



进展报告

秘书处的报告

目 录

	页码
A. 脊髓灰质炎：管理根除潜在风险的机制（WHA61.1号决议）	2
B. 通过散发伊维菌素控制盘尾丝虫病（WHA47.32号决议）	4
C. 气候变化和卫生（WHA61.19和EB124.R5号决议）	6
D. 通过对过时杀虫剂和其它过时化学品的健全管理增进健康（WHA63.26号决议）	7
E. 通过安全的和无害环境的废物管理增进健康（WHA63.25号决议）	9
F. 实现孕产妇、新生儿和儿童卫生干预的普遍覆盖（WHA58.31号决议）	10
G. 女性生殖器切割（WHA61.16号决议）	12
H. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25号决议）	14
I. 药物合理使用方面的进展（WHA60.16号决议）	16
J. 世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题 全球工作队的建议（WHA59.12号决议）	18

A. 脊髓灰质炎：管理根除潜在风险的机制（WHA61.1 号决议）

1. 2008 年，世界卫生大会在 WHA61.1 号决议中要求总干事制定一项进一步努力在受影响的剩余国家消灭脊髓灰质炎的新战略。为了奠定新战略的基础，全球消灭脊灰行动实行了为期一年的 2009 年特别工作规划。其中包括评价战术性创新办法，开展新疫苗制剂（例如双价口服脊灰病毒疫苗）的临床试用以及便利对阻碍中断脊灰病毒传播的重大障碍进行独立研究。第六十三届世界卫生大会注意到取得的进展并认同 2010-2012 年新战略计划的框架¹，该计划随后在 2010 年 6 月最后确定并发表。

2. 执行委员会在其第 128 届会议上审议本报告的前一版本后指出 2010-2012 年新战略计划的影响，特别是在印度和尼日利亚取得的重大进展，并表示关切：一些卷土重来的脊灰病毒正在传播当中，野生脊髓灰质炎病毒继续在国际范围内传播，特别是全球根除脊髓灰质炎行动的资金缺口可能破坏最近的进展。此外，委员会欢迎组建独立监测委员会，该委员会于 2010 年 12 月 21-22 日举行首次会议，并且将在每个季度举行会议，参照为此目的确定的重要里程碑和进程指标监测 2010-2012 年新战略计划的实施情况和影响，并向各国和伙伴机构提出建议，说明应酌情采取什么纠正措施²。委员会指出，独立监测委员会为根除脊髓灰质炎提供了新动力，并呼吁各会员国投入更多资源确保 2010-2012 年战略计划的全面实施。

3. 截至 2011 年 3 月 1 日，2010-2012 年战略计划的三大里程碑如下：

(i) 因输入的脊髓灰质炎病毒新暴发脊髓灰质炎的国家³：自 2010 年中期以来，2009 年报告新疫情的 15 个国家中没有一个发现了因原始输入引发的脊髓灰质炎病例。2010 年发生新疫情的 11 个国家中，疫情都未持续到 6 个月以上。

(ii) “脊灰病毒传播卷土重来”的国家⁴：2009 年 6 月 27 日以来在苏丹南部未发现卷土重来的 1 型野生脊髓灰质炎病毒。被认为正在传播卷土重来的脊髓灰质炎的国家有：乍得（最近的病例：2010 年 12 月 23 日）；刚果民主共和国（2010 年 12 月 27 日）和安哥拉（2011 年 1 月 7 日）。

¹ 文件 WHA63/2010/REC/3，乙委员会第八次会议摘要记录，第 2A 部分。

² 文件 EB128/2011/REC/2，第十一次会议摘要记录，第 3 部分。

³ 界定为在 2009 年开始发生的所有脊髓灰质炎疫情到 2010 年中期已结束的国家。终止任何新疫情（即在 2010、2011 或 2012 年开始的疫情）的目标为确认指示病例后 6 个月之内。

⁴ 界定为到 2010 年底终止所有“卷土重来”的脊灰病毒传播的国家。

(iii) 存在脊灰病毒地方性传播的国家¹：整体上，存在脊灰病毒地方性传播的四个剩余国家中，2010年的脊髓灰质炎病例数与2009年同期相比减少了82%（截至2011年3月1日，2010年为232例，2009年为1256例）²。在印度，病例数减少了95%（42例，原来为740例），在尼日利亚减少了95%（21例，原来为388例），在阿富汗减少了35%（25例，原来为38例）。在巴基斯坦，病例数增加了61%（2010年为144例，2009年为89例）。

4. 虽然走向战略计划第一和第三个里程碑的进展情况基本上在按计划进行，但仍存在严重的障碍。特别是，安哥拉没有达到2010年底终止所有“卷土重来的脊灰病毒传播”的第二个里程碑，乍得和刚果民主共和国也很可能达不到。在安哥拉，25%以上的儿童不参加该国某些地区的补充免疫活动，从而推动了卷土重来的病毒的持续传播，2010年疫情的暴发，以及疫情跨过边界传播到刚果和刚果民主共和国。此外，从2010年6月至少到12月在刚果民主共和国东部的加丹加省分离出自2008年以来未曾发现的一种病毒毒株，表明该地区在实施监测活动和补充免疫活动方面均失败。巴基斯坦在达到2011年底在流行脊灰病毒国家中终止该病毒传播的第三个里程碑方面面临风险，因为该国持续存在的储藏地区中在优化补充免疫活动质量方面不断出现运作困难。联邦管辖的部落地区中的不安全和冲突以及2010年中期影响该国的严重水灾进一步加剧了这些问题。认识到这些风险并根据2010-2012年战略计划的规定，安哥拉、刚果民主共和国以及巴基斯坦经本国国家元首授权制定或更新了应急计划，以加强消除风险的活动。这些计划已于2010年12月21-22日提交给独立监测委员会，并于2011年1月开始实施。乍得应邀在独立监测委员会2011年3月底的会议上向该委员会提交其应急计划。

5. 野生脊髓灰质炎病毒的国际传播继续对实现一个无脊髓灰质炎的世界构成重大风险。2010年新暴发的所有11种疫情已在六个月内全部被终止，或者按计划有待在这一时限内被终止。然而，刚果和塔吉克斯坦都与野生脊髓灰质炎病毒在全世界的进一步传播有关，两国疫情的爆炸性性质清楚地表明了这一持续的风险。截至2011年3月，在终止与最近新输入病毒相关的疫情方面，最重要的国家和地区有：刚果、加蓬、乌干达和肯尼亚交界地区、俄罗斯联邦；特别是乍得，因为该国在2010年9月1日再次感染新输入的1型野生脊髓灰质炎病毒。

6. 随着全球野生脊灰病毒出现率不断下降，会员国正在采取额外措施减少野生脊灰病毒国际传播或出现疫苗产生的脊灰病毒传播引起新疫情的风险。这些措施包括为填补人口免疫和对进出脊髓灰质炎疫区的旅行者进行疫苗接种方面的空白开展补充和常规免

¹ 界定为到2011年底流行该病的四个国家中至少有两个已终止所有脊灰病毒传播。

² 数据可见于：<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>。

疫活动。同样，随着在消灭野生脊灰病毒方面取得进展，确保对疫苗产生的脊灰病毒流行及时作出反应接种疫苗已变得越来越重要。在 2010 年，阿富汗、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、印度和尼日利亚发生了由疫苗产生的脊灰病毒流行引起的疫情。

7. 在启动 2010-2012 年战略计划时，发表了关于全球消灭脊灰行动经济问题的新调查结果。结果显示 1988-2035 年期间因完成消灭脊髓灰质炎而逐步积累的利润净额将至少达 420 亿美元¹。但是，全球消灭脊灰行动资金供应方面的短缺继续造成某些地区缩小了补充免疫和监测活动的规模，另一些地区则延误了疫情应对活动的实施，并对某些会员国减少了秘书处提供的长期技术援助。截至 2011 年 3 月，2011-2012 年预算的 18.6 亿美元中有 38% 仍未落实。

B. 通过分发伊维菌素控制盘尾丝虫病（WHA47.32 号决议）

8. 盘尾丝虫病（河盲症）目前主要流行于撒哈拉以南非洲的 30 个国家²，同时流行于拉丁美洲的六个国家³和也门。

非洲

9. 1974 年，11 个西非国家建立了盘尾丝虫病控制规划，目标是消除作为具有公共卫生重要性的疾病并阻碍社会经济发展的盘尾丝虫病。该规划的主要战略是病媒控制，从 1989 年开始结合利用伊维菌素实施大规模治疗。该规划在除塞拉利昂以外的所有其余 10 个国家均实现了其主要目标，并于 2002 年停止实施。尽管如此，决定继续开展定期监测活动，并继续在所有国家使用伊维菌素实施大规模治疗，维护已经取得的成就。

10. 1994 年，卫生大会通过了关于通过分发伊维菌素控制盘尾丝虫病的 WHA47.32 号决议，其中特别指出，可以利用制药厂免费提供的伊维菌素防治盘尾丝虫病。

11. 1995 年，非洲盘尾丝虫病控制规划启动，以控制非洲剩余 19 个流行该病国家的盘尾丝虫病，目标是确立在社区指导下使用伊维菌素进行的可持续治疗，并酌情采用对环境安全的方法消灭选定疫源地的病媒。

¹ Thompson K., Pallansch MA, Cochi SL 等。全球消灭脊灰行动的经济分析。《疫苗》，29 (2011) 334–343 页。

² 安哥拉、贝宁、布基纳法索、布隆迪、喀麦隆、中非共和国、乍得、刚果、科特迪瓦、刚果民主共和国、赤道几内亚、埃塞俄比亚、加蓬、加纳、几内亚、几内亚比绍、肯尼亚、利比里亚、马拉维、马里、莫桑比克、尼日尔、尼日利亚、卢旺达、塞拉利昂、塞内加尔、苏丹、多哥、乌干达和坦桑尼亚联合共和国。

³ 巴西、哥伦比亚、厄瓜多尔、危地马拉、墨西哥和委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）。

12. WHA47.32 号决议要求会员国拟定**国家计划**。据此，参加该规划的 19 个国家中的 15 个¹正在通过国家盘尾丝虫病工作队实施在社区指导下利用伊维菌素进行治疗的战略。在流行该病的一些剩余国家中，正在使用伊维菌素实施临床治疗。

13. 在该规划 19 个国家的 13 000 多个村庄**快速绘制盘尾丝虫病流行病学图**的结果便于选择优先地区，为有感染风险的约 1.2 亿人实施大规模伊维菌素治疗。

14. 非洲盘尾丝虫病控制规划正在通过建设社区和一线卫生人员的能力**加强初级卫生保健**。让社区参与控制活动的决定，使他们能够负责提供伊维菌素，决定如何、何时以及由谁提供治疗，并监督实施在社区指导下利用伊维菌素进行的治疗。2009 年，15 个国家超过 50.7 万名受过培训并且接受社区指导的分发人员和近 3.7 万名卫生工作者对 6600 万人施用了伊维菌素。

15. 在社区指导下利用伊维菌素实施的治疗也为其它卫生干预措施提供了行之有效的切入点。该规划的若干项目报告说，2009 年提供用于防治其他疾病的治疗或用品数量达近 2600 万。目前正在扩大与其它卫生干预措施一道实施的伊维菌素分发工作，这有助于采用预防性化疗办法控制被忽视的热带疾病。

16. 非洲盘尾丝虫病控制规划可确保利益攸关方（政府、赞助机构、捐助方、非政府组织和捐赠伊维菌素的制药公司）之间的**协调**，也可确保对进展情况实施监测。

17. 根据该规划最近进行的流行病学评估，非洲 20 个国家²有可能在大多数疫源地消除感染并阻断盘尾丝虫病的传播。

18. 但是，当前面临的挑战仍然是如何确保各国规划在非洲盘尾丝虫病控制规划于 2015 年结束后依然具有可持续性，特别是为七个冲突后国家提供支持以便使它们能够扩大其地域和治疗覆盖面。

美洲

19. 美洲消除盘尾丝虫病规划于 1992 年开始实施，目前正在根据泛美卫生组织/世卫组织 2008 年的 CD48.12 号决议进行，该项决议呼吁到 2012 年消除整个美洲区域的眼病

¹ 安哥拉、布隆迪、喀麦隆、中非共和国、乍得、刚果、刚果民主共和国、赤道几内亚、埃塞俄比亚、利比里亚、马拉维、尼日利亚、苏丹、乌干达和坦桑尼亚联合共和国。

² 贝宁、布基纳法索、布隆迪、喀麦隆、乍得、刚果、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、赤道几内亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、马拉维、马里、尼日尔、尼日利亚、塞内加尔、多哥、乌干达和坦桑尼亚联合共和国

并阻断寄生虫传播。规划的工作目标是通过每年至少两次提供伊维菌素根除人类盘尾丝虫病，使疾病流行区符合条件人口的覆盖率最低达到 **85%**。规划对各利益攸关方进行协调，其中包括疾病流行国政府、美洲区域办事处和若干国际伙伴。

20. 与非洲的情况相同（见上文），美洲消除盘尾丝虫病规划各国在其卫生部内设立了国家盘尾丝虫病规划。2006年，美洲所有13个疫源地的覆盖率达到85%以上，2010年，其中7个疫源地阻断了寄生虫传播，由此停止分发伊维菌素。10多年来，该区域没有报告盘尾丝虫病致盲的病例。2011年，哥伦比亚可能成为在为期三年的治疗后监测工作结束后提出认证消除的第一个国家。厄瓜多尔可能于2013年提出类似的请求。巴西和委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）共有的雅诺马米区被认为是到2012年在区域内阻断传播的最大障碍。两国签署的最新合作协议使这一难以进出地区的规划活动有可能取得突破。

也门

21. 过去十年，也门成功地在临床上使用伊维菌素治疗严重皮肤损伤（sowda）。2010年拟订了一项国家行动计划，旨在通过大规模分发伊维菌素和控制病媒，到2015年在该国消除盘尾丝虫病。

C. 气候变化和卫生（WHA61.19号和EB124.R5号决议）

22. 本报告根据WHA61.19和EB124.R5号决议报告执行该决议和工作计划的进展情况。执行委员会在其2011年1月的第128届会议上注意到本报告较早的一个版本。¹

23. **宣传和提高认识。**秘书处与会员国合作组织了一系列高层会议，具体主题是气候变化和卫生（东南亚区域），例如议员会议（廷布，2010年10月5日至7日）和部长会议（达卡，2010年10月19日至20日），或者气候变化和卫生之间的关系是会议的主要内容之一（第五次欧洲环境和卫生部长级会议，意大利帕尔玛，2010年3月10日至12日；第二届非洲卫生与环境问题部际会议，罗安达，2010年11月23日至26日）。秘书处还支持协调日益增加的感兴趣的卫生工作者组织和非政府组织以产生并散发卫生宣传信息。

24. **与联合国系统其他组织和其他部门构建伙伴关系。**在联合国系统行政首长协调理事会和方案问题高级别委员会的讨论中，世卫组织从卫生角度发表观点，并参与组织一个新的联合国工作小组，研究气候变化的社会影响。世卫组织还在框架公约缔约方大会第

¹ 见文件EB128/2011/REC/2，第十二次会议摘要记录，第4部分。

六次会议筹备会期间组织了两次卫生活动，缔约方会议（墨西哥坎昆，2010年11月29日至12月10日）期间组织了三次会外活动。世卫组织在区域层面全面参与气候变化论坛，例如，其东地中海区域办事处代表卫生利益参与联合国开发计划署的阿拉伯适应气候变化倡议地区论坛。这种参与使卫生问题在联合国系统各相关机制和框架公约的谈判案文中得到了更好的体现。

25. 促进和支持生成科学证据。对于最近有关气候变化和卫生问题的研究在多大程度上与世界卫生大会在其 WHA61.19 号决议号决议所提出的优先任务相一致，世卫组织进行了一次系统调查。仍在继续评估气候变化带来的全球疾病负担情况，最终结果将于 2011 年早些时候发布。政府间气候变化专门委员会在其有关农业、交通、家庭用能和住房的报告中提出了减缓气候变化影响的策略，秘书处正在研究这些做法能带来哪些卫生方面的好处。秘书处正就这些领域的减缓措施如何改进卫生起草政策说明。此外，对于政府间气候变化专门委员会撰写的极端事件特别报告，秘书处也有所贡献。欧洲区域办事处就与世界气象组织共同准备的热浪-健康预警系统提供了技术指导。

26. 加强卫生系统，保护人口免受气候变化影响造成的威胁。已完成关于气候变化导致的卫生脆弱性及适应气候变化的指南草案。随后，泛美卫生组织主办了一次全球会议（圣何塞，2010年7月20日至23日），将16个国家的反馈意见纳入2011年早些时候发布的最终文本。非洲区域办事处研究了最不发达国家将卫生考虑纳入其国家适应行动规划的情况，发现存在重大不足。随后，相关世卫组织规划和选定成员国就“加强发展中国家适应气候变化能力必需的公共卫生要素”进行了磋商（日内瓦，2010年9月6日至7日）。在国家层面，秘书处支持30多个国家进行了脆弱性和适应评估。例如，西太平洋区域办事处支持15个国家进行了此类评估，其中包括11个太平洋岛国；欧洲区域办事处支持13个欧洲国家进行了评估。本组织正在涉及所有区域的16个国家实施保护健康不受气候变化影响的务实项目，同时支持中国的新“绿色安全医院”项目。此外，目前正在拟订一个新的区域项目，以加强整个非洲防止健康受气候变化影响的工作。

D. 通过对过时杀虫剂和其它过时化学品的健全管理增进健康（WHA63.26号决议）

27. 国际化学品管理战略方针为化学品无害管理行动提供了一个框架¹。秘书处继续为实施战略方针作出贡献。本报告介绍了实施 WHA63.26 号决议的进展情况。执行委员会在其 2011 年 1 月第 128 届会议上注意到本报告较早的一个版本²。

¹ 见文件 A63/21。

² 见文件 EB128/2011/REC/2，第十二次会议摘要记录，第 4 部分。

28. 秘书处正在为决策者提供关于选定过时杀虫剂和其它过时化学品对健康影响的证据,分享关于成功行动的信息并促进用于处理其它重要化学品的战略和国家行动。例如,医院中使用测量血压的含汞设备和体温计是过时的,因为现在已有经验证和具成本效益的无汞替代设备。秘书处正在与卫生部门伙伴合作,逐步淘汰过时设备。它正在与印度尼西亚和泰国合作,加强国家无害管理主要工业致癌物质(包括石棉)的能力。世卫组织与联合国环境规划署结成伙伴关系,正在领导逐步淘汰含铅油漆的全球行动,这种油漆仍然是造成儿童血液中铅含量过高的一个原因。

29. 2010 年发表了在组织间化学品无害管理方案支持下出版的《2009 年世卫组织以危害性为根据的杀虫剂分类建议和分类准则》最新版本¹。它列举了过时的或不再作为杀虫剂使用的杀虫剂并提供了有害杀虫剂的清单。它有助于明智地选择杀虫剂,从而避免积累储备。

30. 通过世卫组织杀虫剂评价方案(WHOPES)并与粮农组织和环境规划署密切合作,秘书处在用于公共卫生的杀虫剂的生命周期管理方面向会员国提供了支持。这种支持的重点包括制定政策、战略、准则和标准,以及在选定国家实施项目。制定了用于杀虫剂管理的一套工具,以便向会员国提供公共卫生杀虫剂无害管理方面的支持,其中包括与注册、分发和销售、使用和应用以及杀虫剂废物处理等方面相关的问题,并制定了用于培训和提高认识以及用于实行杀虫剂条规的工具²。

31. 向世卫组织不同区域的 13 个国家提供了支持,重点为非洲国家,涉及形势分析,需求评估以及通过多部门和多利益攸关方的方式制定国家行动计划。支持也包括评估国家杀虫剂质量控制实验室的能力以及在制定此类质量控制规格方面的培训。确保杀虫剂质量可避免购买者退货,从而避免积累无销路材料的储备。

32. 在 2010 年,世卫组织杀虫剂评价方案在病媒传播疾病流行的约 140 个国家中开展了一次全球调查,以便勘测和记录公共卫生杀虫剂的注册和管理做法。产生的信息将用于为优化和协调公共卫生杀虫剂注册程序和注册后条规的计划提供更好的基础。这种信息还将有益于制定战略和行动计划以加强会员国无害管理公共卫生杀虫剂的能力并作为避免积累过时杀虫剂的预防措施。调查结果产生的共同信息是会员国用于公共卫生杀虫剂无害管理的资源一般仍然相当充足。

¹ 世界卫生组织。《2009 年世卫组织以危害性为根据的杀虫剂分类建议和分类准则》。日内瓦,世界卫生组织,2010 年。

² 详情请见http://www.who.int/whopes/recommendations/who_fao_guidelines/en/index.html (查阅时间:2011 年 3 月 1 日)。

E. 通过安全的和无害环境的废物管理增进健康 (WHA63.25 号决议)

33. **全球环境基金资助的项目。**WHA63.25 号决议要求总干事，除其他外，继续支持预防与接触医疗废物有关的健康风险，促进对医疗废物的无害环境管理。本着这一精神，秘书处实施了 2008 年中期启动的这一为期四年的项目。项目的目的是展示和推广最大限度地减少或杜绝持久性有机污染物和汞排放到环境中的最佳技术和实践。阿根廷、印度、拉脱维亚、黎巴嫩、菲律宾、塞内加尔和越南参加了本项目，其国家利益攸关者也参与了项目。此外，坦桑尼亚联合共和国达累斯萨拉姆大学工程技术学院正在开发和测评不用焚烧办法处理医疗废物的廉价技术。其目的是利用当地现有的物资和技术，在撒哈拉以南非洲国家可建立和投入使用的废物处理设施中应用有关程序。

34. **全球疫苗和免疫联盟的支持。**此外，在医疗废物方面，全球疫苗和免疫联盟为所有 72 个符合条件的国家提供资助，用于建设能力及制定国家计划、政策、法规和实施战略。世卫组织一直参与提供技术支持。有关的大多数国家现在都有这样的计划并且正在实施当中。

35. **《利伯维尔非洲卫生与环境宣言》(2008 年)。**《利伯维尔宣言》是第一届非洲卫生与环境问题部际会议(利伯维尔, 2008 年 8 月 26 日至 29 日)的成果, 这次会议由加蓬政府主办, 并由世卫组织和环境规划署协办。在《宣言》中, 非洲国家致力于建立卫生与环境战略联盟, 作为联合行动计划的基础。

36. **汞在卫生保健中的使用。**2008 年 7 月, 无害保健组织和世卫组织发起了以既廉价又精确且更为安全的器械取代含汞医疗器械的全球倡议, 作为环境规划署全球汞伙伴关系的组成部分。世卫组织提供技术建议, 说明如何评价无汞温度计和血压测量器械。2010 年, 阿根廷卫生部颁布一项行政决定, 禁止生产、进口、销售或免费转让汞柱血压计供普通民众、医生或兽医使用¹。这些器具的进口被立即叫停, 所有销售须在六个月内停止。巴西、墨西哥、尼泊尔和坦桑尼亚联合共和国等国家正在努力实现类似的目标。

37. **宣传。**世卫组织倡导采用医疗废物方面的核心原则。根据这些原则, 参与资助和支持医疗活动的各方应提供医疗废物的管理费。尽管取得了一些令人鼓舞的成果, 但需要更加重视这一领域。

¹ 274/2010 号行政决定。

38. **紧急情况下的医疗废物管理。**在联合国机构间常设委员会的框架内，世卫组织的活动包括传播咨询意见和立即采取行动回应海地和巴基斯坦紧急事件期间产生的与医疗废物有关的需要。

39. **产生科学证据的活动。**在欧洲区域评估了与环境接触废物有关的卫生不公平状况，并且在第五届环境与卫生问题部长级会议（意大利帕尔马，2010年3月10日至12日）上提出了一份报告，作为与环境和卫生有关的不公平问题背景文件¹。此外，还审查了适用于各类专门废物倾弃场（如军事用地和燃料库）的卫生影响评估准则。

40. **赋能。**举办了若干关于医疗废物管理的区域讲习班，并广为散发和广泛使用了培训材料。题为“安全管理医疗活动所产生废物”的世卫组织参考手册第二版将于2011年发表。文件、指导方针和政策文件已完成翻译并在各国广为传播。正在尽一切努力确保世卫组织网站上的医疗废物专页不断得到更新并便于用户查阅。有关网页的访问人数很多。

41. **加强对医疗废物的管理。**这一领域的工作主要涉及欧洲区域的会员国。例如在阿塞拜疆，为评估当前的局势提供了技术支持。由此产生的结果使之能够制定国家政策并编制一项概算和实施路线图。文件正在国家层面进行审议，尚有待批准。

42. 为期三天的国家医疗废物战略讲习班于2009年在哈萨克斯坦举行。10个国家（符合全球疫苗和免疫联盟支助条件的8个国家以及波斯尼亚和黑塞哥维那以及哈萨克斯坦）的代表参加了讲习班并拟定了制定各自国家战略的方针。

43. 执行委员会在其2011年1月第128届会议上注意到这一进展报告²。

F. 实现孕产妇、新生儿和儿童卫生干预的普遍覆盖（WHA58.31号决议）

44. 2009年全球儿童死亡人数估计为810万，比2005年的900万有所减少³。1990年至2009年，欧洲区域取得的进展最大，那里五岁以下儿童的年平均死亡率降低了5.1%；美洲区域的这一比率为4.3%。非洲区域的进展平平，这一比率为1.8%；东地中海区域的比率为1.9%。这些比率和实现千年发展目标4（降低儿童死亡率）的具体目标

¹ 《环境与卫生风险：对社会不公的影响的审查》。哥本哈根，世界卫生组织，2010年。

² 见文件EB128/2011/REC/2，第十二次会议摘要记录，第4部分。

³ 联合国儿童死亡率估算机构间小组，《儿童死亡率的水平和趋势：2010年的报告》。纽约，联合国儿童基金会，2010年。

要求的 4% 的年降低率之间差距很大¹。《2015 年倒计时十年报告 (2000-2010 年)》确定的五岁以下儿童死亡率负担沉重的 68 个国家中²，19 个国家正在按计划实现目标，其中 17 个国家将死亡率减少了至少一半。在 47 个国家中，2000-2008 年与 1990-2000 年相比，五岁以下儿童死亡率降低的年均速度有所加快。

45. 2008 年全球孕产妇年死亡人数估计为 35.8 万，比 1990 年的 54.6 万降低了 34%³。东南亚和西太平洋区域取得的进展最大，1990 年至 2008 年孕产妇死亡率年均降低 5.0%。非洲区域的进展较小，平均每年降低 1.7%，东地中海区域平均每年降低 1.5%。同样，这些降低率与实现千年发展目标 5 (改善妇幼保健) 相关具体目标所需的 5.5% 降低率之间有明显差距⁴。然而，埃及、伊朗 (伊斯兰共和国)、摩洛哥和尼泊尔等国已经表明，有可能通过重点明确的战略降低孕产妇死亡率。

46. 对生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康的有效干预措施覆盖率仍然不平衡。倒计时报告显示，68 个国家按计划采取的干预措施的覆盖率中位值居高，如免疫 (大于 80%) 和维生素 A 补充剂 (85%)。不过，按需实施的干预措施，其覆盖率中位值仍然偏低，如腹泻治疗 (41%)、肺炎治疗 (27%)、专业人员接生 (54%)、计划生育 (31%) 以及剖腹产 (不到 5%)。意外怀孕人数很多仍然反映出对计划生育的需求未得到满足 (中位值，24%)。当务之急仍然是减少意外怀孕的数量，特别是青少年的意外怀孕数量。在干预措施覆盖率方面可以取得快速进展，有两个例子可以说明这一点：经杀虫剂处理的蚊帐覆盖率大幅增加；预防了若干国家的母婴艾滋病毒传播。过去 20 年，12 个国家六个月以下婴儿纯母乳喂养普及率至少提高了 20%。

47. 在许多情况下，服务质量仍然是令人关注的一个问题。例如，寻求产前保健服务的妇女比例与在产前检查期间接受有效干预的妇女比例两相比较，保健质量显然存在差距。同样，分娩时的护理质量很不平衡。例如，在分娩过程中寻求“专业人员照护”的妇女可以得到照护，但这种照护的质量可能不符合“专业人员照护”一词暗示的标准，最终造成医疗并发症乃至死亡。总体而言，有必要加强用于评估为怀孕、分娩和产后妇女以及新生儿和儿童所提供服务质量的指标。

¹ 千年发展目标 4 的具体目标 4.A 是“1990 年至 2015 年将 5 岁以下儿童死亡率降低三分之二”。

² 《2015 年倒计时十年报告 (2000-2010 年)：孕产妇、新生儿和儿童生存评估》。日内瓦，世界卫生组织和联合国儿童基金会，2010 年。

³ 《孕产妇死亡率趋势：1990 年至 2008 年》。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

⁴ 千年发展目标 5 的具体目标 5.B 是“1990 年至 2005 年将产妇死亡率降低四分之三”。

48. 在持续照护方面，特别是在母亲和新生儿死亡风险很大的产后期间，差距也很大。仅有六个国家收集了在家中（即保健机构以外）出生的婴儿的产后照护数据，他们发现分娩后两天内的护理覆盖率中位值极低，为 4%。

49. 关于覆盖水平的国家数据往往隐藏了亚人群中的重要差异，包括性别、城市与农村居民、收入和种族等问题。干预措施在全国的总体覆盖率相似的国家，在不同人群的覆盖率是否公平方面可能大相径庭。一般来说，高收入家庭的干预措施覆盖率要高得多。包括孟加拉国、巴西、埃及、斯威士兰和赞比亚在内的国家正在弥合这一公平性差距。

50. 采用最近以证据为基础的政策来增加获得基本生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康干预机会的国家寥寥无几。由于一些国家卫生工作者的职责范围有限，很难加强获得这种健康干预措施的机会。例如，在 68 个“倒计时国家”（即，负担最重的那些国家）中，仅有 26 个国家由助产士履行七项救生任务，仅有 29 个国家由社区卫生工作者查明和治疗显示肺炎体征的儿童。22 个国家采用了《母乳代用品国际销售守则》¹，41 个国家报告说制定的国家计划有孕产妇、新生儿和儿童保健的费用估算。这些数据表明需要加强国家政策和方案，以加快生殖、孕产妇、新生儿和儿童保健行动。

51. 联合国秘书长的《妇女儿童健康全球战略》²在 2010 年 9 月得到世界各国领导人的认可，为采取联合行动实现以持续照护促进生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康提供了一个平台。该战略强调所有与卫生相关的千年发展目标的有关方面，认识到孕妇、新生儿和青少年的特殊脆弱性，呼吁团结起来支持国家牵头的增加投资和提高效率的卫生计划。问责制是这项战略的一个重要方面，所有合作伙伴都应当对战略发挥作用。

52. 执行委员会在其 2011 年 1 月第 128 届会议上注意到本进展报告³。

G. 女性生殖器切割（WHA61.16 号决议）

53. 根据 WHA61.16 号决议，秘书处与国际、区域和国家伙伴合作，正在与会员国一起开展工作，努力消除女性生殖器切割的习俗。本报告突出了 2008 年以来的进展，执行委员会在其第 128 届会议上注意到这一进展报告³。

¹ 《母乳代用品国际销售守则》。日内瓦，世界卫生组织，1981 年。

² 联合国秘书长潘基文，《妇女儿童健康全球战略》。纽约，联合国，2010 年。

³ 见文件 EB128/2011/REC/2，第十二次会议摘要记录，第 4 部分。

54. 秘书处支持了若干国家中¹对女性生殖器切割习俗的研究，研究目的是收集可有助于改进努力消除该习俗的信息。此外，研究提供了关于为经历过女性生殖器切割的女童和妇女进行护理的信息。在非洲和亚洲的 8 个国家，教育和信息行动在社区级并通过大众传媒以特别人群为目标²。

55. 截至 2010 年 11 月，20 个非洲国家和另外两个国家中的若干州³具备法律，把女性生殖器切割的习俗定为刑事犯罪。3 个国家自 2008 年 5 月以来实行这种法律：埃及（2008 年）、乌干达（2009 年）和苏丹。埃及和吉布提加强了现有法律，若干国家中把案例提交法庭⁴。此外，从实行女性生殖器切割的社区接受移民的 13 个国家已确立反对该习俗的法规。

56. 非洲的 4 个国家发起了反对女性生殖器切割习俗的国家行动计划。其它国家政府发表了公开声明并改进了针对该习俗的反应协调工作。此外，9 个欧洲国家已制定行动计划。欧洲议会通过了抵制女性生殖器切割的 4 项决议，而且欧洲联盟在 2009 年发起了“终止女性生殖器切割”的运动。

57. 非政府组织、政府和宗教领袖在 16 个国家开展了社区干预措施，结果有数百个社区公开宣布打算停止这种做法。

58. 部门间合作得到了加强。在 2008 年，非洲区域办事处对消除该习俗的区域行动计划（1996-2015 年）开展了中期审查⁵。包括联合国系统各组织、各国政府部委、非政府组织、母亲安全项目、社区和宗教组织以及宗教领袖在内的各主要利益攸关方形成了合作规划和资助伙伴关系。在 4 个国家建立了涉及方方面面的新合作：在布基纳法索和苏丹，法律和人权问题是重点；在埃塞俄比亚和几内亚，重点是地方政府、非政府组织和民间社会机构的区域网络。

¹ 布基纳法索、埃及、冈比亚、加纳、肯尼亚、尼日利亚、塞内加尔、塞拉利昂和苏丹。

² 科特迪瓦、吉布提、厄立特里亚、加纳、印度尼西亚、毛里塔尼亚、尼日利亚和苏丹。

³ 贝宁、布基纳法索、中非共和国、乍得、科特迪瓦、吉布提、埃及、厄立特里亚、埃塞俄比亚、加纳、几内亚、肯尼亚、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚（13 个州）、塞内加尔、南非、苏丹（多个州）、多哥、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚。

⁴ 包括布基纳法索、吉布提、埃及、肯尼亚、塞内加尔和塞拉利昂。自 2008 年以来，新的案例在荷兰和瑞士被提交法庭。

⁵ 世界卫生组织，《在非洲加速消除女性生殖器切割的区域行动计划》。布拉柴维尔，世卫组织非洲区域办事处，1997 年。

59. 秘书处更新了对经历过女性生殖器切割的女童和妇女的卫生保健指南，并为培训卫生提供者编写了多媒体材料¹。5个非洲国家对临床指南进行了调整和使用。两个非洲国家报告开展了关于消除该习俗的在职培训并为不同卫生保健专业人员制定了关于其作用的课程。

60. 在埃及设立了向经历过女性生殖器切割的女童或妇女提供服务的国家服务热线，吉布提也正在设立这种热线。

61. 此外，有证据显示卫生保健提供者实施女性生殖器切割的案例比例正在上升。联合国大家庭以及各政府间和国际专业协会²制定了一项全球战略³以便扭转这一趋势。正在区域和国家级促进这一战略。此外，在5个国家建立了抵制女性生殖器切割的医师和专业组织网络。

H. 把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略（WHA60.25号决议）

62. 本报告依照 WHA60.25 号决议的要求，通过概述世卫组织自 2009 年以来的工作报告在实施将性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略方面的进展情况⁴。执行委员会在其 2011 年 1 月第 128 届会议上注意到本报告较早的一个版本⁵。

63. 根据提供双年度进展报告的要求，制定了一个监测和评价框架。在 2008-2009 年和 2010 年分别成功地实施了框架的两个阶段，即基线评估⁶和中期审查⁷。本报告介绍了评估和审查的结果，并反映了在把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略的每个战略方向上取得的成就⁸。

¹ 《女性生殖器切割——查明证据。卫生保健提供者开展治疗和预防工作的指南》。日内瓦，世界卫生组织，印刷中。

² 国际妇产科联合会、国际护士理事会、国际移民组织、医学妇女国际协会、世界理疗联合会以及世界医学协会。

³ 《制止卫生保健提供者实施女性生殖器切割的全球战略》。日内瓦，世界卫生组织，2010年以及纽约，联合国人口基金，2010年。

⁴ 截至 2009 年的进展情况，见文件 A62/23，H 节。

⁵ 见文件 EB128/2011/REC/2，第十二次会议摘要记录，第 4 部分。

⁶ 《世卫组织中的性别问题主流化：我们现在处在何处？2010 年世卫组织战略基线评估报告》。日内瓦，世界卫生组织，2011 年。

⁷ 《对把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略的中期审查》。日内瓦，世界卫生组织，印刷中。

⁸ 《把性别分析和行动纳入世卫组织工作的战略》。日内瓦，世界卫生组织，2009 年。

战略方向方面的进展

战略方向 1：建设世卫组织性别分析和计划的能力

64. 在性别、妇女和卫生网络方面，进展包括在所有世卫组织区域增加了性别问题联络点的数量。目前此类联络点的数量达到 112 个。

65. 2008-2009 年开展的世卫组织性别问题战略基线评估显示，参加调查的多数（60%）世卫组织职员对性别概念有很好的了解。相比之下，近 35% 在其工作中应用性别分析和行动。世卫组织不断努力建设能力，包括出版关于性别问题主流化的手册¹，以及开展关于业务计划的培训研讨会，重点为性别问题。但是，需要开展更多的工作，建设能力并为职员创建促进性的机构环境以便在其工作中应用性别分析技能。

战略方向 2：将性别问题纳入世卫组织管理工作的主流

66. 专业职类女职工人数自 2007 年以来增长了 5%。但世卫组织在兑现 1997 年提出的担任专业及以上级别职位的妇女占 50% 这一承诺方面仍存在一些差距。

67. 基线评估中与这一战略方向相关的结果显示在某种程度上已把性别问题融入业务计划过程²。这种进展在人道主义紧急情况、盲症、食品安全、艾滋病毒、疟疾、精神卫生、非传染病、职业卫生和烟草控制规划等方面最为明显。

战略方向 3：促进使用按性别分解的数据和性别分析

68. 2010 年的中期审查显示进展非常有限。在下一个报告阶段，即 2010-2011 年，秘书处通过性别、妇女和卫生网络正在加强并计划继续加强努力，支持使用按性别分解的数据和性别分析。2009 年，在厄瓜多尔基多举办了一次讲习班³以便在识别性别和卫生核

¹ 世界卫生组织，《卫生管理人员的性别问题主流化：实用措施》。日内瓦，世界卫生组织，2010 年。

² 衡量性别问题融入情况的形式为基线评估期间的采访，涉及 131 个联络点，采访方式以事先准备的调查表为基础。

³ 美洲区域办事处于 2009 年 10 月 12-16 日在厄瓜多尔基多举办的“为参与按性别分解的数据收集和性别分析的国家主办的性别和卫生指标问题能力建设讲习班”。

心指标方面向玻利维亚（多民族国）、智利、哥伦比亚、厄瓜多尔和秘鲁提供支持。为推进这项工作制定了工具，包括一套准则¹。

69. 一项重要的成就是在 2009 年 11 月出版了世卫组织的报告，即《妇女和健康：当今的证据，未来的议程》²。报告吸引世卫组织的关键伙伴提出众多表示认可的声明。在 2010 年末举行了加强性别、妇女和健康问题知识基础的一次政策会议，产生了由不同与会会员国代表认可的关于改进性别和卫生统计及减少不平等现象的行动呼吁³。

战略方向 4：建立问责制

70. 基线评估指出需要采取更多的行动。在 2010 年，世卫组织在全球管理系统中引进了性别分类，要求参与制定工作计划的世卫组织职员表明其产品和服务是否对性别问题有敏感认识。这样，职员需要负责，而世卫组织能够追踪在其产品和服务内纳入性别问题的进展情况。

I. 药物的合理使用方面的进展（WHA60.16 号决议）

71. 促进药物合理使用方面的工作涉及各种活动。在非洲区域，中非共和国、乍得、埃塞俄比亚、马里、塞内加尔和赞比亚为卫生工作者举办了关于良好开方实践以及促进在卫生机构合理使用药物的培训班。坦桑尼亚联合共和国制定了一项国家宣传战略，以改善社区药物的合理使用。

72. 在美洲区域，根据该决议与会员国合作制定了促进药物合理使用的区域战略，玻利维亚（多民族国）、巴西和尼加拉瓜都已开始实施试点项目。

73. 东南亚区域已制定预防和遏制抗菌素耐药性的区域战略。此外，关于药物使用的国家间会议于 2010 年 7 月 13 日至 15 日在新德里举行；会议建议各国采取协调行动，改善药物的合理使用，包括在卫生部创建资源充足的专门机构。

74. 在欧洲区域举行了一次讲习班，使欧洲国家能够讨论改善为患者提供药物信息的战略（荷兰阿姆斯特丹，2010 年 10 月 6-8 日）；其后举行了为期两天的会议，讨论对药品

¹ Haworth-Brockman M, Isfeld H, 普雷里妇女卫生卓越中心,《以性别为基础分析供决策使用的卫生数据的指南》。华盛顿（哥伦比亚特区），泛美卫生组织性别、种族和卫生问题办事处。

² 《妇女和健康：当今的证据，未来的议程》。日内瓦，世界卫生组织，2009 年。

³“优化证据以便通过性别和卫生统计改善妇女健康的全球政策对话”。华盛顿（哥伦比亚特区），世界卫生组织，2010 年 10 月 25-27 日。

推销的监管。最后还举行了另外一次讲习班，以便使新独立的国家和东南欧国家讨论目前的国家药品推销立法（基希讷乌，2010年10月12-13日）。

75. 在东地中海区域，药物合理使用问题联合讲习班于2010年11月7日至9日在马斯喀特举行，由东地中海区域办事处和海湾合作委员会国家卫生部长理事会执行局共同组织。讲习班介绍了阿曼药物合理使用局的成功经验，药物合理使用方面的建议已转呈卫生部长理事会执行局。

76. 西太平洋区域已组建药物选择和使用太平洋工作组，以便制定治疗准则和共同药物清单的共同框架。另外还组建了一个遏制抗菌素耐药性的多学科工作组，并且为会员国提供了如下方面的技术支持：药物合理使用方面的培训；药物的循证选择；以及治疗准则的拟订和执行。

77. 《世卫组织基本药物标准清单》于2009年4月修订并公布¹。各国在继续修订国家基本药物清单，并使用《标准清单》作为模板。世卫组织的标准处方集于2009年公布²。世卫组织关于发展中国家和转型期国家基本保健中药物使用情况的数据库已修订，以便包括截至2009年的调查。数据库显示，2004-2009年期间，公立部门开出的处方有50%遵守了临床准则，而在同一期间，私立营利部门的处方遵从率为30%。

78. 在艾滋病毒/艾滋病领域，世卫组织关于孕妇（防止婴儿感染艾滋病毒）³、婴儿和儿童⁴以及成年人和青少年的抗逆转录病毒治疗准则已经在网络上更新和公布⁵。疟疾治疗准则已修订和出版⁶，结核病治疗准则第四版也已出版⁷。

79. 流行恶性疟疾的所有80个国家都采用了以青蒿素为基础的联合疗法，并从疟疾治疗准则中删除了青蒿素单方疗法。这些都是合理使用药物治疗疟疾的重要步骤。

¹ 《基本药物的选择和使用：世卫组织专家委员会的报告》，2009年3月（包括第十六版《世卫组织基本药物标准清单》和第二版《世卫组织儿童基本药物标准清单》）。日内瓦，世界卫生组织，2009年（《世卫组织技术报告丛书》，第958号）。2010年3月发布的标准清单的更新提供英文和法文本，见：

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>（查阅日期：2011年3月2日）

² 《2008年世卫组织标准处方集》。日内瓦，世界卫生组织，2009年。

³ 《治疗孕妇和预防婴儿感染艾滋病毒的抗逆转录病毒药物：关于一种公共卫生方式的建议》。2010年版。见：http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf。（查阅日期：2010年11月10日）。

⁴ 《婴儿和儿童艾滋病毒感染的抗逆转录病毒疗法：促进普及：关于一种公共卫生方式的建议》。2010年修订本。见：http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599801_eng.pdf。（查阅日期：2010年11月10日）。

⁵ 《成年人和青少年艾滋病毒感染的抗逆转录病毒疗法：关于一种公共卫生方式的建议》。2010年修订本。见：http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf。（查阅日期：2010年11月10日）。

⁶ 《疟疾治疗准则》。第2版。日内瓦，世界卫生组织，2010年。

⁷ 《结核病治疗准则》。第4版。日内瓦，世界卫生组织，2010年。

80. 第三届改进药物使用的国际会议原定于 2011 年 4 月 10 日至 14 日在埃及亚历山大举行，现在推迟举行。不过，会议的筹备工作继续进行，按照计划，会议将在 2011 年晚些时候举行。会议由世卫组织共同主办，是确定今后十年药物合理使用议程的重要平台。

81. 抗菌素耐药性及其在全球的蔓延将成为 2011 年世界卫生日的主题；合理使用抗生素是控制抗菌素耐药性工作的重要组成部分。强调治疗和抗生素准则的重要性并涉及患者安全、艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾等规划的各项交叉活动，将是 2011 年世界卫生日的重要组成部分。

82. 为协助控制被忽视的热带疾病的国家规划草拟了一份手册，目的是加强管理大规模预防性化疗干预后的严重不良事件。该手册在部分非洲国家进行实地测评后，现在供国家当局使用，这些当局为了满足自身的需要，对手册的内容进行了调整。乌干达和坦桑尼亚联合共和国目前正在编制本国的版本。此外，印度、老挝人民民主共和国、马拉维、尼泊尔和越南正准备编写本国的版本。

83. 世卫组织基本药物的选择和使用专家委员会第十八次会议将于 2011 年 3 月 21-25 日在加纳阿克拉举行，并且将修订第十六版《世卫组织基本药物标准清单》。会议的材料已张贴在世卫组织的网站，收到的意见很多。

84. 这些不同的活动反映了药物合理使用方面范围广泛的工作性质；但是，大多数国家尚有待在其国家计划中应对药物合理¹使用的问题，并按照决议的建议投入资源。

85. 执行委员会在其 2011 年 1 月第 128 届会议上注意到本进展报告较早的一个版本²。

J. 世卫组织实施改进多边机构和国际捐助者防治艾滋病工作协调问题全球工作队的建议（WHA59.12 号决议）的情况

86. 根据联合国艾滋病规划署方案协调委员会在其第 20 次会议（日内瓦，2007 年 6 月 25-27 日）上提出的建议，设立了一个全球工作队监督咨商小组以监督工作进展和利益攸关方的报告要求，世卫组织代表艾滋病规划署的联合发起组织加入了该小组。2009 年 12 月，监督咨商小组向艾滋病规划署方案协调委员会第 25 次会议提交了报告，该报

¹ 见：http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/18/en/index.html（查阅时间：2011 年 3 月 4 日）。

² 见文件 EB128/2011/REC/2，第十一次会议摘要记录，第 3 部分。

告在艾滋病规划署第二次独立评价（2002-2008 年）最后报告¹的范围内进行了审议。第二次独立评价考虑了所有全球工作队建议的执行情况。会议商定，监督咨商小组的工作已经结束，进一步监督工作应纳入艾滋病规划署的其它治理和报告进程。

87. 世卫组织与艾滋病规划署、成员国、抗艾滋病、结核和疟疾全球基金和其它关键技术支持提供者以及接受方一道密切合作，协调统一给各国提供的技术支持。作为对第二次独立评价的反应，艾滋病规划署方案协调委员会建议制定艾滋病规划署技术支持战略，澄清艾滋病规划署未商处、其联合发起组织、其它联合国实体以及技术支持提供方各自的比较优势和作用。世卫组织为这一战略的制定做出了贡献，并正在细化世卫组织的作用和贡献。2009 年 9 月，世卫组织召开了一次磋商会，讨论的主题是发展包括世卫组织合作中心、知识中心和艾滋病毒领域技术合作伙伴在内的地区网络，以便建立起地区和国家层面介绍、管理和提供高质量技术支持的能力，以便加强卫生部门对艾滋病毒的反应。世卫组织担任着全球基金相关问题非正式联合工作组主席，这一工作组由来自世卫组织各相关部门、艾滋病规划署秘书处和全球基金的代表组成，任务是协调通过全球基金的赠款为各国提供技术支持。

88. 根据艾滋病规划署方案协调委员会的建议，修改了艾滋病规划署的分工²，修改需考虑第二次独立评价报告中提出的建议、联合国艾滋病规划署成果框架提出的十个优先工作领域、以及艾滋病规划署 2011-2015 年战略计划的内容。根据新的分工，世卫组织将继续领导卫生部门应对艾滋病毒，具体是在艾滋病毒治疗与保健、艾滋病毒/结核病和防止婴儿感染艾滋病毒等方面。世卫组织还将继续在卫生部门规划、加强卫生系统、艾滋病毒战略信息、在卫生部门预防艾滋病以及为风险最高和最脆弱人群提供卫生服务方面参与艾滋病规划署的工作。

89. 在建立并完善联合国艾滋病问题联合小组和国家层面联合支持项目方面取得了进展。到 2009 年底，84 个国家建立了联合国艾滋病问题联合小组，世卫组织积极参与所有小组中的工作，包括与其他联合国机构和合作伙伴共同制定方案。但是，世卫组织能否全面参与这些联合小组的工作取决于在相关国家是否有世卫组织艾滋病规划工作人员。

¹ UNAIDS/PCB(25)/09.18 号文件。

² 联合国艾滋病规划署方案协调委员会第 26 次会议，日内瓦，2010 年 6 月。

90. 2010年,世卫组织发布了五份最新建议,包括成年人和青少年感染艾滋病毒的抗逆转录病毒治疗¹、婴儿和儿童感染艾滋病毒的抗逆转录病毒治疗²、治疗孕妇并阻止婴儿感染艾滋病毒的抗逆转录病毒药物³、婴儿和儿童感染艾滋病毒的诊断⁴,以及感染艾滋病毒情况下的婴儿喂养⁵。2010年发布了普遍获取计划的进展报告⁶,这是对世卫组织2008-2009年艾滋病毒规划重点任务的审查⁷。

91. 执行委员会在其2011年1月第128届会议上注意到本报告较早的一个版本⁸。

= = =

¹ 《成年人和青少年感染艾滋病毒的抗逆转录病毒治疗:关于一种公共卫生方式的建议》,2010年修订,日内瓦,世界卫生组织,2010年。

² 《婴儿和儿童感染艾滋病毒的抗逆转录病毒治疗:走向普遍获取:关于一种公共卫生方式的建议》,2010年修订,日内瓦,世界卫生组织,2010年。

³ 《治疗孕妇并阻止婴儿感染艾滋病毒的抗逆转录病毒药物:关于一种公共卫生方式的建议》,2010年版,日内瓦,世界卫生组织,2010年。

⁴ 《世卫组织关于婴儿和儿童感染艾滋病毒诊断的建议》,日内瓦,世界卫生组织,2010年。

⁵ 《2010年艾滋病毒和婴儿喂养指南》,日内瓦,世界卫生组织,2010年。

⁶ 《走向普遍获得治疗:扩大卫生部门的重点艾滋病毒/艾滋病干预措施:2010年进展报告》,日内瓦,世界卫生组织,2010年。

⁷ 《艾滋病毒/艾滋病规划要点》,日内瓦,世界卫生组织,2010年。

⁸ 见文件EB128/2011/REC/2,第十一次会议摘要记录,第3部分。