



## التقارير المرحلية

### تقرير من الأمانة

#### المحتويات

#### الصفحة

ألف:	شلل الأطفال: آلية للسيطرة على المخاطر المحتملة المحدقة بعملية الاستئصال (القرار ج ص ع ٦١-١) .....	٢
دال:	تسريع إعداد القوى العاملة الصحية (القرار ج ص ع ٥٩-٢٣) .....	٥
هاء:	تعزيز التمريض والقبالة (القرار ج ص ع ٥٩-٢٧) .....	٧
طاء:	تغيير المناخ والصحة (القرار ج ص ع ٦١-١٩) .....	٩
ياء:	الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية (القرار ج ص ع ٦٢-١٢) ..	١١

## ألف: شلل الأطفال: آلية للسيطرة على المخاطر المحتملة المحدقة بعملية الاستئصال

١- اعتمدت جمعية الصحة العالمية، عام ١٩٨٨ القرار ج ص ع ٤١-٢٨ بشأن استئصال شلل الأطفال من العالم بحلول عام ٢٠٠٠. وقد تمكنت جميع البلدان، عدا أربعة (أفغانستان والهند ونيجيريا وباكستان) من وقف السراية المحلية لفيروس شلل الأطفال من النمط البري، وذلك بحلول عام ٢٠٠٨، كما انخفض عدد حالات الإصابة السنوية بأكثر من ٩٩٪. إلا أن عدد وقوع الحالات مايزال يتراوح بين ١٠٠٠ و ٢٠٠٠ حالة في السنة، كما أن ما بين ١٢ و ٢٣ بلداً إضافياً تظهر فيها، كل عام، حالات إصابة بشلل الأطفال جراء وفود الفيروس من خارجها. وقد ظل الفيروس الوافد موجوداً في اثنتين من تلك البلدان (أنغولا وتشاد)، وربما جمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان، لمدة تزيد على ١٢ شهراً مما سبب مزيداً من الانتشار على الصعيد الدولي. وفي عام ٢٠٠٨، دعت جمعية الصحة العالمية، في قرارها ج ص ع ٦١-١، إلى وضع استراتيجية جديدة لاستئصال شلل الأطفال من بقية البلدان الموبوءة. وقد أنشئ برنامج العمل ٢٠٠٩ الخاص بالمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال من أجل توفير المعلومات اللازمة حول هذه الاستراتيجية الجديدة من خلال تقييم الابتكارات التكتيكية في كل منطقة يتوطن بها هذا المرض حيث تجرى التجارب السريرية على تركيبات اللقاح الفموي الجديد لفيروس شلل الأطفال، وتيسير تقييم مستقل لأهم العقبات التي تحول دون وقف سراية الفيروس.

٢- وفي الهند، أدت التكتيكات الجديدة التي اعتمدت إلى زيادة التغطية بحملات التمنيع باللقاح الفموي ضد فيروس شلل الأطفال عام ٢٠٠٩، بين السكان المهاجرين والرحل، كما عززت تلك التكتيكات عمليات الحملات التي تجرى في المقاطعات الموطونة بالمرض في وسط ولاية بيهار وفي غرب ولاية أوتار براديش، مما رفع نسبة صغار الأطفال الذين تكونت لديهم أصداد للنمط الأول من فيروس شلل الأطفال في المنطقة الأخيرة من ٨٥٪ في أواخر عام ٢٠٠٧ إلى ٩٦٪ في أواخر عام ٢٠٠٩. وفي نيجيريا، وبمقارنة فترة الأشهر الستة الأخيرة (أيار/ مايو - تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٩) مع نفس الفترة من عام ٢٠٠٨، يتبين أن نسبة الأطفال الذين لم يسبق لهم تلقي التطعيم في الولايات العشر الموطونة (الولايات المعرضة لأشد المخاطر) قد انخفضت مما يقرب من ٢٠٪ (١٩,٥٪) إلى أقل من ١٠٪ (٩,٦٪) في عام ٢٠٠٩، بعد توقيع حكومة الولاية "للتزامات أبوجا فيما يتعلق باستئصال شلل الأطفال" في شهر شباط/ فبراير ٢٠٠٩. كما شكل الزعماء الشعبيون في حزيران/ يونيو ٢٠٠٩ لجنة لاستئصال شلل الأطفال. وقد أفضى هذان الإجراءان إلى إيجاد نظام مساهلة أكثر صرامة لأداء حملات التطعيم ضد شلل الأطفال على الصعيد المحلي. وفي باكستان، أطلق رئيس الوزراء، في شباط/ فبراير ٢٠٠٩، خطة عمل خاصة بشلل الأطفال، عززت الدعم المتعدد القطاعات المقدم لحملات التطعيم باللقاح الفموي ضد فيروس شلل الأطفال في عديد من المناطق، وذلك على الرغم من استقرار مستوى التغطية في مستوى يقل عن ٨٠٪ في الولايات الموطونة بالمرض في المناطق الشمالية، في كل من ولاية الحدود الشمالية الغربية والمناطق القبلية الخاضعة للإدارة الاتحادية، وفي بلوشستان، ومنطقة كراتشي الكبرى في إقليم السند. وفي الولايتين المتبقيتين اللتين يتوطنهما المرض في أفغانستان (قندهار وهلمند، في الإقليم الجنوبي) تحسنت عملية الوصول إلى الأطفال في الولايات الرئيسية التي تعاني من عدم استتباب الأمن، أثناء إجراء الحملات الأخيرة للتطعيم باللقاح الفموي ضد فيروس شلل الأطفال، وذلك باستخدام التكتيكات الجديدة التي تتضمن دوراً أكثر قوة للمنظمات غير الحكومية، وتعيين "مفاوضين محليين" للوصول إلى المناطق المستهدفة بالتطعيم، إلى جانب التفاوض مع القوة الدولية للمساعدة الأمنية ومع طالبان بخصوص أيام التهدة. وعلى الرغم من استمرار تذبذب عملية الوصول إلى المناطق المستهدفة بالتطعيم في الإقليم الجنوبي، إلا أن نسبة الأطفال الذين يصعب الوصول إليهم قد انخفضت، لأول مرة، من ٥٪ خلال حملات التطعيم باللقاح الفموي ضد شلل الأطفال التي أجريت في شهري تموز/ يوليو وأيلول/ سبتمبر ٢٠٠٩ في اتجاه هبوطي انطلاقاً من نسبة تتجاوز ٢٠٪ مع بداية العام.

٣- ولزيادة فعالية وتأثير حملات التطعيم باللقاح الفموي ضد فيروس شلل الأطفال ضد النمطين المصليين الأخيرين المتبقين لفيروس شلل الأطفال البري، أُجريت التجارب السريرية على لقاح فموي ثنائي التكافؤ مضاد لفيروس شلل الأطفال، يحتوي على فيروسات من النمط الأول والنمط الثالث. وفي عام ٢٠٠٩، أظهرت نتائج التجارب السريرية أن الحماية الكامنة ضد المرض في هذا اللقاح الثنائي التكافؤ والراجعة لوجود كلا النمطين المصليين فيه، كانت أعلى من تلك التي وفرها اللقاح الفموي الثلاثي التكافؤ المضاد للفيروس، كما أنها لم تكن "أقل كفاءة" من اللقاحات الفموية الأخرى المضادة لهذا الفيروس<sup>١</sup>. وقد خلصت اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال إلى أن "استخدام اللقاح الفموي الثلاثي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال في أنشطة التمنيع التكميلي هو بمثابة أداة جديدة هامة من أدوات المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال"، وأوصت اللجنة باستخدام هذه الأداة<sup>١</sup>. وسيتم استخدام هذا المنتج أولاً ضمن أنشطة المبادرة، في شهر كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٩، مع تسريع وتيرة إنتاجه لاحقاً للوفاء بالطلب الكامل عليه، مع حلول منتصف عام ٢٠١٠.

٤- وقد أوضح تقييم مستقل لأهم العقبات التي تحول دون كسر سرية فيروس شلل الأطفال أجراه فريق برئاسة الدكتور علي جعفر محمد (سلطنة عُمان)، نائب رئيس المجلس التنفيذي، وانبثقت عنه خمسة أفرقة فرعية ضمت في عضويتها ٢٨ خبيراً في التخصصات ذات الصلة، بما في ذلك الصحة العمومية وبرامج التمنيع، وعلم اللقاحات، والتعبئة المجتمعية والأمن. وقد أنفقت هذه الأفرقة الفرعية في مجموعها، وقتاً يعادل ٢٤ شخصاً - شهراً على تقييم الأوضاع في كل من أفغانستان وأنغولا والهند ونيجيريا وباكستان والسودان والمكتب الإقليمي لكل من أفريقيا وشرق المتوسط والمقر الرئيسي للمنظمة، مع إجراء مشاورات موسعة مع الشركاء في المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال وأصحاب المصلحة المعنيين في كل بلد من هذه البلدان. وقد قدم فريق التقييم تقريره إلى المديرية العامة في ٢٢ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩.

٥- وفي الهند، تأكد الفريق من المستوى العالي جداً للتغطية الذي تم أثناء القيام بحملات التطعيم باللقاح الفموي المضاد لشلل الأطفال وأوصى بوضع برنامج بحوث مكثف وتبني نهج ذي شعب متعددة من أجل التغلب على التحدي الفريد الناجم عن عدم اكتمال المناعة ضد فيروس شلل الأطفال من خلال الأغشية المخاطية المعوية في الأماكن الواقعة شمال الهند. وفي نيجيريا، أوصى الفريق بالانطلاق من التحسينات التي شهدتها حملات التغطية بالتطعيم باللقاح الفموي المضاد لفيروس شلل الأطفال عام ٢٠٠٩، ولاسيما في أداء البرنامج حيث تمثل القضايا الإدارية في هذا المستوى الآن أكبر العقبات التي تعرقل تحقيق النجاح. ولدى تأكد الفريق من أن عدم استتباب الأمن في أفغانستان وباكستان يمثل أهم العراقيل التي تحول دون استئصال شلل الأطفال في هذين البلدين، فقد أكد على الحاجة إلى وضع الخطط والحلول الخاصة بالمناطق والمناطق الفرعية في مثل هذه الأقاليم وفقاً للثقافات المحلية وبالتنسيق مع الشركاء المحليين، وبحسب طبيعة الصراعات الأهلية. وفي باكستان، أوصى الفريق أيضاً برصد مستوى التغطية الذي تحقق من خلال حملة التطعيم باللقاح الفموي المضاد لشلل الأطفال على مستوى المناطق الفرعية حتى يتسنى إصلاح عملية "عدم المساءلة والتدخلات السياسية" لزعماء المناطق المحلية، ولاسيما في المناطق الموبوءة في إقليمي السند وبلوشستان<sup>٢</sup>.

٦- وقد تبين للفريق أن استمرار سرية فيروس شلل الأطفال الوافد في كل من أنغولا وتشاد، وربما في جمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان، كان نتيجة لعدم تطبيق المبادئ التوجيهية الخاصة بالتصدي لفاشيات شلل الأطفال على النحو الكامل. وأوصى الفريق بأن يتم اعتبار سرية فيروس شلل الأطفال قد عادت إلى

١ اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال: التوصيات بشأن استخدام اللقاح الفموي الثلاثي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال من النمط ١ والنمط ٣. *السجل الوبائي الأسبوعي*، ٢٠٠٩، ٢٩ (٨٤): ٢٨٩-٣٠٠ (النص الإنكليزي).

٢ التقييم المستقل لأهم العقبات التي تحول دون كسر سرية فيروس شلل الأطفال - الموجز، ٢٠ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩، متاح على الموقع: [http://www.polioeradication.org/content/general/Polio\\_Evaluation\\_CON.pdf](http://www.polioeradication.org/content/general/Polio_Evaluation_CON.pdf) (أطلع عليه في ٢٦ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩).

التوطن في مثل هذه المناطق، مما يشير إلى ازدياد الخطورة التي تشكلها هذه السراية على جهود الاستئصال العالمية. ولكي يتسنى الحد بشكل أكبر من الانتشار الدولي لفيروسات شلل الأطفال، حث فريق التقييم على مساندة أنشطة التغطية بالتطعيم الروتيني باللقاح الفموي المضاد لفيروس شلل الأطفال في المناطق المجاورة للمناطق الموبوءة وتركيز حملات التطعيم هذه على المناطق التي عاد الفيروس إليها، والتي شهدت تغطية ضعيفة بالتطعيم الروتيني باللقاح الفموي المضاد لشلل الأطفال. كما أوصى الفريق بتطعيم المسافرين على نقاط العبور البرية ما بين البلدان الموبوءة والبلدان الخالية من شلل الأطفال في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ودعم أيضاً تطعيم المسافرين الآخرين، كلما كان ذلك ملائماً، حتى يتسنى التقليل بشكل أكبر من مخاطر الانتشار الدولي للفيروس، على النحو الذي تم تنفيذه أثناء موسم الحج.

٧- ولتسنى تعزيز دعم المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال المقدم للبلدان الموبوءة بشلل الأطفال، أوصى الفريق بمواصلة إجراء البحوث في هذا المجال، مع سرعة إدخال المنتجات الواعدة (مثل اللقاح الفموي الثنائي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال) واستخدامه على نطاق واسع، وأن يتم تنسيق مستويات المساعدة التقنية التي تقدمها المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال في البلدان التي يترسخ فيها الفيروس بعد وفوده من مناطق أخرى، مع تلك المقدمة في المناطق الموطونة بالمرض، وربط عمل المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال بشكل أوثق مع الأنشطة الخاصة بنقوية نظم التمنيع وتعزيزها. وقد أوصى فريق التقييم بالنظر في إنشاء المزيد من الآليات بهدف التصدي لمسألة الكيانات المحلية السيئة الأداء.

٨- وقد تم، حتى ١٧ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩، الإبلاغ عن وقوع ما مجموعه ١٣٨٧ حالة من حالات شلل الأطفال، في ٢٣ بلداً خلال عام ٢٠٠٩: منها ١٠٨٢ حالة في أربعة بلدان موطونة بالمرض (أفغانستان والهند ونيجيريا وباكستان)، و ١٢٢ حالة من أربعة بلدان معروفة بسراية فيروس شلل الأطفال فيها أو يشتبه في ترسخه فيها (أنغولا وتشاد وجمهورية الكونغو الديمقراطية والسودان)؛ و ١٨٣ حالة في ١٥ بلداً آخر في غرب ووسط أفريقيا وفي القرن الأفريقي، بسبب حالات جديدة نجمت عن وفود الفيروس. وفي نيجيريا، أفضت التحسينات التي طرأت على أنشطة التغطية بالتطعيم باللقاح الفموي المضاد لشلل الأطفال إلى انخفاض بنسبة ٥٠٪ من العدد الكلي لحالات شلل الأطفال وانخفاض بلغ ٩٠٪ في الحالات الناجمة عن فيروس شلل الأطفال من النمط الأول، وذلك بالمقارنة مع عام ٢٠٠٨. وعلى الرغم من أن أعداد الحالات في الهند كانت مشابهة لأعدادها في عام ٢٠٠٨، إلا أن التكتيكات الجديدة التي أدخلت في عام ٢٠٠٩ أدت إلى انخفاض في التنوع الجيني وفي المدى الجغرافي لبقية الفيروسات. وفي باكستان، كان العدد الإجمالي للحالات أقل بنسبة ٢٠٪ عنه في نفس الوقت من عام ٢٠٠٨، مع الإبلاغ عن عديد من الحالات في المناطق المتأثرة بعدم استتباب الأمن أو التي ترتبط جينياً بها. وفي أفغانستان، كان فيروس شلل الأطفال المتوطن، مترسخاً أساساً في ١٠ مناطق فقط في الإقليم الجنوبي، من بين ٣٢٩ منطقة في ذلك البلد. ولم يبلغ حتى أواخر عام ٢٠٠٩، عن أي حالات جديدة على مدى أكثر من ثلاثة أشهر في القرن الأفريقي على الرغم من استمرار وقوع فاشيات المرض في أنغولا وتشاد وأفريقيا الوسطى وغرب أفريقيا.

٩- وتمت مراجعة نتائج وأثار برنامج العمل ٢٠٠٩ الخاص بالمبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال من قِبل فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع والتابع للمنظمة في ٢٩ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩، ومن قِبل اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال، في ١٨ و ١٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩، وذلك في إطار مشاورات خاصة أجراها ذلك الفريق مع ممثلي البلدان الموبوءة بشلل الأطفال ومع شركاء الفريق العالمي لتدبير شلل الأطفال. وقد حث فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي المعني بالتمنيع المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال على النظر، على وجه السرعة، في نتائج التقييم المستقل وأخذها بعين الاعتبار، كما دعم البرنامج المعزز للبحوث، واتفق على أن التطعيم باللقاح الفموي الثنائي التكافؤ المضاد لشلل الأطفال يُعد أداة جديدة هامة. وأوصى الفريق بضرورة رصد المؤشرات الرئيسية للمبادرة العالمية لاستئصال

شلل الأطفال على الصعيد الدولي مع تعيين جهات إشرافية مؤثرة من قِبل الإدارة العليا في الوكالات الشريكة ومن قِبل البلدان الموبوءة بشلل الأطفال. وأقر الفريق بالتعقيد النسبي للهيكل الإداري للمبادرة على الصعيدين العالمي والمحلي وانتقد الدور الرقابي الضعيف على أداء الكيانات التنفيذية المحلية. وأوصى الفريق كذلك بالنظر في الكيفية التي يتسنى بها تمكين المستويات الحاسمة والمستويات الأخرى المعنية وإعطاء صلاحيات كافية لمعالجة ضعف أداء البرنامج. وذكرت اللجنة الاستشارية المعنية باستئصال شلل الأطفال أن التحديات التي تواجه المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال في عام ٢٠٠٩ لا ينبغي أن تلقي بظلالها على الانجازات الكبيرة التي تحققت، ولا سيما في نيجيريا والهند وأفغانستان. واتفق المشاركون في اللجنة الاستشارية على أن المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال ينبغي أن تنشئ برنامج عمل ينفذ على مدى ثلاث سنوات ويركز على وقف الانتشار العالمي لفيروس شلل الأطفال البري انطلاقاً من نتائج التقييم المستقل والنتائج التي تم الخلوص إليها في عملية تشاورية تمت مع البلدان ومع الشركاء.

### دال: تسريع إعداد القوى العاملة الصحية

١٠- تعهدت عدة أقاليم وبلدان بزيادة أعداد قواها العاملة الصحية، ونفذ العديد منها حلولاً ابتكارية. كما تم الإقرار بضرورة زيادة القوى العاملة الصحية، وذلك في إطار عدد من المنظمات الثنائية والمتعددة الأطراف، والمبادرات الخاصة، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص، والمنظمات الخيرية.

١١- وتعمل الأمانة على الاستجابة للطلبات التي وجهتها جمعية الصحة إلى المديرية العامة في ذلك القرار، وذلك على المستوى العالمي والإقليمي والوطني. وفي سياق تجديد التأكيد على الرعاية الصحية الأولية، حددت الأمانة التوجهات الاستراتيجية الثلاثة التالية: إتاحة المعلومات الاستراتيجية بشأن الموارد البشرية الصحية؛ وتعزيز الاستثمار الاستراتيجي في تنمية الموارد البشرية الصحية؛ وترويج اتباع النهج الابتكارية لتحقيق الاتساق بين السياسات والبرامج الخاصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للناس طوال دورة حياتهم وللمجتمعات المحلية. كما حددت الأمانة ثلاثة تيارات رئيسية للعمل وهي: الدعوة؛ والعمل التقييسي؛ وبناء القدرات في الأقاليم والبلدان.

١٢- وفيما يتصل بالدعوة، تعاونت المنظمة مع الأطراف المعنية الرئيسية على تحديد أهداف العمل من أجل تسريع إعداد القوى العاملة الصحية. فقد تعهدت وكالة التعاون الدولي اليابانية مثلاً، بدعم تدريب ١٠٠ ٠٠٠ عامل صحي جديد للعمل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، كما تم، في إطار خطة طوارئ رئيس الولايات المتحدة الأمريكية للإغاثة من داء الأيذر التعهد بتدريب ١٤٠ ٠٠٠ عامل صحي جديد. ودافعت المنظمة أيضاً عن إعداد القوى العاملة الصحية باعتباره مجالاً استثمارياً ذا أهمية حاسمة بالنسبة إلى فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بتمويل النظم الصحية الابتكاري، وقدمت دعمها في إجراء تقدير لتكاليف تسريع إعداد الموارد البشرية الصحية. كما أقر أعضاء مجموعة الدول الثماني في عام ٢٠٠٨ بضرورة تسريع إعداد القوى العاملة الصحية من أجل بلوغ عتبة ٢,٣ عامل صحي لكل ١٠٠٠ شخص التي حددتها المنظمة، وأكدوا على ذلك في الإعلان الذي اعتمدته مؤتمر القمة لرؤساء دول هذه المجموعة المعقود عام ٢٠٠٩.

١٣- وشاركت المنظمة مع تحالف القوى العاملة الصحية في العالم في تنظيم المحفل العالمي الأول المعني بالموارد البشرية الصحية (كمبالا، أوغندا، ٢-٧ آذار/ مارس ٢٠٠٨)، حيث اعتمد المشاركون إعلان كمبالا وبرنامجاً للعمل العالمي.<sup>٢</sup>

١ [http://www.g8italia2009.it/G8/Home/Summit/G8-G8\\_Layout\\_locale-1199882116809\\_Atti.htm](http://www.g8italia2009.it/G8/Home/Summit/G8-G8_Layout_locale-1199882116809_Atti.htm).

٢ <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2011/en/index.html>

١٤- ووفقاً لولاية المنظمة، وعملاً بالقرار ج ص ع ٥٧-١٩ بشأن الهجرة الدولية للموظفين الصحيين، تعمل الأمانة مع الدول الأعضاء على وضع مدونة عالمية لقواعد الممارسة في مجال توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي. وفي هذا الصدد، دعا الإعلان الذي اعتمدته مؤتمر قمة رؤساء مجموعة الدول الثماني في تموز/ يوليو ٢٠٠٩ المنظمة لكي تكمل إعداد مدونة قواعد الممارسة الطوعية بشأن القواعد الأخلاقية لتوظيف العاملين الصحيين كما دعا البلدان إلى اعتمادها.

١٥- وتعاونت الأمانة أيضاً مع عدد من المبادرات الصحية العالمية مثل التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، على وضع توصيات بشأن إتاحة أكبر قدر ممكن من التمويل لإيجاد حلول طويلة الأجل ومستدامة لمشكلة الموارد البشرية الصحية.<sup>١</sup>

١٦- وأصدرت المنظمة، بالتعاون مع خطة طوارئ رئيس الولايات المتحدة الأمريكية للإغاثة من داء الأيدز وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة الإيدز، مجموعة من التوصيات والدلائل الإرشادية العالمية بشأن إعادة توزيع المهام.<sup>٢</sup> وهي تغطي أيضاً إعداد الكوادر من المستوى المتوسط والعاملين الصحيين المجتمعيين. ويجري الآن تطبيق الدلائل الإرشادية في ١٥ بلداً من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

١٧- وضمت المنظمة الجهود التي تبذلها إلى الجهود المبذولة في إطار خطة طوارئ رئيس الولايات المتحدة الأمريكية للإغاثة من داء الأيدز في إطار الشراكة التي تعمل على تنفيذ مبادرة جديدة للتوسع في مناهج تعليم الطب والتمريض لدعم الأهداف الرامية إلى الحفاظ على مستوى وأعداد الموارد البشرية الصحية في البلدان.

١٨- وتشارك الأمانة أيضاً في العمل على زيادة عدد القابلات من أجل مواصلة التقدم نحو المرمى الخامس من المرامي الإنمائية للألفية (تحسين صحة الأمومة).

١٩- وتعاونت المنظمة مع تحالف القوى العاملة الصحية في العالم ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة وعدد من الشركاء الآخرين في وضع إطار الموارد البشرية من أجل العمل الصحي، وذلك لغرض تنظيم العمل على الصعيد القطري ولتصميم أدوات التنفيذ اللازمة للبلدان للتعبيل بإعداد القوى العاملة الصحية.

٢٠- وتقدم الأمانة مساعدة تقنية إلى الدول الأعضاء على تنفيذ توصيات فرقة العمل المعنية بالارتقاء بمستوى تعليم وتدريب العاملين الصحيين التابعة لتحالف القوى العاملة الصحية في العالم، وهي التوصيات التي شاركت المنظمة في وضعها.<sup>٣</sup> وتتضمن التوصيات إعداد خطة عمل تستغرق ١٠ سنوات لزيادة أعداد العاملين الصحيين.

١ <http://www.who.int/healthsystems/publications/positivesynergiesdocs/en/index.html>

٢ WHO, President's Emergency Plan for AIDS Relief, UNAIDS. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines on task shifting*. Geneva, World Health Organization, 2008.

٣ World Health Organization, Global Health Workforce Alliance. *Scaling Up, Saving Lives: summary and recommendations*. Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Geneva, World Health Organization, 2008.

٢١- وقدمت الأمانة الدعم للبلدان في وضع اقتراحات وتقديمها للصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا، وهي تشمل تدخلات لتسريع إعداد القوى العاملة الصحية. وقد خصص الصندوق العالمي ٢٣٪ من إجمالي التمويلات التي يقدمها لتمويل عدد من الاقتراحات يتراوح بين اقتراحين وسبعة اقتراحات تتعلق بالموارد البشرية الصحية.

٢٢- كما قدمت الأمانة الدعم إلى شبكتين تعليميتين في أفريقيا بغية وضع برامج أكاديمية تركز على تنمية القوى العاملة الصحية، وهي تؤدي أيضاً دور المنسق القيادي للمحفل الإلكتروني الذي يشارك فيه ما يزيد على ٥٠٠ طرف معني لغرض تبادل المعلومات بشأن زيادة أعداد القوى العاملة الصحية.

٢٣- وتولت عدة بلدان زيادة أعداد القوى العاملة الصحية بفضل الدعم التقني المقدم من قبل المنظمة وشركائها. حيث دربت البرازيل ونشرت زهاء ٣٠ ٠٠٠ من الأفرقة المعنية بصحة الأسرة التي استطاعت الوصول إلى ٧٠٪ من السكان بحلول عام ٢٠٠٨. ودربت إثيوبيا خلال السنوات الثلاث الماضية ونشرت ما يزيد على ٢٥ ٠٠٠ من خبراء التوعية الصحية، كما يتلقى التدريب الآن ٦٨٠٠ عامل مرشد آخر: وارتفع معدل استيعاب طلاب الطب من ٢٠٠ طالب سنوياً في عام ٢٠٠٦ إلى ١٥٠٠ طالب في عام ٢٠٠٨ ويجري الآن النظر في استراتيجية تستغرق أربع سنوات لتجديد تعليم الطب. وفي ملاوي، ارتفع عدد الأطباء المتخرجين من مؤسسات التدريب من ١٧ خريجاً في عام ٢٠٠٢ إلى ٥٩ خريجاً في عام ٢٠٠٨؛ كما ارتفع عدد العاملين السريريين من ٦٦ إلى ١٠٣؛ والمساعدین الطبيين من الصفر إلى ١٩٢؛ والمرضين والقبالات من ١٦٨ إلى ٣٢٢.

## هاء: تعزيز التمريض والقبالة

٢٤- تلبية للقرار ج ص ع ٥٩-٢٧ تعمل الأمانة بالتعاون مع شركاء دوليين وإقليميين ووطنيين ومع الدول الأعضاء على الصعيد الإقليمي على تعزيز القدرات القطرية في مجالي التمريض والقبالة. ويسلط هذا التقرير الضوء على التقدم المحرز في مجالات تنمية الموارد البشرية الصحية، وتعزيز النظم الصحية في إطار الرعاية الصحية الأولية، وتحقيق أمثل الفوائد من التمريض والقبالة في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة.

## تنمية الموارد البشرية الصحية

٢٥- بالتعاون مع ٤٥ هيئة تمثل المهنيين الصحيين، وضعت المنظمة إطاراً للتعاون فيما بين المهنيين على التدقيق والممارسة، وذلك كاستراتيجية لاستخدام القوى العاملة استخداماً فعالاً. وقد دخل هذا الإطار في طور التجربة في بلدين من منطقة البحر الكاريبي.

٢٦- وكانت الأمانة قد أنشأت في عام ٢٠٠٨ برنامج عمل وطنياً يعتمد على وسائل ومعايير وضعت خصيصاً له، وذلك بالتعاون مع شركاء وعينة بيانية من الدول الأعضاء.١ ووفقاً لذلك البرنامج ينفذ بلد واحد من أقاليم المنظمة الستة الأنشطة التالية: تعزيز التدقيق بأعمال التمريض والقبالة، وتحسين الخدمات الصحية، والترويج لجعل أماكن العمل بيئات داعمة، وبناء قدرات القيادة والتنظيم الإداري، وتعزيز الشراكات.

١ Scaling up the capacity of nursing and midwifery services to contribute to the Millennium Development Goals: Programme of Work, 2008-2009. Geneva, World Health Organization, 2008.

٢٧- وأعد المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ نموذجاً مزوداً بخمسة عشر مؤشراً أساسياً لاحتياجات المستقبل في مجال الموارد البشرية الصحية. وتعكف الآن خمسة بلدان من ثلاثة أقاليم على الاستعانة بهذا النموذج في التخطيط للإبقاء على العاملين في التمريض والقبالة بأعداد وافية.

### تعزيز النظم الصحية في إطار الرعاية الصحية الأولية

٢٨- شرعت جميع أقاليم المنظمة في إعادة توجيه برامج التمريض والقبالة بحيث تدعم تجديد أنشطة الرعاية الصحية الأولية. وفي عام ٢٠٠٩ عمد المكتب الإقليمي لشرق المتوسط إلى دعم إنشاء برامج تمريض وطنية معنية بصحة الأسرة. وسبّح المكتب الإقليمي لأوروبا تقريراً فيه تقييم لمدى انطباق هذه البرامج على الاحتياجات الصحية الراهنة للسكان.

٢٩- وقد دعت المنظمة وشركاؤها الرئيسيون إلى إعداد إصلاح تنظيمي يؤيد تعزيز النظم الصحية. وبناءً على ذلك بدأ عشرون بلداً من إقليم الأمريكتين يحدث لوائح التمريض لتواكب نتائج دراسة أجراها المكتب الإقليمي للأمريكتين. وفي عام ٢٠٠٩ أجريت ثمانية بلدان ناطقة بالفرنسية في الإقليم الأفريقي تقييماً لأدوار ووظائف الهيئات التنظيمية، ووضع ٢١ بلداً خطط عمل وطنية.

٣٠- وتم جمع ٣٨ دراسة حالة في كتاب جامع عن نماذج الرعاية الصحية الناجعة في ٢٩ بلداً<sup>١</sup> وستتبع الدروس المستفادة لتعزيز دور التمريض والقبالة في تجديد الرعاية الصحية الأولية.

### تحقيق أمثل الفوائد من التمريض والقبالة

٣١- أصدر الفريق الاستشاري العالمي المعني بتنمية التمريض والقبالة مشورة خاصة بالسياسات في عام ٢٠٠٨، تضمنت في جملة أمور إنشاء فريق متعدد التخصصات ورفيع المستوى لتجديد الرعاية الصحية الأولية. وتقدم المنظمة الدعم التقني ليعيد هذا الفريق النظر في السياسات ذات الصلة ونماذج الرعاية الصحية.

٣٢- وأعدت المنظمة مسودة استراتيجية للتعبيل بالعمل في مجال الموارد البشرية الصحية، وذلك دعماً لبلوغ المرمى ٥ من المرامي الإنمائية للألفية في موعد أقصاه عام ٢٠١٥. ويقدم المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا دعمه إلى الدول الأعضاء من أجل تعزيز البرامج التثقيفية وإصلاح نظام التنقيف قبل الخدمة وفي أثناء الخدمة في مجال صحة الأم والطفل.

٣٣- وفي إطار التعاون الدائب بين الأمانة ومختلف أصحاب المصلحة تم تنظيم حلقتين عمليتين لبناء القدرات، واستخدمت فيهما المواد المتكاملة للتدريب على توقي ومكافحة الأمراض التنفسية الحادة<sup>٢</sup> وتم أيضاً نشر مقالة عن إسهام أهل التمريض والقبالة في استئصال شلل الأطفال ومكافحة الحصبة<sup>٣</sup> وبدأ تشغيل شبكة

<sup>١</sup> Now more than ever: the contribution of nurses and midwives to primary health care. A compendium of primary care case studies. Geneva, World Health Organization, 2009 (document WHO/HRH/HPN/09.2).

<sup>٢</sup> Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. WHO interim guidelines. Geneva, World Health Organization, 2007 (document WHO/CDS/EPR/2007.6).

<sup>٣</sup> Nkowane A et al., The role of nurses and midwives in polio eradication and measles control activities: a survey in Sudan and Zambia. *Human Resources for Health*, 2009, 7:78.



آسيا والمحيط الهادئ للتأهب للكوارث والسيطرة عليها، وذلك بناءً على توصية من اجتماع التشاور العالمي حول التمريض والقبالة، الذي عقد في جنيف في عام ٢٠٠٨.

٣٤- وقدمت المنظمة الدعم إلى ١٤ بلداً في إقليم الأمريكتين لشن حملات تطعيم ضد التهاب الكبد B من أجل منع سריاء الكائنات الممرضة المنقولة بالدم بين المهنيين الصحيين؛ وأسفرت هذه الحملات عن تطعيم ٥٠٠ ٠٠٠ مهني صحي. وتم إعداد خطة عمل عالمية جديدة بشأن الصحة المهنية للفترة ٢٠٠٩-٢٠١٢. وفي مشاوره دولية نظمتها المنظمة (جنيف، ١٤-١٦ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٩) تم الاتفاق على توصيات وخيارات سياسية لتمكين العاملين الصحيين من الحصول على خدمات مكافحة فيروس العوز المناعي البشري والسل.

### توجهات المستقبل لتعزيز التمريض والقبالة

٣٥- يجري الآن تحديث الإرشادات الاستراتيجية لمنظمة الصحة العالمية بشأن تعزيز خدمات التمريض والقبالة (٢٠٠٢-٢٠٠٨) لتواكب الأولويات الصحية العالمية وبرنامج العمل العام الحادي عشر، ٢٠٠٦-٢٠١٥.

٣٦- وستواصل المنظمة العمل على استثمار المزيد في القوى العاملة في مجالي التمريض والقبالة على جميع المستويات، وسوف تعزز التعاون بين المهنيين على إنجاز المرامي الإنمائية للألفية وتجديد الرعاية الصحية الأولية.

### طاء: تغيير المناخ والصحة

٣٧- في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩ اعتمد المجلس التنفيذي، في دورته الرابعة والعشرين بعد المائة، القرار مت ١٢٤ق٥ الذي أقر خطة عمل الأمانة الخاصة بتغيير المناخ والصحة وطلب إلى المديرية العامة جملة أمور منها تنفيذ الإجراءات التي تضمنتها خطة العمل. وفي أيار/مايو ٢٠٠٩ أحاطت جمعية الصحة العالمية الثانية والستون علماً بالقرار وبخطة العمل. وترد أدناه الأنشطة المضطلع بها حتى الآن وفقاً للأغراض الأربعة التي وردت في خطة العمل.

٣٨- **الدعوة وإذكاء الوعي.** تم إنتاج ملف إعلامي شامل يتضمن مواد سمعية بصرية منها الملصقات والشفافات والإعلانات المتعلقة بمسائل الخدمة العمومية والكراسات وصحائف المعلومات، بنية تقديم الدعم للبلدان والمهنيين الصحيين لمواجهة الآثار الصحية المترتبة على تغيير المناخ والتوقي منها. وقد أطلقت، بالتعاون مع المنظمات المهنية والمنظمات غير الحكومية، مبادرة تقوم على شبكة الإنترنت لتفعيل الإجراءات الرامية إلى "جعل قطاع الصحة يتماهى مع الاتجاهات الإيكولوجية" وإلى تقاسم خبرات أصحاب المصلحة. وفي أيار/مايو ٢٠٠٩ اشتركت منظمة الصحة العالمية مع المنظمة غير الحكومية Health Care Without Harm (الرعاية الصحية بدون إلحاق الأذى) في إعداد وإصدار دراسة تحدد إطاراً لتحليل أثر قطاع الصحة في البيئة والتصدي له. كما تمت إعادة تصميم موقع منظمة الصحة العالمية الخاص بالمناخ والصحة وتحديثه.

٣٩- **الشراكات مع مؤسسات منظومة الأمم المتحدة الأخرى ومع سائر القطاعات.** لقد أسهمت منظمة الصحة العالمية بنشاط في مجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق والآليات ذات الصلة. وقد أدى ذلك إلى زيادة الاعتراف بالآثار الصحية المترتبة على تغيير المناخ في وثائق الأمم المتحدة ذات الصلة مثل تقرير الأمين العام إلى الجمعية العامة الرابعة والستين حول تغيير المناخ وآثاره المحتملة على

الأمن.<sup>١</sup> كما أسهمت المنظمة في العملية التفاوضية التي أدت إلى إبرام اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ دعماً لإدراج إشارة واضحة إلى أثر تغير المناخ على الصحة في الاتفاق المناخي الجديد المزمع التفاوض بشأنه في المؤتمر الخامس عشر للأطراف في الاتفاقية الإطارية المزمع عقده في كوبنهاغن في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٩. وقد اشتملت مساهمة المنظمة على تنظيم تظاهرات أثناء الدورات التحضيرية للمؤتمر، وفي الاجتماع التحضيري المنعقد في بانكوك ناقشت المنظمة مع عدد من الأطراف في الاتفاقية الإطارية أفضل الطرق الكفيلة بتضمين الهواجز الصحية في نص الاتفاق الجديد. كما أنيطت بالمنظمة مسؤولية توجيه تظاهرة بشأن حماية الصحة من تغير المناخ خلال الجزء الرفيع المستوى من المؤتمر الخامس عشر للأطراف. وشاركت المنظمة كذلك في مؤتمر المناخ العالمي - ٣ الذي نظمتها المنظمة العالمية للأرصاد الجوية الذي أفضى إلى عقد دورة عمل تقنية حول المناخ وصحة الإنسان.

٤٠ - وتجاوباً مع رغبة الأمين العام للأمم المتحدة في "تحرير منظومة الأمم المتحدة من الكربون" تم إجراء تحليل شامل لبصمة المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومكاتبها الأخرى. وتعكف الأمانة على استعراض خيارات السياسة العامة وعلى وضع خطة عمل الغرض منها تقليص انبعاثاتها في مجال ثاني أكسيد الكربون.

٤١ - **تعزيز ودعم استدرار البيانات العلمية.** نشرت المنظمة النتائج التي تمخضت عنها مشاورات عالمية كان الغرض منها تحديد جدول أعمال تطبيقي في هذا الميدان. كما وضع مشروع تعاوني دولي يرمي إلى تحسين تقديرات العبء العالمي للمراضة المعزوة إلى تغير المناخ. وفي تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩ سيتولى كونسرتيوم دولي، يضم منظمة الصحة العالمية، نشر تقييم أولي للآثار الصحية المترتبة على الإجراءات الرامية إلى خفض انبعاثات غازات الدفيئة. ومن الأمثلة على هذه الحصائل، التي كانت إيجابية، بشكل عام، تقليص الآثار الصحية الناجمة عن تلوث الهواء.

٤٢ - **تعزيز النظم الصحية من أجل حماية المجموعات السكانية من التهديدات التي يطرحها تغير المناخ.** يجري إدراج الأنشطة المضطلع بها دعماً لهذا الغرض في أطر السياسة العامة الإقليمية ذات الصلة مثل إعلان ليبروفيل بشأن الصحة والبيئة في أفريقيا (٢٠٠٨).

٤٣ - وقام المكتب الإقليمي للأمريكتين بتحديث التوجيهات الخاصة بتقييم التهديد الذي يطرحه تغير المناخ بالنسبة إلى صحة المجموعات السكانية المحلية وباختيار التدابير التكيفية اللازمة، ويجري الآن تطبيق تلك التوجيهات بشكل تجريبي في عدة بلدان. وفي آب/أغسطس ٢٠٠٩، نشر المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا التابع للمنظمة مجموعة من المحاضرات القصد منها توفير التدريب في مجال تغير المناخ والصحة. وفي أيلول/سبتمبر ٢٠٠٩، انعقد اجتماع تقني بشأن تحسين نظم الإنذار المبكر دعماً لمكافحة الملاريا. وخلال عام ٢٠٠٩، اشتركت المنظمة مع بعض الحكومات في تنظيم حلقات عملية في مجال بناء القدرات في كل من ألبانيا وبوتان وملديف وعمان والاتحاد الروسي وجمهورية مقدونية اليوغوسلافية السابقة وأوزبكستان.

٤٤ - وبدأت المنظمة تنفيذ مشاريع قطرية بشأن تغير المناخ والصحة. وقد شملت تلك المشاريع سبعة بلدان في شرق أوروبا (بدعم من الحكومة الألمانية) والصين والأردن (بدعم من الحكومة الأسبانية). ويتوقع الحصول على تمويل من المرفق العالمي للبيئة في أواخر عام ٢٠٠٩ من أجل تنفيذ مشروع عالمي يشمل سبعة بلدان أخرى يضطلع به بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

٤٥- ويركز هذا التقرير على الأنشطة المنفذة في عام واحد من أجل تنفيذ القرار ج ص ع ٦١-١٩. غير أن المجلس التنفيذي قد يرغب في دراسة وضع أسس إنشاء دورة ثنائية السنوات للإبلاغ كما اقترح أثناء المناقشة ذات الصلة التي دارت في جمعية الصحة العالمية الثانية والسنتين في أيار/مايو ٢٠٠٩.

## ياء: الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك تعزيز النظم الصحية

٤٦- يلخص هذا التقرير التقدم المحرز في تخطيط الدعم المقدم لتجديد الرعاية الصحية الأولية من خلال مشاركة المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية ومكاتبها الإقليمية والقطرية.

٤٧- وقد أبلغ كل إقليم عن أمثلة عديدة على مشاركة البلدان في تنفيذ إصلاحات تستهدف تجديد الرعاية الصحية الأولية، وهي إصلاحات شاملة في معظم الأحيان، ومن أبرز معالمها التغطية الشاملة وتركيز الرعاية الأولية على الناس. والنتائج التي توصلت إليها اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة هي التي تحدد معالم الجهود الرامية إلى اتخاذ الإجراءات المتعددة القطاعات باعتبارها عنصراً رئيسياً. وفيما يلي المواضيع التي ترددت الإشارة إليها:

- التحول إلى التغطية الشاملة عن طريق الجهود المبذولة لتوسيع نطاق إيتاء الخدمات، وإزالة العقبات التي تحول دون الحصول على الخدمات، وتوسيع الحماية الصحية الاجتماعية عن طريق آليات تجميع المدفوعات المسبقة
- تحويل العمليات التقليدية لإيتاء الرعاية الصحية الأولية إلى شبكات للرعاية الأولية تركز على الناس، مع تكرار الإشارة إلى شمولية الرعاية وتكاملها واستمراريتها وإعادة توزيع الأدوار بين أفرقة الرعاية الأولية والمستشفيات القريبة من الزبائن
- التوعية بشأن الإجحاف في المجال الصحي، وتعزيز القدرة على تنفيذ تدخلات الصحة العمومية والاستجابات السريعة، واتباع نهج تدرج الصحة في جميع السياسات
- إقامة حوار على صعيد السياسات يتناول الاستراتيجيات الوطنية الشاملة من أجل التنمية الصحية، والسعي إلى التوصل لتوافق الآراء بشأن المسؤوليات ومستوى مشاركة الدولة في قطاع الصحة، ومساهمة وإشراك المجتمع المدني.

٤٨- ويضع كل إقليم الآن الخطط الرامية الخاصة بدعم تجديد الرعاية الصحية الأولية. وفي الإقليم الأفريقي تستهدف هذه العملية بإعلان واغادوغو بشأن الرعاية الصحية الأولية والنظم الصحية في أفريقيا (٢٠٠٨)؛ وتستهدف في إقليم الأمريكتين بالخطوة الاستراتيجية المعدلة ٢٠٠٨-٢٠١٢ لمكتب الإصحاح للبلدان الأمريكية؛ وتستهدف في الإقليم الأوروبي بميثاق تالين: النظم الصحية من أجل الصحة والثروة (٢٧ حزيران/يونيو ٢٠٠٨)؛ وتستهدف في إقليم جنوب شرق آسيا بالإطار الاستراتيجي الذي وضعه الاجتماع الإقليمي المعني بإصلاح الرعاية الصحية (بانكوك، ٢٠-٢٢ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٩)؛ وتستهدف في إقليم شرق المتوسط بميثاق الدوحة وإعلانها بشأن الرعاية الصحية الأولية (تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٨). وقد بدأ إقليم غرب المحيط الهادئ في تخطيط عمله الذي يركز إلى حد بعيد على التغطية الشاملة، وذلك إبان الاجتماع المشترك بين البلدان والمعني بعمل منظمة الصحة العالمية في مجالي الرعاية الصحية الأولية وتعزيز النظم

١ انظر الوثيقة ج ص ع ٦٢/٢٠٠٩/سجلات ٣، المحضر الموجز للجلسة السابعة (النص الإنكليزي).

الصحية (مانبلا، ١٤-١٥ نيسان/ أبريل ٢٠٠٩). وتقدم فرق العمل الإقليمية والأفرقة العاملة التقنية خدمات الإشراف والتوجيه من أجل ترجمة الالتزامات إلى وثائق استراتيجية للتعاون مع البلدان وإلى أعمال التخطيط للنشائية ٢٠١٠-٢٠١١.

٤٩- ولضمان أن تسهم الجهود التنظيمية المبذولة على نطاق المنظمة في مجال تجديد الرعاية الصحية الأولية بدأت الأمانة في تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء من خلال ما يلي:

- وضع الاستراتيجيات الصحية الوطنية وعمليات التخطيط التي تستجيب لمقتضيات المشكلات الصحية في البلد المعني، والصعوبات التي يواجهها النظام الصحي والتوقعات بشأن تجديد الرعاية الصحية الأولية

- وضع الترتيبات المؤسسية والإدارية اللازمة لتنفيذ هذه الاستراتيجيات والخطط

- اتخاذ هذه الاستراتيجيات والخطط الوطنية أساساً للتفاوض بشأن الموارد المناسبة مع أصحاب المصلحة على الصعيدين القطري والعالمي.

٥٠- وتعيد المنظمة تحديد أولوياتها وفقاً لذلك، كما أنها:

- بدأت في ربط جميع برامجها واستراتيجياتها للتعاون مع البلدان بعمليات التخطيط وبناء القدرات الوطنية

- تعكف على وضع خطة متعددة السنوات على نطاق المنظمة لتعزيز قدراتها الخاصة بدعم الحوار على صعيد السياسات على المستويين القطري والعالمي فيما يتصل بتجديد الرعاية الصحية الأولية

- بدأت في إعداد التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠ بشأن تمويل التغطية الشاملة وسائر المبادرات المؤسسية كوسيلة لمعالجة القضايا التي لم تتلق اهتماماً كافياً في السابق، مثل الاستثمار في البنى التحتية للرعاية الصحية، بما فيها المستشفيات، وإشراك المجتمع المدني في الحوار على صعيد السياسات فيما يتصل بالاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية

- تعمل على إنشاء لجنة استشارية تقنية تعنى بالرعاية الأولية وتعزيز النظم الصحية

- كثفت جهودها الرامية إلى مواءمة التدخلات العالمية مع الخطط الصحية الوطنية من خلال عدد من الإجراءات الأخرى، مثل: الاضطلاع مع البنك الدولي بوظائف أمانة الشراكة الصحية الدولية؛ وتيسير المحاولات التي يقوم بها كل من الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع والبنك الدولي من أجل التقدم نحو تعزيز الاتساق بين آليات التمويل؛ وتكثيف التعاون مع الشركاء، ولاسيما اليونيسيف.

= = =