستناد إلى البيانات وذلك باللجوء إلى العملية الاستشارية مع أصحاب المصالح المتعددين، مع إيلاء الاهتمام لمسألة عدالة الوصول إلى الخدمات وخاصة بالنسبة للفقراء والفئات المحرومة الأخرى.

**حشد الإرادة السياسية**

٥٥- إن إيجاد بيئة دينامية بدعم دولي ووطني ومحلي قوي لمبادرات الصحة الإنجابية والجنسية القائمة على الحقوق، لمما يساعد على التغلب على الخمول ويعزز الاستثمار ويضع معايير وآليات رفيعة المستوى للمساءلة عن الأداء. وهذا لا يتطلب إشراك وزارات الصحة فحسب بل ووزارات المالية والتعليم، وربما قطاعات أخرى، ونظرائها على مستوى المناطق والمستوى المحلي. ولابد من توافر قدر من الالتزام السياسي والدعوة بما يكفي لاستدامة السياسات والبرامج الجيدة، ولاسيما بالنسبة للفئات المحرومة من الخدمات.

٥٦- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) بناء دعم قوي للاستثمار في مجال الصحة الإنجابية والجنسية باستخدام القرائن الدالة على مزايا الصحة العمومية وحقوق الإنسان؛

(٢) استنهاض الفئات المستهدفة الهامة دعماً للبرامج الوطنية للصحة الإنجابية والجنسية (ومن هؤلاء، على سبيل المثال، المهنيون الصحيون والخبراء القانونيون وجماعات حقوق الإنسان والرابطات النسائية والوزارات الحكومية والقادة السياسيون والأحزاب السياسية والزعماء الدينيون وقادة المجتمعات المحلية)، والتضافر في الاستفادة من وسائل الإعلام؛

(٣) بناء قاعدة قوية قائمة على القرائن العلمية للاستثمار الاستراتيجي في مجالات صحة المراهقين الإنجابية والجنسية وحقوقهم ووضع هذه المسائل على رأس جدول الأعمال الوطني؛ وبث المعلومات عن طبيعة وأسباب وتداعيات احتياجات صحة المراهقين الإنجابية والجنسية ومشاكلهم، مثل ضعفهم أمام العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري، وحالات الحمل غير المرغوبة، والإجهاض غير المأمون، والزواج أو الحمل المبكر، والممارسة الجنسية القسرية والعنف في إطار الزواج وخارجه.

**إيجاد أطر تشريعية وتنظيمية داعمة**

٥٧- إن إزالة القيود غير الضرورية المفروضة على السياسات واللوائح، من أجل وضع إطار داعم للصحة الإنجابية والجنسية، قد تسهم بقدر كبير في تحسين فرص الحصول على الخدمات.

٥٨- فلابد من وجود لوائح تكفل إتاحة السلع الأساسية كالأدوية والمعدات والإمدادات على أساس ثابت وعادل، واستيفائها لمعايير الجودة. وبالإضافة إلى هذا، لابد من وجود بيئة تنظيمية فعالة لضمان المساءلة في القطاعين العام والخاص من أجل توفير الرعاية العالية الجودة لجميع السكان.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

٥٩- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) استعراض القوانين والسياسات، وتعديلها إذا اقتضت الضرورة ذلك، لكفالة تيسير حصول الجميع بالعدل على التثقيف والمعلومات والخدمات في مجال الصحة الإنجابية والجنسية؛

(٢) كفالة وجود لوائح ومعايير لتوفير السلع الأساسية (من أدوية ومعدات وإمدادات) على أساس ثابت وعادل ولأن تستوفي المعايير الدولية للجودة؛

(٣) وضع معايير أداء واستنباط آليات للرصد والمساءلة في مجال تقديم الخدمات والتعاون والتكامل في العمل بين القطاعات الخاصة والعامة وغير الحكومية.

### تعزيز الرصد والتقييم والمساءلة

٦٠- إن الرصد والتقييم أمران ضروريان لمعرفة ما يجدي وما لا يجدي، ومعرفة السبب الكامن وراء ذلك. كما أنهما قد يكشفان عن الاحتياجات المتغيرة والآثار غير المتوقعة، الإيجابية منها والسلبية.

٦١- وتتمثل **الإجراءات** الضرورية في هذا المجال فيما يلي:

(١) إنشاء وتعزيز آليات وتقييمها على أساس خطة واضحة لما يتعين تحقيقه وكيف ومتى، ووضع مجموعة واضحة من المؤشرات وبيانات خط أساس قوي؛

(٢) رصد الإصلاحات المدخلة على القطاع الصحي والنُهج القطاعية، وتنفيذ آليات تمويل أخرى، كورقات استراتيجية الحد من الفقر، وتقاسم التكاليف والدعم المباشر للميزانية من أجل ضمان استفادة الفقراء والفئات الأخرى المهمشة اجتماعياً أو اقتصادياً منها، وإسهامها في تعزيز خدمات الصحة الإنجابية والجنسية على كل الصُعد؛

(٣) استنباط آليات (مثل اللجان المحلية أو الاجتماعات التي تعقد على المستوى المجتمعي) لزيادة المساءلة سواء على مستوى المرفق أو مستوى المنطقة.

### التزام المنظمة ببلوغ الأهداف العالمية في مجال الصحة الإنجابية

٦٢- بالنسبة لكل مجالات العمل المحددة أعلاه، سوف تواصل المنظمة وتكثف المساعدة التقنية التي تقدمها إلى البلدان على النحو التالي:

- دعم البحوث ذات المنحى العلمي والبحوث التي تعزز القدرات البحثية
- تساوق ودقة التركيز على القواعد والمعايير القائمة على القرائن
- الدعوة إلى الصحة الإنجابية والجنسية عالمياً.

٦٣- وسوف تولي هذه الأنشطة جميعها الأهمية للعدالة وتعززها بصورة منهجية، ويشمل ذلك المساواة بين الجنسين وأبعاد حقوق الإنسان في الصحة الإنجابية والجنسية.

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

٦٤- وستقوم المنظمة على الصعيد العالمي بما يلي:

(١) مضاعفة جهودها لتنفيذ مبادرة زيادة مأمونية الحمل، باعتبارها أحد العناصر التي تحظى بالأولوية في استراتيجية الصحة الإنجابية والجنسية، ولاسيما للبلدان التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأمومة؛

(٢) مواصلة تعزيز شراكاتها مع باقي المؤسسات في منظومة الأمم المتحدة (ولاسيما اليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الأيدز)، والبنك الدولي، ورابطات المهنيين الصحيين، والمنظمات غير الحكومية، وسائر الشركاء بغية ضمان التعاون وإجراءات التنسيق التي تقوم بها مجموعة كبيرة من الشركاء. وستؤدي الشراكة الجديدة من أجل الأمومة المأمونة وصحة الولدان، التي تستضيفها المنظمة دوراً حاسماً في هذا الصدد؛

(٣) تعزيز وتقوية خدمات الصحة الإنجابية والجنسية باعتبارها أساس الوقاية والتقاء وعلاج الأيدز والعدوى بفيروسه، وخاصة عن طريق تنظيم الأسرة؛ وتوفير الرعاية قبل الولادة وبعدها؛ ومكافحة عدوى الأمراض المنقولة جنسياً؛ والترويج للجنس المأمون؛ ومكافحة انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل. كما أن المنظمة ستكفل الاهتمام بالصحة الإنجابية والجنسية بتعزيزها للتعاون مع البرامج الرئيسية للصحة العامة، بما في ذلك التمنيع والتغذية والوقاية والعلاج من الملاريا والسل، لاسيما بين الحوامل؛

(٤) ضمان المساءلة عن طريق الإبلاغ عن التقدم المحرز تجاه الصحة الإنجابية والجنسية باعتبار ذلك جزءاً من بلوغ أهداف الألفية الإنمائية.

- - - - - - - - - - - -

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

# قائمة بأسماء السادة أعضاء الوفود العربية

## الأردن

**رئيس الوفد**

الدكتور سعيد سميح دروزة
وزير الصحة

**مندوبان**

السيد شهاب الدين ماضي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور سعد خرابشة
أمين عام الوزارة

**بدلاء**

الدكتورة سمير الفاعوري
رئيس، قسم طب الأطفال
وزارة الصحة

السيد مصطفى قاسم
مدير العلاقات الدولية والعامة
وزارة الصحة

السيد حسام الحسيني
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

## الإمارات العربية المتحدة

**رئيس الوفد**

السيد حمد عبد الرحمن المدفع
وزير الصحة

**مندوبان**

السيد محمد بن حسين الشعالي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

السيد حسن أحمد العلكيم
وكيل وزارة الصحة، وزارة الصحة

**بدلاء**

الدكتور فيصل بن خالد القاسمي
وكيل وزارة الصحة المساعد، وزارة الصحة

السيد ناصر خليفة البدور
وكيل الوزارة المساعد للعلاقات الخارجية والصحة الدولية، مدير مكتب وزير الصحة

الدكتور محمود فكري
وكيل الوزارة المساعد لشؤون الطـب الوقـائي، وزارة الصحة

السيد قاضي المرشد
مدير عام دائرة الصحة والخدمات الطبيـة، وزارة الصحة

الدكتور عيسى كاظم
نائب مدير مستشفى بدبي

السيد يوسف بهزاد
مدير إدارة التخطيط والصحة والخدمات الطبيـة، وزارة الصحة

الدكتورة زينب خزعل
نائبة مدير إدارة مكافحة الأمراض، وزارة الصحة



المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

السيد عبد الحميد صالح الحمود
رئيس قسم العلاقات الخارجية، وزارة الصحة

## البحرين

**رئيس الوفد**

الدكتورة ندى عباس حفّاظ
وزيرة الصحة

**مندوبان**

السيد سعيد محمد الفيحاني
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتورة مريم عذبي الجلاهمة
منسقة للعلاقات الصحية الدولية والعامـة، وزارة الصحة

**بدلاء**

الدكتور كاظم الحلواجي
نائب رئيس قسم التثقيف الصحي

السيدة فاطمة عبد الواحد
مستشارة تطوير التمريض، مجمع السلمانية الطبي، وزارة الصحة

## تونس

**رئيس الوفد**

السيدة نزيهة الشيخ
كاتبة الدولة لدى وزير الصحة العمومية المكلفـة بالمؤسسات الاستشفائية

**مندوبان**

السيد الحبيب منصور
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور هشام عبد السلام
المدير العام، وحدة التعاون الفني، وزارة الصـحة العمومية

**بدلاء**

الدكتورة منيرة قربوج
مديرة الرعاية الصحية الأساسية، وزارة الصـحة العمومية

السيد حاتم الأندلسي
مستشار، البعثة الدائمة، جنيف

## الجزائر

**رئيس الوفد**

الأستاذ مراد رجيمي
وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

**مندوبان**

السيد محمد صالح دمبري
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الأستاذة نصيرة بن فنادقي
مديرة مصالح الصحة

**بدلاء**

الأستاذة فوزية بلعطش
مديرة الوقاية

السيد مسعود بلقاسم
مدير الاتصالات

السيد محمد لمين شرقي
مكلف بالدراسات والتلخيص، مكلـف بالعلاقـات الدولية

الأستاذ عز الدين زرهوني
مستشار، مكلف بالدراسات والتلخيص

السيد لزهر سوالم
وزير مستشار، البعثة الدائمة، جنيف

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

السيدة د. سلطاني
البعثة الدائمة، جنيف

السيد بوعلام صدقي
وزير مفوض، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة فضيلة رحال
مديرة الصيدلة والتجهيزات

## الجماهيرية العربية الليبية

**رئيس الوفد**

السيد ت. الحبيب
الأمين العام للصحة

**مندوبان**

السيدة ن. الحجاجي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور ب. إخريص
مدير المركز الوطني للوقايـة مـن الأمـراض المعدية

**بدلاء**

السيد أ. بن عمران
السفير المفوض، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور س. عوينات

الآنسة ن. خليفة
إدارة المنظمات الدولية اللجنـة الـشعبية العامـة للعلاقات الخارجية والتعاون الدولي

السيد ن. الزروق
السكرتير الثاني، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور س. أبوغالية
المستشار الصحي، المكتب الشعبي الليبي، بيرن

## الجمهورية العربية السورية

**رئيس الوفد**

الأستاذ محمد إياد الشطي
وزير الصحة

**مندوبان**

الدكتور ميخائيل وهبة
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتورة منى القطيني
نائبة وزير الصحة

**بدلاء**

الدكتور حسين. الجوبه جي
مدير الصحة، ريف دمشق

الدكتور غسان عبيد
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة سهيلة عباس
السكرتير الثالث، البعثة الدائمة، جنيف

## جيبوتي

**رئيس الوفد**

الدكتور م. أ. كامل
وزير الصحة

**مندوب**

الدكتور س. ب. تراب
الأمين العام، وزارة الصحة

**بدلاء**

السيد ع. أ. إسماعيل
الأمين التنفيذي منظمة CTILSTP

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

السيدة س. حوميد حسين
المسؤولة عن الـ UAIC لدى منظمة CTILSTP

## السودان

**رئيس الوفد**

الدكتور أحمد بلال عثمان
وزير الصحة

**مندوبان**

السيد م. الحاج
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الأستاذ م. حوميدة
عضو المجلس الاستشاري لوزارة الصحة

**بدلاء**

الدكتور عصام محمد عبد الله
المدير، إدارة الصحة الدولية، وزارة الصحة

السيد كريستوفر ليوناردو جادا
السكرتير الثاني، البعثة الدائمة، جنيف

الدكتور إ. س. محجوب
كبير أطباء طب المجتمع

## عُمان

**رئيس الوفد**

الدكتور علي بن محمد بن موسى
وزير الصحة

**مندوبان**

السيد أحمد بن محمد بن مسعود الريامي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور علي جعفر سليمان
وكيل الوزارة، وزارة الصحة

**بدلاء**

الدكتور فؤاد م. العجمي
مدير، الخدمات الصحية، منطقة السيب

الدكتور س. هـ. اللمكي
مدير خدمات الرعاية الصحية الأولية

الدكتور ع. الجيلاني
مدير، الشؤون الصحية، المنطقة الجنوبية الشرقية

السيد علي بن أحمد القاسمي
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

## قطر

**رئيس الوفد**

الدكتور حجر أحمد حجر البنعلي
وزير الصحة العامة

**مندوبان**

السيد فهد بن عويضة آل ثاني
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور خليفة الجابر
مساعد وكيل الوزارة للشؤون التقنية

**بدلاء**

السيد ج. البوعينين
الوزير المفوض، البعثة الدائمة، جنيف

السيد هتمي مبارك الهتمي
مدير، مكتب وزير الصحة العامة

السيد عبد الحكيم عبد الله
رئيس، العلاقات العامة والدولية

## الكويت

**رئيس الوفد**

الدكتور محمد أحمد الجار الله
وزير الصحة

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

**مندوبان**

السيد ضرار عبد الرزاق رزوقي
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور عبد الرحمن العوضي
الأمين العام، مركز تعريب العلوم الطبية

**بدلاء**

الدكتور علي يوسف السيف
وكيل الوزارة المساعد لشؤون الصحة العموميـة، وزارة الصحة

الدكتور يوسف أحمد النّصف
وكيل الوزارة المساعد، لشؤون الخدمات الطبيـة، وزارة الصحة

الدكتور ي. أ. الشراح
وكيل الوزارة المساعد، مركز تعريب العلوم الطبية

الدكتور خ. ف. الجار الله
الأمين العام، معهد الكويت للتخصص الطبي

السيد ن. البدر
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

السيد وقيان يوسف الوقيان
المدير، مكتب وزير الصحة

السيد س. س. يوسف
مدير، إدارة الوقاية من الإشعاع، وزارة الصحة

الدكتور ف. م. الدوسري
المدير، إدارة العلاقات العامة، وزارة الصحة

الدكتور ع. الشطي
مدير، إدارة التوعية الصحية، وزارة الصحة

## لبنان

**رئيس الوفد**

الدكتور كرم كرم
وزير الصحة

**مندوبان**

السيد ج. صوفان
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور وليد عمار
المدير العام، وزارة الصحة العمومية

**بدلاء**

الدكتور أ. جوخدار
مستشار وزير الصحة العمومية

السيد هـ. حتيت
رئيس، مكتب التجهيزات، وزارة الصحة العمومية

السيد ك. بو نصار
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

الآنسة م. داغر
السكرتير الثاني، البعثة الدائمة، جنيف

## مصر

**رئيس الوفد**

الأستاذ الدكتور محمد عوض عفيفي تاج الدين
وزير الصحة والسكان

**مندوبان**

السيدة نائلة جبر
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور محمود ناصر الطيب
كبير مستشاري وزير الصحة

**بدلاء**

الدكتور هـ. زاهر
وكيل الوزارة لشؤون الدعم التقني

السيد هـ. سليم لبيب
المستشار، البعثة الدائمة، جنيف

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

## المغرب

**رئيس الوفد**

السيد محمد الشيخ بيد الله
وزير الصحة

**مندوبان**

السيد عمر هلال
السفير، الممثل الدائم، جنيف

الدكتور فؤاد حمادي
الكاتب العام، وزارة الصحة

**بدلاء**

الدكتور مصطفى الإسماعيلي العلوي
المفتش العام، وزارة الصحة

الدكتور جواد المحجور
مدير علم الأوبئة ومحاربة الأمراض، وزارة الصحة

السيد عبد العزيز أكومي
مدير الأدوية والصيدلة، وزارة الصحة

السيدة سهام بوعصة
مستشارة الشؤون الخارجية، البعثة الدائمة، جنيف

السيدة س. عيوش
مستشارة بمكتب الوزير

السيدة س. شرقاوي
رئيسة، قسم المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية
إدارة تخطيط الموارد المالية، وزارة الصحة

السيدة هـ. زريق
ممرضة، إدارة المستشفيات وخدمات الرعاية الخارجية، وزارة الصحة

السيد أ. سدراتي
رئيس، الجمعية المغربية للصناعة الصيدلانية

السيد أ. لحو فيلالي
نائب رئيس، الجمعية المغربية للصناعة الصيدلانية

## المملكة العربية السعودية

**رئيس الوفد**

الدكتور حمد بن عبد الله المانع
وزير الصحة

**مندوبان**

الدكتور منصور ناصر الحواسي
مساعد نائب الوزير لشؤون الطب العلاجي

الدكتور عبد الوهاب العطار
السفير، الممثل الدائم، جنيف

**بدلاء**

الدكتور يعقوب بن يوسف المزروع
نائب وزير الصحة لشؤون الطب الوقائي

السيد حسن محمود الفاخري
المشرف العام، إدارة الصحة الدولية، وزارة الصحة

السيد محمد العجيل
السكرتير الأول، البعثة الدائمة، جنيف

السيد أ. هـ. زواوي
المدير العام المساعد، مكتب وزير الصحة

## موريتانيا

**رئيس الوفد**

السيد ولد عبد القادر
وزير الصحة

**مندوبان**

السيد م. س. ولد محمد لمين
السفير، الممثل الدائم، جنيف

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

الدكتور م. ل. با
المستشار التقني لوزارة الصحة والشؤون الاجتماعية

**بدلاء**

الدكتور إ. ولد محمد فال
مدير الحماية الصحية، وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية

الدكتورة م. ت. منت أحميديو
مديرة، الصيدلانيات والمختبرات، وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية

السيد م. ولد ماغا
المستشار الأول، البعثة الدائمة، جنيف

## اليمن

**رئيس الوفد**

الدكتور محمد يحيى النعمي
وزير الصحة العامة والسكان

**نائب رئيس الوفد**

الدكتور فرج بن غانم
السفير، الممثل الدائم، جنيف

**مندوب**

السيد خالد عبد الرحمن السقاف
مستشار وزير الصحة العامة والسكان لشؤون التعاون الثنائي

**بدلاء**

الدكتور ماجد الجنيد
منسق برنامج إصلاح القطاع الصحي، وزارة الصحة العامة والسكان

الدكتور نور الدين نعمان الجابر
عضو هيئة المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

السيد خالد الماخذي
السكرتير الثالث، البعثة الدائمة، جنيف

## فلسطين

السيد نبيل الرملاوي
السفير، المراقب الدائم، جنيف

الدكتور م. أبو رمضان
المدير العام، دائرة التعاون الدولي

الدكتور فتحي عرفات

الدكتور ج. الطيبي

الدكتور ح. العجوري

## العراق

**رئيس الوفد**

الدكتور خضير فاضل عباس
وزير الصحة

**مندوبان**

الدكتور نعمة سعيد عبد
المدير العام، دائرة الصحة العامة والرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة

الدكتور رمزي رسول منصور
مدير، الصحة الدولية

**بدلاء**

الدكتور وضاح حامد عبود
مدير، وزارة الصحة العامة

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

الدكتورة نغم محسن الخفاجي
مديرة قسم الإحصاء الحياتي، وزارة الصحة

**جامعة الدول العربية**

السيد سعد الفرارجي
السفير، المراقب الدائم، جنيف

الدكتور هـ. حمودة
مدير، إدارة الصحة والبيئة

السيد م. ل. مواقي بناني
مستشار، الوفد الدائم، جنيف

الدكتور عثمان الحجة
الوفد الدائم، جنيف

---

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com

(7) حشد جميع المجالات البرنامجية ذات الصلة في منظمة الصحة العالمية – بالتعاون مع الدول الأعضاء – من أجل تنمية قدرات الموارد البشرية وتحسين الدعم الصحي للبلدان النامية عن طريق وضع آليات ملائمة؛

(8) التشاور مع الأمم المتحدة ومع الوكالات المتخصصة بشأن إمكانية الإعلان عن سنة أو عقد "للموارد البشرية من أجل التنمية الصحية"؛

(9) الإعلان عن أن موضوع يوم الصحة العالمي لعام 2006 سيكون "الموارد البشرية من أجل التنمية الصحية"؛

(10) إدراج الموارد البشرية من أجل التنمية الصحية في برنامج العمل العام لمنظمة الصحة العالمية للمدة 2006–2015، كمجال برنامجي يحظى بالأولوية القصوى؛

(11) تقديم تقرير عن تنفيذ هذا القرار إلى جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين.

(الجلسة العامة الثامنة، 22 أيار/ مايو 2004 – اللجنة "أ"، التقرير الثالث)

المنارة للاستشارات
www.manaraa.com