



EM/RC58/9

ش م/ل إ 9/58

أيلول/سبتمبر 2011

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة الثامنة والخمسون

البند 7 (أ) من جدول الأعمال

القرارات والمقررات الإجرائية ذات الأهمية للإقليم التي أصدرتها جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون

أصدرت جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون ثمانية وعشرين قراراً. ويقدم المدير الإقليمي تلك القرارات ذات الأهمية الخاصة للدول الأعضاء ولعمل منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط. والقرارات والوثائق المذكورة في هذه الورقة متاحة لدى الأمانة، كما يمكن تنزيلها من موقع المنظمة على الرابط [. \(http://www.who.int/gb\)](http://www.who.int/gb)

ويودُّ المدير الإقليمي أن يسترعي اهتماماً خاصاً إلى المقررات التالية، التي تتطلب اتخاذ إجراءات من قِبَل الدول الأعضاء (يشار إلى فقرات المنطوق الموجهة إلى الدول الأعضاء بين زافرتين): ج ص ع 1.64 [1]؛ ج ص ع 2.64 [2]؛ ج ص ع 5.64 [2]؛ ج ص ع 6.64 [1]؛ ج ص ع 7.64 [1]؛ ج ص ع 8.64 [1]؛ ج ص ع 10.64 [1]؛ ج ص ع 11.64 [2]؛ ج ص ع 13.64 [1]؛ ج ص ع 14.64 [4]؛ ج ص ع 15.64 [1]؛ ج ص ع 16.64 [2]، [3]؛ ج ص ع 17.64 [1]؛ ج ص ع 24.64 [1]؛ ج ص ع 27.64 [1]؛ ج ص ع 28.64 [2]

المحتوى

القرارات والمقرّرات ذات الأهمية للإقليم التي أصدرتها جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون

تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (2005)	ج ص ع 1.64
مستقبل التمويل لمنظمة الصحة العالمية	ج ص ع 2.64
الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل	ج ص ع 4.64
التأهب للأنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الإنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى	ج ص ع 5.64
تدعيم القوى العاملة الصحية	ج ص ع 6.64
تعزيز التمريض والقبالة	ج ص ع 7.64
تعزيز حوار السياسات الوطنية الدائر حول وضع سياسات واستراتيجيات وخطط صحية متينة	ج ص ع 8.64
تعزيز القدرات الوطنية في مجال إدارة الطوارئ الصحية والكوارث وتعزيز مرونة النظم الصحية	ج ص ع 10.64
الأعمال التحضيرية لعقد الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بعد مؤتمر موسكو	ج ص ع 11.64
دور منظمة الصحة العالمية في متابعة الاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن استعراض الأهداف (المرامي) الإنمائية للألفية (أيلول/سبتمبر 2010)	ج ص ع 12.64
العمل على تخفيض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال الحديثي الولادة	ج ص ع 13.64
الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الإيدز والعدوى بفيروسه في الفترة 2011-2015	ج ص ع 14.64
الكوليرا: آلية للمكافحة والوقاية	ج ص ع 15.64
استئصال داء التَّيْنَات	ج ص ع 16.64
الوقاية من الملاريا ومكافحتها: ضمان استمرارية المكاسب وتقليص السراية	ج ص ع 17.64
مياه الشرب، والإصحاح، والصحة	ج ص ع 24.64
تعديلات النظام الأساسي للوكالة الدولية لبحوث السرطان	ج ص ع 26.64
وقاية الأطفال من الإصابات	ج ص ع 27.64
الشباب والمخاطر الصحية	ج ص ع 28.64

(أ) القرارات ذات الأهمية للإقليم التي أصدرتها جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون

رقم المقرر الإجرائي / القرار	العنوان	معطيات الوضع الأساسية	الإجراءات المقرر اتخاذها
ج ص ع 1.64	تنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • يدعم المكتب الإقليمي البلدان في تقييم وبناء القدرات الأساسية وضمان استمرارها، وفي تعزيز الشراكة اللازمة لتنفيذ اللوائح الصحية الدولية. • ويوجد تفاوت بين بلدان الإقليم فيما يتعلق بالقدرات الأساسية الوطنية اللازمة لتنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية. • وقد لوحظت نقاط الضعف بصورة أساسية في القدرات المتعلقة بالتأهب والموارد البشرية ونقاط الدخول وإدارة السلامة البيولوجية (المختبرات)، وسلامة الغذاء والمخاطر الكيميائية والإشعاعية. 	<ul style="list-style-type: none"> • تقييم القدرات الأساسية المطلوبة لتنفيذ أحكام اللوائح الصحية الدولية في أفغانستان، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية الليبية، وباكستان، وفلسطين، والصومال، والسودان، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والإمارات العربية المتحدة، واليمن. • تعزيز القدرات الأساسية في نقاط الدخول • تعزيز القدرات التشخيصية على الصعيد الوطني • إعداد خطط العمل الوطنية المناسبة للوفاء بمتطلبات اللوائح الصحية الدولية بحلول شهر حزيران/يونيو 2012. • نشر الخبراء من القائمة الإقليمية للمساعدة في أنشطة بناء القدرات اللازمة من أجل تنفيذ اللوائح الصحية الدولية.
ج ص ع 2.64	مستقبل التمويل لمنظمة الصحة العالمية	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •
ج ص ع 4.64	الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل	<ul style="list-style-type: none"> • تُنفذ الأنشطة على مدار السبعة عشرة عاماً الماضية منذ تأسيس مكتب منظمة الصحة العالمية في الأرض الفلسطينية المحتلة. لا يزال كثير من المجالات الصحية في حاجة للدعم، بما في ذلك برامج تعزيز الصحة، ودعم الخدمات الصحية، والمستحضرات الصيدلانية، عمليات الإنذار بحدوث الأوبئة والجوائح والاستجابة لمقتضياتها، والمعدات الطبية الحيوية، والصحة النفسية، والتغذية، وسلامة الغذاء. • يجري حالياً صياغة سياسة وطنية بشأن التأهب لحالات الطوارئ. 	<ul style="list-style-type: none"> • مواصلة دعم الخدمات الصحية والبيطرية الفلسطينية، بما في ذلك بناء القدرات والاستعداد لحالات الطوارئ غير المعتادة. • تقديم تقرير تفصيلي الحقائق حول الوضع الصحي والاقتصادي في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما في ذلك القدس الشرقية ومرتفعات الجولان المحتلة. • مواصلة تقديم المساعدات التقنية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للشعب الفلسطيني، بمن فيه من معاقين ومصابين. • دعم تطوير النظام الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما في ذلك

الإجراءات المقرر اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
<p>تنمية الموارد البشرية.</p> <ul style="list-style-type: none"> • إتاحة التقرير التفصيلي الذي أعدته البعثة الصحية المتخصصة إلى قطاع غزة. • إعداد تقارير عن تنفيذ هذا القرار لعناية جمعية الصحة العالمية في دورتها الخامسة والستين. 			
<ul style="list-style-type: none"> • إنشاء أو تعزيز مراكز وطنية ومختبرات مرخصة معنية بالإنفلونزا وذات اختصاصات متفق عليها. • إنشاء أو تعزيز نظام ترصد الإنفلونزا لاكتشاف الحالات المصابة بفيروس الإنفلونزا من النمط H5N1 وسائر فيروسات الإنفلونزا التي قد تسبب جائحة بشرية. • تنسيق تبادل بيانات المتواليات الجينية والتحليل الناتجة عن البيانات بين مختبر المنشأ، وبين المختبرات التابعة للشبكة العالمية التابعة للمنظمة والمعنية بنظم ترصد الإنفلونزا والتصدي له. • تبادل المعلومات حول ترصد الجائحة من خلال نظام تبادل فوائد التأهب للإنفلونزا الجائحة. • تعزيز البحوث لتحسين عملية تقييم مخاطر الجائحة والتصدي لها من خلال جدول أعمال للبحوث في مجال الصحة العمومية حول الإنفلونزا. • تنفيذ خطة العمل العالمية الرامية لزيادة إمدادات اللقاحات، بما في ذلك بناء منشآت إنتاجية جديدة في البلدان النامية والصناعية، ونقل التكنولوجيات والمهارات، ولاسيما إلى البلدان النامية. • إعداد التقارير حول التقدم المحرز في تنفيذ إطار عمل التأهب لجائحة الإنفلونزا. 	<ul style="list-style-type: none"> • تتوافر مراكز وطنية معنية بالإنفلونزا في بعض البلدان. كما تتوافر المختبرات المرخصة في أغلبية البلدان. • يتسم ترصد الإنفلونزا بالضعف أو يكاد ينعدم في معظم البلدان. • تبادل المواد الطبية الحيوية الخاصة بالتأهب للإنفلونزا مع المراكز المتعاونة مع المنظمة والمختبرات المرجعية لا يتم على نحو منتظم، ولا يرفق به أحياناً جميع المعلومات المطلوبة. • لا يتم بانتظام تبادل بيانات المتواليات الجينية حول الإنفلونزا من النمط H5N1 وسائر فيروسات الإنفلونزا التي قد تسبب جائحة بشرية بين مختبرات المنشأ وبين المختبرات التابعة للشبكة العالمية التابعة للمنظمة والمعنية بنظم ترصد الإنفلونزا والتصدي لها. • نوقش استخدام قاعدة بيانات متاحة للجمهور بشأن بيانات المتواليات الجينية الخاصة بفيروس الإنفلونزا؛ ويجري حالياً التشاور مع المجموعة الاستشارية حول أفضل الآليات المستخدمة في التعامل مع بيانات المتواليات الجينية. • تعمل المنظمة بالتشاور مع المجموعة الاستشارية على إنشاء آلية تساعد على تتبع انتقال المواد الطبية الحيوية الخاصة بترصد الإنفلونزا الجائحة بين جميع الأطراف المشاركة. 	<p>التأهب للإنفلونزا الجائحة: تبادل فيروسات الإنفلونزا والتوصل إلى اللقاحات والفوائد الأخرى</p>	<p>ج ص ع 5.64</p>

الإجراءات المقررة اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
	<ul style="list-style-type: none"> • لا يتم تبادل المعلومات حول ترصد الجوائح في الأوقات المناسبة أو بانتظام مع المنظمة. • تدعم المنظمة البلدان في بناء قدرات ترصد الجوائح وتقييم المخاطر والإنذار المبكر. • السلطات التنظيمية الوطنية إما أنها ضعيفة أو لا توجد في العديد من البلدان. • مخزون الأدوية المضادة للفيروسات متوافر. • يتوافر مخزون اللقاحات من أجل التأهب للإنفلونزا. • تعكف المنظمة على استعراض إمكانية استعمال مخزون المنظمة الاحتياطي من اللقاحات قبل حدوث الجائحة في البلدان المتأثرة بها. • تعكف المنظمة على إنشاء آلية شراء إقليمية مجمعة للقاحات. 		
<ul style="list-style-type: none"> • تطوير خطط استراتيجية شاملة ومقدرة التكاليف بشأن الموارد البشرية الصحية. • رسم خرائط لبلدان الإقليم توضّح هجرة العاملين الصحيين وتأثيرها على أداء النظم الصحية وعلى حصائل صحة السكان. • توثيق حجم التوظيف غير المنظم للعاملين الصحيين، وتأثيراته على بلدان المصدر والمقصد. • إعداد الاستراتيجيات والسياسات المعنية بهجرة قوة العمل الصحية، والاحتفاظ بها، والوصول إليها في المناطق النائية والريفية. • تطوير وتحسين نظم الاعتماد للمؤسسات التعليمية الصحية العليا من خلال برامج بناء القدرات لإعداد خبراء محليين وتبادل الخبرات والدروس 	<ul style="list-style-type: none"> • قام معظم البلدان بإعداد خطط عمل استراتيجية على الصعيد الوطني بشأن الموارد البشرية الصحية. ومع هذا، ففي معظم الأحوال، كانت هناك تحديات جسيمة ماثلة أمام هذه الخطط. • فقد كانت هناك حاجة ملحة لإعداد استراتيجيات وطنية تعنى بقوة العمل الصحية إلى جانب خطط خاصة بالبلدان بشأن الموارد البشرية الصحية، بحيث تغطي إدارة قوة العمل وتثقيفها وإدارتها. • قام المكتب الإقليمي بإعداد استراتيجية إقليمية معنية بالموارد البشرية الصحية، إلى جانب إطار عمل للدول الأعضاء من أجل إعداد أو تحسين خطط استراتيجية وسياسات معنية بالموارد البشرية الصحية. • إن جمعية الصحة العالمية، في قرارها ج ص ع 6 . 16 بشأن مدونة منظمة الصحة العالمية للممارسات طالبت البلدان بالإبلاغ عن 	إدارة قوة العمل الصحية: إعداد الخطط الاستراتيجية الإقليمية والوطنية	ج ص ع 6.64

الإجراءات المقررة اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
المستفادة في كامل أرجاء الإقليم.	<p>الإجراءات المتخذة والتقدم المحرز.</p> <ul style="list-style-type: none"> • طور 15 بلداً أنظمة اعتماد وطنية للمؤسسات التعليمية المختصة بالمهن الطبية والصحية أو هي بصدد إنشائها. • يجري إعداد دليل إقليمي للاعتماد ليكون بمثابة مرجع للاعتماد، يتضمن خطوات عملية لإنشاء نظم اعتماد وطنية والحفاظ على استمراريتها. • تبذل مجهودات لبناء القدرات من أجل تطوير الخبرات الوطنية في مجال الاعتماد. 		
<ul style="list-style-type: none"> • ترجمة الاتجاهات الاستراتيجية 2011-2015 إلى العربية والفرنسية. • إعداد استراتيجية إقليمية حول التمريض والقبالة 2012-2020، وفقاً لقرار اللجنة الإقليمية ش م / ل 55 / ق - 5 (2008). 	<ul style="list-style-type: none"> • تشكل الممرضات والقابلات الأغلبية في قوة العمل الصحية في الكثير من البلدان. • وقد تعالت النداءات من أجل إقامة برامج شاملة لتنمية الموارد البشرية التي تدعم توظيف قوة العمل من طواقم التمريض والقبالة الكفؤة والمحفزة والحفاظ عليها، الأمر الذي يُعدّ حيويًا لضمان حسن أداء النظام الصحي. • بدون تخصيص الموارد الكافية لخدمات التمريض والقبالة في البلدان وفي جميع مستويات منظمة الصحة العالمية، سوف يكون من الصعب المضي قدماً بمجدول الأعمال هذا. • تم تحديث التوجهات الاستراتيجية العالمية لتعزيز خدمات التمريض والقبالة للفترة 2011 - 2015. وتهدف الوثيقة لتزويد راسمي السياسات والممارسين وسائر أصحاب الشأن المعنيين على كل مستوى بإطار مرن من أجل عمل واسع النطاق وتعاوني لتعزيز قدرات الممرضات والقابلات بما يساهم في بلوغ التغطية الشاملة، وفي السياسات التي تؤثر في ظروف ممارستهم وعملهم، وفي الارتقاء 	تعزيز التمريض والقبالة	ج ص ع 7.64

الإجراءات المقرر اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي/ القرار
	بالنظم الصحية الوطنية بما يفي بالمرامي والأهداف العالمية.		
<ul style="list-style-type: none"> تطوير ونشر الأدوات لقياس التقدم المحرز في تعزيز السياسات والخطط الاستراتيجية الوطنية. إعداد الآليات الخاصة من أجل دعم البلدان التي تعاني الأزمات لإقرار السياسات والخطط التي تستجيب إلى الاحتياجات المتغيرة لسكانها. 	<ul style="list-style-type: none"> تتضمن الشواغل الرئيسية المتعلقة بالتخطيط وإعداد السياسات في الإقليم المعالم الوطنية و/أو الأهداف غير الواضحة والمشاركة المحدودة من أصحاب الشأن المعنيين. تشارك المنظمة في برنامج التعلّم العالمي الذي يهدف إلى صقل المهارات والكفاءات اللازمة للعاملين بالمكاتب القطرية للمنظمة حتى يتسنى لهم دعم إعداد السياسات والاستراتيجيات والخطط القطرية الوطنية. وتنطلق في سبيل ذلك من البرامج التدريبية التابعة للمنظمة ومن بينها دورات متنوعة في مجالات السياسات والتخطيط مثل تلك الخاصة بتقدير التكاليف/التمويل، وفعالية المساعدات. أعدّ المكتب الإقليمي حزمة تدريبية عن الحوار حول السياسات والتخطيط الاستراتيجي التي توجّه إلى أصحاب الشأن المعنيين بقطاع الصحة على مستوى القطر. تسهم المنظمة في عملية التخطيط الخاصة بالبلدان من خلال العمل مع الإدارات المختصة في وزارة الصحة. 	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز حوار السياسات الوطنية الدائر حول وضع سياسات واستراتيجيات وخطط صحية متينة 	ج ص ع 8.64 (م ت 128 ق 12)
<ul style="list-style-type: none"> تعزيز القدرة على التأهب للطوارئ والاستجابة لها من خلال منهج نظامي واقعي يعتمد على معلومات مسندة بالبيانات من أجل ترجمة السياسات إلى أفعال على أرض الواقع. إعداد برنامج عمل بشأن دعم تنفيذ استراتيجية الحد من أخطار الكوارث لكل من أفريقيا والدول العربية. دمج عملية تقييم سلامة المرافق الصحية مع تقييم النظام الصحي من أجل المواءمة بين بناء قدرات القوة العاملة الهيكلية والوظيفية والصحية على نحو مضمون الاستمرار. 	<ul style="list-style-type: none"> عانى الإقليم، خلال عام 2010، عدداً من الكوارث، بما في ذلك الهزة الأرضية ضيقة النطاق التي ضربت جمهورية إيران الإسلامية والفيضانات واسعة النطاق التي اجتاحت باكستان، والتي دمرت النظام الصحي تدميراً شديداً وأضررت بالمكاسب التنموية. تعاون المكتب الإقليمي مع الشركاء، وساهم مساهمة فعالة في إعداد استراتيجية الحد من أخطار الكوارث لكل من أفريقيا والدول العربية 2010-2020، حيث تم التشديد على الصحة باعتبارها من المجالات ذات الأولوية. 	<ul style="list-style-type: none"> تعزيز القدرات الوطنية في مجال إدارة الطوارئ الصحية والكوارث وتعزيز مرونة النظم الصحية 	ج ص ع 10.64 (م ت 128 ق 1)

الإجراءات المقررة اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي/ القرار
<ul style="list-style-type: none"> • إعداد مرتسمات المخاطر لجميع البلدان. • إعداد برامج التأهب للمخاطر في البلدان من خلال أعمال التقييم المتأنية. • إعداد وإجراء التدريب الوطني حول إدارة الطوارئ في مجال الصحة العمومية. • إعداد قائمة إقليمية بالموارد البشرية من أجل الاستجابة بدعم فعال وجيد التوقيت داخل الإقليم. 	<ul style="list-style-type: none"> • يهدف الدعم الذي تقدمه منظمة الصحة العالمية، على الصعيد الإقليمي، الوصول إلى أخفض قدر ممكن من مخاطر الكوارث بفضل الجهود المجتمعية، وضمان وجود روابط بين التأهب للطوارئ والتعافي من ناحية وبين الكوارث والتنمية من الناحية الأخرى. • نفذت اللوائح الصحية الدولية المشتركة وأعمال تقييم كافة المخاطر في 20% من البلدان، وذلك بهدف تجسير الفجوات في الجهود الوطنية للاستعداد للطوارئ. • بنهاية عام 2010، بدأ ستة بلدان (28%)، في إضفاء الطابع المؤسسي على عملية الاستعداد للطوارئ والاستجابة لها اعتماداً على مرتسمات لبيان المخاطر الآنية ومنهج قائم على حصر جميع الأخطار، وذلك على الصعيد المجتمعي والوطني ودون الوطني. • دشنت ثلاثة بلدان (بما نسبته 15%)، برامج الاستعداد للطوارئ والاستجابة لها داخل وزارة الصحة من أجل التوافق بين الأنشطة والتنسيق فيما بينها على نحو أفضل. • أخذ 60% من البلدان على عاتقهم برامج المستشفيات الآمنة بوصفها إحدى أولوياتها. واستكملت المرحلة الأول من التقييم بما يتماشى مع البرنامج العالمي في غالبية هذه البلدان. ولا يزال العمل قائماً في عدد آخر محدود من البلدان. • أدرج التأهب للطوارئ والحد من مخاطر الكوارث في البرامج العالمية لتعلم الخاصة بمنظمة الصحة العالمية والتي ترمي إلى بناء قدرات العاملين بها، وتم تقديم فرص التدريب إلى 25% من البلدان. 		
<ul style="list-style-type: none"> • ضمان التنفيذ السلس لخطة العمل الإقليمية والبرامج الوطنية المعنية بالأمراض غير السارية. 	<ul style="list-style-type: none"> • تفرض الأمراض غير السارية واحداً من أكبر التحديات الماثلة أمام الصحة والتنمية، وتسهم في ما يزيد على 50% من الوفيات في 	الأعمال التحضيرية لعقد الاجتماع الرفيع	ج ص ع 11.64

الإجراءات المقررة اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي/ القرار
<ul style="list-style-type: none"> تنظيم جلسات إحاطة ومناقشة في كل الاجتماعات والمشاورات ذات الصلة لرفع مستوى الوعي لدى مختلف أصحاب الشأن المعنيين (القطاعين الحكومي والخاص) بغية تعزيز المساهمات الإقليمية بالاجتماع رفيع المستوى لمنظمة الأمم المتحدة المنعقد في أيلول/سبتمبر 2011. تسهيل تمثيل رؤساء الدول والزعماء الإقليميين. 	<p>الإقليم.</p> <ul style="list-style-type: none"> قرر اجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة المنعقد في أيار/مايو 2010 عقد اجتماع رفيع المستوى لرؤساء الدول والحكومات في نيويورك يومي 19-20 أيلول/سبتمبر 2011. يعد هذا معلماً رئيسياً على طريق وضع الأمراض غير السارية على رأس جدول الأعمال السياسية والتنموية وتخفيف الجهود الرامية إلى التعامل مع التأثيرات الصحية والتنموية والاجتماعية والاقتصادية للأربعة أمراض غير السارية الكبرى. تحضيراً لأعمال الاجتماع رفيع المستوى للأمم المتحدة، استضافت جمهورية إيران الإسلامية مشاوراً إقليمية في الفترة 25-27 تشرين الأول/أكتوبر 2010 بالعاصمة طهران. وقد عكست الوثيقة الختامية للاجتماع الموقف الإقليمي من جميع اجتماعات المتابعة. عقدت المنظمة والاتحاد الروسي أول مؤتمر وزاري علمي حول أساليب الحياة الصحية ومكافحة الأمراض غير السارية في موسكو، حيث هدف إلى دعم البلدان في سبيل إعداد وتعزيز السياسات والبرامج التي تروج لأساليب الحياة الصحية وتساعد على الحماية من الأمراض غير السارية. عقد المؤتمر في موسكو يومي 28-29 نيسان/أبريل، بمشاركة 18 بلداً و6 وزراء. وسوف تكون الإسهامات الإقليمية الواردة في إعلان موسكو بمثابة منطلق للاجتماع رفيع المستوى للأمم المتحدة. 	<p>المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، بعد مؤتمر موسكو</p>	
<ul style="list-style-type: none"> تعزيز التعاون بين القطاعات وإشراك المجتمع المدني في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، وتيسير رصد المعطيات المصنفة واستحداثها وتحليلها واستخدامها، ولاسيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. 	<ul style="list-style-type: none"> خلال عام 2010، شهد بعض البلدان أزمات عديدة ومتداخلة زادت من جوانب شدة التأثير وعدم المساواة، وأثرت سلباً على مكاسب التنمية، ولاسيما في البلدان المنخفضة الدخل التي تواجه حالات طوارئ معقدة. 	<p>دور منظمة الصحة العالمية في متابعة الاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم</p>	<p>ج ص ع 12.64</p>

الإجراءات المقرر اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي/ القرار
<p>إنشاء آلية شراء لقاحات مجمعة بالإقليم لدعم تقديم اللقاحات الجديدة المنقذة للحياة في البلدان المتوسطة الدخل.</p> <p>تعزيز المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، وتمتع المرأة بحقوق الإنسان كاملة، والقضاء على الفقر.</p> <p>دعم تقديم حزمة الخدمات الصحية والتغذوية للممارسات الأسرية، بما في ذلك التغطية الشاملة بالتدخلات الشائعة الفعالة لقاء التكاليف للأطفال والأمهات مثل الرعاية المتكاملة للطفل والحمل الآمن.</p> <p>الارتقاء بتدخلات الوقاية والمعالجة والرعاية والدعم وتحسينها في مجالات مرض العوز المناعي البشري/الإيدز والسل والملاريا، بما يحقق إمكانية الإتاحة الشاملة، ولاسيما للفئات السكانية شديدة التأثر والمجموعات المعرضة للخطر.</p> <p>مناصرة التقدم المتعلق بالبحوث وإزالة العقبات التي تحول دون الوصول للتدخلات، والعوائق التي تقف أمام الاستخدام والجودة.</p>	<p>● بنهاية عام 2009، انخفضت وفيات الأطفال دون الخامسة بمعدل 30% منذ عام 1990. وتخطت مصر ولبنان وعمان هدف المرمى الرابع من المرامي الإنمائية للألفية، بينما لاتزال جمهورية إيران الإسلامية والمغرب والجمهورية العربية السورية وتونس والإمارات العربية المتحدة في سبيلها لتحقيق هذا المرمى. ومع هذا، فتتحقق هذا المرمى في البلدان الأخرى لايزال تعترضه بعض العوامل مثل الفقر والتوزيع غير المتساوي للموارد وعدم كفاية الالتزام السياسي.</p> <p>● حققت 16 بلداً في الإقليم 90% من تغطية التطعيم بالجرعة الأولى ضد الحصبة للأطفال في عامهم الأول، بينما هناك 3 بلدان على وشك بلوغ هذه الغاية.</p> <p>● تشير التقديرات إلى وفاة 52 ألف امرأة و510 000 آلاف وليد كل عام في الإقليم بسبب مضاعفات الحمل والولادة؛ فلا يزال 50% من المواليد يولدون خارج المرافق الصحية بالإقليم، كما يحدث 40% من الولادات مع غياب عاملين صحيين مدربين.</p>	<p>المتحدة بشأن استعراض الأهداف (الرامي) الإنمائية للألفية (نيويورك، أيلول/ سبتمبر 2010)</p>	
<p>بناء القدرات الوطنية في مجال الرعاية الصحية للأمهات والولدان.</p> <p>تعزيز رصد وتقييم تدابير البرامج الصحية المتعلقة بالأمهات والولدان.</p> <p>تعزيز السياسات والبرامج الصحية الرامية إلى تشجيع العادات الغذائية وأنماط الحياة الصحية، وتجنب الممارسات المحفوفة بالمخاطر؛ وتعزيز إجراء الاختبارات والفحوصات التي تجرى في مرحلة ما قبل الزواج وقبل مرحلة الإدراك، والرعاية المنتظمة للأجنة، والتوسع في برامج المكملات الغذائية الدقيقة ولاسيما حمض الفوليك.</p>	<p>● هناك فجوات واسعة في مدى توافر العاملين الصحيين المؤهلين حيثما وأينما تعظم الحاجة إليهم، وتوافر أنظمة إنشاء الرعاية الصحية جيدة الأداء وعالية الجودة في الفترة المحيطة بالولادة ورعاية الولدان.</p> <p>● ولاتزال المعلومات حول محددات مرضية كل من الولدان وفترة الولادة ووفياتها تنقسم بالضعف الشديد بما لا يمكن من إعداد البرامج المسندة بالبيانات وتنفيذها.</p> <p>● محدودية الحصول على الخدمات عالية الجودة المنقذة للحياة المقدمة للولدان في كثير من بلدان الإقليم.</p> <p>● يموت، في الوقت الحاضر، 52000 أم، و480000 مولود (41.7% من</p>	<p>العمل على تخفيض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال الحديثي الولادة</p>	ج ص ع 13.64

رقم المقرر الإجرائي / القرار	العنوان	معطيات الوضع الأساسية	الإجراءات المقرر اتخاذها
		الوفيات دون الخامسة، إضافة إلى 1150000 طفل دون الخامسة سنويا في الإقليم، فيما يقدر إجمالي وفيات الفترة المحيطة بالولادة بنحو 768000 حالة.	
ج ص ع 14.64	الاستراتيجية العالمية لقطاع الصحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه في الفترة 2011-2015	صادقت اللجنة الإقليمية عام 2010 على الاستراتيجية الإقليمية بشأن استجابة القطاع الصحي لمرض العوز المناعي والعدوى بفيروسه 2011-2015، والتي كانت تعتمد على مسودة الاستراتيجية العالمية، وكانت حينذاك قيد الإعداد، وتماشى معها.	<ul style="list-style-type: none"> التركيز على تخطيط الإجراءات ذات الأولوية التي اتخذتها منظمة الصحة العالمية والوكالات الشريكة والبلدان فيما يتعلق بتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية.
ج ص ع 15.64	الكوليرا: آلية للمكافحة والوقاية	<ul style="list-style-type: none"> أبلغ في عام 2010 عن اندلاع فاشيات الكوليرا في أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، واليمن. تندرج الكوليرا على القائمة (أ) الخاصة بالأمراض الواجب الإخطار عنها في جميع بلدان الإقليم. ومع هذا، تكون الإخطارات المرسلة للمكتب الإقليمي غير منتظمة، وعادة متأخرة. لا تتمتع البلدان المعرضة للمخاطر بإمكانية الوصول إلى البروتوكولات التشخيصية والعلاجية. الكوليرا ليست من الحالات الصحية ذات الأولوية لحشد الموارد في بلدان كثيرة من بلدان الإقليم. يشكل العدد الكبير من الأشخاص النازحين داخلياً واللاجئين مجتمعاً كبيراً معرضاً للخطر في الإقليم. الوعي المجتمعي بطريقة سراية الكوليرا غير كافٍ في الكثير من البلدان. المبالغة في رد الفعل إزاء فاشيات الكوليرا المبلغ عنها هو ممارسة شائعة في كثير من بلدان الإقليم. 	<ul style="list-style-type: none"> تشكيل لجان متعدّدة الوزارات لجميع القطاعات ذات الصلة لضمان توفير مياه شرب آمنة، وإعداد خطط تأهب وطنية تفصيلية تشتمل على أدوار ومسؤوليات واضحة وآليات تمويل مشتركة. دعم عملية شاملة لتقييم المخاطر بشأن أمراض الإسهال الوبائية من خلال جمع المعطيات من القطاع الصحي بالمشاركة مع القطاعات البيئية، والماء والإصحاح، والغذاء. تشجيع الإبلاغ في الوقت المناسب والحد من المبالغة في رد الفعل من خلال الحملات الإعلامية وبناء القدرات. إنشاء نظم إنذار مبكر بالأمراض والتصدي لها، مع إيلاء عناية خاصة بالعتبات وموسمية الأمراض. تعزيز القدرات التشخيصية وتحديد مواصفات ضمات البكتيريا السارية بصور أكبر لفهم ديناميات المرض والمساهمة في قاعدة المعطيات الإقليمية. إعداد آليات لدعم الاستمرار في تبادل المعلومات والمعطيات (ولاسيما خلال المواسم شديدة الخطورة) بين القطاع الصحي وقطاع المياه والإصحاح وقطاع الغذاء ومنظمة الصحة العالمية.

الإجراءات المقرر اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
<ul style="list-style-type: none"> • التأكد من وجود مخزون من أملاح الإمهاء الفموي، والمضادات الحيوية المناسبة، والوصول لمقدمي رعاية صحية مدربين. • تحسين المعارف والممارسات العامة بشأن الوقاية من الكوليرا ومعالجتها من خلال أنشطة الحملات الإعلامية والتثقيف الصحي. • التأكد من عدم استخدام لقاح الكوليرا خلال الفاشيات وأن استخدامه يقتصر على المسافرين من المناطق غير الموطنة إلى المناطق الموطنة كتدابير وقائي إضافية من بين تدابير أخرى. • تشجيع البحوث حول تحسين لقاح الكوليرا الحالي. 	<ul style="list-style-type: none"> • لا يستخدم أي من البلدان لقاح الكوليرا بصورة منتظمة. 		
<ul style="list-style-type: none"> • تعزيز انخفاض معدل الحالات الجديدة بزيادة معدل اكتشاف المرض قبل بزوغ الدودة أو خلال الأربع والعشرين ساعة من بزوغها، وكذلك معدل احتواء الحالات الذي يتلو هذه المرحلة عن المعدل الحالي البالغ 78%. • ضمان استمرار الالتزام السياسي ببرنامج استئصال داء التينينات. • مواصلة رصد وضع داء التينينات بصورة شهرية وتقديم الدعم التقني اللازم حسب الضرورة. • في السودان، ضمان استمرار وتعزيز وتوثيق نظام ترصد داء الدودة الغينية في المناطق التي كانت متوطنة فيما سبق؛ وهو ما سوف يوفر الدليل الذي سيسمح للسودان (بعد ثلاث سنوات) بالحصول على الإشهاد على أنها خالية من داء التينينات من اللجنة الدولية للإشهاد على استئصال داء التينينات. 	<ul style="list-style-type: none"> • استئصال داء التينينات من باكستان والسودان واليمن، ولكنه لم يزل متوطناً في جنوب السودان. • يقتصر وجود المرض حالياً على 18 من 80 منطقة بجنوب السودان. وانخفض عدد القرى ذات الحالات الأصلية (المنقولة محلياً وغير الوافدة) من 5&4 عام 2009 إلى 227 عام 2010 (بانخفاض يزيد على 60%). وانخفض عدد الحالات الجديدة من 2733 في عام 2009 إلى 1698 في عام 2010 (بانخفاض 38%). • التحدي الأكبر المائل أمام جنوب السودان هو عدد الحالات الجديدة الكبير نسبياً الذي يتم الإبلاغ عنه، والذي يجب اكتشافه في وقت مبكر واحتواءه بالكامل، والحفاظ في الوقت ذاته على الترصد وضمان استمراره في المناطق التي سبق أن كانت موطنة والمناطق الخالية من داء الدودة الغينية بالسودان. إن غياب البنية التحتية الصحية القوية، ونظام الترصد الذي لم يزل في مرحلة التطوير، وانعدام الأمن نتيجة الصراعات المحلية، وتنقل السكان، لم تزل تشكل القيود الأساسية. 	استئصال داء التينينات	ج ص ع 16.64

الإجراءات المقرر اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
	<ul style="list-style-type: none"> • ثمة سبب للقلق يتمثل في نسبة الزيادة البالغة 26% في عدد الحالات الجديدة في النصف الأول من عام 2011 بالمقارنة بعام 2010 بجنوب السودان، وهو ما يتطلب إجراء تقييم وبائي فضلاً عن شدة الرقابة. • أصبحت السودان خالية من داء التينينات منذ عام 2003. ومع هذا، فإن وضعها لم يحصل على الإشهاد من اللجنة الدولية للإشهاد على استئصال داء التينينات. 		
<p>مراجعة البرامج في كافة البلدان الموطونة لقياس التقدم المحرز وتحديد نقاط القوى والضعف بما في ذلك القدرات المتاحة على جميع المستويات.</p> <p>إجراء تقييم متعمق ومباشر لقدرة برامج الملاريا على تنفيذ الاستراتيجيات اللازمة لتأكيد الحالات المشتبه إصابتها بالفحص الباراستيولوجي، وذلك عن طريق الفحص المجهرى عالي الجودة أو إجراء الاختبارات التشخيصية السريعة.</p> <p>رفع مستوى الوعي لتحسين استخدام وسائل مكافحة النواقل، لاسيما الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول.</p> <p>ضمان الالتزام الوطني المناسب والمستدام تجاه الملاريا عن طريق زيادة النفقات الوطنية.</p> <p>الاستمرارية في تقديم الدعم لشبكات الاتصال الإقليمية من أجل رصد مقاومة الأدوية.</p> <p>فرض العمل بحظر استخدام العلاج الأحادي بالأرتيميسينين (باكستان).</p> <p>تنفيذ تدابير صارمة للحد من استخدام مادة الأرتيميسينين القابلة للحقن في حالات الملاريا الحادة، والحد من استخدامها استخداما غير</p>	<ul style="list-style-type: none"> • أظهرت المسوحات الأخيرة حول مؤشرات الملاريا زيادة في نسبة التغطية حول بدورات المعالجة بتوليفة تتضمن الأرتيميسينين، والناموسيات المعالجة بالمبيدات مديدة المفعول، والدراسات المجهرية، والفحوصات التشخيصية السريعة، غير أنه ما زالت هناك فجوة كبيرة تحول دون بلوغ هدف التغطية بنسبة 80% بحلول عام 2015. • مازالت ملكية الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية والتغطية بالرش الموضعي للأماكن المغلقة أقل بكثير من بلوغ النسبة المستهدفة وهي 80%. • أظهرت المسوحات حول الملاريا التي أجريت في كافة أرجاء السودان (2009) أن ملكية الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول بلغت نسبتها 40.3% في الولايات الشمالية و50.6% في الولايات الجنوبية. وبلغت النسبة المثوية للأسر التي امتلكت ناموسية واحدة على الأقل من الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول 9.9 في أفغانستان، فيما بلغت 30.2 في جيبوتي، و15.0 في باكستان، و4.3 في اليمن. • لاتزال معدلات استخدام الناموسيات المعالجة المتاحة بمبيدات مديدة المفعول منخفضة جدا في الكثير من البلدان. • أظهرت الدراسات الأخيرة لرصد فعالية مضادات الملاريا في بعض 	الوقاية من الملاريا ومكافحتها: ضمان استمرارية المكاسب وتقليل السراية	ج ص ع 17.64

الإجراءات المقرر اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
<p>رشيد في حالات الملاريا غير المترافقة بمضاعفات.</p> <ul style="list-style-type: none"> • وضع سياسات وطنية قوية لفرض عملية شراء مضادات الملاريا عالية الجودة، ومراقبة جودة الأدوية والحد من جلب الأدوية الرديئة ومن تعاطيها. • ضمان استخدام المبيدات الحشرية من مصانع مؤهلة اجتازت الاختبارات المسبقة للصلاحيحة التي تشترطها منظمة الصحة العالمية، والتخطيط المناسب من أجل شراء المبيدات الملائمة اعتمادا على نتائج رصد مكافحة المبيدات. • وضع استراتيجيات وطنية للوقاية من مقاومة المبيدات وإدارتها، وذلك بالتعاون مع القطاع الزراعي وسائر الوكالات ذات الصلة. 	<p>البلدان (أفغانستان وجمهورية إيران الإسلامية والسودان واليمن) معطيات كافية بشأن الاستجابة لدورات العلاج بتوليفة تتضمن الأرتيميسينين.</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا تتوفر معطيات من باكستان والصومال، وتجري حالياً دراسات حول الفعالية لمتوسط السراية لعام 2011. • تمثل مقاومة المبيدات الحشرية تحدياً حقيقياً في بعض البلدان؛ حيث يتم توثيقها توثيقاً جيداً في ولاية الجزيرة بالسودان، فضلاً عن وجود علامات على المقاومة يتم الإبلاغ عنها من أفغانستان وجمهورية إيران الإسلامية. وتجدر الإشارة إلى بعض العوامل التي تسهم في ظهور هذا التحدي ومن بينها استخدام المبيدات الحشرية الرديئة الجودة واستخدامها بشكل خاطئ من قبل القطاعات الأخرى، والافتقار للاستراتيجيات الفعالة لإدارة مقاومة المبيدات. 		
<ul style="list-style-type: none"> • إعداد بروتوكولات وطنية حول المياه والإصحاح من أجل الصحة في إطار الاستراتيجيات الوطنية المعنية بالصحة العمومية. • تخطيط ورصد البرامج الوطنية المعنية بالتوسع في إمدادات المياه وخدمات الإصحاح لتشمل الفئات السكانية المفتقرة إليها، والمحافظة على الخدمات القائمة في مواجهة التغير المناخي. • إعداد وتنفيذ السياسات الوطنية بما يؤمن الحد الأدنى لشروط جودة المياه اللازمة لحماية الصحة العمومية. • تقوية نظم إدارة سلامة المياه القائمة على المنهج الوقائي لإطار إدارة سلامة المياه الذي خرجت به توصية النسختين الثالثة والرابعة من الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية بشأن جودة مياه الشرب. • تقوية ترصد الصحة العمومية لسلامة المياه بوصفه أحد وظائف الصحة 	<ul style="list-style-type: none"> • وفقاً لبرنامج الرصد المشترك لمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف المعني بقطاع المياه والإصحاح (تقرير 2010)، فباستثناء أفغانستان والسودان والصومال واليمن، توافرت بحلول عام 2008 خدمات إمدادات المياه المحسنة إلى ما يزيد على 90% من سكان المدن و80% من سكان القرى. كما توافرت خدمات الإصحاح المحسنة لما يزيد على 85% من سكان المدن و75% من سكان القرى. • يُتوقع أن يؤثر النمو السكاني والتوسع العمراني والتغير المناخي تأثيراً ضاراً ضخماً على إتاحة وجودة واستمرارية خدمات الإصحاح والمياه. • تأتي بلدان الإقليم بين أكثر بلدان العالم معاناةً من ندرة المياه؛ وتمثل ندرة المياه مصدر قلق خطير للصحة البشرية، حيث يمكنها أن تتسبب في انخفاض سلامة إمدادات مياه الشرب وتوافرها. ويعد تأمين 	مياه الشرب، والإصحاح، والصحة	ج ص ع 24.64

الإجراءات المقررة اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
<p>العمومية.</p> <ul style="list-style-type: none"> تنظيم استخدام مياه الصرف لضمان عنصر السلامة وتقليل المخاطر الصحية وفقاً للدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية بشأن استخدام مياه الصرف. 	<p>إمدادات المياه لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية (النظافة الصحية، وإعداد الطعام، والإصحاح) أحد مقتضيات الصحة العامة.</p> <ul style="list-style-type: none"> تعد أنظمة إدارة جودة المياه أنظمة ارتكاسية ولا تستجيب على نحو كافٍ عادة لمنع تدني عنصر السلامة في مياه الشرب ولمكافحة الجوائح الناجمة عن الأمراض المحمولة بواسطة المياه. ترصد الصحة العامة لسلامة مياه الشرب هي مكوّن حيوي من مكونات إدارة سلامة المياه، كما أنه أحد اختصاصات الصحة العامة. ومع هذا، يظل ترصد سلامة المياه ضعيفاً في أغلب البلدان، ومن ثمّ تمس الحاجة إلى اختصاصات وجهود متجددة من الوكالات الصحية. استخدام مياه الصرف بلا رقابة في الزراعة هو ممارسة شائعة ينجم عنها مخاطر صحية بالغة. 		
<ul style="list-style-type: none"> لا يترتب على التعديل أي عواقب على المقر الرئيسي للمنظمة أو على أقاليمها. 	<ul style="list-style-type: none"> تنص المادة VIII.8 من النظام الداخلي للوكالة الدولية لبحوث السرطان على أن: "تعامل أموال الوكالة وأصولها كصندوق ائتمان وفقاً للقاعدة رقم 9 (9-1 و 9-2) من اللائحة المالية لمنظمة الصحة العالمية. وسوف تُحسب مستقلة عن أموال منظمة الصحة العالمية وأصولها، وسوف تدار وفقاً للوائح المالية المعتمدة من المجلس الحاكم". في أيار/مايو 2011، أقر المجلس الحاكم تعديلاً يلغى بموجبه النص المذكور آنفاً بالمادة VIII.8. وهذا الإلغاء ضروري، حيث إن الوكالة، بموجب المعايير الدولية للمحاسبة بالقطاع العام، لا تُعدّ "جهة خاضعة لرقابة منظمة الصحة العالمية". وعليه، لن تظهر حسابات الوكالة كصندوق ائتماني في البيانات المالية السنوية والبيانات التي تصدر كل سنتين للمنظمة. 	تعديلات النظام الأساسي للوكالة الدولية لبحوث السرطان	ج ص ع 26.64
<ul style="list-style-type: none"> استكمال إعداد الإطار الإقليمي لتنفيذ توصيات التقرير العالمي بشأن 	<ul style="list-style-type: none"> تعد الإصابات العارضة أحد المسببات الرئيسية للوفاة والإعاقة بين 	وقاية الأطفال من	ج ص ع 27.64

الإجراءات المقررة اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
وقاية الأطفال من الإصابات.	<p>الأطفال دون العشرين من العمر في الإقليم.</p> <ul style="list-style-type: none"> • وفقاً للتقرير العالمي بشأن وقاية الأطفال من الإصابات، شهد الإقليم 20% من إجمالي الوفيات العارضة بين الفئات السكانية دون العشرين عاماً على مستوى العالم. وحدث أكثر من 95% من هذه الوفيات في البلدان ذات الدخل المنخفض والدخل المتوسط بالإقليم. • يزيد معدل الوفيات الناجمة عن إصابة عارضة على مستوى الإقليم عن المعدل العالمي (45,5 مقابل 38.3 حالة وفاة لكل 100 ألف فرد دون سن العشرين). • يصدر المكتب الإقليمي مواد للحملات الإعلامية ويُعد إطار عمل لتنفيذ توصيات التقرير العالمي عن وقاية الأطفال من الإصابات. 	الإصابات	(م ت 128 ق 15)
<ul style="list-style-type: none"> • القيام بحملات إعلامية على أعلى المستويات السياسية لوضع صحة المراهقين ضمن الأولويات المدرجة على جدول الأعمال الصحي. • إقامة برامج معنية بصحة المراهقين داخل وزارات الصحة وتزويدها بالموارد البشرية والمالية المناسبة. • إعداد سياسات واستراتيجيات صحية وطنية بشأن صحة المراهقين تشمل أهدافاً ومؤشرات محددة. • استحداث مؤشرات مرتبطة بصحة المراهقين (مصنفة حسب العمر والجنس) في نظام معلومات الصحة القائم، وتصميم آليات لجمع المعطيات وإعداد التقارير. • ضمان الجمع المنتظم للمعطيات حول السلوكيات المتعلقة بصحة الشباب والمراهقين، بما في ذلك اعتماد المسوحات الإقليمية حول صحة المراهقين. 	<ul style="list-style-type: none"> • لم يُعترف بصحة المراهقين كإحدى الأولويات على جدول الأعمال الصحي لبلدان الإقليم. • أقامت تسعة بلدان برامج صحة المراهقين من فِرَق العمل ضمن هيكل منظمة الصحة، برغم عدم كفاية مواردها المالية والبشرية. • المعطيات المرتبطة بصحة المراهقين والمصنفة حسب العمر وتوزيع الجنس نادرة، ولا يمكن الاعتماد عليها اعتماداً كافياً بما يسمح بالتخطيط واتخاذ القرارات. • المعلومات الأساسية حول المحددات الرئيسية لصحة المراهقين غير كافية بما يسمح بإعداد البرامج المسندة بالبيانات وتنفيذها. • مضمومات البرامج الحالية التي تتعاطى مع صحة المراهقين والشباب تركز بشكل أساسي على الأمراض. • الكوادر الصحية الحالية التي تتعامل مع الشباب والبالغين غير مؤهلة 	الشباب والمخاطر الصحية	ج ص ع 28.64

الإجراءات المقررة اتخاذها	معطيات الوضع الأساسية	العنوان	رقم المقرر الإجرائي / القرار
<ul style="list-style-type: none">• استخدام الدليل الإقليمي حول تحليل وضع صحة المراهقين لإجراء تحليل وطني يتناول صحة المراهقين.• إعداد مضمومة شاملة تتعاطى مع عوامل التشجيع والوقاية لصحة المراهقين إضافة إلى العوامل العلاجية.• بناء قدرات الكوادر الصحية لتقديم خدمات مناسبة وذات جودة عالية للمراهقين والشباب من أجل تلبية احتياجاتهم.• وضع الآليات التي تضمن مشاركة المراهقين والشباب وتمكينهم باعتبارهم شركاء أساسيين في التنمية الصحية.	<p>تأهيلا مناسباً لتلبية احتياجاتهم.</p> <ul style="list-style-type: none">• لم يشارك الشباب في ما مضى في التنمية الصحية، وكان ينظر إليهم على أنهم مستخدمون للمنتجات وملتقون للخدمات.		