

حركة صحة الشعب

معلومات أساسية وتعليق على البنود قبل ج ص ع 77 أيار/مايو 2024

أعدت حركة صحة الشعوب هذا التحليل والتعليق على بنود مختارة ستعرض على جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو 2024 كجزء من منظمة رصد منظمة الصحة العالمية، وهي مبادرة للمجتمع المدني موجهة نحو إضفاء الطابع الديمقراطي على الحوكمة الصحية العالمية (المزيد عن منظمة رصد منظمة الصحة العالمية). يتم إعداد هذا التعليق من خلال فريق محلي للسياسات في PHM بالتشاور مع شبكة عالمية من الاستشاريين. والغرض من التعليق هو أن يقرأ بالاقتران مع وثائق الأمانة العامة؛ لا يكرر المواد التي تغطيها الوثائق الرسمية. هذه النسخة PDF من تحليل وتعليق PHM مأخوذة من [PHM's Tracker لـ WHA77](#) الذي يوفر روابط مباشرة إلى أوراق الأمانة بالإضافة إلى تعليقات بنود PHM. تم نشر هذه النسخة من تعليق PHM في 22 مايو 2024. سيتم نشر التحديثات على [Tracker](#). التعليق وردود الفعل هي موضع ترحيب. اكتب إلى editor@phmovement.org. للاطلاع على التنبيهات والتحديثات والتعليقات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، يرجى الاشتراك في تنبيه [Tracker](#) (اشترك هنا).

المحتويات

- 3 11.1 التغطية الصحية الشاملة.
- 11-2 متابعة الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى الثالث للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها 7
- 11-3 الوقاية من العدوى ومكافحتها 12
9. أجندة التحصين لعام 2030 17
10. استراتيجية القضاء على السل 19
- 11.6 خارطة طريق لأمراض المناطق المدارية المهملة، 2021-2030 22
- 11.7 التعجيل نحو تحقيق غايات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بصحة الأم ووفيات الأطفال 26
- 11.8 مقاومة مضادات الميكروبات 29
12. الاستراتيجية التقنية العالمية والأهداف المتعلقة بالمalaria 2016-2030 34
- 13.1 IOAC لـ WHE 37
- 13-2 تنفيذ اللوائح الصحية الدولية 38
- 13.3 الفريق العامل المعني بالتعديلات على اللوائح الصحية الدولية 41
- 13-4 هيئة التفاوض الحكومية الدولية صياغة اتفاقية أو اتفاق أو صك دولي آخر لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من الجوائح والتأهب لها والاستجابة لها والتفاوض بشأنها 42
- 14.1 عمل منظمة الصحة العالمية في حالات الطوارئ الصحية 47
- 14.2 تنفيذ القرار ج ص ع 75-11 (الحرب الروسية الأوكرانية) 52
- 14-3 المبادرة العالمية للصحة والسلام 54
- 14.4 شلل الأطفال: استئصاله، والتخطيط الانتقالي، وما بعد الإسهاد 57
- 18 استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري 59
- 15-1 المحددات الاجتماعية للصحة 62
- 15-2 تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال 68
- 15-3 الرفاه وتعزيز الصحة 73
- 15-4 تغير المناخ والتلوث والصحة 78

11.1 التغطية الصحية الشاملة

تحت المجهر

مقتطف محرر من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته 154 بالتقرير المتعلق بالتغطية الصحية الشاملة (الوثيقة م ت6/154). واعتمد المقرر [الإجرائي م ت6/154](#) بشأن وضع استراتيجية وخطة عمل عالميتين للرعاية المتكاملة في حالات الطوارئ والدرجة والتشغيلية، 2035-2026، وأوصى فيه جمعية الصحة بوضع مثل هذه الاستراتيجية لتتضمن فيها جمعية الصحة العالمية التاسعة والسبعون، من خلال المجلس التنفيذي في دورته 158.

ج4/77 (الفقرة 22) يدعو الجمعية إلى اعتماد المقرر الذي أوصى به المجلس التنفيذي في المقرر [الإجرائي م ت6/154](#).

ونظر المجلس أيضاً في نص مشروع قرار قدمته الدول الأعضاء بشأن المشاركة الاجتماعية من أجل التغطية الصحية الشاملة والصحة والرفاه (الوثيقة م ت154/مؤتمر/10). ووافق المجلس على أن تستمر المشاورات بشأن مشروع القرار خلال فترة ما بين الدورتين.

وفي المناقشات (انظر M5، الصفحة 2 وM6، الصفحة 2)، أقر أعضاء المجلس بإعلان الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن التغطية الصحية الشاملة والدور المركزي لإعادة توجيه النظم الصحية نحو نهج الرعاية الصحية الأولية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وأكدوا أن التغطية الصحية الشاملة والنظم الصحية القوية ينبغي أن يرتكز عليهما مشروع برنامج العمل العام الرابع عشر.

خلفية

انظر [روابط التعقب](#) إلى المناقشات السابقة حول التغطية الصحية الشاملة

تعليق PHM

تقرير الأمانة عن التغطية الصحية الشاملة (الوثيقة م ت6/154)

الوثيقة م ت154، التي عقدت في يناير 2024، أحاطت علماً بالتقرير المتعلق بالتغطية الصحية الشاملة (الوثيقة م ت6/154). انظر [تعليق PHM على الوثيقة EB154/6](#) (يناير/كانون الثاني 2024). نكرر التعليقات الرئيسية التالية على [الوثيقة م ت6/154](#):

إن المناقشة حول التغطية الصحية الشاملة في ج ص ع 76، وفي الإعلان السياسي بشأن التغطية الصحية الشاملة الذي اعتمد في المستوى الرفيع للجمعية العامة للأمم المتحدة، في تشرين الأول/أكتوبر 2023، وفي التقرير المقدم في الوثيقة م ت6/154، تشير جميعها إلى نفس المشاكل ومن الواضح أن الدول الأعضاء غير قادرة على فرض نقاش حول بعض القضايا الحاسمة. العالم ليس على المسار الصحيح لتحقيق التغطية الصحية الشاملة مع تدهور بعض المعايير، وخاصة فيما يتعلق بالحماية المالية. ويدعو التقرير إلى

1. زيادة في التمويل الصحي،
2. الاستخدام الفعال والمنصف لهذا التمويل،
3. تعزيز القوى العاملة في مجال الصحة والرعاية،
4. التوسع في الخدمات الصحية الأولية وتوجيه النظم الصحية نحو نهج الرعاية الصحية الأولية.

إن الفشل المستمر في تحقيق التغطية الصحية الشاملة ليس مجرد فشل في التنفيذ بل هو فشل في الاستراتيجية. والمطلوب هو تعزيز خدمات الرعاية الصحية الممولة من القطاع العام والمدارة من القطاع العام، حيث تقدم الخدمات كسلع عامة. ولا تجد هذه الاستراتيجية حيزاً كبيراً في خطاب التغطية الصحية الشاملة. بدلاً من ذلك، تم استخدام "التغطية الشاملة" لتعزيز التأمين الصحي الذي ترعاه الحكومة

مع الشراء الاستراتيجي لمجموعة مختارة من الخدمات الأساسية من مزيج من مقدمي الخدمات ، تكملها سوق لخطط التأمين الصحي الخاصة ومقدمي الخدمات الخاصة لخدمات تتجاوز الحزمة.

ويتعلق الدافع نحو التغطية الصحية الشاملة (بدلا من تعميم الإتاحة للجميع) أيضا بتقييد الحاجة إلى الإنفاق العام من خلال فرض قيود على الحزمة الأساسية، وهذا بدوره يعكس واقع التمويل العام المحدود للغاية للرعاية الصحية عموما. ثم يخصص جزء كبير من التمويل العام المحدود المتاح للبرامج الرأسية لمكافحة الأمراض، والتي ينطوي معظمها على شراء كميات كبيرة من الأدوية ووسائل التشخيص والفحاحات باهظة الثمن بشكل متزايد من شركات الأدوية الكبرى. وهذا يترك تمويلا أقل وأقل لتعزيز الرعاية الصحية الأولية الشاملة. وتتمثل العواقب الجانبية لهذه السياسات في أن الرعاية المحمية ماليا التي يمكن للفقراء الحصول عليها لا تزال محدودة وأن هناك نموا هائلا في القطاع الخاص غير المنظم. يقدم النظام ما تم تصميمه لتقدمه. ما نحتاجه هو تغيير الاستراتيجية ، وليس المزيد من نفس الشيء.

بعض التغييرات الاستراتيجية الرئيسية المطلوبة هي:

- 1 . **التراجع عن التخصصية:** التراجع عن الجهود الرامية إلى خصخصة التعليم الصحي الطبي والمهني، وإدخال برامج التأمين الصحي الممولة من القطاع العام وغيرها من أشكال التعاقد على الرعاية الخاصة التي تستخدم الأموال العامة لتعزيز الأرباح الخاصة والتدابير التي تحد من حزمة الخدمات العامة - وذلك لدفع احتياجات الرعاية الصحية الأخرى إلى القطاع الخاص.
- 2 . **تعزيز خدمات الصحة العامة وإضفاء الطابع الديمقراطي** عليها: زيادة الاستثمار في تعزيز الخدمات العامة لتوفير حزم شاملة من خدمات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية وزيادة مستوى المشاركة الاجتماعية والتحول الديمقراطي بحيث توفر رعاية مقبولة ذات نوعية جيدة وتستجيب لاحتياجات الناس.
- 3 . **تحذيرات بشأن التمويل الدولي:** التراجع عن منصة الاستثمار في الأثر الصحي والتوقف عن استخدام القروض من بنوك التنمية كوسيلة لتمويل الرعاية الصحية الأولية. وبدلا من ذلك، اتجه إلى مفاوضة الديون وشطبها، وتحسين معدلات التبادل التجاري التي يمكن أن تضمن قدرة البلدان على الاستثمار في الصحة. وتدفع معظم البلدان لخدمة الديون أكثر مما تدفعه على الرعاية الاجتماعية. على وجه الخصوص ضمان أن المؤسسات المالية العالمية والمعاهدات التجارية لا تلزم الحكومات بخصخصة الرعاية الصحية أو تشجع الباب المفتوح أمام الاستثمار الأجنبي الهادف للربح للرعاية الصحية الأولية أو منظمات الإدارة الصحية المتكاملة.
- 4 . **التحذيرات مع الشركات الاستشارية:** الحد والحذر من دور الوكالات الاستشارية الدولية ، التي هي مروجين نشطين لبعض استراتيجيات التخصصية هذه والتي لديها تضارب خطير غير معلن في المصالح عندما تقدم المشورة للحكومات بشأن السياسة الصحية. وفي حين أن الدول الأعضاء مسؤولة في المقام الأول عن التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة أو عدم تقدمها، يجب على المرء أيضا أن يقيس ويلعب على مساهمة المروجين لهذه الاستراتيجيات الفاشلة، حتى بعد أن يثبت فشلها.
- 5 . **زيادة فرص الحصول على التكنولوجيات الأساسية:** يجب على مشروع التغطية الصحية الشاملة أن يخرج عن صمته بشأن الحصول على الأدوية الأساسية بأسعار معقولة وأن يدعو إلى وضع سياسات وتقارير مرحلية تضمن هذا المكون الأساسي للتقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. واعتمد ج ص ع76 بعض القرارات البعيدة المدى فيما يتعلق بحصول الجميع على وسائل التشخيص، ولكن لا يوجد تقرير عن التقدم المحرز فيما يتعلق بذلك أيضا. إن زيادة القدرة على الوصول إلى كل من الأدوية ووسائل التشخيص تتطلب بالضرورة قدرة أكبر في التصنيع المحلي، ومراقبة الأسعار، والمشتريات العامة. على سبيل المثال، في معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، لن يكون الوصول الشامل إلى رعاية مرضى السكري ممكنا ما لم تصبح أنظمة الأنسولين البشري وتوصيل الأنسولين وتشخيص مرض السكري ميسورة التكلفة. ويتطلب ذلك أيضا نهجا مختلفا لابتكار المنتجات، نهج أقل اعتمادا على أنظمة البراءات التقييدية وأكثر اعتمادا على التمويل العام والتعاون بين الأوساط الأكاديمية والصناعة والحكومات في الجنوب العالمي.
- 6 . **قياس التقدم بشكل أفضل:** المقاييس الحالية للتغطية غير كافية ويمكن أن تكون مضللة. وهذا يجعل قياس التقدم المحرز نحو التغطية الصحية الشاملة غير موثوق به ويصعب مقارنته. ولا تتعلق مؤشرات التغطية إلا بمجموعة انتقائية جدا من الخدمات، وحتى هذه القراءات ليست من مصادر موثوقة وموضوعية. ويجب متابعة الاقتراح الداعي إلى إدراج قياس المصاعب المالية ونوعية الرعاية والرعاية الضائعة (الاحتياجات غير الملباة) كمؤشرات

هامة للتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة (الفقرة 35 في الوثيقة ج6/76). كما ندعو إلى قياس هذه المؤشرات والإبلاغ عنها بشكل مفصل حتى نتتمكن من قياس ومعالجة أوجه عدم المساواة في الرعاية الصحية بشكل أفضل. وكل هذا يتطلب جهداً موازياً على غرار المسوح الديمغرافية والصحية. هناك حاجة إلى ضمان قياس وإصدار بيانات ومؤشرات الوفيات في الوقت المناسب في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بناءً على أنظمة التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية في كل بلد والتي تم إصلاحها لتكون أكثر شفافية وموثوقية. وغالباً ما تستند التقديرات الحالية للوفيات وعبء المرض بالنسبة للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل فقط إلى النمذجة من بيانات قطرية نادرة جداً أو غائبة مع مؤسسة عالمية واحدة أو اثنتين فقط مخولين بإجراء هذه الحسابات. وهذا يحرم الدول الأعضاء من قياس التغطية الصحية الشاملة والتخطيط لها.

7. الحد من دور البرامج الرأسية المنفصلة: استمر تعزيز العديد من البرامج الصحية الرأسية السابقة مع إدخال صوامع عمودية وأخرى جديدة، وهذا يجزئ خدمات الصحة العامة. وينشأ جزء كبير من هذه المشكلة من المقرر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية نفسه حيث لا تتكامل المبادرات الخاصة بالأمراض، بما في ذلك المتعلقة بالأمراض غير السارية، بشكل جيد مع الرعاية الصحية الأولية والتغطية الصحية الشاملة وتعزز مبادرات الخدمات الصحية. يجب أن يتم التكامل على مستوى تخطيط الموارد البشرية وإدارتها، وتعزيز المرافق، وإدارة سلسلة التوريد، والتمويل، والرقمنة، والرصد والحوكمة والمشاركة المجتمعية. ويشكل هذا النقص في التكامل عائقاً آخر أمام تحقيق الرعاية الصحية الأولية والتغطية الصحية الشاملة. وحتى بين التغطية الصحية الشاملة كما ورد في البند 1-11 من جدول الأعمال ومبادرة تعزيز الرعاية الصحية الأولية الواردة في البند 28-3 (تحت عنوان تقرير عن تنفيذ إطار منظمة الصحة العالمية بشأن الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس على النحو المبين في القرار ج ص ع2-72)، يبدو أن هناك تنسيقاً ضئيلاً أو معدوماً. ويبدو أن البند 28-3 من جدول الأعمال المتعلق بالرعاية الصحية الأولية، تحت اسم البرنامج الدولي للسلامة الصحية الأولية، يسير في صومعة خاصة به.

الرعاية المتكاملة في حالات الطوارئ والحرجة والعمليات الجراحية من أجل التغطية الصحية الشاملة

في الوثيقة م ت154(6)، أوصى المجلس بأن يقرر ج ص ع77 وضع استراتيجية وخطة عمل عالميتين للرعاية المتكاملة في حالات الطوارئ والحرجة والتشغيلية، 2026-2035، لاعتمادها في عام 2026.

مشروع المقرر هذا موجه نحو تنفيذ ج ص ع2-76. وترحب الحركة بهذا التطور في إطار جدول أعمال التغطية الصحية الشاملة، ولكنها تحذر من ذلك:

1. وينبغي أن يكون جزءاً من تعزيز متكامل للنظم الصحية وليس جدول أعمال قائماً بذاته
2. القيد الكبير في تعزيز مثل هذه الرعاية في المستشفيات هو أن سياسات الموارد البشرية فيما يتعلق بالمختصين وخاصة بالنسبة للمختصين الذين يعملون في زيادة مجالات التكنولوجيا العالية المتخصصة ليست مناسبة للغرض. نحن بحاجة إلى سياسات تولد وتحفظ بالمهنيين المهرة المطلوبين في خدمات الصحة العامة وفي المناطق التي تعاني من نقص الخدمات. في العقود الماضية، جعلت الدرجة العالية من خصخصة جميع التعليم المهني والتكاليف الباهظة للحصول على شهادة مهنية من المستحيل الحصول على أو الاحتفاظ بنوع المهنيين الصحيين اللازمين لسد الفجوات. ولا يشمل المشروع الحالي هذه المشكلة في نطاقه.
3. ومن القيود الكبيرة الأخرى أن الكثير من هذه المهارات، على الرغم من توليدها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، تهاجر إلى البلدان المرتفعة الدخل ولا تحصل بلدان المصدر على أي تعويض في المقابل. تفاقمت هذه المشكلة بعد Covid 19. لم يتم وضع علامة على هذه المشكلة أيضاً في قرار WHA76.2.
4. القيد الرئيسي الثالث هو أن نسبة كبيرة من المختصين وتوفير مثل هذه الرعاية متاح في مستشفيات الشركات التي تعمل في بيئة غير منظمة وتحقق الآن أرباحاً فائقة. وكثير من هذه البلدان لا تنظر حتى في الخضوع لخطط التأمين الممولة من القطاع العام ما لم يتم توفير حزمة سداد أعلى بكثير. تضع هذه المستشفيات أيضاً معايير وتوقعات هذا القطاع. وهناك حاجة ملحة إلى معالجة تنظيم هذا القطاع الخاص، وينبغي إدراج ذلك في نطاق مشروع القرار.
5. نلاحظ أنه في حين تم التطرق إلى الاستجابة الوطنية للطوارئ وخدمات إسعاف نقل المرضى والرعاية قبل المستشفى، إلا أنه تم التقليل من شأنها. ويتعين القيام بالكثير من العمل في هذا المجال.
6. يتمثل أحد التحديات المحددة في التوتر بين نقص التمويل (والأهمية) للرعاية الصحية الأولية والحاجة إلى زيادة التمويل للرعاية الثانوية والثالثية. يجب تحقيق هذا الأخير دون المساس بالأول.

- 7 . وأخيراً، نحن بحاجة إلى تجاوز توسيع نطاق توافر هذه الخدمات إلى إتاحتها كجزء من الحق في الرعاية الصحية. في حين أن الوصول المادي هو جزء من المتطلبات ، إلا أنه ليس كل ذلك. ومن شأن اتباع نهج قائم على الحقوق أن يتصدى أيضاً للتحديات المتصلة بالإنصاف والقدرة على تحمل التكاليف والتمييز.
- 8 . ونأمل أن تكون مشاركة المجتمع المدني وتمثيله للقطاعات الأضعف والمهنيين الذين لديهم وعي قويين بما فيه الكفاية في هذه العملية لضمان معالجة هذه الشواغل على نحو كاف.

المشاركة الاجتماعية من أجل التغطية الصحية الشاملة والصحة والرفاه

ونظر المجلس أيضاً في مشروع مقرر (م ت154/مؤتمر/10) يوصي بأن تعتمد الجمعية قراراً بشأن المشاركة الاجتماعية من أجل التغطية الصحية الشاملة والصحة والرفاه. ولم يتوصل المجلس إلى توافق في الآراء بشأن مشروع القرار المقترح هذا، واتفق على المضي قدماً في إجراء مزيد من المناقشات فيما بين الدورات بغية التوصل إلى توافق في الآراء بشأن مشروع نهائي يعرض على ج ص ع77. ولم ينشر أي مشروع من هذا القبيل حتى الآن.

ولا يوجد سوى عدد قليل من الإشارات الواردة بين أقواس معقوفة في القرار المقترح. ويعكس أحد هذه السياسات (الفقرة 6 من المراجعة) مقاومة تطبيق منظور يراعي الفوارق بين الجنسين أو يراعي الفوارق بين الجنسين في وضع السياسات والخطط المتعلقة بالصحة. وفي فقرتين (الفقرة 6 من الفقرة 6 والفقرة 1(2) من المنطوقات) كان اختيار [الأشخاص/الأشخاص/أولئك] هو العقبة التي تحول دون التوصل إلى توافق في الآراء.

وتؤيد الحركة بقوة عرض القرار المقترح واتجاهه. من المحير أن بعض الدول الأعضاء لا تعتقد أن السياسات والبرامج المتعلقة بالصحة يجب أن تكون مستجيبة أو حساسة للاختلافات المتعلقة بالنوع الاجتماعي في احتياجات الناس.

11-2 متابعة الإعلان السياسي الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى الثالث للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها

- [تحت المجهر](#)
- [خلفية](#)
- [تعليق PHM](#)

- [التعليق على الوثيقة EB154/7](#)
- [التعليق على مشروع القرار المتعلق بزراعة الأعضاء](#)

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بالوقاية من الأمراض غير السارية وإدارتها، وتعزيز الصحة النفسية والرفاه، وعلاج حالات الصحة النفسية ورعايتها (الوثيقة م ت7/154). واعتمد المقرر [الإجرائي م ت7/154](#) بشأن زيادة توافر زراعة الخلايا والأنسجة والأعضاء البشرية والوصول إليها أخلاقيا والإشراف عليها، وأوصى فيه جمعية الصحة، ضمن جملة أمور، بوضع استراتيجية عالمية بشأن التبرع والزرع لكي تنظر فيها جمعية الصحة العالمية التاسعة والسبعون، من خلال المجلس التنفيذي في دورته 158. ج4/77 (الفقرة 22) يدعو الجمعية إلى اعتماد القرار الذي أوصى به المجلس في الوثيقة م ت7/154

ونظر المجلس أيضا في نص مشروع قرار قدمته الدول الأعضاء بشأن تعزيز الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي قبل النزاعات المسلحة والكوارث الطبيعية وحالات الطوارئ الصحية وغيرها من حالات الطوارئ وأثناءها وبعدها (الوثيقة م ت154/مؤتمر/11). ووافق المجلس على أن تستمر المشاورات بشأن مشروع القرار خلال فترة ما بين الدورتين. وفي المناقشات، سلط أعضاء المجلس الضوء على الحاجة إلى إدراج الأمراض غير السارية والصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية والتغطية الصحية الشاملة.

ورحب أعضاء المجلس بخطة العمل العالمية لصحة الفم للفترة 2023-2030 والإعداد المزمع لتقرير حالة عالمي عن السرطان لعام 2025 ودعوا إلى تحديث المعلومات بانتظام لدعم الدول الأعضاء في التحضير للاجتماع الرابع الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها.

خلفية

انظر [روابط التعقب](#) إلى المناقشات السابقة للأمراض غير السارية

سجل النقاش في [M6](#): EB154، [الصفحة 14](#) و [M7](#)، [الصفحة 2](#).

تعليق PHM

تعليق PHM على تقرير الأمانة الوثيقة م ت7/154

نظرة عامه

يقدم هذا التقرير وفقا للطلب الموجه إلى الأمانة في [ع 72 \(11\)](#) لتقديم تقرير سنوي عن التقدم المحرز في التصدي للأمراض غير السارية وكمتابعة لاجتماع الأمم المتحدة الرفيع المستوى المعني بالأمراض غير السارية. كما أنه يفي بالتزاماته بالإبلاغ عن خطة العمل العالمية بشأن صحة الفم والسرطان (الفقرات من 1 إلى 4).

ويتناول الفرع التالي (الفقرات 5-23) تحليلا للحالة فيما يتعلق بالأمراض غير السارية وجدول أعمال الصحة العقلية. وبعد بيان عام مفاده أن الأمراض غير السارية لا تزال تمثل مشكلة متنامية وأن البرنامج لا يسير على المسار الصحيح (الفقرات من 5 إلى 7)، يوضح التقرير الوضع في كل مجال من مجالات التدخلات الاستراتيجية الـ 15 لمنظمة الصحة العالمية مع فقرة لكل منها (الفقرات من 8 إلى 23). تلك المذكورة هي مرض السكري (8) والسرطان وعنق الرحم والثدي (9، 10، 11)، ومكافحة ارتفاع ضغط الدم (12)، والتقدم المحرز في مكافحة التبغ (13)، والكحول (14)، والنشاط البدني (15)، وزيادة الوزن والسمنة (16)، وتلوث الهواء (17)، وضعف البصر (18)، وأمراض الفم (19)، وفحص الأمراض غير السارية الأربعة (20)، والصحة العقلية (21)، والاضطرابات العصبية (22)، وأمراض ما بعد كوفيد (23). وفي كل من هذه الحالات، يشير التقرير إلى أن عبء المرض لا يزال كبيرا، وأن التقدم إما متأخر عن التوقعات أو أن عبء المرض يزداد سوءا.

ويرد في الفقرات من 24 إلى 26 موجز للاستراتيجية العالمية بشأن صحة الفم. يحتوي هذا على 100 نشاط ومجموعة من 11 مؤشرا أساسيا عبر 8 استراتيجيات. يعرض التقرير القراءات الأساسية لهذه المؤشرات اعتبارا من عام 2023 ويسلط الضوء على أنه على الرغم من أن 45% من السكان لديهم احتياجات لصحة الفم، إلا أن 31% فقط من البلدان لديها خطة عمل وأقل من ذلك (21%) نفذت المكونات الأساسية لها.

وفي الفقرات من 27 إلى 79، يعرض التقرير الأنشطة ذات الصلة التي تضطلع بها أمانة منظمة الصحة العالمية. تتعلق كل فقرة بحالة مرضية أو فئة مرض. هذا ملخص لاستعراض أكثر [شمولا](#) للعمل التقني الذي تضطلع به الأمانة بشأن الأمراض غير السارية. وتشمل أنواع الأنشطة المبلغ عنها استضافة المؤتمرات والمشاورات، واعتماد القرارات، وعرض التقارير، ووضع ونشر الاستراتيجيات وخطط العمل والأطر، واعتماد وثائق التوجيه التقني.

التحديات

وفي حين أن التقرير يوثق بأمانة القيود المفروضة على التقدم والتدابير المتخذة، فإنه لا يعالج بشكل كاف أسباب التقدم المحدود، حتى بعد مرور عقد من الزمان على قبول العالم للأمراض غير السارية كقضية رئيسية من قضايا الصحة العامة. نسرده أربعة تحديات رئيسية كان ينبغي أن يعالجها هذا التقرير:

تجزئة الرعاية وتحدي التكامل. ومن الواضح أن هذه التدخلات، على تنوع وتشعب شديد، إلى درجة أن تحدي التجزؤ الذي يكتنف الدول الأعضاء يشكل أيضا تحديا لأمانة منظمة الصحة العالمية. ويتجلى التحدي بشكل خاص في الانتقال من الرعاية الانتقائية إلى خدمات الرعاية الصحية الأكثر شمولا. على مدى عقدين من الزمن، غالبا ما كانت الرعاية الصحية الانتقائية تجرد المهنيين الصحيين من المهارات وتحد من تصور أولويات الرعاية الأولية وحتى ما يعنيه قول الرعاية الصحية الأولية.

تحدي تعزيز النظم الصحية. ومسألة تعزيز النظم الصحية حاسمة لتحقيق كل هدف من هذه الأهداف. نحن بحاجة إلى التفكير في كيفية تعزيز منظمة الصحة العالمية للدوائر السياسية التي تهتم بالشمولية والجودة والكفاءة وتخصيص الموارد والتقييم في مجال الرعاية الصحية. ويتلخص ذلك جزئياً في الموارد (القدرة المالية وجميع المسائل ذات الصلة) ولكن أيضاً في تنظيم تقديم الخدمات وسياسة الموارد البشرية. ويحتاج تعزيز النظام الصحي أيضاً إلى معالجة القيم أو الأخلاقيات التي تنظم الخدمات العامة على أساسها، وكجزء من ذلك، بناء مجموعة مختلفة من الحوافز، خالية من ضغوط السوق (بما في ذلك الضغط للتركيز فقط على الرعاية العرضية للمرضى)، التي يمكن لمديري وممارسي الرعاية الصحية العمل في إطارها.

الأبعاد المشتركة بين القطاعات والدولية. وتتسم الأبعاد المشتركة بين القطاعات والدولية لمكافحة الأمراض غير السارية بأهمية حاسمة، بما في ذلك تنظيم الأغذية فائقة التجهيز، والنظم الغذائية غير الصحية، والتبغ، والكحول، وتلوث الهواء والماء، والصحة المهنية. وقد قدمت منظمة الصحة العالمية قدراً كبيراً من المشورة في مجال السياسات في هذا الصدد، ولكن مهمة بناء دوائر وطنية لدفع العمل المحلي المشترك بين القطاعات ومعالجة المحددات الاجتماعية والتجارية والبيئية للصحة من خلال المشاركة في الشؤون الخارجية في مجالات التمويل والسياسة الصناعية والتحصن وإدارة الموارد الطبيعية وما إلى ذلك وأطر إدارتها لا تزال متخلفة. ويرتبط ذلك ارتباطاً وثيقاً ببند جدول الأعمال المتعلق بالاقتصاد والصحة للجميع وتعزيز الرفاه والصحة. كما يجب أن يتناول دور المحددات التجارية للصحة ودور نفوذ الشركات الذي يضع الأرباح على الصحة في تشكيل السياسة.

ويمكن للعاملين في مجال الرعاية الصحية أن يلعبوا دوراً رئيسياً في الدعوة إلى تعزيز النظم الصحية والعمل الفعال المشترك بين القطاعات/الدولي. إن الارتقاء الكبير بالقوى العاملة في العاملين الصحيين المجتمعيين المطلوبين يمكن أن يساعد في تعزيز هذه الدعوة.

تحدي عدم المساواة. ويكاد التقرير صامتاً بشأن مسألة عدم الإنصاف. ويؤثر عدم الإنصاف على أسباب الأمراض غير السارية وعواقبها والاستجابة لها. وقد أدى التركيز على أمراض معينة وعوامل خطر محددة إلى حجب بعد عدم المساواة. ويشمل ذلك عدم المساواة من حيث الحصول على الرعاية الصحية اللائقة التي تشمل الاهتمام بالأمراض غير السارية، ولكنها تشمل أيضاً عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية والتمييز وزيادة التعرض لجميع عوامل الخطر المحددة الموصوفة. نحن نعلم أن الفئات الأكثر فقراً وتهميشاً أكثر عرضة للأمراض غير السارية من غيرها. يشير تطبيق عدسة عدم المساواة أيضاً إلى دور البيئات الاجتماعية والثقافية التي تتوسط في تأثير عدم المساواة والتمييز على مواقف المجتمع التي قد تقلل من استخدام الرعاية الصحية والسلوكيات المعززة للصحة. ضع في اعتبارك دور الوجبات السريعة للأشخاص الذين يحتاجون إلى الراحة أو دور الكحول في نسيان الحقائق الاجتماعية.

الإجراءات المطلوبة

تحقيق التكامل في العمل المشترك بين القطاعات

ويتعلق أحد المجالات التي يلزم فيها اتخاذ إجراءات متكاملة بالمحددات المشتركة بين القطاعات حيث يلزم إجراء تغييرات في السياسات والاستراتيجيات فضلاً عن التنظيم من مختلف القطاعات. وتقع المسؤولية الرئيسية عن معالجة العديد من هذه المحددات على عاتق الوزارات المختلفة ومستويات الحكومة المختلفة. ويتعين على الدول الأعضاء أن تنتظر في إجراءات السياسات المشتركة بين القطاعات اللازمة للصحة، والتي تشمل الأمراض وعوامل الخطر. وقد أطلق على هذا نهج الصحة في الجميع. وللصكوك القانونية مثل قوانين الصحة الوقائية أو قوانين العمل والبيئة دور كبير تلعبه.

ومع ذلك، تحتاج وزارات الصحة إلى القدرة المؤسسية على التخطيط والدعوة وقياس الأثر الصحية عبر جميع هذه المحددات المتنوعة، وينبغي أن تكون مسؤولة عن ذلك. تحتاج البلدان إلى إطار مؤسسي قادر تجهيزاً جيداً تحت إشراف وزارة الصحة للرصد المستمر والتدخل بشأن العواقب الصحية لسياسات التنمية عبر القطاعات. ويشكل بناء القدرات والمساءلة عن هذا الدور لوزارات الصحة أحد التحديات الرئيسية التي يجب على المنظمة التصدي لها.

تحقيق التكامل على مستوى المجتمعات المحلية

والاندماج مدفوع أيضاً على مستوى المجتمعات المحلية. هذا هو المستوى الذي يكون فيه المنطق البيروقراطي لـ "القطاعات" المؤسسية أقل منطقية. الدعوة المجتمعية هي محرك حاسم لتشجيع التعاون بين القطاعات. وغالباً ما يكون مقدمو الرعاية الصحية الأولية هم الذين يرون الحاجة إلى العمل المشترك بين القطاعات بشكل أوضح ولكنهم غالباً ما يعملون في بيئات حافزة تثبط الدعوة اللازمة.

وهناك حاجة إلى قوانين للصحة العامة والضمان الاجتماعي تمكن الحكومات المحلية من ضمان ظروف العمل والمعيشة الملائمة للسكان وبناء الدعم الاجتماعي اللازم والضمان الاجتماعي والإجراءات الإيجابية اللازمة للوصول إلى القطاعات الأكثر فقرا وتهميشا. وترتبط التدخلات على هذا المستوى إلى حد كبير بالتغذية، والمياه والصرف الصحي، والتلوث، والحصول على الخدمات الصحية وجميع الخدمات المتعلقة بالصحة، والأحياء الصحية، والإسكان، وما إلى ذلك. وتحتاج الحكومة المحلية إلى التمويل اللازم والقرارات اللازمة لتنفيذ هذه التدخلات. في المجتمعات التي تهيمن عليها النخب المحلية، قد تحتاج الدولة إلى التدخل لضمان الإنصاف.

تحقيق التكامل من خلال تعزيز النظم الصحية

ومن الضروري تعزيز النظم الصحية و (إعادة) تنظيمها لضمان تقديم الخدمات المطلوبة بطريقة متكاملة، بما في ذلك التثقيف الصحي الضروري وخدمات الرعاية الصحية الوقائية والتعزيزية واستمرارية الرعاية عبر المستويات. ليس من الممكن ولا من المرغوب فيه معالجة هذه المجموعة الكبيرة من الحالات الصحية من خلال برنامج رأسي لكل منها. لا يصلح نهج 5 * 5 ونموذج أفضل عمليات الشراء للتكامل. إنهم يوسعون الحزم الحالية الانتقائية للغاية مع عدد قليل من التدخلات الإضافية لكنهم يستمرون في العقلية الانتقائية والعمودية. قد تكون أفضل عمليات الشراء القائمة على فعالية تكلفة التدخلات الفردية مضللة. وستختلف النتائج عندما يتم تقييمها كعناصر للرعاية الصحية المتكاملة الشاملة التي تستفيد استفادة كاملة من الموارد البشرية والمرافق الصحية المنتشرة.

يعد الحد من التجزئة عبر الخدمات الخاصة بالأمراض هدفا مهما. وستشمل الجهود الرامية إلى تحقيق التكامل في تقديم الخدمات الصحية اتخاذ تدابير من أجل

- 1 . تعزيز البحوث في نماذج النظم الصحية وتبادل أفضل الممارسات من حيث مدى إمكانية معالجة الأمراض غير السارية بطريقة متكاملة. بعض الأسئلة هي: ماذا سيكون تكوين ومهارات فرق الرعاية الأولية؟ كيف ستدعم الخدمات اللوجستية للمواد الاستهلاكية والتشخيصات فرق الرعاية الأولية وما هي الابتكارات في التكنولوجيا التي ستساعد؟ كيف ستتم معالجة الإحالات إلى مجموعة أكبر من المتخصصين المتنوعين واستمرارية الرعاية؟ كيف يتم تنظيم المراقبة والإشراف بشكل متكامل ، دون هياكل إشرافية منفصلة ومنصات إلكترونية منفصلة لكل من هذه الحالات الصحية وعوامل الخطر بحيث لا يكون لدينا نظام منفصل لكل حالة مرضية؟ ويتعين إدراج الوقاية والرعاية فيما يتعلق بالمجموعة الموسعة من الحالات المرضية التي تعالج في العمليات الجارية، بما في ذلك على مستويات الموارد، واللوجستيات، وملامح القوة العاملة، وهياكل الحوافز؛
- 2 . تشجيع وزارات وإدارات الصحة على تعزيز مشاركة المجتمع المحلي في التخطيط الصحي ومساءلة النظام الصحي وتعزيز الصحة
- 3 . توسيع نطاق الغطاء المالي للرعاية الصحية من خلال آليات تمويل عامة أكثر استجابة يمكن أن تدعم التوسع في تنوع وكمية الخدمات المقدمة.
- 4 . التركيز على عدم المساواة والتمييز باعتبارهما محركين لسوء الصحة والحواجر التي تحول دون اتخاذ إجراءات بشأن الصحة، والتخطيط للعمل الإيجابي للوصول إلى المجتمعات الفقيرة والمهمشة لتلبية جميع الاحتياجات الصحية. تحديد وإصلاح الحوافز التي تعطي الأولوية حاليا للقطاعات الأكثر ثراء وثراء ولكنها تستبعد القطاعات الأكثر فقرا وتهميشا لتقديم الرعاية المرضية ؛
- 5 . قدرة قوية على تنفيذ السياسات بما في ذلك الأدوات التنظيمية والمالية؛ التحرك نحو تمويل دافع واحد ؛
- 6 . الاستثمار في الموارد البشرية الصحية، وخاصة في العاملين الصحيين المجتمعيين والقابلات.

مشروع القرار [\(م ت 154/7\)](#) بشأن "زيادة توافر زراعة الخلايا والأنسجة والأعضاء البشرية والوصول إليها أخلاقيا والإشراف عليها"

وترحب الحركة بمشروع القرار (المحال في الوثيقة م ت 154/7) وتحت الجمعية على اعتماده. وقد شاركت منظمة الصحة العالمية لبعض الوقت في جمع البيانات العالمية فضلا عن توفير الإرشادات للبلدان في هذا المجال من خلال المبادئ التوجيهية الدورية. ومع ذلك، نلاحظ أن هناك فجوة كبيرة بين المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية والواقع على الأرض.

شهد مجال زراعة الخلايا والأنسجة والأعضاء تقدما كبيرا في كل من العلوم وكذلك في التطبيقات السريرية في السنوات القليلة الماضية. يجب أن يكون نهج الصحة العامة الرئيسي لإدارة الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى فشل الأعضاء ذا نوعية جيدة وتغطية للوقاية الأولية والثانوية. ومع ذلك ، نظرا لحجم وباء الأمراض غير السارية ، والفعالية المتزايدة لعمليات الزرع مقارنة بعلاجات الصيانة المكلفة

الأخرى ، أصبحت عملية الزرع الآن جزءا مهما من علاج فشل الأعضاء في المرحلة النهائية. ويتسم هذا المجال بكثافة كثيفة الموارد والتكلفة على حد سواء، ويقتصر النشاط في الميدان حاليا إلى حد كبير على البلدان المرتفعة الدخل. نظرا للمخاطر التي يتعرض لها "المتبرع الحي" ، يجب الترويج للأعضاء من "التبرع المتوفى" كمصدر رئيسي للأعضاء. وقد حدث هذا في بعض البلدان المرتفعة الدخل.

هناك حاجة ملحة لبلدان الجنوب العالمي لديها تشريعات تمكينية بالإضافة إلى مرافق لسكانها للاستفادة من هذه التطورات. تحدث جميع مشاكل عدم المساواة في الوصول في أشد أشكالها عندما نفكر في الوصول إلى الزرع. ويزداد هذا الوضع تفاقما في بعض البلدان بسبب زيادة مشاركة القطاع الخاص، التي تحفزها هوامش ربح أعلى بكثير. وفي بعض البلدان، شغل القطاع الخاص حيزا تركه النظام الصحي الحكومي شاغرا. ونظرا لارتفاع حوافز الربح في القطاع الخاص، فقد أدى ذلك إلى أنشطة غير أخلاقية وحتى إجرامية. ولم تعالج هذه الظاهرة معالجة كافية في الوثيقة.

ونلاحظ مع القلق أنه على الرغم من التشريعات في عدة بلدان، لا يزال هذا الميدان يعاني من انتشار الأنشطة غير الأخلاقية والإجرامية، بما في ذلك الاتجار بالأعضاء. وبالنظر إلى الفجوة في العرض والطلب في توافر الأعضاء وضعف قطاعات معينة من المجتمع، فإن الإكراه والإغراء المالي للمتبرعين الأحياء أمر معروف جيدا. أيضا بما أن الزرع متاح فقط في عدد قليل من البلدان ، فهناك سفر واسع النطاق لأسباب طبية عبر الحدود. وهذا يشمل كلا من السفر المشروع وكذلك السفر لغرض التبرع بالأعضاء المدفوعة (سياحة الزرع). في بعض أنحاء العالم ، تشكل سياحة زراعة الأعضاء جزءا مهما من صناعة السياحة الطبية. لا تشير الوثيقة بوضوح إلى مخاطر الترويج للسفر من أجل الزرع كجزء من السياحة الطبية التي يمكن أن تكون غطاء للزرع غير القانوني.

ولئن كان مشروع القرار يغطي قدرا لا بأس به من الأساس، فإننا نحث على أن يتخذ موقفا أوضح وأن يقدم توصيات بشأن المسائل التالية:

1. مسؤولية الحكومات عن ضمان تطوير زراعة الأعضاء والأنسجة كجزء لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية وتثبيط انتقالها إلى القطاع الخاص. وهذا ينطوي على تخصيص ميزانيات محددة وكذلك بناء القدرات في القطاع الحكومي.
2. مسؤولية الحكومات عن حماية الفئات الضعيفة داخل البلاد من الإكراه أو التحفيز على التبرع بالأعضاء لمن هم أعلى في التسلسل الهرمي الاجتماعي. بالإضافة إلى نقاط الضعف التاريخية للجنس والطبقة والطائفة والعرق والأقليات والمضطهدين سياسيا ، هناك أدلة حديثة على إغراء المهاجرين للتبرع.
3. بينما يجب على الحكومات تشجيع كل من التبرع المتوفى والحي ، فإنها تحتاج أيضا إلى ضمان تخصيص الأعضاء المتبرع بها خاصة من المتبرعين المتوفين وفقا لمعايير شفافة بدلا من قدرة المتلقي على دفع تكاليف عملية الزرع. وبعبارة أخرى التعامل مع العضو المتبرع به كمففعة عامة يتم توزيعها على مبدأ الإنصاف والعدالة.
4. مسؤولية الحكومات عن الالتزام بمستويات عالية من الأخلاق والشفافية في كل من سياستها المحلية لزرع الأعضاء وكذلك في حركة المرضى والأعضاء عبر الحدود
- 5- ولاية توفير بيانات كاملة وموثوقة لقواعد البيانات العالمية. ويشمل ذلك بيانات عن السفر للزرع خارج وإلى البلاد لأن هذا أمر بالغ الأهمية للحد من حركة الأفراد من أجل الزرع غير الأخلاقي.
6. مسؤولية أذرع الأمم المتحدة مثل مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة والإنتربول عن تقديم المساعدة للمنظمين المحليين ومنفذي القانون للقضاء على الاتجار بالأعضاء وخاصة تلك التي تنطوي على التنقل عبر الحدود.

وأخيرا، نلاحظ أنه على الرغم من أن زراعة الأعضاء الحديثة قد وفرت فرصة للحياة وكذلك نوعية حياة لأولئك الذين يعانون من فشل الأعضاء في المرحلة النهائية نظرا لضخامة التحدي الذي يجب على المجتمع العالمي أن يواجهه السعي من أجل الوقاية. حتى مع ارتفاع أعداد الزرع ، يجب أن يكون هناك مقياس واضح لمعدلات متطلبات الزرع لكل مجموعة سكانية ولكل مجموعة من الأمراض المزمنة تتخفف.

نحن قلقون أيضا من أن التوافر المتزايد للمتبرعين المتوفين لا ينبغي أن يكون بسبب التدابير الوقائية الفاشلة ، والتي ربما يكون أهمها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل هو السلامة على الطرق ، وخاصة المشاة وراكبي الدراجات النارية المتورطين في حوادث المرور على الطرق بسبب تدابير السلامة على الطرق السيئة للغاية.

11-3 الوقاية من العدوى ومكافحتها

- [تحت المجهر](#)
- [خلفية](#)
- [تعليق PHM](#)
- [خطة العمل العالمية](#)
- [مشروع قرار](#)

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بمشروع خطة العمل العالمية للوقاية من العدوى ومكافحتها (الوثيقة م ت8/154). واعتمد المقرر [الإجرائي م ت8/154](#) الذي أوصى فيه جمعية الصحة باعتماد خطة العمل العالمية وإطار الرصد بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها، 2020-2030.

ج4/77 (الفقرة 22) يدعو الجمعية إلى اعتماد القرار الذي أوصت به اللجنة في الوثيقة م ت8/154

خلفية:

[روابط التعقب](#) إلى مناقشات GB العالمية السابقة حول التصنيف الدولي للبراءات

[الاستراتيجية العالمية للوقاية من العدوى ومكافحتها](#) وملخص تنفيذي (الوثيقة م ت8/152).

تعليق PHM

اكتسب هذا البند من جدول الأعمال إلحاحا كبيرا بعد جائحة Covid 19 حيث كانت المستشفيات مصدرا رئيسيا للانتشار وبسبب هذا الخطر ، تعطلت الخدمات الروتينية. كما أنه محور الاهتمام لأن هذا يرتبط ارتباطا وثيقا بجدول أعمال مقاومة مضادات الميكروبات، الذي برز كأزمة صحية عالمية كبرى، وهناك قمة رفيعة المستوى للأمم المتحدة ستعقد في سبتمبر من هذا العام.

خطة العمل العالمية

وتحدد خطة العمل المقترحة، المقدمة في [الوثيقة م ت8/154](#)، الإجراءات والمؤشرات والأهداف لكل اتجاه من الاتجاهات الاستراتيجية الثمانية في الاستراتيجية العالمية.

وتفترض خطة العمل المقترحة أيضا تنفيذ أحكام [خطة المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، وخطة العمل العالمية لسلامة المرضى](#) ، وخطة [العمل العالمية بشأن مقاومة مضادات الميكروبات](#) . وتقدم [المرفقات التكميلية من 1 إلى 4 المرفقة](#) بهذا التقرير مزيدا من التفاصيل، بما في ذلك نظرية التغيير. وتشكل المرفقات موارد أساسية للدول الأعضاء لصياغة وتنفيذ خطط عملها الخاصة بها (انظر الفقرات من 1 إلى 11 من التقرير).

التقدير

وخطة العمل المقترحة جديرة بالترحيب. والمسألة حاسمة وأحكام الخطة عملية ومفيدة جدا بوجه عام. ومع ذلك، فإننا ننتقد التفكير الرأسي الذي يميز الكثير من خطة العمل والفشل في الاعتراف الكامل بالنطاق الأوسع للموارد والقدرات العامة اللازمة للوقاية من العدوى ومكافحتها.

النطاق: يجب أن تشمل المجتمع وكذلك المرفق

وحيث يركز الوثيقة EB154/8 على الوقاية من العدوى ومكافحتها في المرفق، فإن البند 13 بشأن مقاومة مضادات الميكروبات، والذي يتضمن الوقاية من العدوى ومكافحتها كأولوية استراتيجية رئيسية، يتناول الوقاية من العدوى في المجتمع وكذلك في المرفق. وهناك حجة قوية للقيام بذلك لأنه من الصعب وغير الكافي تحقيق المياه المأمونة والصرف الصحي والنظافة الصحية والتخلص من النفايات في المرفق فقط، دون النظر إلى البيئة الحضرية التي يقع فيها. ومع ذلك، فإن معالجة مكافحة العدوى في المجتمع تتطلب تشريعات للصحة العامة يمكنها إنفاذ حقوق المواطنين فيما يتعلق بالمياه المأمونة والصرف الصحي وتدابير النظافة في المجتمع. ولدى العديد من البلدان مثل هذه القوانين، حيث تكون مؤسسات الحكم المحلي هي المسؤولة عنها، ولكن الحكومات المحلية لا تزود عموماً بالقرارات والسلطات المالية اللازمة للقيام بهذا الدور. ووفقاً للعقلية الاستعمارية، التي نشأت فيها تشريعات الصحة العامة بشكل شائع، فإن العديد من قوانين الصحة العامة تنقل المساءلة إلى المواطنين الأفراد وتستهدف عملياً المجتمعات المهمشة، وخاصة المهاجرين، كمصادر للعدوى. وبما أن هذه المجتمعات هي الضحية الرئيسية لسوء النظافة، فإن إلقاء اللوم على الضحية لا يؤدي إلا إلى زيادة الطين بلة وتفاقم المشكلة. ومع ذلك، إذا تم تفسير هذه الاستراتيجية على أنها تتعلق فقط بالمرفق، فإنها ستعذر التقرير على تخطي المخاوف الأكبر.

وتدعو إدارة الصحة العالمية جمعياً الصحة العالمية إلى أن تطلب من الأمانة إعادة صياغة خطة العمل هذه لتشمل التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي في المجتمع وكذلك في المرفق.

التفكير العمودي

ويدعو التوجه الاستراتيجي الأول ("الالتزام السياسي والسياسات") إلى وضع خطة عمل وطنية للوقاية من العدوى ومكافحتها مدمجة في الخطط الصحية الوطنية. غير أن التوجه الاستراتيجي يدعو أيضاً إلى تخصيص ميزانية للتصنيف المتكامل للأمن الغذائي وإلى إعداد حالة استثمار مالي وطني للتصنيف المتكامل للأمن الغذائي.

ولم يتم تقديم الحجة الداعية إلى تخصيص مخصصات في الميزانية للتصنيف المتكامل للأمن الغذائي على المستوى الوطني ومستوى المرافق.

وتوجد في معظم البلدان آليات مؤسسية قائمة أنشئت لتشمل الوقاية من العدوى ومكافحتها إلى جانب الأغراض الأخرى ذات الصلة. وينبغي أن تعتمد الحاجة إلى إنشاء هيكل مؤسسية جديدة للتصنيف الدولي للبراءات على السياق. يجب دمج جزء كبير من الإطار التنظيمي للوقاية من العدوى ومكافحتها في قوانين الصحة العامة وأنظمة الإدارة السيريرية على مستوى المرافق (التي تتجاوز الوقاية من العدوى كما تفسر تفسيراً ضيقاً ولكنها ضرورية للوقاية من العدوى ومكافحتها). ويجب أن تكون متطلبات الوقاية من العدوى ومكافحتها مجموعة فرعية من معايير الصحة العامة الوطنية ولا ينبغي تقديمها كأحكام قائمة بذاتها.

وترتبط العدوى والوقاية منها ومكافحتها على مستوى المرفق ارتباطاً وثيقاً بالوقاية من مقاومة مضادات الميكروبات ومكافحتها، كما أن العديد من الاستراتيجيات والأنشطة المطلوبة مطلوبة بنفس القدر لمعالجة كليهما.

إن الحاجة إلى وجود "حالة استثمارية منفصلة ل IPC" مختلفة ومتميزة عن القضايا الأوسع لمعايير الصحة العامة ترسل إشارة إلى أنه ينبغي للمانحين الاستثمار في الوقاية من العدوى ومكافحتها على أنها تختلف عن الاستثمار في رفع معايير الصحة العامة وتعزيز المرافق الصحية.

والمؤشرات المحددة فيما يتعلق بالتصنيف الدولي للبراءات ضرورية للتصنيف الدولي للبراءات، ولكنها ستكون أيضاً أكثر فائدة وقابلية للتنفيذ كعناصر ضمن نظام أوسع للمراقبة والرصد.

التوجه الاستراتيجي 3 هو كل شيء عن التكامل وهو موضع ترحيب. وتشمل البرامج التي يسعى إلى تحقيق التكامل معها "تلك المتعلقة بمقاومة مضادات الميكروبات؛ وتلك المتعلقة بمقاومة مضادات الميكروبات؛ وتلك المتعلقة بمقاومة مضادات الميكروبات. الصحة المهنية؛ سلامة المرضى؛ طوارئ الصحة العامة؛ جودة الرعاية نفايات المياه والصرف الصحي والنظافة والرعاية الصحية؛ وأمراض معدية محددة (مثل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل)". هذا قول جيد ولكن المشكلة التي ستواجهها معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل هي أنه باستثناء الأخير، بشأن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل، ليس لديهم حالياً برنامج ثابت على نطاق واسع لأي من الآخرين.

ويتعلق التوجه الاستراتيجي 4 ببناء القدرات ويسلط الضوء بشكل صحيح على نطاق التدخلات المطلوبة لبناء القدرات. يبقى القيد الرئيسي هو اتجاهه الرأسي. على سبيل المثال ، فإنه يدعو إلى أخصائي IPC بدوام كامل في كل مستشفى في حين أن العديد من المستشفيات ليس لديها شخص بدوام كامل مؤهل في إدارة المستشفى أو أخصائي ميكروبيولوجي بدوام كامل. وسيكون من الأفضل الإصرار على الأخيرين، إلى جانب النص على أن جميع برامج إدارة المستشفيات تتضمن تعليماً كافياً حول الوقاية من العدوى ومكافحتها وأن يطلب من أخصائيي الأحياء الدقيقة العاملين في المستشفيات أن يكونوا مدربين ومعتمدين في الوقاية من العدوى ومكافحتها إما على أنهم مدمجون في برنامج ما بعد التخرج أو بشكل منفصل.

بيانات للعمل

وفي التوجه الاستراتيجي 5، توجه الخطة دعوة مرحب بها للحصول على بيانات للعمل. ومع ذلك، ينبغي أن تقر الخطة بأن هذا سيحتاج إلى وجود أنظمة لمراقبة الأمراض، وأنظمة رصد الوقاية من العدوى ومكافحتها، ونظم معلومات المستشفيات الكافية، وكلها ضرورية للحصول على بيانات فعالة وميسورة التكلفة ومستدامة للعمل من أجل الوقاية من العدوى ومكافحتها.

وإذ يقر بالنطاق الأوسع للموارد والقدرات العامة اللازمة للتصنيف الدولي للبراءات

ويكرر التوجه الاستراتيجي الثاني (برامج التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي) الدعوة إلى وضع برامج وخطط لمختلف المستويات ولكنه لا يعترف بالنطاق الأوسع للقدرات التي ستستدعيها. ويتضمن هدفاً يقيس "نسبة المرافق ذات التدخلات المنفذة القائمة على استراتيجيات متعددة الوسائط للحد من حالات العدوى المكتسبة في مجال الرعاية الصحية المحددة (HAI) وفقاً للأولويات المحلية". قول هذا أسهل بكثير من فعله. بدون مستوى جيد من المختبرات الميكروبيولوجية والقدرات المتخصصة وأنظمة المعلومات القائمة على المستشفيات / مرافق الرعاية الصحية ، فإن هذا مجرد تفكير بالتمني.

وتحتاج خطة العمل العالمية إلى الاعتراف بهذه المتطلبات كشروط مسبقة. ولا يمكن استيفاء هذه الشروط إذا كان الفهم العام لخارطة الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة من خلال شراء حزم أساسية محددة بالحد الأدنى من الفعالية من حيث التكلفة.

يدعو التوجيه الاستراتيجي 3 إلى مؤشر ، "نسبة التهابات مجرى الدم بسبب المكورات العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين ، *Klebsiella spp* ، *Acinetobacter spp*. و *Pseudomonas spp*. مقاومة للكاربابينيمات". ومع ذلك، فإن هذا يتطلب مختبراً وقدرة متخصصة في علم الأحياء الدقيقة ونظام معلومات للمستشفيات يمكنه الحصول على معلومات عن أنماط المقاومة ومعالجتها وتوفيرها، في كل مرفق، عام وخاص.

باختصار

ولا يمكن معالجة التصنيف المرحلي المتكامل للبراءات ولا مقاومة مضادات الميكروبات بمعزل عن الحاجة إلى:

- 1 . نظم معلومات الرعاية الصحية التي تعمل بشكل جيد والقادرة على توثيق وتحليل أنماط واتجاهات العدوى ومقاومة مضادات الميكروبات؛
- 2 . برامج ترصد الأمراض التي تعمل بشكل جيد والتي تشمل التعرف على أنماط العدوى ومقاومة المضادات الحيوية الكافية لتوجيه مقدمي الخدمات؛
- 3 . نظم ضمان الجودة التي تشمل جميع متطلبات الوقاية من العدوى ومكافحتها ومقاومة مضادات الميكروبات، بما في ذلك معايير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية واعتماد واستخدام بروتوكولات العلاج القياسية؛
- 4 . القدرة الميكروبيولوجية الكافية لتحديد العدوى ومصدرها وأنماط مقاومتها ؛ جزء من ضمان الوصول إلى ضمان جودة الرعاية الأولية والثانوية والثالثية على نحو متميز عن شراء حزم الحد الأدنى من الرعاية من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص ؛
- 5 . (أ) الحاجة إلى عدد كاف من موظفي الدعم لضمان معايير المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية والتخلص من النفايات) وللعديد من الوظائف المرتبطة بالتصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي مع شروط التوظيف المناسبة التي من شأنها ضمان الأداء؛

- 6 . الشراء الكافي للمواد الاستهلاكية المطلوبة، بما في ذلك معدات الوقاية الشخصية لضمان النظافة الجيدة والجوانب الأخرى للشراكة بين القطاعين العام والخاص؛
- 7 . التنظيم الملائم للمؤسسات السريرية الخاصة لضمان جميع المعايير المذكورة أعلاه في القطاع الخاص أيضا؛ يمكن للحكومات تحقيق ما سبق من خلال الإجراءات الإدارية ولكن بالنسبة للقطاع الخاص ، فإن الأحكام القانونية ضرورية. ويجب أيضا أن تكون هذه العناصر جزءا لا يتجزأ من جميع عمليات شراء الرعاية من القطاع الخاص؛
- 8 . إنشاء قدرة مؤسسية لمعايير الصحة العامة الوطنية وضمان الجودة وتحسينها، بما في ذلك الأحكام التي تضمن جميع الإجراءات المذكورة أعلاه كما هو مطلوب للوقاية من العدوى ومكافحتها ولكنها تشمل أيضا سلامة المرضى، ومقاومة مضادات الميكروبات، والرعاية السريرية الفعالة، وتخطيط الصحة العامة القائم على الأدلة، ورضا مقدمي الخدمات، ورضا المرضى.

ستتطلب هذه الحزمة بالتأكيد المزيد من الأموال ، لكن الأموال ستؤدي إلى نتائج أفضل. يجب أن تنظر الدول الأعضاء إلى تحقيق الوقاية من العدوى ومكافحتها كمجموعة فرعية لتحقيق رعاية صحية شاملة وشاملة عالية الجودة بدلا من تمييزها عنها.

تحذيرات وتوصيات PHM في القرار [ت154\(8\)](#)

وترحب المنظمة بمبادرة منظمة الصحة العالمية في هذا المجال وتقديرها. بيد أنه يبدي الملاحظات والتحذيرات التالية بشأن مشروع القرار بصيغته الحالية:

- (أ) لا توجد صلة بين IPC في المجتمع وفي المرفق ، على الرغم من أنه في العالم الحقيقي لا يمكن فصل ذلك. حتى القرار بشأن IMR يعالج هذا معا. تحتاج معالجتها في المجتمع إلى معايير الصحة العامة القابلة للتنفيذ قانونا. كما يتطلب مشاركة المجتمع. ونلاحظ أيضا أن هذه الاستراتيجية بصيغتها الحالية كان من الأفضل تسميتها "الوقاية من العدوى ومكافحتها في المستشفى العام" وهي ليست سوى مجموعة فرعية من "الوقاية من العدوى ومكافحتها في جميع المستشفيات" والتي هي ليست سوى مجموعة فرعية من الوقاية من العدوى ومكافحتها على نطاق واسع في جميع السكان.
- (ب) الاستراتيجية بأكملها ، حتى لو اقتصر على مرافق الصحة العامة ، هي نهج صومعة عمودية أكثر من اللازم ، مع القليل جدا من التكامل على الرغم من وجود واحدة من 8 استراتيجيات تسمى التكامل. ويدعو إلى لجان مخصصة للتصنيف الدولي للبراءات، والقوى العاملة، وتدقيقات البيانات، والمهنيين، وخطط الاستثمار، والتمويل، وما إلى ذلك. يتم تقديم كل مكون فرعي بما في ذلك شيء مثل نظافة اليدين كعمودي وطني وهناك العديد من هذه المكونات الفرعية. ومن غير المرجح أن يحدث ذلك أو يستمر. يجب دمج كل من هذه في مكونات النظام المقابلة. توضيحيا:
- (أ) الموارد البشرية ل IPC هي جزء من تخطيط الموارد البشرية للمنشأة
- (ب) تعد البيانات الخاصة ب HAI / WASH / IPC جزءا من أنظمة معلومات المستشفيات ويجب أن يغذي ذلك أنظمة مراقبة البيانات
- (ج) تعد مراقبة HAI ومقاومة مضادات الميكروبات جزءا من القدرات الميكروبيولوجية / المخبرية في المرفق
- (د) وينبغي أن يكون التدريب وإصدار الشهادات ومراجعة الحسابات جزءا من برامج إدارة المرافق وضمان الجودة. والتصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي هو أحد عناصر ضمان الجودة ولا يمكن استدامته كعنصر قائم بذاته خارج العناصر الأخرى لضمان الجودة.
- (هـ) ويمكن أن تكون اللجان والقوى العاملة جزءا من لجان تطوير المرافق وضمان الجودة وليس لجان قائمة بذاتها للوقاية من العدوى ومكافحتها، وينبغي أن يكون لهذه اللجان مشاركة اجتماعية مستنيرة وكافية.
- (و) ولا يمكن ولا ينبغي أن يكون تمويل التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي منفصلا عن تمويل تعزيز المرافق وضمان الجودة.
- (ت) ولا يوجد ذكر لكيفية تحقيق أي من هذه الأهداف في القطاع الخاص. يجب أن يتضمن تنظيم القطاع الخاص هذا - ولكن أي شكل من أشكال الجودة أو التنظيم الأخلاقي أو تنظيم الأسعار غير موجود في العديد من البلدان.

على العموم ، على الرغم من أنها خطوة في الاتجاه الصحيح ، إلا أنها اقتراح غير مكتمل للغاية مع العديد من التحذيرات. والأهداف المحددة متواضعة للغاية، وإذا كانت متكاملة بشكل جيد، فليس هناك سبب وجيه لعدم تمكن المزيد من البلدان من تنفيذ العديد من الاستراتيجيات الأساسية تماما. ولكن حتى هذه الأهداف قائمة بذاتها من غير المرجح أن تتحقق.

9. أجندة التحصين لعام 2030

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بخطة التمنيع لعام 2030 (الوثيقة م ت9/154). وفي المناقشات، أعرب أعضاء المجلس عن تأييدهم لخطة العمل المشترك ومجالاته الستة ذات الأولوية على المدى القصير، ولا سيما مبادرة "اللقاح بالركب الكبير". وأعربوا عن قلقهم إزاء ارتفاع عدد حالات التفشي، ولا سيما الحصبة، وشددوا على الحاجة إلى استعادة مستويات التغطية واللقاح بالأطفال الذين فاتتهم جائحة كوفيد-19.

خلفية

[التقرير العالمي IA2030 2023](#)

[روابط تعقب للمناقشات السابقة حول التحصين](#)

تعليق PHM

إن جمعية الصحة العالمية 77 مدعوة إلى تأييد التقرير المتعلق بالتقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التمنيع العالمية وتنفيذ خطة التمنيع لعام 2030. التقرير هو نفسه الذي تم تقديمه إلى هيئة التقييم وبالتالي تظل استجابة PHM كما هي. انظر [تعليق PHM في EB154](#)

وباختصار، يحدد تقرير المديرين العامين تأثير جائحة كوفيد-19 على التحصين، بما في ذلك الانتكاسات في التغطية والاضطرابات في الخدمات الأساسية. وفي حين شوهد بعض التعافي في عام 2022، تفاوت التقدم عبر المناطق والبلدان، مع استمرار التحديات في الوصول إلى الأطفال الذين لا يحصلون على جرعة صفيرية والتفاوتات في التغطية، لا سيما في البلدان منخفضة الدخل والإقليم الأفريقي. ولا تزال هناك تحديات في القضاء على شلل الأطفال والحصبة، وهناك تفشي لعدد من الأمراض وخاصة الحصبة والكوليرا. وشدد التقرير على الحاجة الملحة إلى العمل المنسق، مؤكدا على ستة مجالات ذات أولوية (تعزيز البرامج الوطنية، وتعزيز الإنصاف، ومكافحة الحصبة، والدعوة إلى الاندماج في الرعاية الصحية الأولية، وإدخال اللقاحات، والتطعيم ضد فيروس الورم الحليمي في مرحلة المراهقة) ومبادرة "اللقاح بالركب الكبير" التي تهدف إلى سد الفجوات الناجمة عن تفويت اللقاحات خلال سنوات الجائحة واستعادة مسارات التحصين.

تقدم PHM الملاحظات التالية فيما يتعلق بالتقرير وIA 2030:

1. وبالنسبة لاستراتيجيات التمنيع الوطنية، تكتسي الرعاية الصحية الأولية العامة القوية، التي تركز على المجتمعات المحلية والأقاليم، أهمية محورية. تتطلب هذه الاستراتيجيات مستوى عاليا من قدرة الدولة على تخطيط وجمع بيانات التطعيم، والتي تعوقها كل من الخصخصة وتآكل أنظمة الصحة العامة. والاستراتيجية الحالية للتغطية الصحية الشاملة، كما نفذت بحكم الواقع مع تركيزها على الشراء الاستراتيجي من القطاع الخاص، غير مناسبة لهذا الغرض. ويتجلى فشلها بشكل خاص عندما يتعلق الأمر بالوصول إلى المجتمعات المهمشة أو عندما تتعرض الأنظمة لضغوط مثل ما حدث أثناء الوباء.
2. كما أن الرعاية الصحية الأولية التي تركز على المجتمع المحلي ضرورية في تقييم التكنولوجيات الجديدة لإدراجها في برامج التحصين. في كثير من الأحيان، يترك النهج الذي يركز على التكنولوجيا وراءه رؤية أوسع للأنظمة الصحية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر ما هو ممكن. لا ينجح التحصين أبدا بمعزل عن تدخلات الصحة العامة الأخرى. ومع ذلك، فإن التركيز على التحصينات في كثير من الأحيان يحل محل جميع تدخلات الصحة العامة الأخرى المطلوبة. ولم يرد أي ذكر لهذا الشاغل في التقرير.

- 3 . تعتمد تغطية التحصين اعتمادا كبيرا على كثافة كافية من العاملين الصحيين المدربين في خدمات الصحة العامة مع التوزيع الجغرافي الأمثل. ويحتاج افتقار التقرير إلى التركيز على العاملين الصحيين ودورهم في إطار جدول أعمال التمنيع إلى تصحيح.
- 4 . وتكون التحديات المرتبطة بنقص العاملين الصحيين وسلاسل الإمداد أسوأ في مناطق النزاع، حيث تتفاقم الحواجز التي تحول دون تغطية التطعيم بسبب الحرب والنزاع. إن فهم التفاعل بين الحرب والصحة ضمن إطار جيوسياسي أكبر أمر ضروري.
- 5 . لا يتناول تقرير المدير العام القضايا المتعلقة بقوة الشركات والقدرة على تحمل تكاليف اللقاحات وتوافرها. أصبح إنتاج اللقاحات بشكل متزايد تحت سيطرة شركات الأدوية الكبرى التي تتخذ من أوروبا الغربية والولايات المتحدة الأمريكية واليابان مقرا لها ، ومؤخرا الصين والهند. وتؤدي الاستراتيجيات الاحتكارية التي تستخدمها هذه الشركات - باستخدام حقوق الملكية الفكرية، بما في ذلك براءات الاختراع والسرية الصناعية، وتقييد الوصول إلى العينات البيولوجية، والدعوة إلى حصرية البيانات في التجارب السريرية - إلى ارتفاع الأسعار والنقص. أكدت جائحة Covid-19 على قيود هذا النموذج ، وكشفت عن صعوبات في زيادة الإنتاج. كما أوضح الوباء أن ابتكار اللقاحات يتم تمويله بشكل كبير من الموارد العامة ومع ذلك لا تملك الحكومة أي حقوق على الملكية الفكرية التي تم إنشاؤها. وتعتبر تدابير مثل الإعفاءات من اتفاق تريبيس، وتنفيذ مواطن المرونة في برنامج TRPs مثل الترخيص الإجباري، والشفافية فيما يتعلق بتكاليف الابتكار والتصنيع، ونقل التكنولوجيا، بما في ذلك تبادل عينات المواد البيولوجية، كلها محورية للحصول على اللقاحات. وقد أثبتت استراتيجيات مثل المشتريات المجمععة فعاليتها في تعزيز القدرة التفاوضية للدول وقدرتها على دعم استراتيجيات التحصين الوطنية. فعلى سبيل المثال، يعد الصندوق الدائر لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية في الأمريكتين نموذجا جديرا بالثناء لتعزيزه وتكراره في إطار IA 2030. لا يعالج تقرير المديرين العامين و IA 2030 هذه القضايا بشكل كاف.
- 6 . وتدعو إدارة الموارد الصحية إلى الشفافية بشأن أي جزء من ميزانية الصحة وضمن ذلك تذهب ميزانية الرعاية الصحية الأولية الآن إلى اللقاحات وما إذا كانت أهداف منظمة الصحة العالمية بشأن إدخال المزيد من اللقاحات لكل من الأطفال والبالغين فعالة من حيث التكلفة وذات أولوية علمية ضمن الميزانيات الحالية والمتوقعة. هناك قلق من أنه مع ميزانيات الصحة العامة المقيدة حاليا ، فإن الأموال التي تنفق على اللقاحات تفيد المستحضرات الصيدلانية الخاصة بينما تحل أيضا محل الرعاية السريرية الأساسية الأخرى في القطاع الخاص. قد يكون الفشل في إدخال بعض اللقاحات التي وافقت عليها منظمة الصحة العالمية وروجت لها قرارات عقلانية للعديد من البلدان ، نظرا لنقص الدعم المالي الذي تتمتع به. وفي السياق المذكور أعلاه، من المهم ضمان بناء قدرات الأفرقة الاستشارية التقنية الوطنية للتمنيع ونظيراتها الإقليمية، بما في ذلك على وجه الخصوص منهجيات تقدير تكاليف الفرصة البديلة لإدخال لقاحات جديدة، مع مراعاة العوامل الاجتماعية والاقتصادية للبلد والمنطقة؛

10. استراتيجية القضاء على السل

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته 154 بالتقرير المتعلق باستراتيجية القضاء على السل ([الوثيقة م10/154](#)). وخلال المناقشات، أعرب أعضاء المجلس عن دعمهم القوي لقيادة المنظمة في مكافحة السل. وسلطوا الضوء على الحاجة إلى زيادة الاستثمار، والتعاون المتعدد القطاعات، والوصول العادل إلى خدمات السل، والبحث والابتكار من أجل تحقيق الأهداف والغايات المتفق عليها في استراتيجية القضاء على السل و*الإعلان السياسي لعام 2023* الصادر عن الاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة بشأن مكافحة السل.

خلفية

[استراتيجية القضاء على السل](#): استراتيجية وأهداف عالمية للوقاية من السل ورعاية المصابين به ومكافحته بعد عام 2015.

ج ص 67-1: اعتماد استراتيجية القضاء على السل

تعليق PHM من EB154 (يناير 2024)

تعليق PHM في UNGA HLM 2023

تعليق PHM

كما لو كان يعيد تأكيد تعليق PHM في يناير 2024 ل EB154 ، على الرغم من انتعاش التقدم والتعافي في عام 2022 ، لا تزال المؤشرات بعيدة عن الأهداف المستهدفة ، وأكثر من ذلك في 30 دولة تعاني من أعلى عبء السل. ولا يزال معدل الإصابة والوفيات مرتفعاً، والتغطية بالعلاج راكدة، والعلاج الوقائي يرتفع ببطء شديد.

ولا تزال كل هذه الأمور مرتبطة بالمشكلة الصارخة المتعلقة بعدم الحصول على العلاج، أو ضعف التيسير لا سيما في المؤسسات العامة. ولا يزال ضعف شبكات الأمان الاجتماعي والاقتصادي للأعباء المالية المحتملة على المرضى وأسرتهم، لا سيما في الفئات السكانية الضعيفة وفي البلدان التي تعاني من عبء السل المرتفع، يضيف إلى عبء المرضى. ولا يزال عدد كبير من الحالات التي تظهر عليها الأعراض مفقوداً، إما بسبب تكاليف الرعاية التي تؤدي إلى نفقات صحية كارثية، أو أنهم ببساطة لا يسعون إلى التدخلات بسبب الخوف من النفقات أو ليس لديهم فريق رعاية أولية يعمل بشكل كافٍ ومقبول يمكنهم الوصول إليه. وثمة عامل آخر هو وصمة العار المجتمعية التي تأتي مع مرض السل، بسبب ضعف مشاركة البرنامج مع المجتمعات المحلية والكثير من المعلومات الخاطئة والمخاوف بشأن المرض.

لا يزال الوصول إلى الاختبارات التشخيصية السريعة بالكاد يغطي نصف الهدف بنسبة 100٪ بسبب مجموعة متنوعة من حواجز جانب العرض ، بما في ذلك الصعوبات في شراء المجموعات والكواشف ، وقضايا إدارة سلسلة التوريد وبناء القدرات للاختبارات. وفي الوقت نفسه، تفشل أشكال التشخيص السابقة في تحقيق الوصول والتوعية الضروريين اللازمين للنتائج المستويات العالية من الأمراض الكامنة بين السكان.

كما أنه من غير المؤكد الوصول إلى أهداف للكشف عن العدوى الكامنة وعلاجها ، عندما يكون الوصول إلى المرض نفسه مشكلة من هذا القبيل.

وتدعو وثيقة السياسة إلى معالجة المحددات الاجتماعية مثل التغذية والصحة المهنية والاحتفاظ - ولكن لا توجد برامج قضايا يمكن معالجتها من قبل أقسام السل. هذه محددات هيكلية تتطلب تغييرات في سياسة الحكومة وغالباً ما تتغير النهج الأيديولوجي للرفاهية والمناخ العامة.

ولا تزال معظم البلدان المثقلة بعبء السل مناطق تعاني من ضعف الرعاية الصحية الأولية. وفي غياب حصول الجميع على الرعاية الصحية الأولية المجانية التي يقدمها مقدمو الخدمات العامة أو غير الهادفة للربح، لا يوجد تقدم في الحد من النفقات المرتفعة من الجيب للمريض العادي على الرغم من أن برامج علاج السل التي تديرها الحكومة وضعف الوصول إلى الأدوية وطرق التشخيص، والتي تشمل أدوية أحدث لمكافحة السل المقاوم للأدوية المتعددة، لا تزال تمثل مشكلة كبيرة. ويسهم ضعف الإنفاق العام على المرافق وتوظيف العاملين الصحيين في المراكز الصحية المحلية، ولا سيما المناطق النائية، في الفجوات في الرعاية الصحية الأولية والحصول على الأدوية ووسائل التشخيص.

استندت استراتيجية القضاء على السل إلى التنبؤ بأن قائمة جديدة من اللقاحات ووسائل التشخيص والأنظمة الطبية ستصبح متاحة بحلول عام 2025. وقد أحرز تقدم محدود بشأن لقاحات السل ولكن هذه اللقاحات لم تثبت بعد ولم تتم الموافقة عليها بعد لتوسيع نطاقها. كما أن التقدم المحرز في مجال الأدوية ووسائل التشخيص محدود. ويعود جزء من أسباب ذلك إلى أن حجم الاستثمار في أبحاث السل والابتكار لم يتحقق بعد. ولكن النظام الحالي للابتكار والتطوير وحواجز براءات الاختراع يستجيب بنفس القدر للتطوير الطبي للقاحات السل الجديدة ووسائل التشخيص والأدوية وغيرها من مشاريع البحوث الهامة. وحتى لو تم تطويرها في السنوات القليلة المقبلة، وبالنظر إلى أنظمة حقوق الملكية الفكرية والتصنيع الحالية، فمن غير المؤكد ما إذا كان يمكن توفير هذه التكنولوجيات بتكاليف معقولة.

تواجه البلدان القضايا المذكورة أعلاه بدرجات مختلفة. ويتطلب ذلك أن تشرك المنظمة حكومات البلدان في التحقيق في الأسباب الملموسة التي تحدثت على أرض الواقع والتي تؤثر على تقديم التدخلات الصحية. هذه السياسة الموحدة فيما يتعلق بإدخال نفس الاستراتيجيات والتقنيات الجديدة في جميع البلدان ذات القدرات المختلفة للنظم الصحية والسياقات الاجتماعية والوصول إلى التقنيات لا تعمل.

وينطبق هذا أيضا بشكل خاص عندما يؤخذ بالاعتراض مع التنفيذ المعيب أو غير الكافي للتغطية الصحية الشاملة التي تسعى إلى شراء الرعاية الصحية من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص بدلا من توفيرها من خلال مقدمي الخدمات العامة المجانية أو المدعومة. تعتمد الرعاية الصحية الشاملة على الرعاية الصحية الأولية الشاملة. هي أسس أساسية لبرامج مثل تدخلات السل. ويمكن تطوير أوجه التقدم في مجال التشخيص والعلاج، ولكن كل هذه التطورات ستكون عديمة الفائدة إذا لم تصل السياسات القائمة والنظم المؤسسية على أرض الواقع إلى السكان المستهدفين لدرء آثار هذا المرض. ولا تزال النفقات الصحية الكارثية، ولا سيما السل المقاوم للأدوية المتعددة، تشكل خطرا كبيرا على المرضى. وينبغي أن تهتم منظمة الصحة العالمية بالتفاعل مع البلدان من أجل زيادة الأموال وضمان إعطاء الأولوية لهذه الأموال من أجل تحسين أشكال الرعاية الصحية الأولية المتكاملة وغير القائمة على السوق.

وعلاوة على ذلك، هناك نقص في الأحكام والمشاركة مع حكومات البلدان في تعزيز المحددات الاجتماعية الأخرى التي تسمح لمرض السل بأن يصبح أكثر تفشيا. وتشمل هذه القضايا الفقر ونقص التغذية والهجرة والنزوح والحرب والصراع والتحصن غير المخطط له وما إلى ذلك التي تعاني منها الأقليات الضعيفة، لا سيما في الجنوب العالمي، بسبب الأعباء المالية التي تفاقمت بسبب موجات جائحة COVID-19 التي يجب معالجتها بشكل أكثر شمولاً. لتكرار التعليق السابق ل PHM على EB 154: "لا توجد تقارير قطرية تضع حزمة مزايا صحية واجتماعية شاملة على الرغم من تضمين بعض الدعم المالي والتغذوي في بعض البرامج الوطنية".

وبدون وجود شبكات أمان اجتماعية واقتصادية، ستكون السلوكيات الصحية دون المستوى الأمثل أمرا لا مفر منه، وخاصة في الطبقات الاقتصادية الدنيا. ينظر إلى السل على أنه مرض فقر يتأثر بضعف الأمن الغذائي وسوء السكن وسوء الخدمات الاجتماعية. وعلى الرغم من أن هذا هو الحال، ويجب معالجة الجوانب العلاجية، ينبغي أيضا اتخاذ خطوات لإشراك الحكومات في اتخاذ الاحتياطات اللازمة للوقاية، وخاصة بالنسبة للبلدان الـ 30 المذكورة التي تعاني من أعلى عبء للسل. وينبغي أيضا أن تكون هناك نهج مقابلة في القطاعات المجاورة تعالج هذه المحددات التي تسهم في انتشار هذا المرض، ولا سيما في الزراعة، والإسكان المناسب والميسور التكلفة، والخدمات الاجتماعية الشعبية.

ومن ثم، فإننا نكرر دعواتنا المحددة لبرنامج EB 154: فإلى جانب أهداف "زيادة الاستثمار، والتعاون المتعدد القطاعات، والوصول العادل إلى خدمات السل، والبحث والابتكار"، ندعو منظمة الصحة العالمية مرة أخرى إلى التركيز بشكل أكبر على الجهود المتعددة القطاعات لمعالجة المحددات الاجتماعية التي تشكل الظروف المستمرة لأوبئة السل.

وباختصار، ندعو إدارة الموارد الوراثية منظمة الصحة العالمية إلى إعادة التفكير في استراتيجية القضاء على السل من خلال التركيز بشكل أكبر بكثير على المكونات التالية.

1 . ويجب تعزيز الرعاية الصحية الأولية وتعميمها وتقديمها كخدمة عامة مجانية، وينبغي أن تكون برامج التدخل في مكافحة السل المجتمعية التي تديرها الحكومة جزءا لا يتجزأ من ذلك.

- 2 . الإصرار على اتباع نهج حكومي كامل في معالجة المحددات الاجتماعية التي تؤثر على السل، من خلال تحسين الأمن الغذائي، وزيادة المساواة بين الجنسين والدخل، والسكن اللائق، واستدامة العمل الإيجابي لدى السكان المهاجرين والنازحين، والخدمات الاجتماعية الأخرى للجميع.
- 3 . وبالتزامن مع #2، هناك حاجة إلى تحديد ومعالجة حواجز الطرق الخاصة بكل بلد والموجودة في الوقت الحقيقي، وخاصة في البلدان التي تعاني من عبء السل المرتفع، وإشراك حكومات البلدان في صياغة الحلول باستخدام المزيج المناسب من التكنولوجيات والاستراتيجيات. وتؤكد أيضا من تحديد معالم ومواعيد نهائية أكثر ملاءمة لاستراتيجية القضاء على السل الخاصة بكل بلد، مع مراعاة واقعها على أرض الواقع. إعادة تنظيم المواعيد النهائية العالمية بناء على هذا، بدلا من المضي قدما من أعلى إلى أسفل، استنادا إلى نماذج تبدو وكأنها تستند إلى افتراضات غير واقعية.
- 4 . ضمان أن السياسات العالمية للحصول على لقاحات السل والأدوية ووسائل التشخيص تتماشى مع ما تطالب به غالبية البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وخاصة مجموعة البلدان الأفريقية في مفاوضات معاهدة الجائحة - والتي تشمل التنازل عن شروط اتفاق تريبس، ونقل التكنولوجيات لتعزيز التصنيع المحلي والإقليمي، وتخفيضات كبيرة في تكاليف هذه السلع الأساسية والمشتريات الحكومية المجمعة حسب الضرورة.

11.6 خارطة طريق لأمرض المناطق المدارية المهملة، 2021-2030

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بخريطة الطريق بشأن أمراض المناطق المدارية المهملة 2021-2030 (الوثيقة م ت11/154). وفي المناقشات، أقر أعضاء المجلس بالأثر المطول لجائحة كوفيد-19 على تمويل البرامج الصحية وأدائها. وأشاروا إلى الحاجة إلى مواصلة الابتكار في مجال الأدوية ووسائل التشخيص والنهج الاستراتيجية، ولا سيما للتصدي لتهديدات مثل تغير المناخ، التي يمكن أن يكون لها تأثير كبير على وبائيات أمراض المناطق المدارية المهملة، وأقروا بأن التحديات في الحصول على العلاجات لا تزال قائمة. وأشار أعضاء المجلس إلى التقدم المحرز، بما في ذلك اعتراف منظمة الصحة العالمية بالبلد رقم 50 للقضاء على مرض مداري مهمل واحد، وإدراج نوما في هذه المجموعة من الحالات.

خلفية

التقرير العالمي عن أمراض المناطق المدارية المهملة 2024

انظر أيضا استعراض والاس للتقرير العالمي

تعليق PHM من EB154 (يناير 2024)

تعليق PHM

وقدم التقرير عن التقدم المحرز في خارطة الطريق الخاصة بأمراض المناطق المدارية المهملة 2021-2023 إلى برنامج التقييم الدولي 154 وتم تفصيله في <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/global-report-on-neglected-tropical-diseases-2024>

وبالنظر إلى أن أمراض المناطق المدارية المهملة ليست برنامجا واحدا، بل هي مجموعة من 28 برنامجا لكل منها دينامياتها الخاصة، فإننا نتشارك في عرض موجز باور بوينت حول التقرير العالمي الذي أعدته أليثا والانس، وهي مراقب لمنظمة الصحة العالمية في إدارة أمراض المناطق الريفية، لتيسير الرجوع إلى التقرير الكامل.

وباختصار، وصف التقرير كيف أثرت جائحة كوفيد-19 سلبا على تمويل وأداء برامج أمراض المناطق المدارية المهملة، وآثار تغير المناخ على وبائيات أمراض المناطق المدارية المهملة؛ استمرار الوصول إلى حواجز العلاج؛ واستمرار الحاجة إلى استدامة الابتكار في مجال الأدوية ووسائل التشخيص والنهج الاستراتيجية المشتركة بين القطاعات. وشدد على أنه حتى بالمقارنة مع الخدمات الصحية الروتينية الأخرى، عانت برامج أمراض المناطق المدارية المهملة من أكبر اضطراب، مما أدى إلى إخراج البرنامج بأكمله عن مساره.

كتعليق عام أول، من المهم إعادة التأكيد على ما قاله PHM بالفعل خلال EB154. ومن المستحيل أن نتخيل أي تقدم ملموس بدون تمويل مناسب. يتضح وباء كوفيد-19 تماما أحد أوجه الضعف الرئيسية لخارطة الطريق الحالية: فقد تعطلت العديد من البرامج، وخفض التمويل والقوى العاملة، وتغيرت أولويات المانحين والدول الأكثر ثراء وسط التوترات الجيوسياسية المتزايدة، وتساعد النزعة العسكرية والحرب، والسيناريوهات الاقتصادية غير المؤكدة التي أدت إلى مزيد من خفض مستوى التمويل غير الكافي بالفعل. وكما ذكرت منظمة أمراض المناطق المدارية المهملة في تلك المناسبة، فإن قبول أي تخفيض في الميزانية لبرامج أمراض المناطق المدارية المهملة يعني التخلي عن بناء حلول للأمراض التي يمكن الوقاية منها والتي تؤثر على الفئات الأكثر ضعفا وتسبب المعاناة وتكلف العديد من الأرواح

في جميع أنحاء الجنوب العالمي. وهي تعترف بأن الأمراض المهملة ستستمر في الإهمال. كما أن الاعتماد على مانحين محددين لمرض واحد وتمويلهم غير مستقر ولا يمكن التنبؤ به سيستمر أيضا في وقف التقدم.

عدم وجود خطة تمويل: الوضع الحالي المثير للقلق هو أنه (القسم 3.3.2 من التقرير - تقدير تكلفة خريطة الطريق) ، حتى منظمة الصحة العالمية ليس لديها تقدير لتكاليف تنفيذ خارطة الطريق وتحقيق الهدف. وفي حين تواجه منظمة الصحة العالمية صعوبات كبيرة بسبب نقص البيانات الاقتصادية، فإن عدد البلدان التي تبلغ عن الإنفاق على أمراض المناطق المدارية المهملة هو ستة بلدان فقط. وفي مواجهة السحب الهائل للموارد من البرامج، لا تزال استراتيجية جمع الأموال والدعوة تركز على إقناع نفس المانحين السابقين بالإبقاء على نفس آليات التمويل غير الكافية. وهذا قليل جدا بالنسبة للتحديات المقبلة وحتى بالنسبة للنهج المحدود الذي اقترحه خارطة الطريق.

يشكل تمويل أمراض المناطق المدارية المهملة جزءا من زيادة الإنفاق على الصحة العامة: هناك حاجة إلى مراجعة تمويل برامج أمراض المناطق المدارية المهملة مراجعة كاملة. أولا، ينبغي أن تعتمد بشكل أكبر على الإنفاق العام، وهو ما يعني بدوره الحاجة إلى العدالة الضريبية، وتخفيف عبء الديون عن بلدان الجنوب العالمي، وإنهاء تدابير التقشف التي تعوق القدرات المحلية لتمويل وهيكلة النهج المتكاملة لأمراض المناطق المدارية المهملة. وهذا أمر أساسي أيضا لتوسيع نطاق التغطية الصحية وتعزيز نظم الصحة العامة ككل. ويحتاج ذلك إلى أولوية أكبر في جهود الدعوة التي تبذلها منظمة الصحة العالمية. وحتى في الحالات التي تكون فيها المعونة والهبات الخارجية ضرورية، ينبغي أن يقوم نظام الصحة العامة والسلطات الصحية المحلية بإدارة الموارد وتخصيصها مع إدماجها في السياسات الصحية والبيئية والاجتماعية الشاملة.

الخروج عن النهج الرأسي: لكن المشكلة تتجاوز حجم التمويل وآلياته. تتمثل إحدى المشكلات الرئيسية في تصور خارطة الطريق في الإصرار على الصيغة القديمة لتنفيذ البرامج الخاصة بالأمراض ، والتي تستند أساسا إلى إدخال حلول تقنية طبية حيوية ، يتم تنفيذها رأسيا ، بتمويل من الجهات المانحة الخاصة والدول الغنية بهدف تقديم "المساعدات" إلى البلدان الفقيرة والسيطرة الانتقائية على الأمراض التي تحد من الإنتاجية الاقتصادية ويفترض أنها تسبب الفقر والقضاء عليها. وعلى مدى السنوات الـ 60 الماضية، تبين أن هذه الاستراتيجية والمفهوم غير كافيين وغير كافيين وغير فعالين، مما أدى إلى تراكم المزيد من الإخفاقات أكثر من النجاح - تاريخ برامج الملاريا والسل (والعديد من البرامج الأخرى) موجود لبروييه. هذا لعدة أسباب. إذا كان النهج الرأسي يمثل مشكلة بالنسبة للملاريا والسل ، فمن السخف التفكير في مثل هذا النهج للأخرين على القائمة مثل الجرب ، أو داء الديدان الطفيلية ، أو تسمم الثعابين أو الأمراض التي تنتقلها الأغذية. وليس من الممكن ولا من المستصوب بناء 28 برنامجا رأسيا محددًا باستثناء ربما في مجال البحوث. ومع ذلك ، فإن لكل من هذه الأمراض محددات اجتماعية قريبة مختلفة وهي في مراحل مختلفة جدا من القضاء.

التجزؤ: أحد الأسباب الوثيقة الصلة لعدم كفاية خارطة الطريق الحالية هو أن تنظيم التدخلات الرأسية القائمة على أمراض محددة يؤدي إلى تجزئة كبيرة في أنظمة الرعاية الصحية والصحة، بمجرد أن يميل كل برنامج إلى أن يكون له هيكله وإدارته وموظفيه ومعلوماته وأمواله وإجراءاته الخاصة بينما لا يتم تغطية الاحتياجات الصحية الهامة الأخرى. ويستند هذا النهج إلى افتراض خاطئ مفاده أنه يمكن معالجة كل مرض على أفضل وجه على حدة وتمييزه عن الحالات الصحية الأخرى، وكما لو كان يمكن عزل أسباب الأمراض الطبية الحيوية وعلاجها بتدخلات مستهدفة وإدارة مركزة لعوامل الخطر القريبة. ويشجع ذلك بشكل خاص المانحون الخارجيون في البلدان المنخفضة الدخل ذات النظم الصحية السيئة. وفي النهاية، يترك هذا النموذج لوزارات الصحة والنظم الصحية الوطنية ليكونوا المديرين الإداريين للمشاريع الخاصة التي يتم تصورها من الخارج. وعلى الرغم من أن "الركائز" الجديدة مثل إدخال "النهج الشاملة" و "تغيير نماذج التشغيل والثقافة لتيسير الملكية القطرية" تحاول التخفيف من بعض عواقب النموذج، فإن جوهر خارطة الطريق لا يزال كما هو.

أمراض المناطق المدارية المهملة والتغطية الصحية الشاملة والرعاية الصحية الأولية - عدم تطابق الاستراتيجية: النقطة المهمة هي أن أي محاولة للسيطرة على أمراض المناطق المدارية المهملة ستفشل إذا لم تقترن بتعزيز النظم الصحية العامة والشاملة القائمة على الرعاية الصحية الأولية الشاملة والمشاركة الاجتماعية. وكحد أدنى، ينبغي أن ترتبط أي استراتيجية لأمراض المناطق المدارية المهملة ارتباطا وثيقا باستراتيجيات النظم الصحية الأوسع نطاقا. ولكن هذه الاستراتيجية غير قادرة على الاندماج مع نهج التغطية الصحية الشاملة، حيث يركز نهج التغطية الصحية الشاملة على تعزيز خطط التأمين المختلطة المجزأة. إن الطبيعة والنطاق المحدودين للتغطية الصحية الشاملة يجعلان من الصعب دمج برامج أمراض المناطق المدارية المهملة في إطارها. ومن الأمثلة على سبب فشل ذلك اعتراف التقارير بالفشل في الحد من الإنفاق الشخصي على أمراض المناطق المدارية المهملة. من الصعب جدا تحقيق ذلك على أساس كل مرض على حدة - خاصة وأن الجزء العلاجي لمعالجة المرض الشديد ليس سوى جزء صغير من الاستراتيجية الشاملة. لن تتناسب التدابير الوقائية ولا تدابير العلاج الكيميائي والتطعيم الشامل مع نهج الحد الأدنى من الحزم الأساسية للتغطية الصحية الشاملة.

وليس من قبيل المصادفة أن منظمة الصحة العالمية لا تزال تكافح من أجل الحصول على الاعتراف بتغطية تدخل أمراض المناطق المدارية المهملة وإدراجها كعوامل تتبع للتقدم المحرز في التغطية الصحية الشاملة (انظر القسم "3-2-3" التعميم داخل النظم الصحية الوطنية)". وبعبارة أخرى، في حين يشير أولئك الذين يشعرون بالقلق من أمراض المناطق المدارية المهملة إلى أن مواجهة هذه الأمراض أمر أساسي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، لا يبدو أن استراتيجيات التغطية الصحية الشاملة قلقة بشأن أشياء كثيرة تتجاوز ما تقيسه فيما يتعلق بالتغطية والحماية المالية. وفي هذا الشأن، وكما أظهر التقييم الأخير لمنظمة الصحة العالمية، فإن العالم لا يزال بعيدا عن إحراز تقدم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة. بالإضافة إلى ذلك، تعترف الجلسة نفسها بأهمية الرعاية الصحية الأولية لنجاح تدخل أمراض المناطق المدارية المهملة، لكن خارطة الطريق ككل لا تشير إلى أي إجراء ثابت لتلبية هذه الحاجة. وفي الوقت نفسه، فإن تفضيل التغطية الصحية الشاملة للخدمات الأساسية المقدمة من القطاع الخاص يعوق اتباع نهج أكثر شمولاً للرعاية الصحية الأولية التي لا تشمل أمراض المناطق المدارية المهملة فحسب، بل تشمل نطاقاً أوسع بكثير من الاحتياجات الصحية، مع إشراك المجتمع المحلي، والمشاركة الاجتماعية، والكفاءة الثقافية، والعمل المشترك بين القطاعات في الأقاليم.

المحددات الاجتماعية للأمراض غير السارية: يتطرق برنامج أمراض المناطق المدارية المهملة إلى بعض المحددات الاجتماعية القريبة مثل نظافة اليدين أو الصرف الصحي التي يتم تناولها من خلال المياه والصرف الصحي والنظافة الصحية، ولكنه لا يمس أو يأخذ في الاعتبار التحديد الاجتماعي لإنتاج وتكاثر أمراض المناطق المدارية المهملة التي تندرج تحت العمليات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية الأوسع نطاقاً.

ومن الأمثلة الجيدة على هذا القيد فاشية حمى الضنك الحالية في أمريكا اللاتينية. معدل الإصابة في عام 2024 أكبر بنسبة 243٪ مما كان عليه في عام 2023 و 445٪ من متوسط السنوات الخمس الماضية. في العقود الماضية، توسعت حمى الضنك إلى بلدان ومناطق جديدة لم تكن مستوطنة من قبل. وقد فشلت النهج التقليدية للبرامج الرأسية ومكافحة النواقل فشلاً ذريعاً في الوقت الذي تركز فيه على القضاء على الزاعجة المصرية، بما في ذلك الاستخدام المشكوك فيه لمبيدات الآفات. والحقيقة هي أن انتشار النواقل تعززته العمليات والظروف الهيكلية مثل البنية التحتية الحضرية السيئة والصرف الصحي والظروف المعيشية في المدن الكبرى المعزولة، والنموذج الاقتصادي الاستخراجي الذي يدمر النظم الإيكولوجية، وارتفاع متوسط درجة الحرارة وتكثيف الظواهر المناخية المتطرفة مثل الفيضانات والعواصف المطيرة والجفاف وموجات الحرارة وما إلى ذلك. في حين أن لقاحات حمى الضنك الجديدة الحاصلة على براءة اختراع ذات الإنتاج المحلي الضعيف تبدأ في الترويج لها كأمل جديد للتخفيف من تأثير حمى الضنك وستضغط على ميزانيات الصحة في جميع أنحاء المنطقة، يجب أن يكون لدى منظمة الصحة العالمية ومرض التصلب العصبي المتعدد نظرة أفضل بكثير إذا كان النهج الحالي لا يقتصر على مسح الجليد فقط.

يمكن أن تكون المحددات مختلفة جداً أيضاً. فعلى سبيل المثال، يتطلب التصدي لداء عملاً مشتركاً بين القطاعات يختلف كثيراً عن الإجراء المطلوب لمعالجة داء الفيلاريات وما إلى ذلك. عند قراءة التقرير، لدينا انطباع بأن الاعتماد المفرط على العلاج الكيميائي الجماعي أو اللقاحات يبدو أنه يقلل من التركيز المطلوب على معالجة المحددات الاجتماعية.

الوصول إلى التكنولوجيات: ثالثاً، على الرغم من أن استراتيجيات خارطة الطريق تعتمد كثيراً على الابتكارات والأدوية والتشخيص، إلا أن المحددات التجارية للوصول إلى المنتجات لا تزال مهمة ويتم تجاهل الحلول التي تذهب إلى جذور المشاكل. ولا تزال فجوات التمويل للأدوية وأدوات التشخيص تعوق التقدم. كما ذكرت PHM في EB154، تقترح منظمة الصحة العالمية "سياسة تجاه الوصول إلى الأدوية التي تعتمد بشكل كبير على شركاء الأدوية لتوسيع التبرعات. وقد ينجح ذلك عندما يكون القضاء هدفاً فورياً، ولكن هذا في معظم الحالات لا يكون مستداماً وليس بديلاً عن التصنيع والشراء المحليين الميسورين التكلفة. ومن غير المؤكد أيضاً ما إذا كانت النداءات الموجهة إلى شركات الأدوية الكبرى ستكون كافية لابتكارات الأدوية الجديدة أو مجموعات جديدة من الأدوية الحالية وإدخالها التدريجي وتوسيع نطاقها. وكان ينبغي للتقرير أن يشير إلى أن نظم حقوق الملكية الفكرية الحالية تقف في طريق ابتكار الجيل القادم من أدوات التشخيص والأدوية اللازمة للوقاية من أمراض المناطق المدارية المهملة والتصدي لها. وهناك أيضاً مخاطر من أن يؤدي الهيكل الحالي للابتكار والتصنيع إلى زيادة التكاليف، وخلق الاعتماد على تمويل الجهات المانحة، وحرمان البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من الدور في تطوير التصنيع المحلي لوسائل التشخيص والعلاجات لأمراض المناطق المدارية المهملة.

استنتاج

وتلاحظ آليات إدارة أمراض المناطق المدارية المهملة بقلق أنه لا يزال هناك تقدم بطيء في تحقيق الغايات والمؤشرات المنصوص عليها في خارطة الطريق العالمية لأمراض المناطق المدارية المهملة 2021-2030، وأن معظم البلدان قد خرجت عن المسار الصحيح في العديد من أمراض المناطق المدارية المهملة. هناك مشاكل في التصميم والتنفيذ تكمن وراء هذا الفشل. وفيما يلي موجز لبعض هذه التوصيات:

- والسبب الوحيد الأكثر أهمية لهذا الفشل هو نقص التمويل - على الصعيدين العالمي والقطري على حد سواء، وتدعو إدارة الموارد الوراثية إلى زيادة الإنفاق على الصحة العامة الموجه نحو تعزيز خدمات الصحة العامة التي يدمج فيها برنامج أمراض المناطق المدارية المهملة كوسيلة لتحقيق ذلك.
- وفي حين أن اعتراف منظمة الصحة العالمية بإهمال هذه الأمراض والجهود المبذولة للفت الانتباه إليها أمر مرحب به، فإن التصميم يعاني من نهج رأسي مفرط غير عملي وغير فعال لكل من أمراض المناطق المدارية المهملة وأمراض المناطق المدارية المهملة ككل. إن هدف منظمة الصحة العالمية المتمثل في اضطراب كل بلد إلى القضاء على مرض واحد من أمراض المناطق المدارية المهملة في كل مرة هو بديهي لهذا الخلل في الاستراتيجية ويجب إعادة النظر فيه. ويجب توجيه الموارد والجهود إلى الأمراض التي تسبب أكبر قدر من المعاناة لأشد الناس، وليس إلى هدف مجرد يتمثل في التصديق على القضاء عليها لأنها هدف. ونحذر من أن الضغوط لإعلان الإلغاء والتصديق عليه يمكن أن تقتزن بإعلانات سابقة لأوانها وعدد من الآثار الأخرى غير المرغوب فيها. بالنسبة للعديد من الأمراض (الجرب مثال جيد) ، بعد المرض مؤشرا على مجموعة من الاختلالات الاجتماعية التي يجب معالجتها بدلا من شيء يمكن القضاء عليه دون معالجة الاختلالات الاجتماعية.
- ولا يتوافق برنامج القضاء على أمراض المناطق المدارية المهملة مع أي تفسير للتغطية الصحية الشاملة يجعله أكثر اعتمادا على التأمين والشراء الاستراتيجي. وهو يتطلب رعاية صحية أولية مجانية شاملة من قبل شبكة من مقدمي الخدمات العامة كشرط مسبق لنجاحه. تعتمد العديد من استراتيجيات مرض NTD المحددة على العلاج الكيميائي الشامل. وفي الحالات التي لا تتوفر فيها الرعاية الصحية الأولية الشاملة، فإن مثل هذه العلاجات الكيميائية الجماعية تسحب موارد الرعاية الصحية الأولية الشحيحة، وخاصة الموارد البشرية من الأنشطة الأخرى ذات الأولوية الأكبر بكثير. يجب تقييم نجاح القضاء على مرض NTD الفردي مقابل الآثار الضارة التي تحدثها على أولويات أمراض المناطق المدارية المهملة الأخرى - تماما مثل التركيز على تدخلات Covid 19 التي أدت إلى انتكاسة جميع برامج أمراض المناطق المدارية المهملة.
- وفي العديد من أمراض المناطق المدارية المهملة، هناك حاجة إلى مزيد من الابتكار لإيجاد أدوات أفضل، وفي بلدان أخرى توجد مشكلة تتعلق بالوصول إلى التكنولوجيات المطلوبة المتاحة بالفعل والقدرة على تحمل تكاليفها. إن أنظمة الابتكار والتصنيع وسلسلة التوريد العالمية الحالية غير قادرة على تلبية هذه الاحتياجات ويجب إصلاحها على غرار ما اقترحه البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بقيادة مجموعة الدول الأفريقية في مفاوضات معاهدة الوباء: إعفاءات تريبس ، ونقل التكنولوجيا ، وقدرات التصنيع المحلية والموارد المجمعلة لضمان عدم مواجهة أي بلد محتاج ندرة في العرض.
- دعوات لإدراج أمراض المناطق المدارية المهملة في الهيكل الصحي العالمي للطوارئ الصحية والتأهب للجوائح وكإجراء ذي أولوية في خطة العمل العالمية لمقاومة مضادات الميكروبات.
- الحاجة إلى تعزيز القدرات في جميع القطاعات (القطاع الصحي وغير الصحي) مع التركيز على الزراعة بما في ذلك تربية، وإدارة الموارد الطبيعية، والتخطيط الحضري، والسياسة الصناعية والتجارية والسياسة البيئية من أجل معالجة العديد من المحددات الاجتماعية لأمراض المناطق المدارية المهملة معالجة كافية. ونلاحظ أن تغير المناخ ظاهرة تشمل جميع القطاعات ويجب أيضا مراعاة تأثيرها على أمراض المناطق المدارية المهملة والوقاية منها.
- وتشكل البيانات الديناميكية عن حالات الحدوث والانتشار المتعلقة بأمراض المناطق المدارية المهملة تحديا، من حيث اكتمالها وتوقيتها على حد سواء، وهناك صعوبات مرتبطة بجمع بيانات موثوقة عن العديد من أمراض المناطق المدارية المهملة. وهذا يستدعي اتخاذ تدابير لتحسين نوعية وكمية المعلومات التي يجب أن تتكامل بشكل جيد مع مصادر البيانات الصحية الأخرى التي يتم تحسين وظائفها، بدلا من اختيار أنظمة الإبلاغ الرأسية - الرقمية أو غير ذلك لكل مرض من أمراض المناطق المدارية المهملة.

11.7 التعجيل نحو تحقيق غايات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بصحة الأم ووفيات الأطفال

- [تحت المجهر](#)
- [خلفية](#)
- [تعليق PHM](#)
- [التعليق على الوثيقة EB154/12](#)
- [التعليق على مشروع القرار](#)

تحت المجهر

استمرار الركود المحرز في خفض معدل وفيات الأمهات على الصعيد العالمي إلى أقل من 70 لكل 100000 مولود حي بحلول عام 2030 (الغاية 3-1 من أهداف التنمية المستدامة) بين عامي 2016 و2020؛ وبالإضافة إلى ذلك، هناك 54 بلدا خارج المسار الصحيح لإنهاء الوفيات التي يمكن الوقاية منها بين المواليد الجدد والأطفال دون سن الخامسة بحلول العام نفسه (الغاية 3.2 من أهداف التنمية المستدامة)، وتحقيق هدف خفض وفيات المواليد إلى 12 على الأقل لكل 1000 مولود حي ووفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 على الأقل لكل 1000 مولود حي).

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بالتعجيل نحو تحقيق غايات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بوفيات الأمهات والأطفال ([الوثيقة م ت12/154](#)). ونظرت في نص مشروع قرار قدمته الدول الأعضاء بشأن تسريع التقدم نحو الحد من وفيات الأمهات والمواليد والأطفال من أجل تحقيق الغايتين 3-1 و3-2 من أهداف التنمية المستدامة ([م ت154/مؤتمر/4](#)). ووافق المجلس على أن تستمر المشاورات بشأن مشروع القرار خلال فترة ما بين الدورتين. وفي المناقشات، أعرب أعضاء المجلس عن قلقهم من أن العديد من البلدان ليست على المسار الصحيح لتحقيق أهداف الحد من وفيات الأمهات والأطفال بحلول عام 2030.

خلفية

[المرصد الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية / أهداف التنمية المستدامة](#)

انظر [تعليق PHM السابق على EB154 / 12 \(من EB154 في يناير 2024\)](#)

تعليق PHM

م ت12/154: التعجيل نحو تحقيق غايات أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بوفيات الأمهات والأطفال

[يشير القرار م ت12/154](#) إلى "الأهمية الحاسمة للقيادة الحكومية ونهج يشمل الحكومة بأكملها والمجتمع بأسره في تحسين صحة الأم والوليد والطفل". وفي حين أن هذه الملاحظة جديرة بالثناء، فإن نقطة التوصية المقابلة (الفقرة 1-1 من المنطوق) تقدم هذه الملاحظة على أنها "قيادة قطرية قوية وقدرة إدارية قوية" - وهو نهج يميل إلى أن يكون تكنوقراطيا وغير سياسي. يجب التأكيد على الأشكال غير الديمقراطية للحكومات والنكسات المتزايدة على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية على مستوى العالم. تعاني وفيات الأمهات مثل قضايا صحة المرأة وصحة الجنسين الأخرى من عدم إعطاء الأولوية من قبل صانعي السياسات والندرة الشديدة لنهج تحويلي شامل للجنسين لبناء نظام صحي عادل ومرن وخاضع للمساءلة على المستوى الوطني.

ويسلط تقرير برنامج الأمم المتحدة للبيئة 12/154 الضوء على الوفيات التي يمكن الوقاية منها بسبب عدم كفاية الرعاية الصحية للأمهات والمواليد على الصعيد العالمي، ولا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل والبيئات الصحية منخفضة الموارد. ويشدد التقرير على تأثير المحددات الاجتماعية على صحة الأم، ولا سيما التي تؤثر على السكان الفقراء والمهمشين، مما يؤدي إلى عوائق في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتحقيق أهداف التنمية المستدامة. وعلى الرغم من التقدم السابق، توقف التقدم في معالجة هذه القضايا في السنوات الأخيرة.

ويشدد التقرير على الحاجة إلى قيادة حكومية واتباع نهج شامل وجامع لتحسين صحة الأم والوليد والطفل. ومع ذلك، لا بد من الإشارة إلى أن نقطة التوصية المقابلة (الفقرة 1-1 من المنطوقات) تحبذ على ما يبدو نهجا تكنوقراطيا وغير سياسي. وقد يتجاهل التركيز الحالي على "القيادة القطرية القوية والقدرة الإدارية" الجوانب السياسية والديمقراطية للحكم، لا سيما في مواجهة النكسات العالمية المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. ويشدد التقرير على عدم إعطاء واضعي السياسات الأولوية لوفيات الأمهات وغيرها من قضايا صحة المرأة وعدم وجود نهج شامل للتحويل الجنساني لإنشاء أنظمة صحية وطنية منصفة ومرنة وخاضعة للمساءلة.

حقوق الأم والطفل والصحة الجنسية والإنجابية: قضية عدالة إنجابية واجتماعية

وترحب المنظمة بتركيز برنامج التقييم 12/154 على جدول الأعمال هذا، وتوصي بشدة بأن تحت منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء على اعتماد إطار شامل للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والعدالة الإنجابية لمعالجة القضايا الحرجة المطروحة.

ويركز جدول أعمال برنامج الأمم المتحدة للبيئة 12/154 على صحة الأم والطفل، التي تتأثر بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والتغذوية والبيئية. ومن الأهمية بمكان دعم البحوث المحلية في بيئات معينة ولفئات سكانية معينة فيما يتعلق بالمحددات الاجتماعية لعدم المساواة في الحصول على الولادة الآمنة، والإجهاض الآمن، والرعاية الصحية الشاملة للنساء والمراهقين، وخاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

في السعي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC)، من الضروري التأكيد على إعدادات الرعاية الصحية الأولية القوية لمنع إضفاء الطابع الطبي على أجساد النساء. وينبغي أن يعطي هذا النهج الشامل الأولوية لبناء رعاية أولية منخفضة التكلفة أثناء الحمل وتعزيز دور القابلات أثناء الولادة.

وينبغي أن تتماشى السياسات الوطنية مع هذا النهج الكلي، مع مراعاة السياقات الاجتماعية والجغرافية. ومن المهم الاعتراف بالعاملين الصحيين المجتمعيين ودعمهم، وكثير منهم من النساء من المناطق الريفية والمهمشة. ويعد تعزيز هذه القوى العاملة أمرا بالغ الأهمية لتحسين الرعاية الصحية الأولية والروتينية للنساء والأطفال.

تتطلب الرعاية الصحية الشاملة للأمهات نظاما صحيا قويا على مختلف المستويات، مع وجود روابط وإحالات مناسبة إلى مرافق التشخيص والعلاج والرعاية. هناك حاجة إلى آليات رصد لضمان الرعاية الجيدة والمعاملة المحترمة، ومعالجة قضايا مثل العنف التوليدي والتمييز على أساس العرق والطائفة والطبقة والهويات الأخرى.

تعتبر البروتوكولات القائمة على المرافق الصحية لضمان المساواة السلوكية والنظامية حاسمة في معالجة هذه القضايا.

يتطلب تطوير التدخلات القائمة على الأدلة الانتباه إلى التطورات الجديدة والسياسات القائمة التي تؤثر بشكل كبير على الوصول إلى الرعاية والوفيات والمراضة. تقوض قوانين الإجهاض التقييدية والحمل الإلزامي الكامل موافقة المرأة وحقوقها. كما أن الافتقار إلى موارد رعاية الأطفال وتدابير التقشف التي تحد من استحقاقات الأمومة واستحقاقات الضمان الاجتماعي تعوق هذه الأهداف.

تضر السياسات المعادية أو غير المبالية بالعدالة الإنجابية بشكل غير متناسب بالفئات المهمشة، بما في ذلك النساء السود والدائيت والقبليات / السكان الأصليين وغيرهم من النساء المهمشات، وكذلك النساء ذوات الإعاقة والمهاجرين والأفراد غير الموثقين في سياقاتهم السياسية الخاصة.

الاعتراف بالتفاوتات الهيكلية كمحرك أساسي لقضايا صحة الأم والطفل

يمكن أن يؤدي تأثير الفقر وعولمة التسويق والتجارة إلى الإضرار بشكل كبير بصحة الأطفال والسكان بشكل عام (على سبيل المثال - تسويق وبيع منتجات أغذية الأطفال ذات الجودة المتدنية في العديد من البلدان - وخاصة جنوب الكرة الأرضية). تتأثر النتائج الصحية بشدة بالبيئات الاجتماعية والاقتصادية التي تحدث فيها ، ويمكن أن تختلف هذه العوامل اختلافا كبيرا من سياق إلى آخر. ونتيجة لذلك، من الأهمية بمكان جمع الأدلة على جميع المستويات لفهم هذه التفاوتات ومعالجتها. وعلى وجه الخصوص، تتفاقم أوجه الإجحاف في مجال الصحة الإنجابية بشكل مباشر بسبب المظالم الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك السياسات التي تحد من قدرة المرأة على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتها الإنجابية وحقوقها في تحديد مسار حياتها وحيات أطفالها وأسرتها.

وبالمثل، لا يكفي الاعتراف بالحاجة إلى سياسات صحة الأم في السياقات الإنسانية. ويجب أن يستكمل هذا المطلب بمطالب ومساءلة من الدول الأعضاء للسيطرة على حالات الحروب والصراعات والهجرة والحد منها. وهذا يثبت فقط النقطة المذكورة أعلاه كيف أن وضع جداول أعمال صحة الأم بطريقة لا يتخلف فيها أحد عن الركب يرتبط ارتباطا وثيقا بالسياسات العالمية على المستوى الأوسع ويجب الاعتراف به على هذا النحو.

مشروع قرار

يهدف مشروع القرار (في الوثيقة م ت154/مؤتمر/4)، الذي قدمته الصومال بدعم من مصر وإثيوبيا وباراغواي وجنوب أفريقيا وتنزانيا، إلى تسريع التقدم نحو الحد من وفيات الأمهات والمواليد والأطفال من أجل تحقيق الغايتين 3.1 و3.2 من أهداف التنمية المستدامة.

غير أنه يتضح من الإدراج المستفيض بين قوسين معقوفين في المشروع أنه لا يوجد توافق في الآراء حول القرار المقترح.

خلال المناقشة (انظر M12 ، الصفحة 6) ، اعترضت إيران على "اللغة غير التوافقية" التي يبدو أنها شملت: "الإجهاض غير الآمن" (PP2 مكرر) ، "المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات" (PP3) ، "الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية" ، "الفتيات لاتخاذ قراراتهن المستنيرة فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل ورعاية الصحة الإنجابية" (PP5) ، "زواج الأطفال" (PP6) ، "الزواج المبكر والقسري" (PP6 ALT). وقد وضعت بنود كثيرة بين قوسين معقوفين لأسباب غير واضحة.

وتؤكد الحركة أن مشروع القرار الصومالي (م ت154/مؤتمر/4) يقدم تحليلا واضحا ويحث على إحراز تقدم على عدة جبهات هامة.

وكما ذكر أنفا، توقف التقدم المحرز في خفض المعدل العالمي لوفيات الأمهات، وخرج 54 بلدا عن المسار الصحيح لإنهاء وفيات المواليد الجدد والأطفال دون سن 5 سنوات التي يمكن الوقاية منها.

وتأسف الحركة للاقتراضات المتعلقة بالنساء والفتيات والجنس التي يبدو من بين قوسين واسعين أنها أدت إلى تعليق مشروع القرار.

ولم تنشر نسخة منقحة من مشروع القرار هذا حتى وقت كتابة هذا التقرير.

8.11 مقاومة مضادات الميكروبات

تحت المجهر

A77/5: الأولويات الاستراتيجية والتشغيلية لمنظمة الصحة العالمية للتصدي للعدوى البكتيرية المقاومة للأدوية في قطاع الصحة البشرية، 2025-2035.

أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته 154 في كانون الثاني/يناير 2024 بنسخة سابقة من هذا التقرير ([الوثيقة م 13/154](#)) ونظر في نص مشروع مقرر قدمته الدول الأعضاء ([الوثيقة م ت154/مؤتمر 7](#)). وتوقع المجلس إجراء مزيد من المشاورات غير الرسمية فيما بين الدول الأعضاء بشأن مشروع القرار خلال فترة ما بين الدورتين.

ويتضمن هذا التقرير (ج5/77) تعليقات الدول الأعضاء والشركاء على مشروع الأولويات الاستراتيجية والتشغيلية خلال الدورة ومن خلال المشاورة الإلكترونية. ومن المتوقع أيضاً إصدار نسخة منقحة من مشروع القرار المقترح في [الوثيقة م ت154/مؤتمر 7](#).

في عام 2024، من المقرر عقد اجتماع رفيع المستوى للأمم المتحدة حول موضوع مقاومة مضادات الميكروبات. هذا التقرير الحالي (ج5/77) هو جزء من التحضير لاجتماع الأمم المتحدة بشأن مقاومة مضادات الميكروبات المقرر عقده في وقت لاحق من هذا العام.

خلفية

انظر أيضاً تعليق PHM على الوثيقة EB154/13 (يناير/كانون الثاني 2024).

انظر سجل النقاش في EB154 M12، الصفحة 24 و M13، الصفحة 9

تعليق PHM

A77/5، المنشور لهذا البند هو مراجعة ل EB154/13 التي نظر فيها المجلس التنفيذي في يناير. ويستند التقييم إلى المناقشات التي جرت فيما بين الدورات.

الأولويات الاستراتيجية والتشغيلية لمنظمة الصحة العالمية للتصدي للعدوى البكتيرية المقاومة للأدوية في قطاع الصحة البشرية، 2025-2035

1. تحدد الفقرات الخمس الأولى من الوثيقة A77/5 (تقرير المدير العام المؤرخ 11 أبريل 2024) المؤرخة حجم المشكلة والضرر المنتشر الذي تسببه عبر النظام الصحي والقطاعات الأخرى والوفيات والمراضة المفرطة التي تؤدي إليها. ثم يشير التقرير في الفقرات من 6 إلى 10 إلى الجهود السابقة التي بذلتها منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بمقاومة مضادات الميكروبات وإنشاء تحالف رباعي لمعالجتها كجزء من نهج شامل للصحة الواحدة. وتتألف المنظمات الرباعية من منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، والمنظمة العالمية لصحة. وقد أيد الجميع خطة العمل العالمية التي وضعت في عام 2015 (في ج ص 68-7)، واتفقوا على إجراءات متعددة القطاعات لتنفيذها. وقد تبنت الدول الثلاث الأخرى استراتيجيات خاصة بقطاعات محددة لمكافحة مقاومة مضادات الميكروبات، وهذه هي الخطوة التي اتخذتها منظمة الصحة العالمية لفعل الشيء نفسه في قطاع الصحة البشرية. وحتى الآن، وضع 170 بلداً خططا وطنية، على الرغم من أن 27 في المائة منها فقط أبلغت عن إحراز تقدم في التنفيذ الفعال لهذه الخطط (الفقرة 7) وقدم 11 في المائة فقط ميزانية لذلك.

2- ونرحب أيما ترحيب بالرؤية الاستراتيجية (الفقرة 11) والأولويات الاستراتيجية الأربع (الفقرة 12). وعلى حد تعبير "تتمثل الرؤية الاستراتيجية الكامنة وراء وضع الأولويات في السيطرة على أزمة الصحة العامة والأزمة الاجتماعية والاقتصادية الملحة وعكس مسارها بسبب العدوى المقاومة للأدوية لدى البشر، كمساهمة حاسمة في الجهد العالمي لبناء عالم أكثر صحة للجميع". تأمل PHM

وتدعو إلى تفسير عالم أكثر صحة للجميع ليشمل جميع عناصر الطبيعة بمعنى *Buen Vivir* ولا يقتصر على التفسير الاختزالي الضيق للإنسان لنفسه.

3- والتوصيات المقترحة مصبوغة على أنها "أربع أولويات استراتيجية عاجلة لاستجابة شاملة في مجال الصحة العامة لمقاومة مضادات الميكروبات في قطاع الصحة البشرية". الأول هو الوقاية من جميع الالتهابات التي تؤدي إلى استخدام المضادات الحيوية ، مع ملاحظة أن الالتهابات الفيروسية وغيرها تساهم أيضا في الاستخدام غير المناسب للمضادات الحيوية. الأولوية الاستراتيجية الثانية هي حصول الجميع على التشخيص الجيد والعلاج المناسب للعدوى. وتسمى الأولوية الثالثة المعلومات الاستراتيجية والعلم والابتكار، وتشمل مراقبة كل من مقاومة مضادات الميكروبات واستهلاك/استخدام مضادات الميكروبات، فضلا عن تطوير لقاحات ووسائل تشخيص وعوامل مضادة للميكروبات جديدة؛ والتدابير الرامية إلى جعلها ميسورة المنال وميسورة التكلفة؛ والرابع يسمى الحوكمة والتمويل.

4. هذا التقرير صامت بشكل مدهش حول دور استخدام المضادات الحيوية في تربية / القطاعات الزراعية / البيطرية ، على الرغم من أنه من المعروف جيدا أن الكثير من مقاومة المضادات الحيوية التي تنشأ هي من الضغوط التجارية على هذا القطاع التي تؤدي إلى مستويات عالية من الاستخدام غير المناسب للمضادات الحيوية. ولعل السبب في ذلك هو أن هذه المسألة تعالج في الاستراتيجيات القطاعية الشاملة للشركاء الرباعين الآخرين، ولا سيما منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، والمنظمة العالمية لصحة. وقد تم توفير وصلات إلى هذه التقارير. غير أنه يلزم إجراء مناقشة موجزة لكل من هذه النقاط تبين نقاط التقارب.

5- والفقرة 20 التي تفصل الاستراتيجية الأولى للوقاية من العدوى هي بيان موجز جدا للنوايا يشير إلى بعض المحددات القريبة للعدوى. وهذا غير كاف لتوجيه العمل أو قياس التقدم المحرز. ويلزم معالجة المحددات الهيكلية لارتفاع معدلات الإصابة بين الفقراء والمهمشين، فضلا عن المحددات القريبة للمياه والمرافق الصحية والسكن اللائق والملبس، وظروف العمل والمعيشة اللائقة، وذلك بإدخال معايير الصحة العامة وإنفاذها. ولدى العديد من البلدان قوانين من هذا القبيل للصحة العامة، مع قيام مؤسسات الحكم المحلي بتحمل الواجبات، ولكن الحكومات المحلية لا تزود عموما بالقدرات والسلطات المالية اللازمة للقيام بهذا الدور.

7- ونرحب أيضا ترحيب بالاستراتيجية الثانية (الفرقة 21)، وهي "حصول الجميع على تشخيص جيد وجيد وعلاج مناسب للعدوى بتكلفة معقولة". وهو يدمج الشواغل المتعلقة بضمان الحصول على المضادات الحيوية الأساسية مع القيود المفروضة على الاستخدام غير المناسب. ونرحب أيضا بالبيان القائل بأن "هذه الأولوية تتطلب دمج تدخلات محددة - لا سيما للإشراف التشخيصي والمضادات الحيوية استنادا إلى تصنيف منظمة الصحة العالمية *AWaRe* (الوصول والمراقبة والاحتياطي) وكتاب منظمة الصحة العالمية للمضادات الحيوية *AWaRe*. ويشمل ذلك ضمان الوصول العادل بين الجنسين وتلبية الاحتياجات المحددة للفئات الضعيفة بما في ذلك المهاجرين واللاجئين". *AWaRe* هو موضع ترحيب كبير. ومع ذلك ، يجب أن نشير إلى أن هذه المفارقة: من ناحية ، تعاني المجموعات الفرعية السكانية الرئيسية من مشاكل خطيرة في الوصول إلى المضادات الحيوية الأساسية (والأدوية الأخرى) بينما يعاني جميع السكان في الوقت نفسه من درجات عالية من الاستخدام المهدر وغير العقلاني وغير العلمي وحتى الخطير للمضادات الحيوية. تكمن جذور هذه المفارقة في طبيعة الإنتاج الرأسمالي، وفي حين أن عمل الدولة يمكن أن يخفف من هذه المشكلة ويتكيف معها، فإنه لا يمكنه التخلص منها تماما.

9. على الرغم من التدابير المتخذة لتخفيف من الاستخدام غير المناسب للمضادات الحيوية، فإن الصمت بشأن بعض دوافع الاستخدام غير المناسب هو نقطة ضعف رئيسية في هذه الاستراتيجية. الكثير من الاستخدام غير المناسب للمضادات الحيوية يرجع إلى الضغوط التجارية والعلاقة التي تربطها بالسلوكيات المهنية. وتؤدي هذه الضغوط إلى تشكيل الطلب العام لصالح الاستخدام غير السليم وتؤدي إلى إضفاء الشرعية على الحلقة المفرغة. يتناول هذا التقرير هذه المشكلة برمتها كقضية تتعلق بسلوك المستهلك وضمنا إلى حد ما لمقدمي الخدمات ، لكنه يستبعد تماما اعتبارات الاقتصاد السياسي التي تشمل التسويق التجاري وغير الأخلاقي للأدوية. لا تقتصر هذه المشكلة على المضادات الحيوية ، ولكن في علاج الالتهابات ، فإن المعاملات الفردية غير المناسبة بين مقدم الخدمة والمريض لها تأثير سلبي على جميع السكان. لا يوجد ذكر في التقرير للحاجة إلى ضوابط على تسويق المضادات الحيوية ، من خلال ضبط النفس التنظيمي على التسويق غير الأخلاقي وممارسات الوصفات الطبية. ولا يوجد أي ذكر للحاجة إلى تحسين فرص حصول الأطباء من المؤسسات الخالية من تضارب المصالح على معلومات وصفات طبية جيدة النوعية. لا يوجد ذكر لتواطؤ الجمعيات المهنية في مثل هذا التسويق غير الأخلاقي لأسباب تتعلق بالقوة المهنية ولتحقيق مكاسب مالية. لا يوجد ذكر لاستخدام الأدوية الجنيسة على أنها مختلفة عن الأسماء التجارية. لا يوجد ذكر لصعوبة تقييد استخدام المضادات الحيوية من الجيل الثالث والرابع في بيئة لا يوجد فيها تقريبا أي تنظيم للقطاع الخاص في مجال الرعاية الصحية.

10. عندما يتعلق الأمر بالإشراف ، هناك حاجة إلى حلول أكثر عملية وبأسعار معقولة لاتخاذ خيارات الوصفات الطبية المناسبة بدلا من الدعوة إلى التوسع الهائل في التشخيص الميكروبيولوجي والجينومي حيث تتطلب كل نوبة عدوى فردية إنفاقا كبيرا على التشخيص. يتمثل التحدي الرئيسي للإشراف حتى الآن في معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في ضمان الحد الأدنى من الوصول الأساسي إلى قدرة علم الأحياء الدقيقة (أي المختبر ، وعلماء الأحياء الدقيقة ، والمبادئ التوجيهية للعلاج القياسية) والمعلوماتية المناسبة للصحة العامة ومراقبة الأمراض. ولا تذكر مشكلة الوصول إلى القدرة البكتريولوجية هذه إلا كأحد المؤشرات. ولا يعترف هذا التقرير حتى بمشاكل تطوير هذه القدرات. لا يوجد ذكر لكيفية تحقيق هذه الاستراتيجية في القطاع الخاص ، دون تعزيز تنظيم المؤسسات السريرية الخاصة.

11- ويطلق على الاستراتيجية الثالثة المقترحة في هذا التقرير الآن اسم المعلومات الاستراتيجية والعلوم والابتكار. وتركز هذه الاستراتيجية على ترصد كل من المقاومة واستهلاك المضادات الحيوية ومسوحات انتشار المقاومة. وهناك سطر في الفقرة 22 ينص على ما يلي: "تدابير شاملة لتعزيز زيادة البحث والتطوير في مجال اللقاحات ووسائل التشخيص والمضادات الحيوية (والبدائل) التي تستهدف أكبر احتياجات الصحة العامة" ولكن بعد ذلك لم يرد ذكر لذلك في الجداول أو المؤشرات. وحتى فيما يتعلق بالترصد، فإن التردد القائم بذاته لمقاومة مضادات الميكروبات لن يجدي نفعا. ولن يكون ترصد مقاومة مضادات الميكروبات كافيا إلا إذا كان جزءا من تعزيز النظم الصحية لتقديم خدمات صحية شاملة، مع قدرة تشخيصية أفضل، ونظم معلومات أفضل للمستشفيات، ونظام متكامل لمراقبة الأمراض. كما لا يوجد ذكر لكيفية امتداد هذه الأنظمة إلى القطاع الخاص. إن الدعوة إلى تنظيم أفضل للقطاع الخاص أمر ضروري لتحقيق تأثير على مستوى السكان.

12. نظام الابتكار والمعرفة الحالي سيء لجميع الأدوية الأساسية ذات الأهمية للصحة العامة ، ولكن عندما يتعلق الأمر بالمضادات الحيوية فهو أمر فظيع. بحكم التعريف ، يجب أن يكون استخدام المضادات الحيوية من الجيل الثالث والرابع مقيدا للغاية ، مما يعني حجم سوق محدود للغاية وهوامش أسعار عالية جدا. ليس من الممكن إنشاء نظام للملكية الفكرية ونموذج تمويل للمضادات الحيوية الأحدث فقط. من شأن التمويل العام لأبحاث المضادات الحيوية أن يساعد ، ولكن بدون السيطرة على براءات الاختراع والتوزيع ، سنرى نفس النتيجة كما رأينا مع لقاحات Covid ، وهو ربح ضخم لشركات الأدوية الكبرى مع عدم المساواة العالية في الوصول ، على الرغم من التمويل العام. والتدابير الدنيا لنظام فعال للابتكار هي: (أ) فصل سعر الابتكار والتطوير عن سعر تسويق الدواء، بحيث لا يعكس هذا الأخير سوى تكاليف التصنيع؛ (ب) عندما يتعلق الأمر بالتمويل العام، واكتساب الجمهور لحقوق الملكية الفكرية، والترخيص الإلزامي للعديد من المصنعين الجنيين للقيام بالإنتاج، بما في ذلك التصنيع في القطاع العام، حيثما أمكن ذلك. وهناك وعي ببعض هذه المشاكل، ولكن اقتراح معالجتها على النحو الوارد في الفقرة 36 اقتراح مخادع. يتم تصوير دور منظمة الصحة العالمية ورسد وتعزيز خيارات الكتابة فيما ستضطلع به الصناعة والشركاء الآخرون في البحث والتطوير وبعض التدابير الإدارية الإضافية التي لن يكون لها تأثير يذكر دون معالجة الأسئلة المركزية.

13. باختصار ، على الرغم من وجود العديد من التدابير الجديرة بالترحيب في هذه الاستراتيجيات ، إلا أن كل استراتيجية واحدة غير مكتملة للغاية بحيث لا تنجح. أنا

مشروع قرار: التعجيل بالاستجابات الوطنية والعالمية والتحضير لاجتماع الأمم المتحدة الرفيع المستوى المعني بمقاومة مضادات الميكروبات.

ويشير مشروع القرار الوارد في [الوثيقة م ت154/مؤتمر7](#) إشارة متكررة إلى الأولويات الاستراتيجية والتشغيلية للتعجيل بالاستجابات الوطنية والعالمية. وبما أن هذه الأولويات لا تزال قيد المناقشة، فإن المجلس لم يوص الجمعية العامة رسميا بالمشروع. ومع ذلك، فإن الاتجاه العام لمشروع القرار وإطاره واضحان، وبافتراض الاتفاق الآن على الأولويات الواردة في الوثيقة ج5/77، سيقدم القرار بصيغته المعدلة إلى الجمعية. والأهم من ذلك أن هذا القرار سيجوّه أيضا المناقشات في الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مقاومة مضادات الميكروبات في وقت لاحق من هذا العام.

وترحب آلية سياسات الهجرة بالاستراتيجيات الرئيسية الثلاث التي تشكل خطة العمل لمكافحة المشاكل المتزايدة لمقاومة مضادات الميكروبات. هذه هي - 1. الوقاية من الالتهابات. 2- حصول الجميع على تشخيص جيد وعلاج مناسب وبتكلفة معقولة؛ و 3. المعلومات الاستراتيجية والعلوم والابتكار. هذه العناصر الثلاثة المستقلة لنهج شامل للصحة العامة لتحقيق تأثير مستدام في إبطاء ظهور وانتشار الالتهابات البكتيرية المقاومة للأدوية والحفاظ على المضادات الحيوية الفعالة. كما ترحب آلية إدارة الموارد بالدعوة إلى تعزيز الحوكمة والتمويل ودعم الخطط على المستوى القطري باعتبارها العناصر التشغيلية لتحقيق التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف.

وفي حين أن هذه كلها ضرورية، إلا أن هناك عددا من الشواغل الأخرى التي ندعو إلى إدراجها في هذا القرار وفي الإعلان السياسي لاجتماع الأمم المتحدة الرفيع المستوى المقرر عقده بشأن مقاومة مضادات الميكروبات:

1. دعوة البلدان إلى سن وتنفيذ تشريعات الصحة العامة التي يمكن أن تفرض حقوق السكان على الدولة لضمان الحصول على المياه الآمنة والصرف الصحي وتدابير النظافة الصحية كاستحقاق من خلال الخدمات العامة. ومن الضروري أن يتماشى ذلك مع تزويد الحكومات الذاتية المحلية بالسلطات المالية وعمليات نقل التكنولوجيا والقدرات الأخرى اللازمة لأداء دورها. كما دعوة البلدان إلى سن معايير الصحة العامة لضمان الجودة في جميع مرافق الرعاية الصحية. وهذه التدابير مجتمعة من شأنها أن تدفعنا إلى الأمام نحو الوقاية من العدوى ومكافحتها، وتعالج جزئيا على الأقل أوجه الإجحاف في الأسباب والعواقب الحالية لارتفاع مستويات الإصابة في القطاعات الفقيرة والأكثر ضعفا.

2. الاعتراف بالدور الذي أحدثته الأسواق الخاصة سبب التنظيم في السلع الطبية وفي توفير الرعاية الصحية في انتشار مقاومة المضادات الحيوية والدعوة إلى نظام قوي لتنظيم تسويق المضادات الحيوية ، مصحوبا بتوفير معلومات جيدة النوعية وتعزيز استباقي لخيارات أفضل للمضادات الحيوية. يجب أن يكون هذا جزءا من نظام تنظيمي أفضل لرعاية القطاع الخاص في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. خاصة في مجال الرعاية الصحية الأولية ، ولكن في جميع مستويات الرعاية الصحية ، يجب أن يكون أحد مبادئ تنظيم الخدمات الصحية هو أن صنع القرار السريري لا يخضع لضغوط السوق. ويمكن ضمان ذلك على أفضل وجه من خلال توفير الخدمات للجمهور وفي تصميم العقود مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، الذين يلتزمون بهذا المبدأ.

3. ضمان توفير التوجيه الميكروبيولوجي للجمهور بما في ذلك خدمات الاختبار المجانية أو التي يتم التحكم فيها بأسعار معقولة لجميع المرضى بغض النظر عن اختيار مقدم الخدمة. كما ينبغي أن يدعو إلى توافر واستخدام المعلومات المستمدة من الترصد الميكروبي المستمر محليا لتوجيه الإرشادات المحلية المناسبة بشأن استخدام المضادات الحيوية.

4. حظر استخدام المضادات الحيوية للأغراض الوقائية وتعزيز النمو في تربية من أجل الغذاء ، وتحسين مراقبة الميكروبات والتغذية المرتدة للمزارعين والأطباء البيطريين لتوجيه اختيار المضادات الحيوية ، وتقبيد استخدام بعض المضادات الحيوية في بعض القطاعات.

5. الدعوة إلى أن يصبح اجتماع الأمم المتحدة رفيع المستوى والإعلان السياسي دعوة متقاربة للتحالف الرباعي وليس فقط لقطاع الصحة البشرية.

6. الإسراع في تطوير مضادات حيوية أفضل مع وضع نظام ابتكار أكثر فعالية للمضادات الحيوية والذي ينبغي (أ) فصل سعر الابتكار والتطوير عن سعر تسويق الدواء - وهذا الأخير يعكس تكاليف التصنيع فقط و (ب) عندما يتعلق الأمر بالتمويل العام ، تفويض الاستحواذ العام على حقوق الملكية الفكرية والترخيص الإلزامي للعديد من الشركات المصنعة الجنيصة للقيام بالإنتاج بما في ذلك التصنيع في القطاع العام حيثما أمكن ذلك.

وتضاف هذه المطالب إلى العديد من التدابير الجديرة بالترحيب التي اقترحها القرار نفسه.

مراجع:

- 1 . موس م. رسم مسار أجندة مقاومة مضادات الميكروبات في عام 2024. unfoundation.org. تم النشر في 28 نوفمبر 2023. تم الوصول إليه في 4 فبراير 2024. <https://unfoundation.org/what-we-do/issues/global-health/the-amr-agenda-in-2024>
- 2 . أيوكيبونغ جا ، نتيمنجوا م ، أتابي أن. تهديد مقاومة مضادات الميكروبات في البلدان النامية: الأسباب واستراتيجيات المكافحة. *مضادات الميكروبات تقاوم مكافحة العدوى*. 2017; 6(1):47. دوى: 10.1186 / 017-0208-x / 13756

3 . كويا، س.ف، غانيش، س، سيلفراج، س. /آخرون. محددات استهلاك المضادات الحيوية في القطاع الخاص في الهند: نتائج من تحليل تحوف الآثار الثابتة شبه التجريبي باستخدام بيانات السلاسل الزمنية المستعرضة ، 2011-2019. ممثل العلوم 14 ، 5052 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54250-2>

12. الاستراتيجية التقنية العالمية والأهداف المتعلقة بالمalaria 2016-2030

تحت المجهر

ويستعرض تقرير الأمانة (ج/77/6) الاتجاهات العالمية، والتهديدات التي تواجه مكافحة malaria، والإجراءات المتخذة لمواجهة التهديدات، والفرص المتاحة لتسريع وتيرة التقدم في مكافحة malaria. في الفقرة 28. إن جمعية الصحة مدعوة إلى الإحاطة علما بالتقرير والنظر في المسائل التالية:

- بناء على الزخم الناتج عن المؤتمر الوزاري المعني بالمalaria في الكامبيرون في آذار/مارس 2024 (انظر الإعلان)، كيف يمكن ترجمة الالتزام السياسي المتزايد في البلدان ذات العبء الأكبر إلى موارد محلية للرعاية الصحية الأولية ومكافحة malaria؟
- في ضوء توقف التقدم المحرز في مكافحة malaria في البلدان ذات العبء المتوسط والعالي (انظر [تقرير malaria العالمي، 2023](#))، ما الذي ينبغي للدول الأعضاء فعله لتأمين استثمارات دولية كافية تتماشى مع الخطط والأولويات الوطنية؟
- ما هو الدعم (التقني والمالي) الذي تحتاج إليه الدول الأعضاء لتكثيف استجاباتها للتهديدات البيولوجية مثل مقاومة الأدوية المضادة للمalaria؟
- كيف يمكن للدول الأعضاء أن تكفل الاستجابات للمalaria بأكثر الطرق كفاءة وإنصافاً واستدامة؟

ويبدو من المرجح أن يقدم مشروع قرار يستند إلى الإعلان الوزاري الصادر عن مؤتمر الكامبيرون.

خلفية

الاستراتيجية التقنية العالمية لمكافحة malaria 2016-2030 المعتمدة في [ج ص ع 68-2](#) (2015) والنسخة المحدثة المعتمدة في [ج ص ع 74-9](#) (2021).

[تقرير malaria في العالم 2023](#). جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023

انظر [روابط التعقب](#) لمناقشات مجلس الإدارة السابقة حول malaria

تعليق PHM: التقدم المحرز في الاستراتيجية العالمية لمكافحة malaria قد انحرف بشكل خطير عن المسار الصحيح - وكذلك استراتيجيات منظمة الصحة العالمية لتصحيحه

إن تقرير المديرية العامة عن التقدم المحرز فيما يتعلق بالاستراتيجية التقنية العالمية والأهداف المتعلقة بالمalaria للفترة 2016-2030 يبعث على القلق. قوة التقرير هي صدقه. وتنص الفقرة 5 صراحة على أن "التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف الاستراتيجية المتعلقة بالحد من حالات الإصابة والوفيات قد انحرف بشكل خطير عن مساره. إذا استمر المسار الحالي، تفويت هدف 2030 للحد من حدوث الحالات بنسبة 89%، في حين سيتم تفويت هدف خفض معدلات الوفيات بنسبة 88%".

في العامين الماضيين (بين عامي 2019 و 2022) كانت هناك زيادة كبيرة في الحالات من 233 مليون إلى 249 مليون، ومن بين هذه الزيادة البالغ عددها 16 مليون، هناك 15 مليون من إفريقيا وحدها، والتي تمثل الآن 94 في المائة من الحالات و 95 في المائة من الوفيات. تم تسجيل ما يقرب من 608,000 حالة وفاة بالمalaria في عام 2022 - وهو أيضاً زيادة عن 576,000 حالة مسجلة في عام 2018.

وعلى الجانب الإيجابي، فإن الإبقاء على حالة القضاء في 102 بلد وحالة الإزالة القريبة في 21 بلداً آخر هي أخبار إيجابية. وجميع هذه البلدان الأخيرة بلدان منخفضة العبء. إذا تم دمج استراتيجيات الاستبقاء بشكل جيد مع النظم الصحية الروتينية التي تعمل ولا تعتمد على

تمويل الديون الدولية ولا تسلب ميزانية غير متناسبة من التحديات المباشرة لإنقاذ الأرواح ، فإن مثل هذه الأخبار ستكون موضع ترحيب أكبر. هناك حاجة إلى قدر كبير من الحذر من أن الحجة المؤيدة للحفاظ على الإلغاء لا تصبح ذريعة لاستنفاد الإنفاق العام على أولوية انتقائية وترك بقية الرعاية الصحية للأسواق ثم إلقاء اللوم على القطاع العام لضعف الأداء.

يقدم تقرير المدير العام الأسباب التالية للاستراتيجية العالمية ، التي خرجت عن المسار الصحيح (انظر الفقرات من 7 إلى 15 من التقرير):

- 1 . النظم الصحية الهشة ذات سلاسل التوريد الضعيفة ، ونقص المهنيين الصحيين المهرة ،
- 2 . ضعف المراقبة والرصد والتقييم - خاصة مع عدسة الإنصاف ،
- 3 . عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية الأساسية،
- 4 . عدم كفاية التمويل للسلع الأساسية المتعلقة بالملايا،
- 5 . عدم كفاية التمويل المحلي والعالمي لتعزيز الخدمات الصحية،
- 6 . حالات الطوارئ الإنسانية والصحية،
- 7 . مقاومة الأدوية (خاصة للأرتيميسين) ومقاومة المبيدات الحشرية (خاصة للبيريثرويدات) ،
- 8 . انتشار *Anopheles Stephansi* - مما يشير إلى تطور مستويات عالية من الملايا في المناطق الحضرية في المناطق التي لم يكن لديها هذا من قبل (نضيف: ولكن حيث كان من الممكن التنبؤ بمجيئها من الأنماط السابقة) ، و
- 9 . تغير المناخ.

يتم تحديد جميع العوامل المذكورة أعلاه بشكل صحيح. غير أن معظم هذه التوصيات لم تعالج معالجة كافية. وتركز التوصيات على العوامل الطبية الحيوية المتمثلة في التصدي للمقاومة بأدوية أفضل، واختيار أفضل وأكثر استنارة للأدوية، والناموسيات المحسنة. وهذه التدابير ضرورية وجديرة بالترحيب، ولكن المسائل الرئيسية تتجاوز بكثير الأثر المحتمل لهذه التدابير. هناك أيضا توقعات كبيرة تتراكم حول اللقاحين الجديدين اللذين تم تقديمهما. يتم تقديم واحدة على الأقل من هذه الأدوية للأطفال فقط وحتى الآن تظهر انخفاضاً متواضعاً بنسبة 13 في المائة في وفيات الأطفال. سيساعد بالتأكيد ، لكن التوسع في هذه الاستراتيجية يمكن أن يستهلك الموارد وعلى المرء أن يراقب بعناية النتائج المتوقعة. في حين أن اللقاحات موضع ترحيب كبير كأداة إضافية للتنفيذ في هذه المرحلة من التطوير ، فمن غير المرجح أن تغير قواعد اللعبة.

وفيما يتعلق بالمسائل المتصلة بالتكامل مع النظم الصحية، يقتصر التقرير على الإشارة إلى ما يلي:
ولتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة، تعمل منظمة الصحة العالمية مع البلدان على إعادة توجيه النظم الصحية نحو الرعاية الصحية الأولية - وهو نهج يمكن أن يساعد في تقديم 90٪ من الخدمات الصحية الأساسية، بما في ذلك خدمات الملايا، وإنقاذ حياة 60 مليون شخص بحلول عام 2030. تستخدم الرعاية الصحية الأولية نهجا يشمل المجتمع بأسره لتنظيم وتعزيز النظم الصحية الوطنية بشكل فعال لجعل الخدمات الصحية والرفاه أقرب إلى المجتمعات.

وهذا مجرد اعتراف باستراتيجية منظمة الصحة العالمية للتغطية الصحية الشاملة. نحن نعلم أن استراتيجية التغطية الصحية الشاملة هذه لا تعمل بشكل جيد للغاية وأحد الأسباب هو الافتقار إلى التكامل. وحتى في بنود جدول الأعمال الواردة في ج ص ع 77 بشأن التغطية الصحية الشاملة (11.1) والرعاية الصحية الأولية (28.2) - كنظام متكامل للصحة الإنجابية) لم يرد ذكر يذكر للملايا. ونعلم أيضا أن الجهات المانحة وقادة البرامج الوطنية لمكافحة الملايا يصرون على الأرض على الاحتفاظ بصومعة عمودية لمكافحة الملايا - مبررين ذلك بضعف النظم الصحية. هذه الحلقة المفرغة بين النظم الصحية الضعيفة وعدم التكامل هي في أسوأ حالاتها في تلك البلدان والمناطق (مثل الرعاية الصحية الحضرية) حيث الرعاية الصحية الأولية ضعيفة للغاية.

ويتجلى فشل الاستراتيجية العالمية لمكافحة الملايا في فهم الرعاية الصحية الأولية وأخذها في الاعتبار بما يتجاوز الاعتراف الاسمي بذلك، بأوضح صورة من مدى عدم وجود جدول أعمال اللامركزية وإشراك المجتمع المحلي/المشاركة المجتمعية تماما في التوصيات. وهناك بعض الإشارات إلى ذلك فيما يتعلق بالملايا الحضرية، حيث لم يكن لبرنامج الملايا تقليديا موظفون أو تواصل، ولكن حتى هذا المستوى من الاعتراف غير موجود في بقية الاستراتيجية. تشكل المستوطنات النائية التي يصعب الوصول إليها في المناطق الموبوءة بالملايا مشاكل انتقال الملايا الدائم في هذه المناطق ، وانتشار حالات الملايا بدون أعراض مرتفع للغاية. ولا تكتشف برامج الملايا الروتينية هذه العدوى الخفية ولا تعالجها. وبالتالي فإن هذه العدوى تعمل كمستودعات لنقل الملايا. ومرة أخرى، وبسبب صعوبة

الاتصال المتأصلة وضعف النظام الصحي، تظل هذه النقاط الساخنة بعيدة عن يقظة البرامج الوطنية لمكافحة الملاريا. ومن ثم هناك حاجة إلى استراتيجية خاصة لوقف انتقال الملاريا من هذه المناطق والقضاء على الخزانات.

قضية العمل اللامركزي المستنير: على الرغم من أن المحددات الوبائية والاجتماعية للانتشار، ومحددات النظم للنجاح، وقائمة الخيارات التقنية للتصدي للمرض معروفة جيدا، فإن الجمع الدقيق بين هذه العناصر الثلاثة يختلف اختلافا كبيرا عبر المقاطعات والمقاطعات وحتى داخل المقاطعات. في تقاليد علماء الملاريا - "الملاريا مرض محلي وبؤري للغاية". لذلك يتطلب الأمر جهدا كبيرا في التخطيط اللامركزي مع وجود المجتمع المحلي في المركز ليكون له تأثير. تكون المراقبة واستخدام البيانات أكثر فعالية إذا تم استخدامها لتوجيه العمل المحلي. يكون العمل المحلي أكثر فعالية إذا شارك المجتمع المحلي بفهم مستنير للخيارات المتاحة له وكانت الخيارات أيضا مقبولة للمجتمع. ونؤكد أنه حينما كان هناك نجاح في السيطرة، فقد اتبعت دائما ذلك المنطق.

وتشكل المستوطنات النائية التي يصعب الوصول إليها في المناطق الموبوءة بالملاريا مشاكل تتعلق بالانتقال الدائم للملاريا بسبب ارتفاع معدل انتشار الملاريا التي لا تظهر عليها أعراض. ولا تكتشف برامج الملاريا الروتينية هذه الإصابات الكامنة، وهي على أي حال أضعف في هذه المناطق وتصبح هذه المناطق مستودعات لانتقال الملاريا. ومن ثم يلزم وضع استراتيجيات خاصة خاصة بهذه المستوطنات لوقف انتقال الملاريا والقضاء على الخزانات. وهذا يؤكد مرة أخرى على الحاجة إلى وضع خطط عمل لامركزية مستنيرة تستند إلى علم الأوبئة المحلي، ونضج النظم الصحية المحلية، والاختيار التقني المناسب، مع تضمين الأخير ليس فقط الفعالية التقنية ولكن أيضا قبول المجتمع.

المجتمع في المركز؛ آليات السوق لا تعمل: التغطية الصحية الشاملة كسواء للرعاية من مقدمي الرعاية من القطاع الخاص باستخدام آليات السوق كإشارات ليس لديها ما تقدمه لمكافحة الملاريا. بالنسبة للأسواق، يكون المجتمع مستهلكا وليس منتجا مشاركا. ومع ذلك، إذا كان القضاء على الملاريا هو الهدف، فيجب أن يكون المجتمع مشاركا نشطا، ويجب أن يكون القضاء على الملاريا، بما في ذلك الحصول على الرعاية المهنية الماهرة للرعاية العلاجية، منفعة عامة. وأن خدمات الصحة العامة ديمقراطية ولا مركزية بالتوازي مع تمكين المجتمعات وهيئات الحكم الذاتي المحلي بالمعرفة والأدوات اللازمة لاتخاذ الخيارات الصحيحة.

دور العاملين في مجال الصحة المجتمعية: هناك بعد آخر بالغ الأهمية لبرنامج مكافحة الملاريا يبدو أن تحيزه التكنوقراطي قد غاب عنه تماما في هذا التقرير وهو الدور الهائل الذي يلعبه العاملون الصحيون المجتمعيون في الخطوط الأمامية لمكافحة الملاريا. إن التعامل مع العاملين الصحيين المجتمعيين كأداة مخصصة وسحب العاملين الصحيين المجتمعيين قبل الأوان (أو تحويلهم إلى أدوار غير الرعاية الصحية) بمجرد أن يبدأ معدل الإصابة بالملاريا في الانخفاض كان مساهما رئيسيا في عودة ظهور الملاريا بشكل متكرر.

معايير الصحة العامة والمحددات الاجتماعية: إن الفشل في التوصية بمعايير الصحة العامة وتنفيذها التي تخضع هيئات الحكم المحلي التي تم تمكينها وتزويدها بالموارد على النحو الواجب للمساءلة عنها، والتي يدركها السكان، هو بعد آخر مفقود للاستراتيجية العالمية. ويتعين على الاستراتيجية العالمية أن تأخذ في الاعتبار المحددات الاجتماعية والبيئية لمكافحة الملاريا على نحو أكثر صرامة إذا ما احتاجت إلى إحراز تقدم.

ديناميات النواقل كجزء من OneHealth: وأخيرا، نشير أيضا إلى أن الملاريا هي أحد الأمراض التي ينقلها البعوض والأمراض المنقولة بالنواقل من بين العديد من الأمراض، وخاصة في أفريقيا، هناك علاقة وثيقة بين مكافحة الملاريا وغيرها. وفي بعض المناطق، تتبع مكافحة الملاريا عن كثب عودة حمى الضنك. في مناطق أخرى تنتقل أمراض متعددة عن طريق نفس الناقل. هناك أيضا علاقة بين النواقل في تربية وفي أنواع غير المستأنسة. يجب أن تتناول البحوث المهنية ديناميات النواقل بطريقة متكاملة وأن تلاحظ علاقتها بالعمل البشري وتغير البيئة. ويجب أن يسترشد بهذا الفهم في تدخلات النظم الصحية ومشاركة المجتمعات المحلية في مكافحة الملاريا.

WHE ل IOAC 13.1

تحت المجهر

التقرير الثاني عشر: ج7/777

خلفية

[صفحة ويب IOAC](#)

[الاختصاصات](#)

انظر [روابط التعقب](#) للمناقشات السابقة لتقارير IOAC

تعليق PHM

القضايا البارزة من تقرير IOAC:

- يدين الهجمات على الرعاية الصحية (الفقرة 7). 620 حالة وفاة في أقاليم ما وراء البحار الفلسطينية في عام 2023؛
- النقص العالمي في لقاح الكوليرا ، بحاجة إلى تعزيز القدرة التصنيعية ؛
- تأثير تغير المناخ على مخاطر حمى الضنك؛
- كارثة في السودان: 6.6 مليون نازح داخليا. 1.8 متر عبر الحدود؛
- الأزمات الإنسانية: "سيحتاج أكثر من 300 مليون شخص في 72 بلدا إلى مساعدات إنسانية في عام 2024، وتواجه منظمة الصحة العالمية تحديات متعددة، بما في ذلك محدودية وصول المساعدات الإنسانية وانخفاض التمويل للأزمات الإنسانية؛"
- اللجنة الاستشارية المستقلة للرقابة تسلط الضوء على الحاجة إلى الإبلاغ الموحد والرصد المستقل لتأهب البلدان واستعدادها؛
- انظر الفقرة 38 المتعلقة بالمدفوعات من صندوق مكافحة الأوبئة بما في ذلك لدعم رفع مستوى القدرات الأساسية؛
- "تؤكد اللجنة من جديد أن الإنصاف والتضامن ليسا مبدئين أخلاقيين فحسب، بل هما شرطان أساسيان للوقاية من الأوبئة والاستجابة لها بفعالية. فمراقف الاستجابة المتباينة وغير المنصفة تنتشر المرض". [...] "يجب أن يقوم الاتفاق على الإنصاف والتضامن". تقديم المشورة إلى INB ولكن لا توجد اقتراحات تشغيلية ؛
- الدعوة إلى تعزيز مساءلة الدول الأعضاء فيما يتعلق بالاستغلال الجنسي والاعتداء الجنسي والتحرش في حالات الطوارئ الإنسانية، مع تقديم المزيد من الدعم من المكاتب الإقليمية والممثلين القطريين لمنظمة الصحة العالمية؛
- الحاجة إلى مواءمة أوثق بين مقر WHE والإدارات ذات الصلة في المكاتب الإقليمية ؛ على سبيل المثال توثيق التعاون "للمنظمة بأكملها" في مختلف عمليات الاستعراض ؛
- ويلزم إيلاء مزيد من الاهتمام للتعيين والاستبقاء؛ الوظائف الشاغرة 425 من أصل 2290 وظيفة ؛
- الحاجة إلى زيادة كبيرة في تمويل WHE ؛ تشعر اللجنة الأولمبية الدولية بقلق عميق إزاء النقص المزمن في التمويل المرن والمستدام.

وتقدر المنظمة عمل اللجنة الأولمبية الدولية.

13-2 تنفيذ اللوائح الصحية الدولية

المحتويات

- [تحت المجهر](#)
- [خلفية](#)
- [ثانيا - لمحة عامة عن المسائل قيد النظر](#)
- [تعليق PHM](#)
- [ملاحظات المناقشة](#)

تحت المجهر

"28 - إن جمعية الصحة مدعوة إلى الإحاطة علما بهذا التقرير (ج/77/8)، والنظر في التوصيات الدائمة بشأن كوفيد-19 والبكتيريا المنقولة بوقاع المخدرات الواردة في الوثيقتين ج/77/8 إضافة 2 وج/77/8 إضافة 4، وفقا للمادة 53(ز) من اللائحة التنفيذية، وتقديم إرشادات بشأن المسألة التالية:

- كيف يمكن للدول الأعضاء في المنظمة أن تواصل تعزيز تنفيذ اللوائح، بما في ذلك ريثما تدخل حيز النفاذ أي تعديلات قد تعتمدها جمعية الصحة هذه؟"

ج/77/8: تقرير الأمانة

ج/77/8 إضافة 1: تقرير لجنة المراجعة بشأن التوصيات الدائمة بشأن كوفيد-19 (انظر [النسخة الأصلية من هذا التقرير](#))

ج/77/8 إضافة 2: التوصيات الدائمة بشأن كوفيد-19 الصادرة عن المدير العام، والتي تقابل إنهاء طارئة صحية عمومية تثير قلقا دوليا معلنة بسبب كوفيد

ج/77/8 إضافة 3: تقرير لجنة الاستعراض بشأن التوصيات الدائمة بشأن بروتوكول كيوتو (انظر [النسخة الأصلية من هذا التقرير](#))

ج/77/8 إضافة 4: التوصيات الدائمة بشأن جذري/البيوتكس، الصادرة عن المدير العام، والتي تقابل إنهاء طارئة صحية عمومية تثير قلقا دوليا بسبب الاختفاء القسري.

خلفية

انظر [روابط التعقب](#) إلى المناقشات السابقة حول اللوائح الصحية الدولية

ثانيا - لمحة عامة عن المسائل قيد النظر

اللوائح الصحية الدولية

[ويقدم القرار ج/77/8](#) تقارير عن العمليات الجارية للوائح الصحية الدولية (جهات الاتصال، والأحداث والمعلومات، ولجان الطوارئ والاستعراض، والدعم المقدم إلى البلدان فيما يتعلق بالقدرات الأساسية، ونقاط الدخول، والتدابير الإضافية). لا يزال شلل الأطفال أهدد الهيلونات الصحية غير الطارئة صحية عمومية تثير قلقا دوليا. كوفيد ومبوكس لم يعد كذلك.

وتقدم بيانات نتائج التقييمات الذاتية للقدرات الأساسية والتقييمات الخارجية المشتركة وخطط العمل الوطنية للأمن الصحي من خلال [إطار رصد وتقييم اللوائح الصحية الدولية](#). للاطلاع على الموجزات القطرية، انظر بوابة الشراكة الاستراتيجية من أجل الأمن الصحي والتأهب للطوارئ - [بوابة SPH](#).

كوفيد: الوضع الحالي

تقدم 1 Add.77/8 لمحة عامة مفيدة عن الوضع الحالي على الصعيد العالمي فيما يتعلق بفيروس كورونا. وتشمل القضايا البارزة التي تمت تغطيتها ما يلي:

- الأنماط الحالية لانتقال العدوى، وانخفاض الإخطارات، وانخفاض الوفيات المبلغ عنها؛
- الوفيات الأسبوعية المبلغ عنها (أواخر عام 2023) حوالي 3000PW ؛
- اختلافات كبيرة في التطعيمات الأولية ؛ التطعيمات المعززة غير كافية وغير منصفة ؛
- عدم كفاية الترصد والإبلاغ في العديد من البلدان، بما في ذلك انخفاض عدد التسلسلات المساهم بها؛

كوفيد: توصيات دائمة

- وفقا للمادة 16 من اللوائح الصحية الدولية (غير ملزمة)، يوصى في **الوثيقة 2 Add.77/8** بما يلي:
- تنقيح وتنفيذ الخطط الوطنية المنقحة المتوافقة مع **خطة المنظمة الحالية للتأهب والاستجابة لكوفيد**؛
 - الحفاظ على المراقبة التعاونية لكوفيد ؛
 - مواصلة الإبلاغ عن بيانات كوفيد (المراسة والوفيات والتسلسلات وتغطية اللقاح وفعاليتها ؛
 - تحقيق التغطية بالتطعيم على النحو الموصى به؛
 - إجراء البحوث ؛
 - تقديم الرعاية السريرية المثلى ؛
 - مواصلة العمل من أجل ضمان الوصول العادل إلى التدابير المضادة الطبية الآمنة والفعالة والمضمونة الجودة.

ميوكس: الوضع الحالي

- ويبرز تقرير لجنة استعراض الجدري (في **الوثيقة ج 8/77 إضافة 3**) ما يلي:
- الشدة السريرية أقل مما سبق وصفه ولكنه مقلق للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يعانون من كبت المناعة ؛ إماتة الحالات في غرب ووسط أفريقيا أسوأ من أي مكان آخر؛
 - عدم اليقين بشأن الخزانات الحيوانية ولكن الأنواع الحساسة تشمل أنواعا مختلفة من السناجب والمعدلات والفئران.
 - الأشخاص الأكثر عرضة للخطر يشملون الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والعاملين في مجال الجنس. طرق الانتقال في السياق الأفريقي غير مؤكدة، ومن المحتمل أن تكون هناك طرق أخرى للانتقال؛
 - انخفاض انتقال العدوى في أوروبا وأمريكا الشمالية ؛ يستمر في نيجيريا وجمهورية الكونغو الديمقراطية وأماكن أخرى في أفريقيا ؛
 - الخطوط العريضة لمشروع الإطار الاستراتيجي العالمي لمنظمة الصحة العالمية (من الصفحة 17)

Mpx: توصيات دائمة

وتداولت لجنة الاستعراض بشأن الحاجة إلى توصيات دائمة ولكنها خلصت (وإن لم يكن بالإجماع) إلى أنها ضرورية ومناسبة.

وفي **الوثيقة ج 8/77 Add.4**، يوصى بأن تقوم البلدان بما يلي:

- وضع وتنفيذ خطط وطنية للأمبوكس ؛ منها
 - بما في ذلك MPOX كمرض يجب الإبلاغ عنه ؛
 - تعزيز القدرات التشخيصية؛
 - ضمان إبلاغ منظمة الصحة العالمية في الوقت المناسب؛
 - ضمان إمكانية الوصول إلى التسلسل الجيني وتبادل بيانات التسلسل؛
 - إخطار منظمة الصحة العالمية بالأحداث ذات الصلة؛
- بناء القدرات للمشاركة المجتمعية ... مواصلة السعي لتحقيق الإنصاف وبناء الثقة مع المجتمعات ؛
- إجراء البحوث المناسبة ؛
- تطبيق التدابير المتعلقة بالسفر الدولي ؛

- تقديم التوجيه للرعاية السريرية
- العمل من أجل ضمان الوصول العادل إلى التدابير المضادة للأمنة والفعالة والمضمونة الجودة.

وتلاحظ PHM أنه على الرغم من أن التوصيات تشمل تبادل بيانات التسلسل الجيني، إلا أنه لا يوجد ذكر لتقاسم المنافع (لا يزال موضع نقاش في المفاوضات حول معاهدة بشأن الجائحة).

تعليق PHM

وتعرب المنظمة عن تقديرها لعمل لجان استعراض اللوائح الصحية الدولية ومستشاري الأمانة وتقر بالأساس المنطقي وقاعدة الأدلة للتوصيات الدائمة.

13.3 الفريق العامل المعني بالتعديلات على اللوائح الصحية الدولية

تحت المجهر

[A77/9](#) (NYP)

[نص المكتب للاجتماع 8 للفريق العامل المعني بالمؤسسات البشرية وحقوق الإنسان في الفترة 22-26 نيسان/أبريل](#)

تقرير لجنة الاستعراض المعنية بالتعديلات على اللوائح الصحية الدولية ([AWGIHR/2/5](#))

خلفية

[الموقع الشبكي لمجموعة العمل](#)

انظر [روابط التتبع](#) لمناقشات الأجهزة الرئاسية السابقة بشأن اللوائح الصحية الدولية

انظر [روابط التعقب](#) إلى التقارير المنشورة مؤخرا بشأن WGHRs

تعليق PHM

ما الجديد (المحتمل أن يكون) في اللوائح الصحية الدولية المنقحة وما الذي لا يزال مفتوحا؟

- وتسلط المادة 3 الضوء على الإنصاف والتضامن بين الدول الأطراف (هل سيبقى هذا قائما؟)؛ عدم ذكر الإنصاف والتضامن داخل البلدان؛
- أحكام جديدة بشأن "المنتجات الصحية" (تشمل تعريفا، وإشارة إلى ملف، وإلزام منظمة الصحة العالمية بتيسير الحصول (المادة 13، لا تزال مفتوحة)، وإدراجها في التوصيات (المواد 15 و16 و17)، والاهتمام بسلاسل الإمداد (المادة 18)، والتدابير الصحية الإضافية، والتعاون والمساعدة، و"الوصول" إلى القدرات الأساسية؛ ولا يزال الجدل حول الطبيعة "الطوعية" مقابل الطبيعة الإلزامية لمختلف الأحكام؛
- التصنيفات الجديدة لحالات الطوارئ (النص على الإنذار المبكر بالإجراءات (المادتان 11 و12) وإدراج إعلان الجائحة بما في ذلك تعريف أكثر تفصيلا وشجرة القرارات)؛
- حكم جديد بشأن إنشاء إدارة وطنية معنية باللوائح الصحية الدولية فضلا عن مراكز الاتصال القائمة المعنية باللوائح الصحية الدولية؛
- أحكام جديدة تتعلق بالاتصال والتشاور والتحقق
- إنشاء لجنة جديدة للتنفيذ والامتثال (المادة 54 مكررا)
- التزامات أكثر وضوحا فيما يتعلق بالمساعدة المالية (المادة 44) ، بما في ذلك القدرات الأساسية ، وإمكانية إثارة آلية تمويل "مخصصة" ، والتمويل مدرج كمسؤولية لجنة التنفيذ والامتثال الجديدة.

مزيد من التعليقات في انتظار الانتهاء من عمل الفريق العامل ونشر الوثيقة A77/9.

13-4 هيئة التفاوض الحكومية الدولية صياغة اتفاقية أو اتفاق أو صك دولي آخر لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من الجوائح والتأهب لها والاستجابة لها والتفاوض بشأنها

تحت المجهر

[A77/10 \(NYP\)](#)

وسيعرض على الجمعية تقرير من مكتب التحقيقات الوطني. وقد يشمل ذلك دستوراً موصى به من قبل هيئة التفاوض الحكومية الدولية لمعاهدة الوباء المقترحة أو اتفاقاً مع مشروع قرار يقترح خطة عمل من الآن فصاعداً (من المرجح أن تشمل مجموعة عمل حكومية دولية واحدة أو ثلاث مجموعات عمل للعمل على القضايا التي لم تتمكن هيئة التفاوض الحكومية الدولية من حلها).

وبدلاً من ذلك، قد يتضمن التقرير مشروع قرار يأذن لهيئة التفاوض الحكومية الدولية بالاستمرار إلى ما بعد ج ص ع 77 في محاولة للتوصل إلى توافق في الآراء حول القضايا العالقة للمعاهدة/الاتفاق المقترح.

خلفية

انظر [موقع INB](#) على الويب. انظر على وجه الخصوص مشروع النص في [الوثيقة A/INB/9/3 Rev.1](#) (22 نيسان/أبريل 2024). انظر الوثيقة [A/INB/9/3 Rev.1](#) المنقحة: [نص اتفاق منظمة الصحة العالمية بشأن الجائحة الذي يعكس الإصدارات التي تظهر على الشاشة حتى يوم الجمعة 10 مايو/أيار الساعة 12:30](#) بتوقيت وسط أوروبا الصيفي

انظر [روابط التعقب](#) لمناقشات مجلس الإدارة السابقة حول اتفاقية الوباء المقترحة

انظر [روابط التعقب](#) إلى التقارير المنشورة مؤخراً بشأن اتفاقية الوباء المقترحة

التقارير الأخيرة

[KEI \(0517\)](#): تعليقات KEI على مسودات 10 مايو

[HPW \(0515\)](#): تظهر المسودة الأخيرة تقدماً ولكن الطريق طويل لنقطعه

[HPW \(0509\)](#): الإجماع بحلول الموعد النهائي يبدو مستحيلاً؛ ما هي الخيارات

[GHF \(0503\)](#)؛ مستويات المراقبة والمساءلة عن؛ مجموعة جديدة من أحكام One Health (ولكن ماذا عن الشركاء الثلاثة الآخرين)؛ الحصول على مسببات الأمراض وتقاسم منافعها

[TWN \(0502\)](#): الفنون 4 (المراقبة) و 5 (صحة واحدة)؛ [WG2](#) المادتان 10 (الإنتاج المحلي ونقل التكنولوجيا) و 11 (نقل التكنولوجيا)؛ [WG3](#) المادتان 14 (المشتريات الوطنية) و 15 (تعزيز السجل) انظر التقرير عن المواد 4 (المراقبة)، 10 (الإنتاج المحلي)، 14 (تعزيز أنظمة التسجيل)، 17 (كامل الحكومة / socy)

[HPW \(0502\)](#): بعض التفاصيل إعادة النقاش حول PABS

[TWN \(0430\)](#): مناقشة المادتين 4 و 5؛ المملكة المتحدة تثير أسئلة حول بما في ذلك الصحة الواحدة. مناقشة الربط بين الزعانف والمساعدة التقنية لأغراض المراقبة (المادة 4)؛ المزيد حول OneHealth (Art5)

[GHF \(0430\)](#): دور المجموعة الأفريقية في إعادة الأسهم؛ PABS مقابل OneHealth (الأثار المترتبة على الزعانف)؛ موقف متعارض من مركز السيطرة على الأمراض في أفريقيا؛ التوترات بين صندوق منظمة الصحة العالمية المعني بالأوبئة، وصندوق البنك الدولي لمواجهة الأوبئة، والصندوق العالمي؛ البيان الختامي لاجتماع أفريقيا (رفض صندوق PPPR، PABS، Pand يتضمن التنازل عن الملكية الفكرية)؛ مبنى الغطاء التزايدى؛ نقل التكنولوجيا؛ تحليل مفيد ل PABS مقابل OH؛ انظر أيضا قرص قضايا العملية (النص مقابل مجموعات العمل المتوازية)؛ رسم تخطيطي مفيد مجرد دقيقة agrt أو تأجيل الانتهاء

[دكتوراه \(0429\)](#): "عدم التوازن بين شرط مشاركة البلدان النامية لعينات مسببات الأمراض وعدم وجود أحكام إلزامية للتوزيع العادل للفوائد مثل اللقاحات ووسائل التشخيص والعلاجات"

[TWN \(0429\)](#): تعليق على العملية؛ تحليل مفيد للتناقضات الأساسية؛ الحاجة إلى الاستمرار بعد WHA77

[منظمات المجتمع المدني \(0427\)](#): جدول أعمال ممتاز (qv)

[Fems4PV \(0426\)](#): نقد العملية؛

[MLP \(0426\)](#): الأحكام الملزمة مقابل الطوعية؛ المعرفة غير المكشوف عنها؛ التنازل عن اتفاق تريبيس؛ "بند السلام" (لا طعن)؛ تكيف قوانين الملكية الفكرية مع الجائحة؛ الشفافية تحتاج إلى حماية

[SouthCentre \(0425\)](#): خلفية مفيدة لعملية INB؛ نقد موسع للعملية المعتمدة؛ الإشارة إلى مشروع القرار المقترح ل ج ص ع77 (3 مجموعات عمل أو واحد)؛ التوصيات المتعلقة بالعملية والمحتوى؛ النظر في تأجيل وضع اللمسات الأخيرة؛ توصيات محددة QV؛ خفض الالتزامات في إطار OneHealth؛ تعزيز المساءلة؛ الوصول العادل إلى منتجات البحث والتطوير الممولة من الحكومة؛ نقل التكنولوجيا والمعرفة؛ تعليق مؤقت لحقوق الملكية الفكرية؛ PABS. مواصفات أوثق لسلسلة التوريد والإطار اللوجستي؛ مشتريات NAT؛ التمويل المستدام

[KEI \(0419\)](#): الحاجة إلى استثناءات إلزامية لالتزامات الملكية الفكرية؛ أحكام نقل التكنولوجيا؛ ملحق الاتحاد الأوروبي CL

[GHF \(0419\)](#): يشير إلى مشروع القرار قيد المناقشة (qv) ومجموعات العمل الحكومية الدولية المقترحة؛ التغييرات من الإصدار الأخير؛

[GHF \(0416\)](#): نظرة عامة مفيدة على القضايا الرئيسية

[TWN \(0409\)](#): التركيز على عرض PABS، Viroj على وجه الخصوص

[نيكاي \(0406\)](#): التوترات حول نقل التكنولوجيا

[Gostinand Watal \(0403\)](#): التركيز على PABS؛ الحاجة إلى تقاسم المنافع الإلزامي

[KEI \(0403\)](#): مفيد حول "بند السلام"

[SouthCentre \(0315\)](#): الدعوة إلى الوحدة في الجنوب العالمي وإمكانية التصويت على الأرض؛ تليخيص مفيد للخلفية (تخزين اللقاحات)؛ نظرة عامة مفيدة على الأحكام والمناقشات الرئيسية

[لانيسيت \(0302\)](#): مخجل وظالم

[Gopa-GHF \(0227\)](#): نظرة عامة مفيدة على القضايا الرئيسية

[Kavanagh-FP \(0205\)](#): فشلت منظمة التجارة العالمية في Covid؛ لا يمكن ترك الملكية الفكرية لهم

[بوليتيكو \(0129\)](#): بايدن لديه ظهر فارما

تعليق PHM

حملة "القدرات الأساسية"

في السنوات التي سبقت جائحة كوفيد، كان هناك ضغط متزايد على البلدان النامية، ولا سيما البلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل، من أجل التنفيذ الكامل "للقدرة الأساسية" المحددة في اللوائح الصحية الدولية. وقد ازداد هذا الضغط بعد وباء الإيبولا عام 2014 في غرب أفريقيا مع الانتقال من التقييم الذاتي إلى "مراجعة الأقران" والحملات البارزة.

في كثير من النواحي، تم ممارسة هذا الضغط من أجل ضمان "الأمن الصحي" للعالم الغني في مواجهة تهديدات الأمراض التي ينظر إليها على أنها قادمة من البلدان النامية.

كان هذا الضغط على البلدان ذات الدخل المنخفض للامتثال ل"القدرات الأساسية مشكلة كبيرة. ترتبط القدرات الأساسية للوقاية من الجوائح وترصدها والاستجابة لها ارتباطا وثيقا بمستوى تطور النظام الصحي بشكل عام. وبالنسبة للبلدان التي تنفق ما بين 40 و50 دولارا فقط للفرد الواحد على الرعاية الصحية، فإن النفقات الإضافية اللازمة لتحقيق القدرات الأساسية ستكون غير متناسبة مقارنة بالمطالبات الأخرى المتعلقة بالأموال المحدودة. وسيكون من الصعب تبرير تكاليف الفرصة البديلة لهذه النفقات من حيث عدم تخفيض عبء المرض في سياق صنع القرار الوطني.

ومع ذلك، فإن فرض مثل هذه الالتزامات يتفق تماما مع القوة غير المتكافئة وعلاقات التبادل غير المتكافئة للإمبريالية.

كانت الأولوية التي أعطيت ل"الامتثال" من قبل الدول الغنية أيضا إلى حد ما مناورة في الحرب الدعائية ضد الصين.

التحقق من الواقع: كان الضعف الحرج خلال Covid - الذي يتنبأ بالوفيات التي يمكن تجنبها - هو الافتقار إلى التضامن، وليس النقص في "القدرات الأساسية"

كانت القدرة الأساسية الأكثر افتقارا في جميع أنحاء العالم هي التضامن، والتي تجسدت في عدم المساواة في عمليات الإغلاق واكتناز اللقاحات وغيرها من المنتجات الصحية.

وركزت مجموعة من الاستعراضات أثناء الجائحة وبعدها الاهتمام على اكتناز اللقاحات؛ أقل من ذلك على عدم المساواة في عمليات الإغلاق في بعض البلدان.

ومع ذلك، فإن التوتر بين حقوق الملكية الفكرية والوصول العادل إلى مختلف المنتجات الصحية قد تم تسليط الضوء عليه بشكل أوضح بسبب النزاع حول ما إذا كان ينبغي التنازل عن قيود الملكية الفكرية على النحو المنصوص عليه في اتفاق تريبس أثناء الوباء أم لا.

الالتزام بوضع اتفاق بشأن الجائحة

وحظي الاقتراح الداعي إلى وضع اتفاق بشأن الجائحة بموجب سلطات منظمة الصحة العالمية في وضع المعاهدات بتأييد العديد من البلدان، بما في ذلك من الفئات ذات الدخل المرتفع والمتوسط والمنخفض. ويبدو أن البلدان الغنية كانت تأمل في تحقيق أهدافها المتعلقة بالامتثال (تعزيز قدرات المراقبة) وأن البلدان الفقيرة كانت تأمل في الحصول على تنازلات في الحد من حواجز الملكية الفكرية أمام النفاذ والإنتاج المحلي في سياق الأوبئة (وطوارئ الصحة العامة التي تثير قلقا دوليا) بما في ذلك التحويلات المالية والتقنية.

عوائق أمام الاتفاق

وبعد ثلاث سنوات من المفاوضات، لا تزال هناك عقبات رئيسية أمام التوصل إلى اتفاق. وتشمل القضايا الرئيسية محل الخلاف ما يلي:

- (أ) الحصول على مسببات الأمراض وتقاسم منافعها (التقاسم الإلزامي للمنافع ذات المغزى)؛
- التنازل الإلزامي عن حقوق الملكية الفكرية أثناء الأوبئة (أو PHEICs)، بما في ذلك ما يسمى بـ "شرط السلام" الذي من شأنه أن يمكن من انتهاكات حقوق الملكية الفكرية أثناء الجائحة بسبب الاتفاق على عدم الاعتراض على مثل هذه الانتهاكات؛
- دعم نقل التكنولوجيا (بما في ذلك المعرفة) لدعم الإنتاج المحلي؛

- تشديد أحكام الإنفاذ فيما يتعلق بالقدرات الأساسية بما في ذلك تعزيز النظام الصحي؛
- ترتيبات لحشد الأموال، تسيطر عليها أطراف الاتفاقية (بدلاً من البنك الدولي)؛ بما في ذلك دعم الترخيص والاستجابة؛
- أحكام الصحة الواحدة (على الرغم من حقيقة أن المنظمات الحكومية الدولية الأخرى ذات الصلة (والنباتات والبيئة) ليست أطرافاً في الاتفاقية المقترحة).

وقد تعقد التوصل إلى اتفاق في مفاوضات هيئة التفاوض الحكومية الدولية بسبب خروج (مكتب هيئة التفاوض الوطني) عن المعايير الموحدة لوضع المعاهدات فيما يتعلق بعملية التفاوض.

وفي مواجهة استمرار الخلاف خلال المفاوضات التي جرت في أوائل أيار/مايو، كان المندوبون يفكرون إما في (أ) إبرام اتفاق إطاري بدون أحكام ملزمة وإحالة المسائل الصعبة إلى البروتوكولات للنظر فيها لاحقاً؛ (ب) و"إي" وضع اتفاق إطاري لا يتضمن أحكاماً ملزمة؛ و (ب) وضع اتفاق إطاري لا يتضمن أحكاماً ملزمة وإحالة المسائل الصعبة إلى البروتوكولات للنظر فيها لاحقاً؛ و (ب) وضع اتفاق إطاري لا يتضمن أحكاماً ملزمة وإحالة المسائل أو (ii) الإذن بمواصلة المفاوضات بعد ج ص ع 77 بهدف اعتمادها في دورة استثنائية في وقت لاحق من العام؛ أو (ج) مفاوضات أكثر كثافة من الآن وحتى إغلاق ج ص ع 77. يبدو أن المدير العام يضغط من أجل هذا الخيار الثالث.

لكن عدم وجود توافق في الآراء يظهر أيضاً أن توازن القوى الموجود مسبقاً كان موضع خلاف. وكان المجلس الأوروبي أحد المؤيدين الأقوياء لمعاهدة مكافحة الأوبئة، ربما لأنه شعر أنه سيكون قادراً على ضمان امتثال أفضل للمراقبة والإخطار وتقاسم مسببات الأمراض مع الاضطرار إلى التنازل عن القليل بشأن ضمان الوصول إلى التمويل والتكنولوجيات. في وقت سابق، كانت البلدان النامية الكبيرة فقط مثل البرازيل والصين والهند وروسيا هي التي كان لا بد من ضمها وهذه البلدان لديها بالفعل قدرات محلية. لكن خلال المفاوضات، رفضت المجموعة الأفريقية المكونة من 54 عضواً ومجموعة من الدول الأخرى في آسيا وأمريكا اللاتينية أن تكون متوقفة. وبفضل المستويات العالية من المناقشات في المجتمع المدني والدوائر السياسية حول القضايا المطروحة، وقفت هذه البلدان بحزم على مطالبها "الفنية" - وبالتالي غيرت التوازن. هذا وضع جديد ساهمت فيه PHM ويجب الدفاع عنه والبناء عليه. ليس لدى أفقر البلدان الكثير لتكسبه والكثير لتخسره إذا تم التوصل إلى معاهدة لمكافحة الوباء تزيد من التزاماتها ولكنها لا تجلب لها أي فوائد. ويجب على البلدان النامية أن تقف بحزم على أساس أن التوصل إلى اتفاق غير متكافئ أسوأ من عدم التوصل إلى اتفاق. لا تتطرق مسودة الاتفاقية الحالية والمناقشات في هيئة التفاوض الحكومية الدولية إلى أوجه عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية التي أضرت بالتضامن في الاستجابة للوباء داخل البلدان. في مرحلة ما، ضغطت البلدان النامية من أجل نهج استجابة مشتركة ولكن متباينة وقدرات كل منها - على غرار مفاوضات تغير المناخ التي توقفت أيضاً. فالبلدان ذات الدخل المرتفع لم تكف بصدد كلمة تضامن بل اعترضت على استخدامها. ولكن حتى في هذا الشأن ينبغي للبلدان النامية أن تقف بحزم وتفسر عواقب هذه المبادئ على نطاق أوسع. ومن المجالات الأخرى التي لم يتم التطرق إليها، مع إجماع البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على حد سواء، منع انتهاكات حقوق الإنسان ومعالجتها.

المنظور الاستراتيجي

يمكن تحليل مفاوضات اتفاقية الوباء على مستوى الكلمة بالكلمة أو على المستوى الاستراتيجي الأوسع. كلاهما ضروري ولكن بالنسبة للنشطاء غير القادرين (بسبب ضيق الوقت أو لعدم الوصول إلى عملية التفاوض)، من المهم بشكل خاص سحب الآثار المترتبة على الصحة العامة والجغرافيا السياسية والتنمية الاقتصادية المستدامة والعادلة (في وقت الأزمة البيئية).

فيما يتعلق بالصحة العامة (الوقاية من الأوبئة والتأهب لها والاستجابة لها)، هناك بعض الاحتمالات لإجراء تحسينات هامشية على تجربة Covid. كان من المأمول أن تقبل الدول الغنية على الأرجح الإصلاحات المتعلقة بحواجز الملكية الفكرية ودعم الإنتاج المحلي والتحويلات المالية التي يمكن أن تتجنب أسوأ سمات اكتناز لقاحات كوفيد. ومع ذلك، فإن الوضع الحالي للمفاوضات لا يقدم سوى أمل ضئيل في حدوث تحسينات كبيرة في آفاق الوباء للأشخاص الأكثر فقراً في البلدان الأكثر فقراً.

وفيما يتعلق بالجغرافيا السياسية، كانت إحدى السمات البارزة للمفاوضات هي قوة الكتلة الأفريقية (بما في ذلك مصر) في الدفع نحو اتفاق ذي مغزى، بما في ذلك الوصول إلى مسببات الأمراض وتقاسم المنافع، والجهود المبذولة لتقسيم المجموعة الأفريقية، بما في ذلك من خلال زيادة التمويل الثنائي الأمريكي لقدرات المراقبة والاستجابة.

وفيما يتعلق بالنضال الأوسع نطاقا من أجل التنمية الاقتصادية المستدامة والعدالة (في وقت الأزمة البيئية)، يمكن النظر إلى المفاوضات حول الاتفاق الوبائي المقترح على أنها مشاركة كبيرة، لا سيما من خلال التحديات التي يطرحها نظام الملكية الفكرية السائد وعلى التكوينات العالمية للبحث والتطوير وإنتاج السلع والخدمات. وينبغي أن ينظر إلى ذلك على أنه فرصة من جانب الحكومات التقدمية للدفع قدما نحو بدائل لاستعراض سياسة الاستثمار الحالي ولأشكال التعاون والتأزر فيما بين بلدان الجنوب، التي من شأنها بناء القدرات على المستويين الإقليمي والقطري لمقاومة هيمنة القوى الاستعمارية الرسمية بشكل أفضل.

عند تقييم أهمية مفاوضات الوباء فيما يتعلق بهذه المجموعة الأوسع من النضالات، يجب وضع ظروف ظهور الوباء وأحكام الوقاية والاستجابة في سياقها فيما يتعلق بالاقتصاد السياسي لتعميق عدم المساواة، وعلاقات القوة غير المتكافئة وإدامة التبادل غير المتكافئ، والتحديات الوجودية للاحتباس الحراري.

تدعو PHM إلى تعبئة عالمية للمجتمع المدني لدعم البلدان النامية التي تضغط من أجل التوصل إلى اتفاق هادف يجعل العالم أكثر أمانا في مواجهة الأوبئة في المستقبل؛ التي ستعزز الجغرافيا السياسية لنظام عالمي متعدد الأقطاب؛ مما يساهم في معالجة علاقات القوة المتمثلة في التبادل غير المتكافئ (وانعدام الأمن الاقتصادي)؛ والتي ستساهم في معالجة الأزمة البيئية المعاصرة.

14.1 عمل منظمة الصحة العالمية في حالات الطوارئ الصحية

تحت المجهر

مقتطف محرر من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

التقارير. أحاط المجلس التنفيذي علماً، في دورته 154، بالتقارير المتعلقة بطوارئ الصحة العمومية: التأهب والاستجابة ([الوثيقة م ت14/154](#))، المنقحة الآن وأعيد تقديمها بوصفها [الوثيقة ج11/77](#))؛ وتعزيز البنية العالمية للتأهب للطوارئ الصحية والوقاية منها والاستجابة لها والقدرة على الصمود ([الوثيقة م ت15/154](#))؛ والأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية ([الوثيقة م ت51/154](#))، منقحة وأعيد تقديمها لتصبح [A77/12](#)، لم يتم نشره بعد).

وستستعرض الجمعية عمل منظمة الصحة العالمية في حالات الطوارئ الصحية ([ج11/77](#)) والتقارير عن الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية ([ج12/77](#))، شرطة نيويورك).

أوهير. (استناداً إلى [الوثيقة م ت15/154](#))، اقترحت هيئة التقييم في [الوثيقة م ت9/154](#) مسودة مقرر جمعية الصحة العالمية بشأن استعراض الصحة الشاملة والتأهب. [ج4/77](#) (الفقرة 22) يدعو الجمعية إلى اعتماد القرار الذي أوصت به اللجنة في الوثيقة م ت9/154).

إدارة مخاطر المختبر. وفي [الوثيقة م ت10/154](#) (برعاية الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية)، اقترحت هيئة التقييم مشروع قرار جمعية الصحة العالمية لتعزيز إدارة المخاطر البيولوجية في المختبرات. [ج4/77](#) (الفقرة 22) يدعو الجمعية إلى اعتماد القرار الذي أوصت به اللجنة في [الوثيقة م ت10/154](#).

فلسطين. واعتمد المجلس أيضاً القرار [الإجرائي م ت154](#). [التوصية 7](#) بشأن الظروف الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، التي اقترحت أن تعتمد الجمعية قراراً يستند إلى [EBSS7. R1](#) من [EBSS7](#) مع تأجيل أوقات الإبلاغ لمدة عام واحد. [ج4/77](#) (الفقرة 22) يدعو الجمعية إلى اعتماد القرار الذي أوصت به اللجنة في [الوثيقة م ت154](#). ص 7.

المخاطر الطبيعية. ونظر المجلس أيضاً في نص مشروع قرار قدمته الدول الأعضاء بشأن تعزيز التأهب للطوارئ الصحية لمواجهة الكوارث الناجمة عن الأخطار الطبيعية ([الوثيقة م ت154/مؤتمر2](#)). ووافق المجلس على أن تستمر المشاورات بشأن مشروع القرار خلال فترة ما بين الدورتين. من المفترض أن يتم نشر نسخة منقحة من هذا المستند في الوقت المناسب.

(تجدد الإشارة إلى أن هذا البند يتعلق بعمل منظمة الصحة العالمية في حالات الطوارئ، ومن ثم فإن تركيز النقاش بشأن النزاع في الأراضي الفلسطينية المحتلة سينصب على دور منظمة الصحة العالمية في تقديم المساعدة الإنسانية). وستركز المناقشة في إطار البند 20 على الظروف الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة بشكل أعم).

خلفية

انظر [روابط التعقب](#) إلى التقارير السابقة عن عمل المنظمة في حالات الطوارئ

انظر [روابط التعقب](#) لمناقشات مجلس الإدارة/السابقة حول الظروف الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة

انظر [روابط التعقب](#) للتقارير السابقة المتعلقة بفلسطين

انظر أيضاً التحقيقات المختلفة التي أجراها مراجعو الحسابات الخارجيون ([ج22/77](#)) والمراجعون الداخليون ([ج33/77](#)) بشأن [تأهب المنظمة للطوارئ](#).

تعليق PHM

انظر [تعليق PHM](#) في EB154 (يناير 2024)

عمل منظمة الصحة العالمية في حالات الطوارئ الصحية

ويقدم [القرار A77/11](#) ملخصاً لعمل منظمة الصحة العالمية:

- في جميع حالات الطوارئ من الدرجة 3 لمنظمة الصحة العالمية ،
- في حالات الطوارئ الإنسانية التي تنسقها الأمم المتحدة، و
- في حالات الطوارئ الصحية العامة التي تثير قلقاً دولياً.

[ج11/77](#) أيضاً:

- ملخصاً للاتجاهات والتحديات العالمية فيما يتعلق بالطوارئ الصحية خلال الفترة المشمولة بالتقرير، فضلاً عن التوقعات القصيرة والمتوسطة الأجل؛ و
- تقارير عن نظام مراقبة الهجمات على الرعاية الصحية في حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة.

WHE تقوم بعمل ممتاز. لسوء الحظ ، يعاني من نقص كبير في التمويل.

استعراض الصحة الشاملة والتأهب

في [الوثيقة م ت154\(9\)](#)، تقترح هيئة التقييم مسودة مقرر جمعية الصحة العالمية بشأن استعراض الصحة الشاملة والتأهب. وسيحيط المقرر علماً بنتائج المشاريع التجريبية، ويطلب إلى المدير العام مواصلة تطوير المرحلة التجريبية الطوعية من تقرير التغطية الصحية العالمية، وتقديم تقرير عن الدروس المستفادة.

(لمزيد من المعلومات حول UHPR ، راجع [المذكرة المفاهيمية لعام 2022 في A75 / 21](#) والمستندات الأخرى المرتبطة من [صفحة ويب UHPR](#).)

تعليق PHM

وبقنضي عدد من أحكام [اللوائح الصحية الدولية المنقحة \(2005\)](#) أن تحدد الدول الأطراف القدرات المدرجة في المرفق 1.

وفي القرار [ج ص 59ع-2](#) (2006)، طلبت جمعية الصحة إلى المدير العام الاضطلاع بعدة أنشطة "لدعم الامتثال الفوري، على أساس طوعي، لأحكام اللوائح الصحية الدولية (2005)".

وخلصت لجنة المراجعة المعنية باللوائح الصحية الدولية، التي أنشئت بعد جائحة H1N1 في عام 2009، [\(A64/10، الفقرة 23\)](#) إلى أن "العديد من الدول الأطراف تفتقر إلى القدرات الأساسية للكشف عن التهديدات الصحية المحتملة وتقييمها والإبلاغ عنها، وليست على الطريق الصحيح لاستكمال التزاماتها المتعلقة بالخطط والبنية التحتية بحلول الموعد النهائي المحدد في اللوائح الصحية الدولية في عام 2012".

ازداد الضغط على الدول الأطراف الجائحة بعد تفشي فيروس إيبولا في غرب إفريقيا في عام 2014.

وقد علقت إدارة الموارد البشرية مرارا وتكرارا بأن "تكاليف الفرصة البديلة" التي تتحملها البلدان النامية للاستثمار في تحقيق القدرات الأساسية الواردة في المرفق 1 تختلف اختلافا كبيرا عن تكاليف الفرصة البديلة بالنسبة للبلدان الغنية. في بلد يواجه تقزم الأطفال دون سن الخامسة أو ارتفاع معدل وفيات الأمهات، يمكن أن تكون تكلفة تحويل الموارد لتحقيق القدرات الأساسية، جزئياً من أجل حماية العالم الغني من الأمراض التي ينظر إليها على أنها "تظهر" في جنوب الكرة الأرضية، مرتفعة للغاية، إذا تم قياسها من حيث الإجراءات المؤجلة بشأن التقزم أو وفيات الأمهات دون سن الخامسة.

وقد تم التعبير عن الضغط المتزايد على الدول الأطراف الجانحة في الضغط للمشاركة في "التقييمات الخارجية المشتركة (JEE)" وفي عام 2019 إنشاء [المجلس العالمي لرصد التأهب](#) بدعم من مؤسسة غيتس والبنك الدولي.

كانت المفارقة المؤلمة لكوفيد هي أن "القدرات الأساسية" ، التي كان من شأنها أن تحدث فرقا في عبء المراضة والوفيات - التضامن المحلي والدولي - غير مدرجة في الملحق 1 من اللوائح الصحية الدولية.

مبادرة UHPR هي آلية لمراجعة النظراء تتحكم فيها الدول الأعضاء وتساعد البلدان على مراجعة استعدادها لحالات الطوارئ ، في سياق الطلبات الأخرى على الموارد الوطنية. يجب دعمه.

ومع ذلك، فإن التضامن والإنصاف على الصعيدين الوطني والدولي، باعتبارهما موردين رئيسيين في مواجهة الأحداث الطارئة، لا يزالان على قائمة "المهام".

إدارة مخاطر المختبرات البيولوجية

م154(10) تقترح أن تقرر الجمعية

- حث الدول الأعضاء على تعزيز الحماية الوطنية فيما يتعلق بإدارة مخاطر المختبرات البيولوجية و"زيادة وتأمين التعاون الدولي وتطوير الأدوات التقنية وتبادل المعلومات حول المختبرات والحوادث"،

وأن يطلب إلى المدير العام القيام بما يلي:

- دعم الدول الأعضاء في إدارة مخاطر المختبرات؛
- تطوير قدرات الأمانة ... "بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر ، عقد مناقشات لاقتراح خطوط أساس قائمة على توافق الآراء لتمكين التقييم الموضوعي والإبلاغ عن الحوادث بموجب اللوائح الصحية الدولية (2005) للمرافق العاملة مع العوامل الميكروبيولوجية من خلال تحديد وتعزيز أفضل الممارسات ..."
- لرصد الأدلة والاتجاهات
- تعزيز التعاون الدولي بما في ذلك مع الجهات الفاعلة غير الحكومية (يفترض أنها مؤسسات خيرية وشركات خاصة)
- إلى التمكين من مواصلة المناقشة فيما بين الدول الأعضاء والمنظمات الدولية ذات الصلة أو أصحاب المصلحة بشأن مقترحات إضافية محتملة لتعزيز التخفيف من مخاطر المختبرات البيولوجية وإدارتها بشكل شامل

تعليق PHM

وقدم القرار (2021) A74/18 استعراضا مفيدا لعمل المنظمة في مجال السلامة البيولوجية في المختبرات وحولها. وأشار إلى حدوث تطورات تقنية هامة منذ اعتماد القرار **ج ص ع29-58 (2005)** الذي نص على ولاية لهذا العمل.

يمكن الإشارة إلى القرار المقترح ، الذي شارك في رعايته الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية ، باسم "قرار ووهان" ، ولا سيما الإشارة في (6) OP1 إلى مشاركة المعلومات ، والتي قد تكون موجهة إلى الصين حول الافتقار إلى الشفافية فيما يتعلق بأصول Covid-19 والادعاء بأن Covid نشأ من إطلاق المختبر.

ومع ذلك، فإن مشروع القرار معقول وينبغي اعتماده.

كارثة غزة

في القرار **ال م ت R7.154** يقترح المجلس التنفيذي أن تعتمد الجمعية قرارا يستند إلى نص **EBSS7. R1** من **EBSS7** ، ولكن مع تأجيل أوقات الإبلاغ لمدة عام واحد.

تم استدعاء EBSS7 (في ديسمبر 2023) للنظر في الكارثة الإنسانية التي تتكشف في قطاع غزة كنتيجة للحرب الإسرائيلية على حماس في أعقاب توغل 7 أكتوبر. واسترشدت مداولات المناطق البحرية المهمة إيكولوجيا أو بيولوجيا 7 بتقرير **حالة برنامج الطوارئ الصادر عن منظمة الصحة العالمية** (آخر تحديث في 10 أيار/ مايو 2024). اطلع على **المجموعة الكاملة من تقارير حالة الطوارئ**. تم إبلاغ المناقشة في EB154 من قبل **الوثيقة EB154/51**.

EBSS7. تعرب R1 عن قلقها البالغ إزاء الوضع المزري في غزة، وتصف الوضع بشيء من التفصيل وتقدر عمل WHE. ويدعو القرار إلى مرور الإغاثة الإنسانية دون عوائق وإلى امتثال جميع الأطراف للقانون الدولي. ويطلب القرار إلى المدير العام تقديم تقرير إلى الجمعية من خلال هيئة التقييم ومجلس الشباب والدورة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ التنسيق مع الجهات المانحة؛ تقييم الاحتياجات ومواصلة تقديم المساعدة التقنية والمادية. ويدعو المجتمع الدولي إلى تأمين التمويل الكافي لتلبية الاحتياجات الفورية والمستقبلية. وكان من المقرر النظر في التقرير المطلوب من المدير العام في الفقرة 5(أ) من المنطوق في هذه الجمعية ولكن الوثيقة م ت154. وتقتصر التوصية 7 إرجاء ذلك إلى ج ص ع 78.

تعليق PHM

وليس من الواضح سبب طلب التقرير في المناطق البحرية المهمة إيكولوجيا أو سع7. لم يتم إنتاج R1 وفقا للخطوط الزمنية الأصلية. سيكون من المفهوم لو كان هذا ببساطة لأن WHE كانت مشغولة للغاية بمعالجة الكارثة الإنسانية في غزة.

ومع ذلك، فإن إصدار التقرير المطلوب ربما يكون قد أدى إلى تعميق الإلحاح الدولي حول الحاجة إلى وقف دائم لإطلاق النار، وتوسيع نطاق الاستجابة الإنسانية، وحشد الدعم لإعادة بناء البنية التحتية والخدمات.

الوضع الموصوف في الوثيقة EB154/51 (التي يعود تاريخها إلى يناير 2024) رهيب حقا. وتؤكد تقارير حالة الطوارئ المحدثة أنها ساءت منذ ذلك الحين.

تدعو PHM المندوبين إلى جمعية الصحة العالمية إلى التعرف على الكارثة الموثقة في الوثيقة EB154/51 وفي التقارير اللاحقة ، وحث وزراء الصحة على الانخراط مع زملائهم في الشؤون الخارجية في مناصرة قوية مشتركة بين القطاعات بهدف نشر جميع الأدوات الدبلوماسية نحو وقف إطلاق النار ، ووصول المساعدات الإنسانية ، وحشد الدعم للتعافي وإعادة البناء. وينبغي أن تشمل هذه الدفعة الدبلوماسية وقف إمدادات الأسلحة وتوجيه الاتهام إلى السلطة القائمة بالاحتلال بالإبادة الجماعية والتطهير العرقي والعقاب الجماعي.

"المخاطر الطبيعية"

نظر الإجراء م ت154 في مشروع قرار قدمته مجموعة من الدول الأعضاء بشأن تعزيز التأهب للطوارئ الصحية للكوارث الناجمة عن "الأخطار الطبيعية" (الوثيقة م ت154/مؤتمر/2).

واسترشد المجلس التنفيذي بالنظر في الوثيقة م ت154/15 (تعزيز البنية العالمية للتأهب للطوارئ الصحية والوقاية منها والاستجابة لها والقدرة على الصمود). لا يذكر القرار م ت154/15 في الواقع الكوارث الناجمة عن "الأخطار الطبيعية" ولكنه يناقش في الفقرة 24 الحاجة إلى المرونة في تطوير القدرات الأساسية وتكييفها ومواءمتها مع أنواع مختلفة من التهديدات والبيئات المختلفة.

ولم يتم التوصل إلى توافق في الآراء وأرجئ مشروع القرار إلى حين إجراء مزيد من المشاورات. ويبدو أن النقاش قد تركز حول الإشارات إلى مراعاة نوع الجنس والسن في الفقرتين 1 (4) و 1 (8) و 2 (4) من منطوق القرار.

تعليق PHM

إن مصطلح "الأخطار الطبيعية" مؤسف لأنه يبدو أنه يقلل من دور تغير المناخ في زيادة شدة وتواتر الظواهر الجوية المتطرفة. ومع ذلك ، يوضح المشروع أن الظواهر الجوية المتطرفة المرتبطة بالاحترار العالمي مدرجة في نطاقها.

وتحت الفقرة 1 من المنطوق الدول الأعضاء على التأهب على النحو المناسب للكوارث بمختلف أنواعها مع تقديم عدد من الاقتراحات المفيدة. ويطلب منطوق القرار 2 إلى المدير العام تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء وتعزيز قدرة الأمانة (بما في ذلك صندوق الطوارئ) وتقديم تقارير إلى الاجتماعات المقبلة.

ويقترح المشروع ما يمكن أن يكون قرارا معقولا قد يعزز بشكل مفيد التأهب والاستجابة "للأخطار الطبيعية". ومع ذلك، ربما كان من الأجدى لمقدمي هذا القرار أن يتعاملوا بشكل أوثق مع المسألة المثارة في الفقرة 24 من الوثيقة م ت154/15، وهي تكييف القدرات الأساسية ومواءمتها مع أنواع مختلفة من التهديدات والأوضاع المختلفة.

ومن المحير أن بعض الدول الأعضاء تعتقد على ما يبدو أن الاستجابة للكوارث لا ينبغي أن تراعي نوع الجنس والعمر.

14.2 تنفيذ القرار ج ص ع75-11 (الحرب الروسية الأوكرانية)

المحتويات

- [تحت المجهر](#)
- [خلفية](#)
- [تعليق PHM](#)
- [ملاحظات المناقشة](#)

تحت المجهر

[ج13/77](#) (مراجعة الوثيقة م ت16/154)

خلفية

[روابط تعقب للمناقشات السابقة ل WHA75.11 \(الحرب في أوكرانيا\)](#)

تعليق PHM

ترحب PHM بالمعلومات التفصيلية عن النظام الصحي في أوكرانيا التي جمعها نظام مراقبة الموارد والخدمات الصحية (الفقرة 3) ، كأساس جيد لخطط دعم القطاع الصحي على المدى الطويل. وحقيقة أن منظمة الصحة العالمية عملت باستمرار عن كثب مع وزارة الصحة الأوكرانية لدعم الخدمات القائمة تعني أيضا أنها في وضع جيد للعمل معا على وضع خطة طويلة الأجل والنظر في كيفية تعزيز الرعاية الصحية الأولية على وجه الخصوص. ولا يزال الانتقال إلى التنمية المستدامة احتمالا مستقبليا. وسيكون من الضروري بناء عناصر مستدامة في المنظومة كلما أمكن ذلك؛ على سبيل المثال ، في حين أنه من المناسب توفير المولدات في المرافق الصحية قصيرة الأجل (الفقرة 3) يمكن أن يكون جزءا من الخطة الوطنية للطاقة المتجددة في أوكرانيا.

وفي [الوثيقة A76/12](#)، ذكر أن "منظمة الصحة العالمية تجري مناقشات مع وزارة الصحة الأوكرانية والخدمة الصحية الوطنية (آلية الدفاع الواحد للخدمات الصحية) بشأن تنقيحات برنامج الضمانات الطبية، الذي يحدد الحزم الوطنية للخدمات الصحية، لضمان استجابة الحزم وانعكاسها للاحتياجات الصحية الحالية ذات الأولوية في سياق الطوارئ وما بعده". ولا تقدم [الوثيقة ج13/77](#) تقريرا عن كيفية تقدم هذه المناقشات وما إذا كان يجري تخفيض المدفوعات النثرية المرتفعة في الممارسة العملية.

قبل الحرب، كان لدى أوكرانيا واحدة من أعلى معدلات وفيات والأمهات في أوروبا، على الرغم من أنها كانت في انخفاض ([A75/47](#)). كما كان معدل وفيات الرضع مرتفعا نسبيا مقارنة بالدول الأوروبية الأخرى (حوالي ست وفيات لكل 1000 مولود حي). ولم تف التغطية بالتطعيم بأهداف منظمة الصحة العالمية. وفي حين أن النزاع قد شكل تحديا للرعاية الأولية، إذا أمكن تضمين اهتمام منظمة الصحة العالمية بالتأهب للفاشية، ودعم برنامج التمنيع الوطني، وتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية، في نظام يتضمن مكونا قويا للصحة الأولية للمضي قدما، فإن ذلك من شأنه أن يساعد على تحسين هذه الأرقام.

وفي [ج ص ع75-11](#)، أشارت الجمعية إلى أن اللجنة الإقليمية لأوروبا التابعة لمنظمة الصحة العالمية، في دورتها الاستثنائية المعقودة في 10 أيار/ مايو 2022، اعتمدت قرارا يطلب من المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا النظر في تعليق "الاجتماعات الإقليمية في الاتحاد الروسي مؤقتا، بما في ذلك الاجتماعات التقنية واجتماعات الخبراء، فضلا عن المؤتمرات والحلقات الدراسية". ستكون هذه خطوة إلى الوراء بالنسبة للأشخاص الذين يعيشون في تلك المناطق. ولا تقدم [الوثيقة ج13/77](#) تقريرا عن نتائج نظر المدير الإقليمي في هذا المقترح.

وقد أعرب عن الإحباط في اجتماع المجلس التنفيذي الأخير فيما يتعلق بتكلفة استضافة اللاجئين الأوكرانيين. وتشير الدعوات إلى "تقاسم العبء" في هذه الحالة إلى التحديات الأوسع نطاقاً التي تواجه الأشخاص اليائسين الذين يبحثون عن ملجأ من الصراع والفقير والجفاف. انظر [الوثيقة م ت 36/152](#) لمزيد من التفاصيل. ومن المتوقع صدور تقرير عن تنفيذ [خطة العمل العالمية](#) الموسعة حديثاً بشأن تعزيز صحة اللاجئين والمهاجرين في عام 2025.

14-3 المبادرة العالمية للصحة والسلام

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته 154 بالتقرير المتعلق بالمبادرة العالمية للصحة والسلام ([الوثيقة م ت17/154](#)). واعتمدت أيضاً المقرر [الإجرائي م ت154\(11\)](#)، الذي أوصت فيه جمعية الصحة بمشروع قرار يواصل، في جملة أمور، دعم جمع البيانات والتواصل والحوار كجزء من العملية التشاورية لتعزيز خارطة الطريق للمبادرة العالمية للصحة والسلام وتقديم تقرير مرحلي عن خارطة الطريق إلى جمعية الصحة في عام 2029. وفي المناقشات، شدد أعضاء المجلس على أهمية حماية البنية التحتية للرعاية الصحية والعاملين في المناطق المتأثرة بالنزاع.

ج4/77 (الفقرة 22) يدعو الجمعية إلى اعتماد القرار الذي أوصت به اللجنة في الوثيقة م ت154(11).

تعليق PHM

نظرة عامه

يتم تفعيل مبادرة الصحة العالمية والسلام (GHPI) على المستوى القطري من خلال مبدئين رئيسيين يحددان المبادرة. والمبدآن هما: "حساسية النزاع" (لا ضرر)، و "الاستجابة للسلام" (المساهمة في تعزيز ظروف السلام، ولا سيما التماسك الاجتماعي والثقة). سيتم تطوير المبادرة من خلال ستة مسارات عمل تبدأ ب "توليد الأدلة من خلال البحث والتحليل". انظر [مسودة خارطة الطريق](#) لمناقشة المبدئين ومسارات العمل الستة.

وبناء على طلب جمعية الصحة في أيار/مايو 2023، أجرت الأمانة مشاورات مكثفة منذ ذلك الحين. الوثيقة م ت17/154 عن الرسائل الرئيسية الصادرة عن مختلف الاجتماعات التشاورية. ويبدو أن الردود تباينت من متحمسة إلى حذرة (إن لم تكن متشككة). ويبدو من المرجح أن بعض المسائل التي أثيرت في المشاورات ستعود إلى الظهور في المجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير.

وعقب مشاورة الدول الأعضاء في أيلول/سبتمبر 2023، أعلن عن ورقة معلومات أساسية (الفقرة 4)، تمت مشاركتها مع الجهات الفاعلة السلبية في كانون الثاني/يناير 2024، وينتظر صدور دليل (الفقرة 19) في عام 2024. ومع ذلك، بالنسبة لورقة المعلومات الأساسية، هناك حاجة إلى الحذر بشأن تحليل السياق والمخاطر التي تشمل تحليل السلام والصراع لإبلاغ القرارات الصحيحة.

ويرد مزيد من التفاصيل بشأن مؤثر GHPI على الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية، بما في ذلك بعض الأمثلة المفيدة التي توضح المبدئين الرئيسيين قيد التشغيل.

يصف الوثيقة م ت17/154 مجموعة من الأنشطة المنفذة في الأشهر الأخيرة كجزء من تنفيذ المبادرة العالمية لمعلومات السلامة والصحة المهنية.

التقدير

ترحب PHM بمبادرة الصحة العالمية من أجل السلام. ومن الواضح تماماً أن برامج المنظمة وخدماتها على المستوى القطري ينبغي، حيثما أمكن، أن تكون مراعية للنزاعات ومستجيبة للسلام (وفقاً للمعاني الموضحة في الوثيقة م ت17/154). ويبدو أن العمل المضطلع به حتى الآن والذي تم التنبؤ به من خلال مسارات العمل الستة موجه بشكل جيد نحو تطوير المبادرة وتنفيذها.

تقدر PHM التركيز على توليد الأدلة من خلال البحث والتحليل بما في ذلك تحليل دراسة الحالة. ويمكن الاطلاع على العديد من دراسات الحالة على [الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية](#). وسيؤدي التحليل المستمر للحالات إلى مبادئ ومبادئ توجيهية أوضح. وسيولد هذا البحث والتحليل أيضاً معلومات مفيدة عن دوافع الصراع والسلام في مختلف السياقات.

إن الوصول غير العادل إلى المرافق الأساسية مثل خدمات الرعاية الصحية والمرافق التعليمية وجهود التنمية والفرص الاقتصادية وفرص العمل والخدمات التكنولوجية ونقص المياه الصالحة للشرب والكهرباء يدفع الناس إلى الغضب ويمكن أن يؤدي إلى الصراعات. كما أن الفقر، والتشريد القسري، والتهمة، والوصم، والإقصاء، والظلم، وانعدام الأمن، والقضايا التجارية، والنزاعات على الأراضي، والاختلافات العرقية والدينية والثقافية، والقوالب النمطية الجنسانية، والنفوذ الاستعماري، والخصخصة، وعدم المساواة السياسية، والتوتر بين الجماعات المجتمعية المسلحة وأفراد المجتمع، وخطاب الكراهية، وانعدام الثقة، وانعدام الأمن الغذائي، والقضايا المتعلقة بالمناخ مثل نقص المياه المخصصة للزراعة، تساهم أيضا في الصراع في البيئات الهشة والضعيفة.

وفي حين يبدو أن المبادرة العالمية للصحة والسلام موجهة في المقام الأول لإثراء عمل منظمة الصحة العالمية في حالات النزاع، ينبغي إدراج المبادئ في تدريب العاملين الصحيين عموما. وحتى في حالة عدم وجود صراع علني، هناك انقسامات داخل المجتمعات المحلية حيث يمكن أن تسهم حساسية النزاع (لا ضرر) والاستجابة للسلام (بناء التماسك الاجتماعي والثقة) في الرفاه والصحة.

وتعرب الحركة عن تقديرها للفقرة 31 من خارطة الطريق:

وعلى هذا النحو، تركز المبادرة العالمية للصحة والسلام على الأوضاع الهشة والمتأثرة بالنزاعات والضعيفة، ولكنها ذات صلة أيضا في أي بيئة يحتاج فيها التماسك الاجتماعي أو المرونة أو الثقة إلى البناء أو الاستدامة أو التعزيز بناء على طلب الحكومات وقبولها. وكما أظهرت جائحة كوفيد-19، فإن ضعف التماسك الاجتماعي أو انخفاض مستويات الثقة يمكن أن يقوض النتائج الصحية الإيجابية والتغطية الصحية الشاملة.

تضمن الكثير من عمل منظمة الصحة العالمية خلال جائحة كوفيد جوهر "الاستجابة للسلام" على الرغم من عدم تصنيفها على هذا النحو.

ومع ذلك، فمن الواضح أن هناك قيودا على ما يمكن تحقيقه من خلال المبادرة العالمية لسلامة المعلومات كما كان واضحا خلال EBSS7 الذي استكشف الوضع المدمر في غزة.

خطر التوريق

وفي حين ترحب الحركة ترحيبا حارا بهذه المبادرة، يجب الحرص على ضمان ألا يصبح التركيز على السلام أمرا أمنيا لصالح الجهات الفاعلة الخارجية.

ويمكن توضيح مفهوم التوريق هنا من خلال تنمر البلدان الغنية على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حول القدرات الأساسية للوائح الصحية الدولية: الإصرار على تحويل الأموال لتلبية معايير القدرات الأساسية - باعتبارها سلعا عامة - من أجل ضمان أمن البلدان الغنية (التي لديها الموارد اللازمة لتحقيق معايير القدرات الأساسية). انظر [تعليق PHM على البند 12.4 في ج ص ع 70](#) للحصول على مزيد من التفاصيل.

وسيساعد تركيز المبادرة على المستوى الوطني على ضمان الاستقلال الوطني، وسيتمكن ممثلو منظمة الصحة العالمية من دعم وزارات الصحة الوطنية، بما في ذلك ضد التأثير الدولي غير المبرر واحتمال إضفاء الطابع الأمني على الصحة في حالات النزاع.

غير أنه لا ينبغي فهم برامج السلام على أنها واردة داخل بلد واحد. وغالبية النزاعات التي تشارك فيها منظمة الصحة العالمية دولية، ومن الواضح أن المظالم المتعلقة بالاستبعاد أو التمييز يمكن أن تكون ذات صلة بقضايا دولية. والاهتمام الذي يولي لتقديم الخدمات على نحو منصف كوسيلة لتعزيز السلام أمر جدير بالترحيب وينبغي تطبيقه على الصعيدين الدولي والوطني.

مشروع قرار في الوثيقة م ت154(11)

يذكر مشروع القرار [الوارد في الوثيقة م ت154\(11\)](#) بمختلف الوثائق الهامة ويؤكد من جديد مبادئ هامة. ثم يطلب من المدير العام مواصلة العمل على خارطة الطريق لمبادرة الصحة العالمية من أجل السلام والعودة إلى الجمعية في غضون خمس سنوات لتقديم تقرير عن "حالة خارطة الطريق في ضوء خارطة طريق معززة محتملة وتوافقية".

لا يفسر [سجل النقاش في الدورة الإجرائية 154](#) التأخير لمدة خمس سنوات ولا الإشارة إلى خارطة طريق "محملة وتوافقية".
المتحدث الوحيد في الدورة الأوروبية 154 الذي أعرب عن تحفظات بشأن المبادرة كان الصين.
وتحت الحركة الجمعية على اعتماد القرار.

14.4 شلل الأطفال: استئصاله، والتخطيط الانتقالي، وما بعد الإسهاد

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

استئصال شلل الأطفال

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق باستئصال شلل الأطفال (الوثيقة م ت18/154). وفي المناقشات، سلط أعضاء المجلس الضوء على الحاجة إلى مراقبة قوية وإلى تدابير هادفة للوصول إلى جميع الأطفال الذين لا يتلقون أي جرعة في المناطق الحرجة.

التخطيط للانتقال إلى شلل الأطفال ومرحلة ما بعد الإسهاد على شلل الأطفال

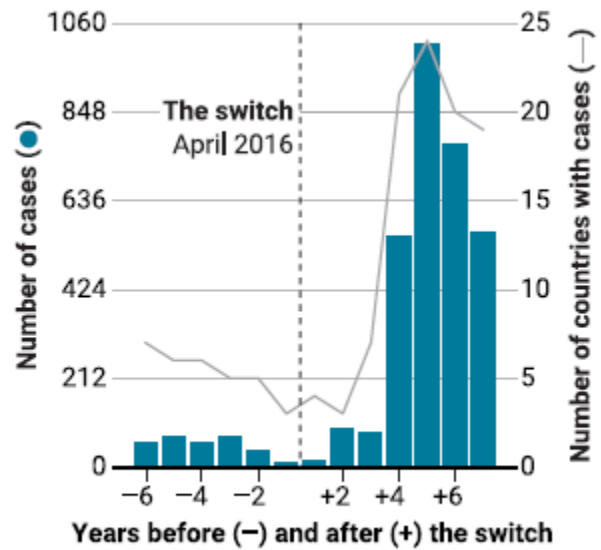
أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بالتخطيط للانتقال إلى شلل الأطفال ومرحلة ما بعد الإسهاد على شلل الأطفال (الوثيقة م ت19/154). وفي المناقشات، شدد أعضاء المجلس على أهمية اتخاذ الخطوات اللازمة للتأهب لعالم خال من شلل الأطفال، بما في ذلك تعزيز التمنيع والترصد والتأهب للفاشيات والاستجابة لها واحتواء فيروس شلل الأطفال.

خلفية

[روابط تعقب](#) للمناقشات السابقة حول شلل الأطفال. انظر ملخص نقاش المجلس التنفيذي في [PSR10 من EB154](#).

انظر بيان منظمة الصحة العالمية عقب الاجتماع الثامن والثلاثين للجنة الطوارئ المعنية باللوائح الصحية الدولية بشأن شلل الأطفال (8 نيسان/ أبريل 2024) [هنا](#).

انظر أيضا: [روبرتس، ل. \(2024\)](#). "الفشل غير المبرر" في سياسة لقاح شلل الأطفال ترك آلاف الأطفال مشلولين". العلوم 384 (6696): 610-609. يوضح الرسم البياني أدناه من روبرتس (2024) الزيادة في عدد الحالات والبلدان المتضررة من شلل الأطفال من النمط 2 المشتق من اللقاح بعد إزالة النوع 2 من لقاح شلل الأطفال الفموي ثلاثي التكافؤ.



*Years range from 1 May to 30 April.

انظر أيضا وثيقة المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، "فيروس شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاحات، تحديث عالمي نهج جديد لمكافحة فيروس شلل الأطفال الدائر المشتق من اللقاحات من النمط 2"، آب/ أغسطس 2020، [هنا](#).

تعليق PHM

استئصال شلل الأطفال

يحدد التقرير الوارد في [الوثيقة م ت18/154](#) الوضع الراهن والاستجابات الحالية على الصعيدين الوطني والعالمي. وتجدر الإشارة بمنظمة الصحة العالمية وشركائها والعاملين في مجال شلل الأطفال على جميع المستويات لما قاموا به من أعمال طيبة.

ويصف التقرير وضع انتقال السياسات البرية في البلدان الموبوءة ويشير إلى أن التوصيات (الصادرة عن اجتماع الفريق الاستشاري التقني لباكستان وأفغانستان في [حزيران/يونيو 2023](#)) الموجهة لمعالجة ثغرات المناعة والترصد على الصعيد دون الوطني، يجري تنفيذها الآن. وتشمل هذه التركيز على الزيارات من منزل إلى منزل، والتحصين الاستدراكي، ومن المحير أنه لا يوجد ذكر لمبادرة الصحة العالمية والسلام لمنظمة الصحة العالمية (حساسية النزاع والاستجابة للسلام) في الوثيقة EB154/18.

ويصف التقرير الفاشيات في المناطق غير الموبوءة، بما في ذلك شلل الأطفال المشتق من اللقاحات. ووصف الاستخدام الأوسع نطاقا للقاح الفموي من النمط 2 الجديد والترخيص الكامل والإثبات المسبق لصلاحية اللقاح والتخفيف من القيود المفروضة على حجم الإنتاج. ومن بين المبادرات الأخرى المبلغ عنها بناء القدرات الخاصة بنوع الجنس ومواصلة العمل لدمج التطعيم ضد شلل الأطفال في حملات التمنيع العامة.

التقرير متفائل للغاية بشأن احتمال التمويل الكافي القادم لتنفيذ استراتيجية استئصال شلل الأطفال 2022-26.

لمزيد من التحليل الموسع، انظر [تعليق PHM على استئصال شلل الأطفال في \(2023\) EB152](#)

انتقال شلل الأطفال والإشهاد عليه بعد الإصابة بشلل الأطفال

[يلخص الوثيقة م ت19/154](#) الإطار الاستراتيجي لما بعد عام 2023 للانتقال إلى شلل الأطفال، بما في ذلك مواصلة العمل على استراتيجية ما بعد الإشهاد على شلل الأطفال، بما في ذلك الإبلاغ وتنظيم احتواء شلل الأطفال ووضع معايير للتحقق من التخلص منه.

ويتألف الإطار الاستراتيجي لما بعد عام 2023 للانتقال إلى شلل الأطفال من رؤية عالمية (موصوفة بمزيد من التفصيل في الوثيقة م ت19/154)، وخطط استراتيجية إقليمية وخطط عمل قطرية باللغتين الأفريقية والمنظمة الإقليمية لشرق آسيا وشمال أفريقيا. وتعتبر المساءلة والملكية أمرين حاسمين لتحقيق الرؤية.

الانتقال جارٍ. وقد أدمجت تكاليف الوظائف الأساسية المتعلقة بشلل الأطفال التي تضطلع بها المكاتب الإقليمية والقطرية لمنظمة الصحة العالمية في الجزء الأساسي من الميزانية البرنامجية للثلاثية 2022-23 و PB 2024-25. ورافق نقل الموارد من برنامج شلل الأطفال إلى الجزء الأساسي من البرنامج العالمي لمكافحة شلل الأطفال تخفيض تدريجي في عدد موظفي برنامج شلل الأطفال (المناصب التي تدعمها المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال).

لمزيد من التحليل الموسع، انظر [تعليق PHM على انتقال شلل الأطفال في \(2023\) EB152](#)

18 استئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق باستئصال الجدري: تدمير مخزونات فيروس الجدري ([الوثيقة م](#) [ت20/154](#)). وخلال المناقشات، اقترح أعضاء المجلس أن تواصل الأمانة تبادل المعلومات عن حالة فيروس الجدري وضمان إجراء عمليات تفتيش منتظمة لمختبرات مستودع المراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية. ورحبوا بالمعلومات المقدمة عن حالة استمرار تفشي فيروس الموبوكس المتعدد الأقطار الذي استخدمت من أجله تدابير مضادة للجدري في العديد من البلدان. وقبل انعقاد جمعية الصحة العالمية السابعة والسبعين، دعيت الدول الأعضاء إلى النظر فيما إذا كان ينبغي مواصلة البحوث المتعلقة بفيروسات الجدري والجدري وكيفية ذلك.

خلفية

[روابط تعقب](#) للمناقشات السابقة حول الجدري والموبوكس.

انظر أيضا [ج8/77 إضافة3: تقرير لجنة الاستعراض بشأن التوصيات الدائمة بشأن النياية العامة](#)

تعليق PHM

نظرة عامه

وقد دعت بعثة إدارة الصحة مرارا وتكرارا إلى التدمير النهائي للمخزونات المتبقية من فيروس الجدري ولكن كما ورد في الفقرة 1 من [الوثيقة م ت20/154](#)، أرجأت جمعية الصحة اتخاذ هذا الإجراء وأذنت بمواصلة البحوث رهنا بالشروط المبينة في الفقرة 2.

- كما هو مسجل في [الوثيقة A72/28](#) (4 نيسان/أبريل 2019)، فإن اللجنة الاستشارية
- يقررون أنه لا توجد حاجة للاحتفاظ بفيروس الجدري الحي لتطوير لقاحات أكثر أمانا للجدري تتجاوز تلك الدراسات التي تمت الموافقة عليها بالفعل
 - متضاربا بشأن ما إذا كان الاحتفاظ بفيروس الجدري الحي لا يزال ضروريا لتطوير المقاييس التشخيصية الضرورية للصحة العمومية؛ و
 - القضاة أن فيروس الجدري الحي لا يزال مطلوبا لمواصلة تطوير العوامل المضادة للفيروسات ضد الجدري.

انظر محضر المناقشة في [ج ص 72ع \(باء 7\)](#) للاطلاع على شرح لمواقف البلدان بشأن تدمير المخزونات المتبقية من فيروس الجدري (ب).

هذا التقرير (م ت20/154):

- يلخص استنتاجات وتوصيات الاجتماعات الأخيرة للجنة الاستشارية المعنية ببحوث الفيروسات الجدارية؛ هذه تمس التشخيص واللقاحات والعلاجات.
- معلومات محدثة عن عمليات التفتيش على السلامة البيولوجية والأمن البيولوجي التي تجرى كل سنتين في المستودعين المعتمدين لفيروس الجدري (في روسيا والولايات المتحدة الأمريكية)؛
- يقدم معلومات محدثة عن توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن التمتع ضد الجدري وبشأن احتياطات المنظمة من اللقاحات؛
- استجابة منظمة الصحة العالمية لفاشية الميكروفون في بلدان متعددة منذ عام 2022.

القضايا

الجدري الاصطناعي

وقد أوصت اللجنة الاستشارية بوضع تسلسل الجينوم في المجال العام. وتشير الأمانة إلى أن "التقدم في البيولوجيا التركيبية وتكنولوجيا إعادة بناء الجينوم قد يجلب فوائد ومخاطر على التأهب للجدري" وتؤكد على أهمية تنفيذ الدول الأعضاء للمبادئ التوجيهية التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية في التشريعات الوطنية.

(من المفارقات أنه إذا تم تدمير آخر مخزون من فيروس الجدري في عام 1996 كما هو مقرر في الأصل ، فلن ينشأ خطر التوليف لأن الفيروس لم يتم تسلسله في ذلك الوقت).

السلامة في المستودعين المعتمدين

وتواصل أفرقة التفقيش اقتراح سبل تحسين المرافق والبروتوكولات والممارسات. هذه المستودعات ليست خالية من المخاطر وترتيبات إدارة المخاطر الخاصة بها مفتوحة للتحسين المستمر.

مخزونات اللقاحات وبروتوكولاتها

وتتراوح احتياطات اللقاحات التي تحتفظ بها منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء من اللقاحات القائمة على فيروس اللقاح المشتق من اللف إلى لقاحات الجيل الرابع المطورة حديثا استنادا إلى فيروس اللقاح الذي حذفت منه جينات الفوعة. وليس من الواضح ما إذا كانت مخزونات اللقاحات، في حالة تفشي الجدري، كافية، وستكون جميعها ذات فعالية وسلامة متماثلتين، وسيتم توزيعها بشكل منصف، وسيتم تقديمها بكفاءة وبشكل مناسب.

جدري

يتم وصف تطور حالة الطوارئ MPOX والاستجابة لها ؛ "التوقعات لا تزال مثيرة للقلق".

تنصح صفحة موضوع منظمة الصحة العالمية على mpox بما يلي:

بعد عام 1970 ، حدث mpox بشكل متقطع في وسط وشرق إفريقيا (clade I) وغرب إفريقيا (clade II). وفي عام 2003 ، ارتبطت فاشية في الولايات المتحدة الأمريكية بالحيوانات البرية المستوردة (المجموعة الثانية). ومنذ عام 2005 ، يبلغ عن آلاف الحالات المشتبه فيها في جمهورية الكونغو الديمقراطية كل عام. في عام 2017 ، عاد mpox إلى الظهور في نيجيريا ويستمر في الانتشار بين الناس في جميع أنحاء البلاد وفي المسافرين إلى وجهات أخرى. تتوفر بيانات عن الحالات المبلغ عنها حتى عام 2021 [هنا](#).

في مايو 2022 ، ظهر تفشي MPOX فجأة وانتشر بسرعة في جميع أنحاء أوروبا والأمريكتين ثم جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية السنة ، حيث أبلغت 110 دولة عن حوالي 87 ألف حالة إصابة و 112 حالة وفاة. أثار تفشي المرض العالمي في المقام الأول (ولكن ليس فقط) على الرجال المثليين ومزدوجي الميل الجنسي وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال وانتشر من شخص لآخر من خلال الشبكات الجنسية. يتوفر المزيد من المعلومات حول الفاشية العالمية [هنا](#) مع بيانات مفصلة عن الفاشية [هنا](#).

يتوطن الجدري في جمهورية الكونغو الديمقراطية منذ عام 2005 وفي نيجيريا منذ عام 2017 ، ولكن بعد شهر واحد فقط من تفشي المرض العالمي في مايو 2022 ، تم إعلانه حالة طوارئ صحية عمومية تثير قلقا دوليا (يونيو 2022).

وقد أعربت الأمانة العامة عن قلقها بوجه خاص إزاء التفاعلات بين الإيدز والميتوكس بسبب الآثار المثبطة للمناعة للأولى. وقالت لجنة الطوارئ في تقريرها الخامس والأخير:

وشددت اللجنة على ضرورة إقامة شراكات طويلة الأجل لحشد الدعم المالي والتقني اللازم لمواصلة الترصد وتدابير مكافحة والبحوث من أجل القضاء على انتقال العدوى من إنسان إلى آخر على المدى الطويل، فضلا عن التخفيف من انتقال الأمراض الحيوانية المصدر، حيثما أمكن ذلك. وأعيد التأكيد على إدماج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والأكسجين المبوكس والتأهب له والاستجابة له في البرامج الوطنية للمراقبة والمكافحة، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، باعتبار ذلك عنصرا هاما في هذا الانتقال الطويل الأجل. ولاحظت اللجنة، على وجه الخصوص، أن المكاسب التي تحققت في مجال مكافحة تفشي فيروس "مبوكس" في بلدان متعددة قد تحققت إلى حد كبير في غياب الدعم المالي الخارجي، وأنه من غير المرجح أن تتم السيطرة على فيروس "مبوكس" والقضاء عليه على المدى الطويل ما لم يقدم هذا الدعم.

ويشير القرار [EB154/20](#) إلى أن "تمويل الاستجابة للأمبوكس لا يزال مقيدا للغاية".

انتهى إعلان الطوارئ في مايو 2023 وتم تعيين لجنة مراجعة بموجب اللوائح الصحية الدولية التي أوصت بأن يصدر المدير العام مجموعة من التوصيات الدائمة بشأن MPOX. انظر ج8/77 إضافة 3: تقرير لجنة الاستعراض بشأن التوصيات الدائمة بشأن النيابة العامة

1-15 المحددات الاجتماعية للصحة

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير عن التقدم المحرز في التقرير العالمي عن المحددات الاجتماعية للصحة (الوثيقة م ت21/154). وخلال المناقشات، استرعى أعضاء المجلس الانتباه إلى عدة مبادرات واعدة لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة، وأعربوا في الوقت نفسه عن قلقهم إزاء بطء التقدم في تنفيذ توصيات عام 2008 الصادرة عن لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة. وقدموا توجيهات لوضع الصيغة النهائية للتقرير العالمي المقبل.

خلفية

[روابط تعقب للمناقشات السابقة ل SDH](#)

وتحت PHM على أن تنظر الأمانة في استخدام مصطلح "التحديد الاجتماعي للصحة" بدلا من "المحددات الاجتماعية للصحة". يركز مفهوم "التحديد الاجتماعي للصحة" اهتمامنا على الهياكل والقوى والعمليات والديناميكيات التي تشكل الظروف التي ننمو فيها وتعلم ونلعب ونعمل ونتقدم في السن. يتناقض هذا الاستخدام مع الاستخدام الشائع ل "المحددات الاجتماعية" التي تركز الانتباه على السمات السائدة لبيئتنا الاجتماعية التي تشكل صحة الناس دون إيلاء اهتمام منهجي للعمليات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي تعيد إنتاج تلك الميزات.

تعليق PHM

التقدير

وتعرب المنظمة عن تقديرها لالتزام الدكتور تيدروس وموظفي الأمانة (في جنيف وفي المكاتب الإقليمية والقطرية) والخبراء الذين ساهموا في إعداد التقرير على مدى السنوات العديدة الماضية. لقد انقضى الآن 15 عاما منذ إصدار تقرير اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، وكانت هناك أوقات بدا فيها أن المشروع بأكمله قد وضع على الرف.

وتقدر المنظمة أيضا الدول الأعضاء التي أصرت على إحراز تقدم في العمل بشأن دوافع عدم المساواة الصحية وأولئك الذين ساهموا بالموارد لدعم هذا العمل. كما تقدر PHM الناشطين الصحيين (في الأوساط الأكاديمية والحركات الاجتماعية) الذين رفضوا السماح بإهمال عدم المساواة في النتائج الصحية.

البيانات الملخصة في الوثيقة EB154/21 تواجه. كل من مستويات عدم المساواة والتقدم البطيء في معالجة التفاوتات الصحية منذ عام 2008. ومن المأمول أن تلقي النتائج والتحليلات الأكثر تفصيلا ضوءا جديدا على أكثر التحديات إلحاحا وأسبابها وأولوياتها.

الوثيقة الوثيقة م ت21/154 تتناول (عدم) التقدم المحرز منذ تقرير اللجنة لعام 2008. وتدعي أنه "تم إحراز تقدم في تحقيق الأهداف الثلاثة، لكن معدلات التحسن الحالية غير كافية لتحقيق الأهداف بحلول عام 2040. ولا يزال عدم المساواة قائما بين البلدان، وداخل البلدان، حيث تتوافر البيانات، وكثيرا ما تكون الاتجاهات مثيرة للقلق. وتعيش الفئات الفرعية السكانية المحرومة، مثل تلك ذات الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض ومستويات التعليم وتلك المتأثرة بالتمييز العنصري، حياة أقصر وغير صحية". ويخلص التقرير إلى أنه "لم يكن هناك اهتمام وإجراءات كافية بشأن المحددات الهيكلية الرئيسية مثل النظم الاقتصادية غير المنصفة، والتمييز الهيكلي، بما في ذلك العنصرية المتقاطعة وعدم المساواة بين الجنسين، وضعف البنية التحتية المجتمعية". ويخلص التقرير إلى أن "الجهود المبذولة للحد من أوجه الإجحاف في مجال الصحة غالبا ما تركز بشكل ضيق على الجهود اللازمة لتوفير خدمات صحية أكثر إنصافا" ولكن كان هناك جهد أقل في مجال الدعوة والتعاون بين القطاعات.

يشير القرار EB154/21 إلى تأثير الأزمات المتقاطعة المتعددة (المناخ، كوفيد، الصراع، تكاليف المعيشة) ويشير إلى التحولات الاجتماعية والتقنية الرئيسية التي يبدو أنها ستؤدي إلى تفاقم التفاوتات الصحية.

- ينبئ القرار م ت21/154 ب 14 توصية محددة تتناول أربعة أهداف شاملة. وتتمثل أهداف هذه التوصيات فيما يلي:
- "معالجة الآثار الصحية للتسلسل الهرمي للسلطة وتوزيع الموارد؛ معالجة النظم والسياسات التي تؤدي إلى التمييز الهيكلي، بما في ذلك العنصرية المتقاطعة وعدم المساواة بين الجنسين؛ وإعادة بناء البنية التحتية المجتمعية الضعيفة لتحسين ظروف المعيشة والعمل وتعزيز التواصل الاجتماعي" و
 - لتوفير نقاط دخول "للقطاع الصحي ليكون بمثابة عامل تمكين ومحرك للعمل على المستوى الهيكلي".

ما هي نظرية التغيير التي توجه هذه التوصيات؟

- وتتعلق الأسئلة الحاسمة التي يتعين طرحها في تقييم هذه التوصيات بالنظرية الأساسية للتغيير التي استندت إليها عملية تطويرها.
- من هم الوكلاء الذين سيتم تغيير ممارساتهم بسبب هذا التقرير؟
 - ما هي الدوافع الأساسية لعدم المساواة والتمييز والتقصير والاعتداء وكيف تتعامل هذه التوصيات مع تلك الدوافع الأساسية؟
 - لماذا تبسر التوصيات اعتماد سياسات الإنصاف وتنفيذ برامج الإنصاف؟ ما هي العقبات التي واجهت مثل هذه السياسات والبرامج في الماضي (بما في ذلك تقرير اللجنة لعام 2008) وكيف سيساهم هذا التقرير في التغلب على تلك العقبات؟

إستراتيجية

- هناك استراتيجية واضحة في هذه الورقة، على الرغم من عدم توضيحها بوضوح في الوثيقة EB154/21. تتضمن هذه الاستراتيجية تعزيز ومواءمة الدوافع المختلفة للسياسات والبرامج المؤيدة للإنصاف. تتضمن برامج التشغيل هذه:
- صياغة مجموعة من السياسات المؤيدة للإنصاف، بموافقة منظمة الصحة العالمية، ذات الصلة بالمناقشات الدولية والمحلية حول السياسات والبرامج الاجتماعية والاقتصادية؛
 - التركيز على إشراك المجتمع المحلي والمشاركة الاجتماعية في عمليات وضع السياسات وتهيئة الظروف التي تزيد من قدرات المجتمع المدني المستقل والشامل لمعالجة المحددات الاجتماعية للعدالة الصحية؛ و
 - تعزيز التركيز على المحددات الاجتماعية في النظم الصحية ومناهج السياسات؛ وتنمية القدرات البشرية في مجالات الصحة والحماية الاجتماعية والتعليم والعمل والحكم المحلي والمنظمات الخدمية لتعزيز الجهود المشتركة بين القطاعات لمعالجة المحددات الاجتماعية للعدالة الصحية
 - التركيز على قياس وبحث ونشر مختلف مؤشرات عدم المساواة الصحية والتمييز وضعف الخدمات الإنسانية؛

التقرير العالمي كيتدخل في تشكيل السياسات العالمية

ونقترح الوثيقة م ت21/154 أن يتخذ التقرير العالمي موقفاً تقديمياً (مؤيداً للإنصاف) بشأن عدد من القضايا المتنازع عليها بشدة في النقاش الدائر حول السياسات العالمية. هذا تدخل مباشر في تشكيل السياسات العالمية، ولأنه يأتي بسلطة منظمة الصحة العالمية، فهو تدخل مهم.

ويوفر التعبير الرسمي لمثل هذه المواقف السياسية نفوذاً يمكن أن يمارسه المدافعون عن العدالة الصحية.

تشمل الحالات التي تشمل فيها مواقف السياسة المؤيدة للإنصاف ما يلي:

- استخدام الضرائب التصاعدية وتحويلات الدخل لتعزيز الإنصاف وتوسيع الحيز المالي المحلي للخدمات العامة الشاملة؛
- توفير التمويل العام الكافي للبنية التحتية وتقديم الخدمات عبر أنظمة الصحة والتعليم والنقل والإسكان والمياه والصرف الصحي والغذاء؛
- تسليط الضوء على مفهوم المحددات التجارية للصحة والحاجة إلى تنظيم لتعظيم قدرة القطاع الخاص على تعزيز الصحة؛
- تسليط الضوء على دور المشتريات العامة في تشجيع "المنتجات المستدامة والأمنة والصحية ومعايير العمل الآمنة والعدالة"؛
- تعزيز اعتبارات العدالة الصحية في العمليات التجارية العالمية والإقليمية؛
- تسليط الضوء على أهمية الحيز المالي للاستثمار العام المؤيد للإنصاف في مجالات مثل تخفيف عبء الديون وتمويل التنمية والتعاون الدولي في مجال الضرائب؛

- تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال التمويل الصحي التدريجي ونهج الرعاية الصحية الأولية؛ التقليل إلى أدنى حد من النفقات الشخصية، وتمويل الخدمات الصحية من الموارد الحكومية المجمعة؛
- تسليط الضوء على الحاجة إلى معالجة وحماية المحددات الاجتماعية للعدالة الصحية في حالات الطوارئ والهجرة والنزاعات؛ ضمان حقوق النازحين في الحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية.

التقرير العالمي كيتدخل في تشكيل السياسات المحلية

- وبالمثل، سيخذ التقرير موقفاً تقديمياً (مؤيداً للإنصاف) بشأن عدد من القضايا المتنازع عليها بشدة في مناقشة السياسة الداخلية (في بعض الحالات القضايا المتنازع عليها دولياً ومحلياً). هذا تدخل مباشر في تشكيل السياسات الوطنية ومهم لأنه ينشر سلطة منظمة الصحة العالمية. تشمل أمثلة المواقف السياسية المؤيدة للإنصاف ما يلي:
- ضمان أن تكون الاستثمارات في التخطيط الحضري والريفي والإقليمي والنقل والإسكان مدعومة بنهج تضمن أن تكون المساكن والبيئات المبنية صحية ويمكن الوصول إليها ؛
 - تسليط الضوء على أهمية "المجتمعات الصديقة للمسنين" في مكافحة العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة؛
 - تسليط الضوء على أهمية الحماية الاجتماعية الشاملة؛
 - توسيع نطاق استحقاقات العمل الأساسية لتشمل العمال غير المستقرين والعمال غير الرسميين؛
 - الاعتراف بالتمييز وإصلاحه، بما في ذلك التمييز المتعلق بنوع الجنس والعرق والإعاقة، ومعالجة آثار الاستعمار، والاعتراف بالسكان الأصليين كمحدد للصحة والعدالة الصحية؛
 - توضيح فوائد العدالة الصحية للعمل بشأن تغير المناخ والتنوع البيولوجي والأمن الغذائي؛
 - تعزيز الدعم لمجتمعات السكان الأصليين في إدارتها للأراضي والموارد الطبيعية ؛
 - تسليط الضوء على أهمية توجيه التحول الرقمي لصالح العدالة الصحية والصالح العام؛
 - تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال التمويل الصحي التدريجي ونهج الرعاية الصحية الأولية؛ تقليل النفقات من الأموال الخاصة، وتمويل الخدمات الصحية من الموارد الحكومية المجمعة.

عدم كفاية التوثيق والتحليل للدوافع الأساسية لعدم المساواة والتمييز والتقصيف والاعترا ب

- يبدو من الملخص الوارد في الوثيقة م 21/154 أنه على الرغم من الإشارات العرضية، لن يقدم التقرير توثيقاً وتحليلاً كاملياً للدوافع الأساسية لعدم المساواة والتمييز والتقصيف والاعترا ب. وتشمل هذه:
- تبخر العمالة اللاتفة المرتبطة بتحرير التجارة، والتطور التكنولوجي، وظهور الشركات الكبيرة، التي تجلس على سلاسل القيمة العالمية، مع القدرة على ابتزاز مختلف التنازلات من البلدان كشرط للاستثمار الأجنبي؛
 - تأثير حماية ودعم الزراعة الشمالية على صغار المزارعين وقوة الأعمال التجارية الزراعية العملاقة عبر سلاسل القيمة الغذائية العالمية (بما في ذلك التمييز بين الأمن الغذائي والسيادة الغذائية التي لها آثار رئيسية على التجارة في الزراعة) ؛
 - تأثير التحرير المالي على قدرة الحكومات الوطنية على إدارة اقتصاداتها، بما في ذلك الضرائب التصاعدية والحيز المالي الكافي للتنمية الاجتماعية؛
 - معارضة الشركات الشرسة للتنظيم الذي من شأنه أن يجعل أنشطتها أقل ضرراً، من خلال استثمار مبالغ هائلة من المال في الضغط والتأثير على جداول الأعمال الحكومية؛ التأثير من خلال الأعمال الخيرية للشركات ، واستراتيجيات المسؤولية الاجتماعية للشركات التي يمكن أن تصرف الانتباه عن آثارها الصحية والاجتماعية السلبية ، وعن الهيمنة الأيديولوجية وتراكم القوة الاقتصادية ؛
 - التأثير الاقتصادي والسياسي والثقافي لقوى الاستعمار الجديد على المستعمرات السابقة أو الدول الأقل قوة ، من خلال آليات مثل الهيمنة الاقتصادية والاعتماد على الديون ، والاختلالات التجارية وقوانين الملكية الفكرية ، والتأثير السياسي في الحكم المحلي ، والإمبريالية الثقافية الغربية ، والسيطرة على البيانات والتكنولوجيا ، والاستغلال البيئي ؛
 - إدامة الحرب والصراع وذروتها بسبب تأثير المصالح الاقتصادية والجيوسياسية ، التي تعززها أيضاً التحالفات الحكومية الدولية ؛
 - ملكية عدد قليل من الشركات الخاصة للتكنولوجيات الرقمية والأدوات التكنولوجية الجديدة، مما يؤدي إلى ممارسات احتكارية تعطي الأولوية للربح على المصلحة العامة وخصوصية البيانات والمخاوف الأمنية وقضايا الرقابة؛ تؤدي رأسمالية المراقبة

- إلى تآكل الاستقلالية الشخصية والحريات المدنية والتقدم الاجتماعي ، مما يزيد من التأثير الذي تمارسه الشركات في السياسة العامة بسبب رأس مالها الاقتصادي والمعلوماتي الكبير والإمبريالية الرقمية ؛
- تأثير تعميق عدم المساواة الاقتصادية وتبخر العمالة اللائقة على الاكتئاب والغضب المجتمعي ، والذي يتجلى أحيانا في الحركات الفاشية الجديدة ؛
- الصلة التاريخية والمستمرة بين النظم الاقتصادية الاستغلالية وأنظمة القمع الأخرى ، بما في ذلك النظام الأبوي وتفوق البيض والقدرة ؛
- تأثير النظام الاقتصادي على الثقافة والعلاقات الإنسانية من خلال تعزيز الفردية وعدم الثقة والسلبية والاستهلاكية ، وتآكل الأماكن العامة ، وتسليع الوقت وتجزئته.

إن الفشل في توثيق وتحليل هذه الدوافع بشكل كامل يضعف برنامج السياسات الذي يتم تطويره من خلال التقرير العالمي ويقال من النفوذ المتاح لمختلف الدوائر التي تدعو إلى إصلاح السياسات عبر هذا المجال.

عدم كفاية التوثيق والتحليل للعقبات التي تعترض اعتماد سياسات مؤيدة للإنصاف

- يبدو من الملخص الوارد في الوثيقة م ت21/154 أنه على الرغم من الإشارات العرضية، فإن التقرير لن يقدم توثيقا وتحليلا كاملين للعقبات التي تحول دون اعتماد سياسات مؤيدة للإنصاف وتنفيذ برامج مؤيدة للإنصاف. وتشمل هذه:
- قوة "معنويات السوق" (صوت رأس المال الدولي) على الحكومات المنتخبة فيما يتعلق بالضرائب والإنفاق العام والخصخصة وتسويق وتسويق الخدمات البشرية بما في ذلك الرعاية الصحية ؛
- تأثير سياسة المال والباب الدوار (بين الأعمال والحكومة) على تشكيل السياسات ، وتسهيل تشكيل السياسة العامة لخدمة المصلحة الخاصة ؛
- دور البنك الدولي والوكالات المماثلة في تعزيز السياسات الاقتصادية النيوليبرالية (على الرغم من تقاريره اللامعة التي تدعي حل جميع التحديات الاجتماعية والاقتصادية المحتملة)؛
- دور صندوق النقد الدولي والبنوك الخاصة العالمية في فرض التقشف مع رفض معالجة أسباب الديون التي لا يمكن تحملها ومواطن الضعف في العملة؛
- القيود المفروضة على تشكيل السياسات المحلية التي تم تضمينها في الشبكة العالمية لاتفاقات التجارة والاستثمار المتعددة الأطراف والمتعددة الأطراف.

إن الفشل في توثيق وتحليل العقبات التي تعترض تنفيذ السياسات المؤيدة للإنصاف بشكل كامل يضعف قيادة السياسات التي سيتم توفيرها من خلال التقرير العالمي ويقال من النفوذ المتاح لمختلف الدوائر التي تدعو إلى إصلاح السياسات عبر هذا المجال.

يمكن أن يؤدي عدم وجود تحليل نقدي متعمق للسياق التاريخي الحالي إلى زيادة خطر تقديم توصيات متحيزة لتعزيز العدالة الصحية. ومن الأمثلة ذات الصلة في الوثيقة م ت21/154 التوصية بتسريع وتنظيم أنشطة القطاع التجاري والخاص، التي فشلت مرارا وتكرارا في تحقيق نتائج مستدامة نحو تحقيق العدالة الصحية العالمية.

بناء الدوائر الانتخابية التي يمكن أن تمارس ضغوطا سياسية على تشكيل السياسات المحلية ومناقشة السياسات الدولية

ويبدو من الوثيقة م ت21/154 أن الاستراتيجية التي يقوم عليها التقرير العالمي، من حيث دفع عجلة التغيير، ستعتمد على ثلاث دوائر رئيسية هي: القياس والبحث؛ والتقييم والتقييم؛ والتقييم والتقييم. المجتمع المدني المؤيد للإنصاف؛ النظم الصحية والعاملين الصحيين.

دائرة القياس والبحث والنشر

تشمل دائرة القياس والبحث والنشر الباحثين في مجال العدالة الصحية (علم الأوبئة ، والعلوم الاجتماعية ، ودراسات السياسات ، وما إلى ذلك) ووكالات مراقبة البرامج وإعداد التقارير الإحصائية.

وسيؤكد التقرير العالمي على أهمية مواصلة رصد الإنصاف في مجال الصحة ومواصلة البحوث في اتجاهات وأنماط العدالة الصحية (بما في ذلك دوافع عدم الإنصاف والعقبات التي تعترض إجراءات السياسات).

يشير تاريخ النقاش حول العدالة الصحية إلى أن القياس والنشر (من فيرشو إلى مارموت) يحدث فرقا.

- ومع ذلك ، من الضروري أيضا إدراك كيف ولماذا كان لهذه المساعي نتائج محدودة في الماضي. وتشمل هذه الأسباب:
- تسويق البحوث وتسويقها بشكل عام، وتآكل الحرية الأكاديمية والأخلاق والقيم، وتقويض جودة الأدلة المنتجة على المؤشرات الكمية للنجاح الأكاديمي، فضلا عن تدهور ظروف عمل الأكاديميين والباحثين؛
 - المصالح السياسية والاقتصادية التي تعتمد عليها المؤسسات الأكاديمية والبحوث والتي قد تقاوم أو تقوض الجهود البحثية التي تسلط الضوء على أوجه عدم المساواة المنهجية في مجال الصحة؛
 - نقص تمويل البحوث الحرجة في مجال العدالة الصحية مقارنة بالمجالات الأخرى للبحوث الطبية وبحوث الصحة العامة التي قد تتبنى منظوراً أقل انتقاداً أو قد تكون أكثر ربحية، مما يحد من نطاق الدراسات وحجمها، فضلا عن القدرة على استدامة المبادرات البحثية طويلة الأجل؛
 - استغلال العمل البحثي من قبل المؤسسات والشركات ، مما يخلق ظروف عمل غير مستقرة ؛
 - قضايا التأليف في مجال أبحاث العدالة الصحية الأكاديمية العالمية ، والتي تتميز بالتمثيل المفرط لنظرة الفئات الاجتماعية المهيمنة في المجالات الأكاديمية ، النابعة من وكلاء من خلفيات غربية وعمرية وأبوية.

مجتمع مدني مؤيد للإنصاف

ويتضح من الوثيقة م ت21/154 أن التقرير العالمي يرى أن مناصرة المجتمع المدني هي محرك هام للتغيير ، من المجتمعات المحلية التي تدعو إلى الحكومة المحلية. إلى المنظمات غير الحكومية الدولية الناشطة في مجال العدالة الصحية؛ للحركات الاجتماعية ذات المصلحة العامة التي تعمل مع تلك المجتمعات التي تتحمل وطأة عدم المساواة والتمييز ونقص الخدمات.

ومن الواضح أن المواقف السياسية المؤيدة للإنصاف المذكورة في الوثيقة م ت21/154، والتي تم تطويرها في التقرير العالمي، ستوفر قوة لمثل هذه الدعوة للمجتمع المدني.

ومع ذلك، سيكون من المهم عدم التقليل من شأن التحديات التي تواجه دعوة المجتمع المدني هذه، وليس أقلها العقوبات القانونية التي تفرضها العديد من الحكومات على التعبئة الشعبية والتعبير الديمقراطي.

إن اللبنات الأساسية لمناصرة المجتمع المدني هي المنظمات والشبكات التي تجمع بين خبرات ومطالب أولئك الذين يتحملون وطأة عدم المساواة. إن بناء صوت متماسك قادر على التأثير على صنع السياسات المحلية ينطوي على تقارب المجتمعات المختلفة التي تمتد عبر الحدود ، في ضوء الدوافع الهيكلية المشتركة لحرمانها المختلفة.

وفيما يتعلق ببناء دائرة متماسكة للمجتمع المدني قادرة على التدخل بقوة في مناقشة السياسة الدولية، هناك العديد من القضايا التي تحظى بالأولوية، وهناك حدود للغة والثقافة والسياق يجب اختراقها. ومع ذلك، يتم تعزيز هذه المنظمات غير الحكومية والشبكات الدولية عندما يكون لها روابط مباشرة مع المنظمات الشعبية.

وإذا كان لمنظمة الصحة العالمية أن تتصدى للتحدي المتمثل في العمل مع المجتمع المدني، فهناك الكثير الذي يمكنها القيام به، من جنيف، ومن المكاتب الإقليمية والقطرية. ومع ذلك، فإن منظمة الصحة العالمية، بوصفها منظمة دولة عضو، كانت حذرة للغاية بشأن التعاون مع المجتمع المدني بما يتجاوز تصلب "العلاقات الرسمية".

النظم الصحية والموظفون الصحيون

ينذر الإجراء م ت21/154 بدفعة سياسية كبرى لتعزيز التركيز على المحددات الاجتماعية في النظم الصحية ومناهج السياسات؛ إدماج المحددات الاجتماعية للعدالة الصحية في جميع الاستراتيجيات والسياسات الصحية والتأهب للطوارئ وخطط الاستجابة لها وقوانين الصحة العمومية؛ تطوير القدرات البشرية في مجالات الصحة والحماية الاجتماعية والتعليم والعمل والحكم المحلي والمنظمات الخدمية لتعزيز الجهود المشتركة بين القطاعات لمعالجة المحددات الاجتماعية للعدالة الصحية.

وهذه الرؤية للوكالات الصحية والعاملين الصحيين بوصفهم دعاة للإنصاف تذكر بالوعد الوارد في إعلان ألما - آتا لعام 1978 الذي توقع سيناريو لممارسي الرعاية الصحية الأولية ووكالاتهم الذين يعملون مع مجتمعاتهم المحلية لمعالجة المحددات الاجتماعية لصحتهم

(نوبل ، 1975). بعد 30 عاما من محاولة دفن أو إعادة تفسير رؤية ألما آتا للرعاية الصحية الأولية، من المشجع أن نرى هذا المبدأ الأساسي يتم الاعتراف به.

ومع ذلك، يواجه مديرو النظم الصحية في كل مكان احتياجات تفوق الموارد، وتمنحهم عقود عملهم حوافز قوية لتركيز جميع مواردهم على تلك الاحتياجات البرنامجية. وبالمثل، ينشغل ممولو النظم الصحية بإنتاجية المرضى، وبينما سمح لوحدات تعزيز الصحة بالتحدث عن أوجه عدم المساواة الصحية (في بعض الأحيان)، إلا أنهم نادرا ما يملكون الموارد اللازمة لدعم خطابهم.

وستتطلب معالجة هذه الحوافز المحافظة وجود دائرة انتخابية خارجية، خارج المؤسسة الصحية، تطالب بتغيير السياسة؛ المطالبة باتخاذ إجراءات ذات مغزى نحو العدالة الصحية. لا يمكن أن تأتي هذه الدائرة الانتخابية الخارجية إلا من المجتمعات التي لديها أكبر قدر من المكاسب من السياسات والبرامج المؤيدة للإنصاف. وسيكون تيسير مثل هذه الأصوات أمرا بالغ الأهمية في "الاستفادة من القطاع الصحي" من أجل العمل في مجال الإنصاف الصحي.

يدعو القرار م ت21/154 إلى التغطية الصحية الشاملة من خلال التمويل التدريجي ونهج الرعاية الصحية الأولية، من خلال تعزيز توجه الرعاية الصحية الأولية في النظم الصحية وزيادة حصة الحكومات في الإنفاق الصحي، وخاصة للسكان المهمشين. وعلى الرغم من أن هذه التوصية تقدمية، فإنها تغفل مواصلة معالجة العقبات الرئيسية في قدرة أنظمة الرعاية الصحية على تغطية احتياجات الرعاية الصحية المتزايدة، بما في ذلك الأشكال المتعددة لخصخصة تقديم خدمات الرعاية الصحية التي تقوض المساواة في الوصول إلى خدمات عالية الجودة وشاملة ومستمرة وقائمة على الاحتياجات.

تحت PHM أعضاء هيئة التقييم على تأييد السياسات والاستراتيجيات الإيجابية المؤيدة للإنصاف الواردة في الوثيقة م ت21/154 وتعزيز المجالات التي يتعرض فيها التقرير العالمي لخطر التستر على القضايا الرئيسية

تحت PHM منظمات المجتمع المدني ذات المصلحة العامة على الاستفادة الكاملة من منصة السياسة التقدمية المتوقعة للتقرير العالمي وبناء الدعوة المحلية والدولية حول تطوير وتنفيذ سياسات وبرامج مؤيدة للإنصاف.

تدعو الدعوة إلى العمل التي اعتمدها جمعية صحة الشعب الخامسة إلى عالم خال من سيطرة الشركات ، ومقاومة الشركات والتسويق والاستعمار.

تحت PHM منظمات المجتمع المدني ذات المصلحة العامة على تجاوز برنامج السياسة الذي تم التنبؤ به للتقرير العالمي والإصرار على:

- فرض ضرائب تصاعديّة على الدخل والثروة والميراث والشركات على مستوى العالم مع إغلاق جميع الثغرات؛
- التنظيم الملزم للشركات العالمية وإدخال تشريعات مكافحة الاحتكار لتفكيك قوتها الاحتكارية ؛
- إزالة حواجز الملكية الفكرية التي تحد من الوصول إلى التكنولوجيات الصحية باعتبارها سلعا عامة، وإزالتها من اتفاق تريبس؛ الاستخدام الكامل والسريع والواسع النطاق ل ضمانات الصحة العامة الواردة في اللوائح الدولية؛
- تحويل نظام البحث والتطوير الحالي في مجال التكنولوجيا الصحية إلى نظام يسترشد باحتياجات الصحة العامة؛
- تنظيم وتشريع ممارسات التوظيف غير الآمنة وتعزيز العمالة التي تجلب الرضا والرفاه ؛
- التصديق على مبادئ الأمم المتحدة التوجيهية بشأن الأعمال التجارية وحقوق الإنسان؛
- الدعم الكامل لإعلان الأمم المتحدة بشأن حقوق الفلاحين والعمال الريفيين.

15-2 تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علماً في دورته 154 بالتقرير الإثناسنوي عن خطة التنفيذ الشاملة بشأن تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال (الوثيقة م ت22/154)، بما في ذلك الإرشادات المتعلقة بالتدابير التنظيمية الرامية إلى تقييد التسويق الرقمي لبدائل لبن الأم (هنا). وفي المناقشات، دعا أعضاء المجلس الأمانة إلى إجراء مزيد من المشاورات بشأن تنفيذ التوجيهات. كما طلبوا إلى الأمانة إجراء مشاورات بشأن خيارات توسيع نطاق أهداف التغذية العالمية وخطة التنفيذ الشاملة بشأن تغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال بعد عام 2025.

خلفية

[إرشادات بشأن التدابير التنظيمية](#) الرامية إلى تقييد التسويق الرقمي لبدائل لبن الأم. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023

[روابط التتبع](#) إلى المناقشات السابقة حول تغذية الأمهات والرضع والأطفال الصغار.

تعليق PHM

عدم إحراز تقدم بشأن أهداف خطة التنفيذ الشاملة

تنص الغاية 2.2 من أهداف التنمية المستدامة على ما يلي: "بحلول عام 2030، إنهاء جميع أشكال سوء التغذية، بما في ذلك تحقيق الغايات المنفق عليها دولياً بشأن التقزم والهزال لدى الأطفال دون سن 5 سنوات بحلول عام 2025، وتلبية الاحتياجات التغذوية للمراهقات والنساء الحوامل والمرضعات وكبار السن".

وتتضمن خطة التنفيذ الشاملة لمنظمة الصحة العالمية لتغذية الأمهات والرضع وصغار الأطفال هذه الغايات العالمية، ولكنها تتجاوز ذلك بقليل لتشمل فقر الدم لدى النساء في سن الإنجاب، وانخفاض الوزن عند الولادة، وزيادة الوزن لدى الأطفال، والرضاعة الطبيعية الحصرية في الأشهر الستة الأولى من الحياة. وفي الوثيقة م ت22/154، تصف ما إذا كانت على الطريق الصحيح لبلوغ هذه الأهداف في عامي 2025 و2030، وهي ملخصة في الجدول أدناه ومرمزة بالألوان للتيسير.

وخلاصة القول، من المتوقع حالياً أن يكون التقدم العالمي في مجال تغذية الأمهات والرضع قاصراً عن بلوغ أهداف التقزم، وفقر الدم، وانخفاض الوزن عند الولادة، وزيادة الوزن لدى الأطفال، والهزال المحددة لعام 2025، وسيحقق بشكل هامشي الهدف الحصري للرضاعة الطبيعية. ولم ينخفض التقزم وانخفاض الوزن عند الولادة والهزال إلا بأقل من 2٪ منذ خط الأساس لعام 2012، ومما زاد الطين بلة أن فقر الدم لدى النساء في سن الإنجاب وزيادة الوزن في مرحلة الطفولة قد زاد بالفعل منذ تحديد أهداف عام 2025.

ومن بين 125 بلداً لديها بيانات كافية، سيصل 85 بلداً إلى الهدف بحلول عام 2025، بدلاً من أن تتحسن.

Progress since 2012	On track to reach target 2025	Target 2025	Comment

Stunting	Decrease 1.7% per year, but in there were 2022 still 22.3% children stunted	Projected excess of ,million stunted 31.5 million in total 138.5	A reduction of in number of %50 stunted children under 5	Only European and Western Pacific regions on track
Anaemia	,Increase of 1.4% now 29.9% of reproductive age women anaemic	More women will be anaemic than in 2012 ,(vs 28.5% %31.1) missing 50% reduction target	A reduction of of anemia in %50 women of reproductive age	Lack of progress in seen across all WHO regions alike
Low birth weight	Decreased by ,since 2012 %0.3 but 14.7% of children were still born with low birth weight in 2020	There will be 14.4% of babies born low birth ,weight in 2025 completely missing the reduction target %30	A 30% reduction of low birthweight incidence	Only 11 out of countries 157 with sufficient data available are on track to reach 2025 target
Overweight	Increased with ,since 2012 %0.1 of children %5.6 are overweight in 2022	Still 5.6% of children will be overweight in nearly double ,2025 the target that was set	Reduce childhood overweight to %3>	Regional disparities in .progress Increases in the Americas and ,Western Pacific decrease in the European region
Exclusive breastfeeding	Since 2012 there has been a >10% increase in exclusive ,breastfeeding of infants %47.7 under 6 months were exclusively breastfed in 2021	of infants will %53.4 be exclusively ,breastfed in 2025 marginally surpassing the target	Increase exclusive breastfeeding in first 6 months to %50≤	Although the global progress ,is looking good of the 106 countries with ,sufficient data countries are 90 not projected to reach the target .by 2025

Wasting	Decreased 0.7% since 2012, still of children %6.8 are wasted in 2022	In 2025 6.6% of children under 5 will be wasted, missing the target %5	Reduce and maintain childhood wasting to <5%	Of the 125 countries with enough data, 85 will reach the target by 2025
---------	--	--	--	---

لا يوجد تحليل للدوافع الهيكلية لسوء التغذية

ولا يقدم تقرير الأمانة (الوثيقة م ت22/154) أي تحليل لدوافع أزمة سوء التغذية. وهو لا يصف الأسباب الجذرية أو العقبات التي تعترض التنفيذ الفعال للإجراءات المتفق عليها. ويسرد القسم الخاص بالإجراءات الخمسة ببساطة مختلف الأنشطة التي جرت في العامين الماضيين دون التفكير في سبب عدم تأثير الإجراءات الخمسة على الأهداف الستة.

بالنسبة للأمانة أن تطلب الأمانة من مجلس الإدارة النظر في ما يجب أن يحل محل خطة التنفيذ الشاملة اعتباراً من عام 2025 فصاعداً دون تقديم أي تحليل لدوافع سوء التغذية أو العقبات التي تحول دون اتخاذ إجراءات فعالة ، يشير إلى تنافر معرفي عميق. في المقابل، انظر [مجلة لانسيبت](#) حول الاقتصاد السياسي لتغذية الرضع والأطفال الصغار.

على الرغم من اهتمام وكالات الأمم المتحدة المختلفة بقضايا التغذية ، يبدو أنه كان هناك القليل من الاهتمام بالاقتصاد السياسي للنظم الغذائية ، ودور الزراعة الكبيرة والأغذية الكبيرة في تشكيل الإمدادات الغذائية على مستوى العالم. يجب أن تتعامل سياسة التغذية مع أصول الغذاء ، وترابطه مع ملكية الأراضي واستخدامها ، ووساطتها من خلال العولمة النيوليبرالية والتجارة ، وكيف يساهم انفصالنا عن أصول الغذاء أيضاً في الأزمات البيئية بما في ذلك تسخين المناخ.

فشل التقرير في الاعتراف أو الإبلاغ عن إجراء بشأن تنظيم الأطعمة الغنية بالملح والسكر (HFSS) أو الأطعمة فائقة المعالجة (UPF).

هناك حاجة إلى قيادة عالمية من أجل التنظيم الفعال للمشروبات السكرية وتسويق المنتجات غير الصحية للأطفال في سن المدرسة للحد من الزيادات في السمنة لدى الأطفال في مختلف أقاليم المنظمة. هذا مهم لأن الجمع بين نقص التغذية في الحياة المبكرة والإفراط في التغذية بسبب بيئة مسببة للسمنة في وقت لاحق من الحياة يهيئ للأمراض غير المعدية مثل مرض السكري من النوع 2 وأمراض القلب والأوعية الدموية وجوانب أخرى من متلازمة التمثيل الغذائي.

وقد أبلغ [الاتحاد الدولي لمصايد الأسماك](#) في المناطق الحضرية مؤخراً عن اعتماد الدستور الغذائي لمعيار جديد بشأن تركيبة المتابعة للرضع الأكبر سناً والأطفال الصغار والتي "تعطي الضوء الأخضر" للمنتجات المحلاة وغير الضرورية والمعالجة الفائقة والنكهات.

الأمن الغذائي، التنوع الغذائي، السيادة الغذائية

لا يقدم تقرير الأمانة أي تحليل لانعدام الأمن الغذائي والحاجة إلى إصلاح جوهري للنظام الغذائي يعالج عدم المساواة الهيكلية المتأصلة في النظم الغذائية العالمية.

ويأسف التقرير لعدم كفاية المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة للتدخلات الخاصة بالتغذية، وتشاطر إدارة الموارد البشرية هذا الأسف. ومع ذلك، فإن التدخلات الخاصة بالتغذية لا تعالج التشوهات الكامنة في النظم الغذائية العالمية. سيتطلب الوصول إلى أهداف عام 2025 إعادة التفكير في الادعاءات القائلة بأن الشركات الزراعية الكبرى يمكن أن توفر حلاً للأمن الغذائي العالمي من خلال سيطرتها على سلاسل التوريد العالمية والاعتماد على الإصلاحات التكنولوجية. وينبغي أن تكون السيادة الغذائية أساساً لنهج جديد.

وضع التغذية الصحية في صميم الرعاية الصحية الأولية

وتشير وثيقة هيئة التقييم إلى أنه ينبغي إدراج خدمات التغذية في التغطية الصحية الشاملة. تقترح التغطية الصحية الشاملة مجموعة دنيا من حزم المنافع من الخدمات التي يتم شراؤها من مقدمي الخدمات ، العامة والخاصة على حد سواء في نظام الرعاية الصحية القائم على السوق.

وعلى النقيض من ذلك، تضع الرعاية الصحية الأولية الوقاية والبيئة الصحية للأطفال للنمو والتطور في جوهرها. ويمكن للعاملين في مجال الصحة المجتمعية أن يلعبوا دورا هاما في سوء تغذية الأطفال، وقد تم توثيق مساهماتهم في بلدان مثل الهند وتايلند وبنغلاديش.

ترفض PHM نموذجا ينظر فيه إلى التغذية على أنها "خدمة" يمكن تحويلها إلى نظام صحي قائم على السوق. وبدلا من ذلك، يجب النظر إلى التغذية الكافية، ولا سيما في الحياة المبكرة، على أنها حق أساسي من حقوق الإنسان والأساس الذي تبنى عليه الصحة. ويشمل ذلك الاهتمام بالتنوع الغذائي والسيادة الغذائية كجزء من نهج المشاركة المجتمعية للقضاء على سوء التغذية.

وهناك احتياجات تغذوية حقيقية جدا يمكن تلبيتها من خلال خدمات التغذية المستهدفة والمحددة السياق، مثل نقص المغذيات الدقيقة لدى المراهقات والشابات، وأثناء الحمل والرضاعة. ومع ذلك، يجب تشكيل هذه الخدمات حسب السياق ودمجها في الرعاية الصحية الأولية الشاملة ودمجها مع البرامج المجتمعية الموجهة نحو التنوع الغذائي والسيادة الغذائية.

الرضاعة الطبيعية

وتتمثل أخطر نقاط الضعف في هذا التقرير في عدم التركيز على الرضاعة الطبيعية، وهو التدخل الذي يحقق أفضل التكاليف والفوائد للعديد من النتائج، بما في ذلك وفيات الرضع. تتحدث الوثيقة عن الرضاعة الطبيعية الحصرية ، لكن أي رضاعة طبيعية مهمة. وتشير الوثيقة إلى أن هناك زيادة كبيرة في الرضاعة الطبيعية الحصرية، ولكنها تنص أيضا على أنه من بين 106 بلدان لديها بيانات كافية، فإن معظمها (بين 90 و 100 بلد) لم يحقق هدف عام 2025 وهو أمر مقلق للغاية.

ومنذ دخول المدونة الدولية لتسويق بدائل لبن الأم حيز التنفيذ في عام 1981، لم يعتمد سوى 32 بلدا تدابير قانونية لتنفيذ تدابير تتماشى مع المدونة. وفي عام 2022، اعتمدت جمعية الصحة العالمية القرار [ج ص 2175ع \(21\)](#) الذي طلب إرشادات للدول الأعضاء بشأن التدابير التنظيمية لتقييد التسويق الرقمي لبدائل لبن الأم، مما أدى إلى [توجيه جديد](#) من 11 توصية لاتخاذ إجراءات من جانب الدول الأعضاء.

في تعليق أولي على هذا البند في المجلس التنفيذي في يناير ، سلط [IBFAN](#) الضوء على التسويق الرقمي وتغذية الرضع في حالات الطوارئ والرسائل والتجارة العالمية. تتضمن PHM إلى [IBFAN](#) في:

- دعوة منظمة الصحة العالمية إلى اعتماد قرار قوي يطالب الدول الأعضاء بتنفيذ الإرشادات الجديدة تنفيذا كاملا؛
- التأكيد على أهمية حماية ودعم النساء اللواتي يرغبن في الرضاعة الطبيعية في الحالات الإنسانية والطارئة؛
- الدعوة إلى ضمانات لمنع البرامج الإنسانية من الترويج للمنتجات المدعمة فائقة المعالجة كرضاعة سحرية دون ذكر الرضاعة الطبيعية أو أهمية الأطعمة المتنوعة بيولوجيا؛
- دعوة الأمم المتحدة والوكالات الإنسانية إلى تحدي النظام الغذائي الذي تقوده الشركات والذي ألحق الكثير من الضرر بالنظام البيئي والأغذية المستدامة المتنوعة بيولوجيا.

مكالمات PHM

وتحت إدارة الموارد الغذائية الدول الأعضاء على أن تطلب من الأمانة إجراء استعراض شامل للظروف الاقتصادية والسياسية التي تحافظ على أزمة التغذية (بما في ذلك النظم الغذائية العالمية) والحوافز التجارية والسياسية التي تحول دون التنفيذ الفعال للإجراءات الخمسة لخطة التنفيذ الشاملة.

تتضمم PHM إلى IBFAN في الدعوة إلى قرار قوي يطالب الدول الأعضاء بتنفيذ الإرشادات الجديدة بالكامل. وينبغي أن يتضمن هذا القرار أحكاماً قوية للمساءلة تستند إلى مبادئ استعراض الأقران. كما ينبغي أن يتضمن أحكاماً من شأنها أن تسهم في إنشاء دوائر مهنية ومجتمعية قوية تشجع الحكومات على تنفيذ التوجيهات.

15-3 الرفاه وتعزيز الصحة

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بالرفاه وتعزيز الصحة ([الوثيقة م ت23/154](#)). كما اعتمدت المقرر [الإجرائي م ت154\(13\)](#) بشأن تعزيز الصحة والرفاه من خلال الأحداث الرياضية. وفي المناقشات، رحب أعضاء المجلس بالتقدم المحرز في تنفيذ الإطار العالمي للرفاه وتعزيز الصحة، وأكدوا من جديد الحاجة إلى إدماج الرفاه الذاتي والمجتمعي في الصحة العامة، وسلطوا الضوء على أهمية التواصل الاجتماعي من أجل صحة الأفراد ورفاههم.

ج4/77 (الفقرة 22) يدعو الجمعية إلى اعتماد القرار الذي أوصى به المجلس م ت154(13).

خلفية

[روابط تعقب](#) للمناقشات السابقة لتعزيز الصحة

رابط لتسجيل المناظرة في [M14: EB154](#) ، [الصفحة 8](#)

صفحة منظمة الصحة العالمية [المواضيعية](#) بشأن تعزيز الصحة

صفحة فريق [منظمة الصحة العالمية](#) المعني بتعزيز الصحة

تعليق PHM

يتناول هذا التعليق أولا، الإطار العالمي الموصوف في [الوثيقة م ت23/154](#)، وثانيا ([هنا](#)) مشروع القرار بشأن تعزيز الصحة والرفاه من خلال الأحداث الرياضية

الإطار العالمي "لإدماج الرفاه في الصحة العامة باستخدام نهج تعزيز الصحة"

لا توجد نظرية صريحة للتغيير

لا يوضح الإطار العالمي أي نظرية صريحة للتغيير. ويبدو أن العناصر الرئيسية لنظريتها الضمنية للتغيير تتلخص في المقاييس الجديدة، ودراسات الحالة الملهمة، وبناء القدرات، والتوجيه السياسي للدول الأعضاء.

ويقدم الإطار تشخيصا دقيقا (وإن كان على مستوى عال من التجريد) ل "الأسباب الكامنة المعاصرة المشتركة" (الفقرة 5 من [الوثيقة م ت23/154](#) والجزء الثاني(ب) من [الإطار العالمي](#)). ومع ذلك، لا يوجد تحليل للقوى والعوامل والديناميات المرتبطة بتلك الأسباب الكامنة؛ ولا يوجد تحليل للعقبات التي تمت مواجهتها سابقا لمعالجة تلك الأسباب.

وتشير الفقرة الأخيرة من الإطار إلى اعتماد غير واقعي على توافق الآراء والمساءلة: *يتطلب هذا الإطار انتقالا حكوميا ومجتمعيا كاملا. يجب على الشركاء الرئيسيين بما في ذلك المنظمات غير الحكومية والمدنية والأوساط الأكاديمية وقطاع الأعمال والحكومات والمنظمات الدولية الانخراط في شراكات فعالة قائمة على توافق الآراء والمساءلة من أجل التنفيذ الحاسم لاستراتيجيات تعزيز الصحة والرفاه.*

وعلى الرغم من الدعوة الواردة في [ج ص 19-75](#) إلى "خطة للتنفيذ والرصد" كجزء من الإطار العالمي، لم يتم تضمين مثل هذه الخطة في الإطار العالمي.

تنصح الوثيقة م ت23/154 (الفقرة 12) بأن "الأمانة تقوم حالياً بإنشاء فريق خبراء استشاري تقني استراتيجي متعدد التخصصات لتقديم المشورة واقتراح مدخلات في أطر الرصد والتنفيذ". غير أنه ليس من الواضح ما إذا كانت ولاية الفريق ستشمل الإطار العالمي.

اكتشاف بوين فيفير

ويعكس التركيز على الرفاه في كل من ميثاق جنيف والإطار العالمي لمنظمة الصحة العالمية تأثير خطاب "العيش الكريم" الذي كان له تأثير كبير في الصحة العمومية لأمريكا اللاتينية لعدة عقود. غير أن مشروع الإطار سيستفيد من ابتكارين آخرين من مدرسة أمريكا اللاتينية للطب الاجتماعي/الصحة الجماعية.

أحد هذه العوامل هو الإصرار على التمييز بين المحددات الاجتماعية (كعوامل ثبت أنها تؤثر على صحة السكان) والتصميم الاجتماعي (الذي يركز على القوى والديناميكيات التي تعيد إنتاج تلك العوامل). ولا يوجد في مشروع الإطار سوى القليل جداً الذي يتناول التحديد الاجتماعي والسياسي للصحة إلا على مستوى عام جداً.

الابتكار الثاني هو التحول من الصحة العامة إلى الصحة الجماعية من أجل تجنب المبالغة في تقدير دور الحكومة في تشكيل صحة السكان وتبسيط الضوء على الطرق التي تتشكل بها صحة السكان من خلال قوى ومشاركات وديناميكيات المجتمعات والمجتمع المدني على نطاق أوسع.

الغموض في مفهوم تعزيز الصحة

تطلب الفقرة 2 (1) من منطوق [التقرير ص ص 75-19](#) من المدير العام تحديد الدور الذي يمكن أن يؤديه تعزيز الصحة في تحقيق الرفاه. ويفترض أن الغرض من هذا الطلب هو توضيح الدور الذي يمكن أن يؤديه تعزيز الصحة في تعزيز الرفاه إذا اعتمدت منظمة الصحة العالمية الإطار المقترح ونفذته.

ومع ذلك، فإن مفهوم "تعزيز الصحة" المقدم غامض، ويشمل بشكل مختلف تعزيز الصحة كقطاع مؤسسي، يضم خبراء ومنظمات، مقابل تعزيز الصحة كمجموعة من المبادئ والممارسات التي قد يطبقها الممارسون الصحيون والوكالات والإدارات في عملهم، مقابل تعزيز الصحة كعملية اجتماعية، طريقة للتحدث عن تحسين صحة السكان. إن القول بأن "تعزيز الصحة يسعى إلى التأثير على السياسات والبرامج" (الجزء الثاني د من الإطار العالمي) يوحي بـ "تعزيز الصحة" ككيان فردي له وكالته الخاصة. وفي وقت لاحق، يصف الإطار تعزيز الصحة بأنه "محرك" للصحة العامة.

يتم إبلاغ مشروع إنشاء مجتمع (أو حضارة) الرفاهية في مختلف القطاعات والمجتمعات من خلال مجموعة واسعة جداً من المبادئ ونماذج الممارسة. والواقع أن الممارسة المهنية والمدنية للممارسين الصحيين تسترشد بمجموعة واسعة من المبادئ ونماذج الممارسة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر "تعزيز الصحة" (سواء فهمت على أنها قطاع مؤسسي أو مجموعة من المبادئ والممارسات أو كمرادف لتحسين الصحة).

ويشير مشروع الإطار (الجزء الثاني د) إلى أن "تعزيز الصحة هو عملية تمكين الناس من زيادة السيطرة على صحتهم وتحسينها". لكن من الواضح أن تعزيز الصحة ليس "العملية الوحيدة لتمكين الناس من زيادة السيطرة على صحتهم وتحسينها". بالنسبة للعمال في أماكن العمل الخطرة، قد تنطوي زيادة السيطرة وتحسين الصحة على الانضمام إلى نقابة والإضراب. بالنسبة لكثير من الناس، يعد استخدام الأدوية التقليدية أو التكميلية عملية لزيادة السيطرة على صحتهم وتحسينها. تعزيز الصحة ليس المجموعة الوحيدة من المبادئ والممارسات التي تدعم الحكومات والمجتمعات والأفراد "للتعامل مع تحديات الصحة والرفاه ومعالجتها من أجل النهوض بالسكان والبيئات الأكثر صحة" (صفحة 6).

هناك أقسام من هذا الإطار يبدو أنها موجهة لتعزيز تعزيز الصحة كقطاع مؤسسي بدلاً من شرح دورها على النحو المطلوب في ج ص ع 75-19. ويعلن الجزء الخامس من الإطار ما يلي:

... يوفر تعزيز الصحة المنصة والنهج والأدوات اللازمة لتمكين هذا التعاون التحويلي عبر القطاعات، والعمل الجماعي من خلال تمكين المجتمع، وفي نهاية المطاف توليد الحكم الرشيد الضروري لتحقيق الرفاه المجتمعي.

الإخلال بالولاية

بدأ هذا البند [بميثاق جنيف للرفاه](#)، وهو البيان الختامي للمؤتمر العالمي العاشر لتعزيز الصحة، الذي استضافته جنيف، سويسرا، وافترضيا في الفترة من 13 إلى 15 كانون الأول/ديسمبر 2021.

ثم انتقل المكان إلى جمعية الصحة [بمشروع قرار](#) قدمته أذربيجان والإمارات العربية المتحدة والبحرين والبوسنة والهرسك وبوتسوانا والبوسنة والهرسك وبيرو وتايلند والعراق وعمان وفانواتو وكولومبيا والمملكة العربية السعودية والولايات المتحدة الأمريكية واعتمد بوصفه [ج ص ع 19-75](#).

يطلب ج ص ع 19-75 من المدير العام

... إلى القيام، في إطار ولاية منظمة الصحة العالمية، بوضع إطار لتحقيق الرفاه، بالاستناد إلى خطة التنمية المستدامة لعام 2030 بأهدافها الـ 17 للتنمية المستدامة، وتحديد الدور الذي يؤديه تعزيز الصحة في إطار هذا

يتضمن هذا الطلب مهمتين منفصلتين: أولا ، تطوير إطار للرفاهية على أساس أهداف التنمية المستدامة. وثانيا، شرح الدور الذي يلعبه تعزيز الصحة في هذا الإطار.

ومع ذلك، فإن الإطار العالمي الذي تم إنتاجه يسمى "تحقيق الرفاه: إطار عالمي لإدماج الرفاه في الصحة العامة باستخدام نهج تعزيز الصحة".

وهذا خروج هام جدا عن الولاية الأصلية؛ من تطوير إطار وتحديد دور تعزيز الصحة إلى تطوير إطار يستخدم نهج تعزيز الصحة. وليس من الواضح كيف حدث هذا التحول في الولاية. ويفترض أنها انطوت على اختيارات متعددة من جانب موظفي الأمانة العامة، ولكن ربما حظيت بدعم الدول الأعضاء الراعية والجهات المانحة والمستشارين.

واعتماد المقرر [ج ص ع 76\(22\)](#)، الذي اعتمدت الجمعية من خلاله الإطار يقبل الولاية المحولة ويؤيدها.

ومصدر مقررات وقرارات مجالس الإدارة ومصدر المنشورات والمبادرات المنفذة من خلال الأمانة العامة مخفية عن الأنظار. وبالمثل دور بعض الدول الأعضاء والجهات المانحة ومديري البرامج داخل الأمانة العامة والمستشارين المهنيين وكيانات القطاع الخاص.

وتمثل هذه السرية ("السرية التجارية") خرقا كبيرا للمساءلة. إن الافتقار إلى الشفافية يشكك في نزاهة المنظمة.

تفكك منظمة الصحة العالمية: سوق للنفوذ

ويتوقف بقاء العديد من الوحدات التنظيمية داخل الأمانة العامة (واستمرار توظيف موظفيها) على استمرار الكفاح من أجل الحصول على اهتمام المانحين وتمويلهم. يبدو أن الدافع نحو إطار عالمي للرفاه موجه (جزئيا على الأقل) إلى تعزيز تعزيز الصحة ، كقطاع مؤسسي.

وعلى الرغم من الحديث عن تعبئة الموارد "المنسقة"، هناك توتر بين الوحدات المختلفة لجذب انتباه المانحين، ويأتي مع ذلك تفكك السياسات والبرامج المتناسكة.

هذه الديناميات الضارة هي نتيجة مباشرة لرفض الدول الأعضاء تمويل المنظمة بالكامل من خلال الاشتراكات المقررة أو فك قيود المساهمات الطوعية المعلمة بإحكام.

موقف PHM

وتدعو إدارة الموارد الوراثية النباتية إلى تعزيز جذري لمساءلة أمانة منظمة الصحة العالمية من حيث العلاقات وراء الكواليس بين الدول الأعضاء والمصالح الخاصة والجهات المانحة ومديري البرامج داخل الأمانة. وتدعو الحركة منظمة الصحة العالمية إلى تسمية وكالات التمويل التي تدعم كل مبادرة تعرض على الهيئات الرئاسية.

وتدعو إدارة الموارد البشرية إلى وضع حد لتسويق عملية صنع القرار في منظمة الصحة العالمية وإنتاج الموارد وإلى تمويل المنظمة على نحو يمكن التنبؤ به وكاف ومرن من خلال الاشتراكات المقررة والمساهمات الطوعية غير المقيدة.

تعزيز الصحة والرفاه من خلال الأحداث الرياضية (الوثيقة م ت154(13))

مشروع القرار [في الوثيقة م ت154\(13\)](#) مقدم من الصين ومصر والاتحاد الأوروبي والعراق واليابان وماليزيا والمكسيك والمغرب وعمان وقطر وصربيا وسري لانكا وتايلند وتركيا والإمارات العربية المتحدة واليمن، ولكن يبدو أن قطر قد نسقته على تطويره.

القرار خال من الأدلة، ويتجاهل مبادئ الصحة العامة الأساسية المنصوص عليها في السياسات المعتمدة سابقا، وتفوح منه رائحة المصالح الخاصة. وتحت الحركة الجمعية على رفض القرار.

الإنصاف، ونوع الجنس، والإعاقة، والبيئات

واقترح سياسة تتعلق بالرياضة والنشاط البدني لا تشير إلى نوع الجنس أمر غير عادي.

وفي جميع أقاليم منظمة الصحة العالمية، باستثناء إقليم غرب المحيط الهادئ، يكون انتشار النشاط البدني غير الكافي لدى النساء والفتيات أكبر بكثير من انتشاره بين الرجال والفتيان، وبشكل كبير في الأمريكتين وشرق المتوسط وأقاليم جنوب شرق آسيا. (انظر الشكلين 2 و 3 في [التقرير العالمي عن حالة النشاط البدني 2022](#)).

وتظهر البيانات المتاحة من خلال المرصد العالمي لمنظمة الصحة العالمية اختلافات كبيرة بين الجنسين في مختلف البلدان. في قطر، الجهة المنظمة لمشروع القرار هذا، 49٪ من النساء لا يمارسن نشاطا بدنيا كافيا، مقارنة بـ 33٪ من الرجال. وتظهر الأرقام الخاصة بأطفال المدارس أن 91 في المائة من الفتيات و 86 في المائة من الفتيان لا يمارسون نشاطا بدنيا كافيا.

[وتحدد](#) خطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن النشاط الصحي والصحي، 2018-2030 [الإنصاف طوال الحياة](#) باعتباره أحد المبادئ السبعة التي تقوم عليها خطة العمل العالمية.

تعكس التفاوتات في المشاركة في النشاط البدني حسب العمر والجنس والإعاقة والحمل والوضع الاجتماعي والاقتصادي والجغرافيا القيود وعدم المساواة في المحددات الاجتماعية والاقتصادية وفرص النشاط البدني لمختلف المجموعات والقدرات المختلفة. وينبغي أن يراعي تنفيذ خطة العمل هذه صراحة الاحتياجات في مختلف مراحل الحياة (بما في ذلك الطفولة والمراهقة والبلوغ والشيوخ)، ومختلف مستويات النشاط الحالي والقدرة مع إعطاء الأولوية لمعالجة أوجه التفاوت والحد من أوجه عدم المساواة.

لا يقتصر الأمر على عدم وجود إشارة إلى النوع الاجتماعي في مشروع القرار؛ لم يكن هناك ذكر للنوع الاجتماعي في مناقشة [EB154 \(PSR14\)](#).

ولا توجد إشارة إلى الإنصاف في مشروع القرار، والإشارة الوحيدة للإنصاف في المناقشة كانت في ملاحظات ممثل المدير الإقليمي الأوروبي، "فيما يتعلق بتدهور رفاه الناس على الصعيد العالمي، مع وجود تفاوتات صارخة تترك المزيد من الناس وراءهم، على الرغم من النمو الاقتصادي، وتؤثر سلبا على التماسك المجتمعي".

ولا توجد إشارة إلى المدارس في مشروع القرار على الرغم من التشديد على النشاط البدني في المدارس في تقرير [اللجنة المعنية بالقضاء على سمنة الأطفال](#)، على سبيل المثال، في التوصية 2-2 "ضمان توافر مرافق كافية في المباني المدرسية وفي الأماكن العامة لممارسة النشاط البدني أثناء أوقات الترفيه لجميع الأطفال (بمن فيهم المعوقون)، مع توفير مساحات صديقة للجنسين عند الاقتضاء".

وترد الاحتياجات الخاصة للمعوقين في ديباجة القرار، ولكن لا يوجد شيء في فقرات المنطوق.

لا يوجد شيء تقريبا في هذا القرار حول البيئات التي تشكل المشاركة في الرياضة وغيرها من أشكال النشاط البدني. [تقرير المنظمة العالمي عن حالة النشاط البدني لعام 2022](#) على ما يلي:

يمكن للبيئات التي يعيش فيها الناس ويعملون ويقضون أوقات فراغهم أن تساعد أو تعيق فرصهم في ممارسة النشاط البدني. تشمل البيئة المبنية تصميم وموقع المنازل والمدارس ومراكز البيع بالتجزئة والمراكز التجارية وأماكن العمل وشبكات النقل، بالإضافة إلى جميع المساحات بينهما التي تشكل الأحياء والمدن. يمكن للبيئات الحضرية المصممة جيدا أن تدعم الناس بشكل مباشر ليكونوا أكثر نشاطا بدنيا، و "تدفع" الأشخاص الأقل نشاطا ليكونوا أكثر نشاطا من خلال جعله خيارا سهلا. وعلى العكس

من ذلك، فإن البيئات سيئة التصميم وسوء الصيانة يمكن أن تردع أو تقيد النشاط البدني من خلال، على سبيل المثال، عدم وجود البنية التحتية اللازمة أو عن طريق خلق شعور حقيقي أو متصور بانعدام الأمن.

لا يوجد في مشروع القرار ما قد يلفت انتباه الحكومات (أو منظمة الصحة العالمية) إلى ضرورة إيلاء الاهتمام للتفاوتات في وصول الناس إلى بيئات آمنة وتدعم النشاط البدني بما في ذلك الرياضة.

الرياضة الاحترافية مقابل الرياضة المجتمعية

ويبدو أنه لم يكن هناك أي اعتبار لإمكانية أن يسهم الترويج للرياضة الاحترافية كترفيه جماهيري في إهمال الرياضة المجتمعية حيث يمكن للناس العاديين ممارسة الرياضة.

يدرك (5) OP1 الحاجة إلى "الحد من تسويق المنتجات غير الصحية" و "تقليل العواقب السلبية للمقاومة على الصحة والرفاهية". هذه أحكام ضعيفة للغاية. يبدو أنها تترك مساحة للرعاية التجارية للأحداث الرياضية، بما في ذلك الإعلان المحدود عن المنتجات غير الصحية والمقاومة حيث يمكن إدراك "عواقب إيجابية على الصحة والرفاهية".

دور التقنيات الرقمية

وفي الفقرة 1 (2) من المنطوق، يحث مشروع القرار الدول الأعضاء على لتنفيذ تدابير فعالة وقائمة على الأدلة لتعزيز الصحة [...] بما في ذلك من خلال استخدام التقنيات الرقمية المبتكرة [...] تحسين الأثر على صحة السكان من خلال الحد من عوامل خطر الإصابة بالأمراض غير السارية وتعزيز الصحة النفسية والاجتماعية والرفاه؛

تشير الديباجة إلى ج ص ع 71.7 كسلطة لهذا الادعاء ولكن هذا القرار لا يشير إلى النشاط البدني أو الرياضة.

ويؤكد مشروع القرار من جديد "القرارات المعتمدة في الدورات السابقة للجمعية العامة للأمم المتحدة وجمعية الصحة العالمية التي تؤكد على أهمية التعاون بين القطاعين العام والخاص بهدف تعزيز التكامل الصحي في الأحداث الرياضية". ولم يذكر أي قرار من هذا القبيل.

هل تفكر منظمة الصحة العالمية في طلب دعم تمويلي من Apple وغيرها من الشركات المصنعة للهواتف الذكية والساعات الذكية وتطبيقات مراقبة التمرين؟

رفض مشروع القرار

كانت ذروة **النفاش في EB154** هي مساهمة الاتحاد الدولي لطب الذي قال ممثله: وينبغي تركيز الجهود على بناء مجتمعات صحية، بدلا من التركيز على أنماط الحياة الصحية. وإذا ظل العمل مركزا على أنماط الحياة الفردية دون حماية الناس بصورة منهجية من المحددات الاجتماعية والاقتصادية والتجارية والبيئية للصحة، فلن يكون من الممكن حماية الأجيال المقبلة. وحثت الأمانة والدول الأعضاء على معالجة الأسباب الجذرية لاعتلال الصحة وبناء مجتمعات وهيكل تعزز الصحة والرفاه وتمكنهما.

هذا القرار قاصر عند قياسه مقابل هذه المعايير.

وتحث الحركة الجمعية على رفض مشروع القرار هذا.

15-4 تغير المناخ والتلوث والصحة

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

تأثير المواد الكيميائية والنفايات والتلوث على صحة الإنسان

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بأثر المواد الكيميائية والنفايات والتلوث على صحة الإنسان (الوثيقة م ت24/154). وخلال المناقشات، أعرب أعضاء المجلس عن تأييدهم لاستكشاف الخيارات الوارد وصفها في التقرير لإشراك منظمة الصحة العالمية مستقبلا في الفريق الحكومي الدولي المعني بالعلوم والسياسات من أجل مواصلة الإسهام في الإدارة السليمة للمواد الكيميائية والنفايات ومنع التلوث التي يتفاوض بشأنها الفريق العامل المخصص المفتوح العضوية الذي يعقده برنامج الأمم المتحدة للبيئة. كما شدد أعضاء المجلس على أهمية إدراج الجوانب الصحية في المفاوضات بشأن الصك الجديد الملزم قانونا لإنهاء التلوث البلاستيكي.

تغير المناخ والصحة

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بتغير المناخ والصحة (الوثيقة م ت25/154) ونظر في نص مشروع مقرر قدمته الدول الأعضاء بشأن الموضوع نفسه (الوثيقة م ت154/مؤتمر/12). وفي المناقشات، لاحظ أعضاء المجلس أن أزمة المناخ هي أزمة صحية ورحبوا بجهود الأمانة لتحسين قدرات الدول الأعضاء على الاستجابة لآثار تغير المناخ على الصحة مع تعزيز المجتمعات والنظم الصحية المنخفضة الكربون. ووافق المجلس على أن تستمر المشاورات بشأن مشروع القرار خلال فترة ما بين الدورتين.

ويبدو أن الظهور المتأخر لهذا البند على جدول أعمال المجلس التنفيذي ربما كان مدفوعا بالتحالف الذي تقوده منظمة الصحة العالمية من أجل العمل التحويلي بشأن المناخ والصحة. انظر أيضا البيان الصحفي الصادر عن منظمة الصحة العالمية في 2 كانون الأول/ديسمبر 2023، "الصندوق الأخضر للمناخ وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الصحة العالمية يوحدون جهودهم لزيادة دعم الصحة المناخية للبلدان النامية: شراكة جديدة لإنشاء مرفق عالمي للاستثمار المشترك في مجالي المناخ والصحة".

وضمنت المجموعة الأساسية من الحكومات التي تقف وراء مشروع القرار بشأن تغير المناخ والصحة ببرو وهولندا وكينيا وفيجي وبربادوس والمملكة المتحدة.

خلفية

روابط تعقب للمناقشات السابقة حول المواد الكيميائية والتلوث

روابط تعقب للمناقشات السابقة حول تغير المناخ

تعليق PHM

تأثير المواد الكيميائية والنفايات والتلوث على صحة الإنسان

استعرض المجلس التنفيذي في يناير مشاركة منظمة الصحة العالمية في مبادرتين من برنامج الأمم المتحدة للبيئة (UNEP): فريق العلوم والسياسات والصك الملزم دوليا بشأن إنهاء التلوث البلاستيكي.

أحاطت اللجنة علما بالوثيقة الوثيقة م ت24/154 وشجع أعضاء اللجنة الأمانة على المضي قدما في استكشاف الخيارات المتعلقة بمشاركة منظمة الصحة العالمية في فريق السياسات العلمية وفي التفاوض بشأن معاهدة البلاستيك.

ليس من الواضح من سجل النقاش (PSR15) لماذا عارض الاتحاد الروسي تعميق مشاركة منظمة الصحة العالمية في فريق السياسات العلمية ، وفي المفاوضات المتعلقة بالبلاستيك ، وفيما يتعلق بالاحترار العالمي. كانت روسيا المشارك الوحيد الذي اتخذ هذا الموقف السلبي.

فريق العلوم والسياسات

وقد قرر برنامج الأمم المتحدة للبيئة أن "يكون الفريق هيئة حكومية دولية مستقلة لها برنامج عمل توافق عليه الحكومات الأعضاء فيه لتقديم أدلة علمية ذات صلة بالسياسات دون أن تكون إلزامية في مجال السياسات". ويرى برنامج الأمم المتحدة للبيئة أن المهام الرئيسية للفريق ينبغي أن تشمل ما يلي:

- (أ) إجراء "مسح للأفق" لتحديد القضايا ذات الصلة بواضعي السياسات، وحيثما أمكن، اقتراح خيارات قائمة على الأدلة لمعالجتها؛
- (أ) إجراء تقييمات للقضايا الراهنة وتحديد الخيارات المحتملة القائمة على الأدلة لمعالجة تلك القضايا، حيثما أمكن، ولا سيما تلك المتعلقة بالبلدان النامية؛
- توفير معلومات محدثة وذات صلة، وتحديد الثغرات الرئيسية في البحث العلمي، وتشجيع ودعم التواصل بين العلماء وصانعي السياسات، وشرح النتائج ونشرها لمختلف الجماهير، وزيادة الوعي العام؛
- تيسير تبادل المعلومات مع البلدان، ولا سيما البلدان النامية التي تسعى إلى الحصول على المعلومات العلمية ذات الصلة.

وتحت الحركة الجمعية على تأييد مشاركة منظمة الصحة العالمية في الفريق بطرق تشمل جميع الخيارات الستة المدرجة في [الوثيقة م 24/154](#). ويحث رئيس الوزراء الجمعية العامة على أن تطلب تقديم تقارير منتظمة إلى الهيئات الرئاسية للمنظمة بشأن عمل الفريق ومساهمة المنظمة في الفريق.

وتؤكد بعثة علماء السياسات أن المشاركة في فريق العلوم والسياسات تقع بالكامل ضمن الولاية الحالية للمنظمة، كما هو موضح في الفقرتين 6 و 7 من الوثيقة م 24/154، وأن قيود الميزانية لا ينبغي أن تمنع أو تحد من مشاركة المنظمة.

إنهاء التلوث البلاستيكي

قرر برنامج الأمم المتحدة للبيئة (في [UNEP/EA.5/Res.14](#)) أن هناك حاجة إلى صك دولي ملزم قانوناً بشأن التلوث البلاستيكي ، بما في ذلك في البيئة البحرية ، وقرر عقد لجنة تفاوض حكومية دولية لمثل هذا الصك ، لبدء عملها خلال النصف الثاني من عام 2022 ، مع طموح الانتهاء من عملها بحلول نهاية عام 2024.

في الفقرات 16-18 من [الوثيقة م 24/154](#)، تستعرض الأمانة مجموعة من الخيارات المتعلقة بدور منظمة الصحة العالمية في لجنة التفاوض الحكومية الدولية وفي الصك الملزم قانوناً قيد الإعداد. وفي الفقرة 22، تشير الأمانة إلى أن منظمة الصحة العالمية ستواصل المشاركة فيما يتعلق بمشاريع الأحكام المتعلقة بالقضايا الصحية، وفي الأعمال التقنية ذات الصلة بين المفاوضات الرسمية.

وأيد معظم أعضاء المجلس التنفيذي (باستثناء الاتحاد الروسي) هذه المشاركة.

وتحت البعثة الجمعية العامة على أن تطلب إلى الأمانة أن تولي، في إطار عملها مع لجنة التفاوض الدولية، اهتماماً وثيقاً لضمان أن يتضمن الصك الملزم قانوناً أحكاماً قوية لضمان حماية تنفيذ من التلوث الناجمة عن تضارب المصالح.

الاستخراجية والتلوث

[EB154 / 24](#) تتمحور حول التلوث بالرصاص والمبيدات الخطرة والبلاستيك. ولكن ، ينبغي تسليط الضوء على أشكال أخرى من تلوث النفايات الكيميائية على الصحة. فعلى سبيل المثال، في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، تعد الشركات متعددة الجنسيات العاملة في الصناعات الاستخراجية محركات للتلوث البيئي مع ما يترتب على ذلك من آثار صحية. هناك العديد من حالات المواد الكيميائية والنفايات في البيئة التي تعطل سبل العيش ، وتدهور التنوع البيولوجي وتسبب أعباء صحية لا توصف. إن عواقب المواد الكيميائية والنفايات على التلوث البيئي والصحة هائلة، وأحياناً لا يتم الإبلاغ عنها أو لا يتم تقييمها بشكل كامل. ونظراً للضعف

النظم الصحية، لا تزال بعض الحالات غير مشخصة. ومن شأن القيادة القطرية القوية وتعزيز الوكالات الوطنية لحماية البيئة أن يساعدا في الحد من هذه المشكلة.

وتبرز قضية شيفرون إكوادور أيضا الحاجة إلى صك دولي ملزم لتنظيم ممارسات الشركات عبر الوطنية.

تغير المناخ والصحة

وترحب PHM بهذا البند وترحب بالتقرير الوارد في [الوثيقة م ت25/154](#). في ضوء المقاومة المستمرة للحد من استخدام الوقود الأحفوري ، والتي يتضح بشكل خاص في COP28 ، يجب على منظمة الصحة العالمية بذل المزيد من الجهد للمساهمة في بناء حالة العمل الفعال للتخفيف والتكيف.

ويقدم التقرير ([م ت25/154](#)) وصفا جيدا للمشاكل. وهو يجلب بعد الإنصاف، من خلال تسليط الضوء على العواقب الصحية لتغير المناخ التي تواجهها البلدان المنخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل (الفيضان والجفاف والنزوح والصراعات) والدول الجزرية الصغيرة النامية، مع الاعتراف بأقل مساهمة تقدمها هذه البلدان في الانبعاثات العالمية التاريخية.

[كما يسلط التقرير م ت25/154](#) الضوء على مسارات التنمية والخيارات الاقتصادية التي تقود أزمة المناخ، والتي هي الأسباب المباشرة للأثار الصحية الكبيرة. تستشهد الورقة بأنظمة الطاقة الملوثة ، والتي تسبب ملايين الوفيات المبكرة بسبب تلوث الهواء كل عام. نظم غذائية مدمرة للبيئة وغير صحية تسهم في انتشار الأمراض غير السارية؛ والتخطيط الحضري وأنظمة النقل التي تؤدي إلى الاعتماد على السيارات والخمول البدني والإصابات الناجمة عن حوادث المرور. هذه التأثيرات المتوازية على ظاهرة الاحتباس الحراري وبشكل مباشر على الصحة مهمة لأنها تدعم منطق حجة "المنفعة المشتركة".

تحدد الورقة عدة عناصر لاستجابة النظام الصحي للاحتزاز العالمي:

- 1 . الاستعداد (للاستجابة للحرارة الشديدة والفيضانات والأمراض المعدية) ؛
- 2 . أن تكون قادرة على التكيف مع المناخ (بما في ذلك المياه والصرف الصحي والنظم الغذائية المستدامة) ؛
- 3 . الحد من انبعاثات الكربون من القطاع الصحي؛ و
- 4 . العمل من أجل تحقيق "منافع مشتركة" صحية (مثل إنقاذ الأرواح من خلال تحسين نوعية الهواء) من خلال تعزيز الصحة للتخفيف من آثار تغير المناخ في قطاعات أخرى ، ولا سيما الطاقة والغذاء والنقل والنظم الحضرية ؛
- 5 . تشجيع "الجهات الفاعلة الصحية" على العمل عبر القطاعات لحماية المحددات البيئية الرئيسية بشكل مشترك.

ثم تقترح الورقة عددا من الإجراءات التي تتخذها الأمانة والتي قد تسهم في تعزيز استجابة النظام الصحي. ويشمل ذلك توسيع نطاق عملها الحالي في:

- توفير القيادة وزيادة الوعي ،
- توليد الأدلة وجمع البيانات ورصد الاتجاهات وإنتاج الموارد التقنية ، و
- بناء القدرات والدعم القطري.

أيد غالبية المتحدثين في المجلس التنفيذي في يناير (الوثيقة م ت154) تعزيز عمل الأمانة بشأن تغير المناخ والصحة ([الوثيقة م ت154/PSR](#)).

انتقاد

ونقدر الالتزام بتعزيز استجابة النظام الصحي. والإجراءات المقترحة شاملة واستراتيجية.

ومع ذلك ، في حين أن خطاب تغير المناخ باعتباره "تهديدا أساسيا لصحة الإنسان يتطلب استجابة قوية من مجتمع الصحة العالمي لحماية الصحة من زيادة مخاطر المناخ ، وضمان الوصول إلى خدمات صحية عالية الجودة ومقاومة للمناخ ومستدامة بيئيا ، وتحسين الصحة ، مع الحد من ظاهرة الاحتباس الحراري إلى حد 1.5 درجة مئوية المتفق عليه. (الفقرة 7)" هو موضع ترحيب، والحاجة إلى مسؤوليات مشتركة ولكن متباينة وقدرات كل منها غائبة عن [الوثيقة م ت25/154](#).

يشير التقرير إلى التأثير التفاضلي للاحتزاز العالمي مع تأثير البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بشكل أكبر ، لكنه لا يعترف بأن معظم جهود التخفيف يجب أن تأتي من الملوثين السابقين والحاليين ، وبينما تتطلب البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل دعماً كبيراً للتكيف ، فإن المساهمة التي يمكن أن تقدمها نحو التخفيف أقل. ويجب أن تلتزم البلدان الفقيرة المثقلة بالديون بتقديم الدعم المالي كجزء من الصناديق المشتركة.

إن الإشارة إلى البلدان المنخفضة الدخل التي تحدد وتنتشر إمكانية الوصول إلى الطاقة المتجددة لمرافق الرعاية الصحية (الفقرة 9) مضللة ومشتتة للانتباه ، عندما يكون النضال في هذه البلدان هو إنشاء الحد الأدنى من مرافق الرعاية الصحية المطلوبة مع الحد الأدنى من مستويات الوصول المضمون للطاقة - من أي نوع. إن الحجة المؤيدة للمنافع المشتركة من التكنولوجيات الصديقة للمناخ مهمة ولكنها تحتاج إلى مواكبة عمليات نقل التكنولوجيا المجانية والميسرة (حجة القدرات المعنية). يهمل التقرير بأكمله وجهات نظر العدالة المناخية للبلدان النامية ويذهب كثيراً مع الرومانسية "العالم واحد". ماذا حدث للإمبريالية؟

الرعاية الصحية الأولية والمشاركة المجتمعية

تعترف الورقة بوضوح بأهمية قوة الناس في التغلب على مقاومة الوقود الأحفوري وفي الضغط من أجل التمويل الكافي والعدل للتكيف. كما أنه يعترف بالقوة المحتملة لـ "مجتمع الصحة العالمي" في الحد من ظاهرة الاحتباس الحراري.

ومع ذلك ، فإنه لا يجعل الاتصال. ويتوخى نهج الرعاية الصحية الأولية، الذي وضع في ألما - آتا، إقامة "شراكة صحية مجتمعية" من أجل الصحة؛ يعمل موظفو الرعاية الصحية (على جميع المستويات) بنشاط مع مجتمعاتهم لتحديد المخاطر والتعبئة ضد الأسباب الكامنة. ويعمل جزء كبير من السكان في مجال الرعاية الصحية؛ هؤلاء هم بأغلبية ساحقة من الأشخاص الذين يهتمون برعاية مجتمعاتهم وصحته بما في ذلك تهديد الاحتباس الحراري. هناك بالفعل عدد لا يحصى من المنظمات والشبكات الناشئة داخل النظام الصحي التي تدعو وتعبئ حول ظاهرة الاحتباس الحراري.

ويبحث قسم الصحة العالمية منظمة الصحة العالمية على استكشاف المزيد من الإجراءات التي يمكن أن تستفيد من هذه الشراكات الصحية المجتمعية في مختلف المقاطعات وعلى مختلف المستويات.

الديناميات الفيزيائية الكامنة وراء الاحتزاز العالمي عالمية ولكن المخاطر المحددة متنوعة ويمكن أن تكون محلية للغاية. داخل الولاية ، يمكن أن يكون للمناطق أو المقاطعات المختلفة تعرضات مختلفة. تختلف العواقب أيضاً وتختلف نقاط الضعف. ينص نموذج الرعاية الصحية الأولية على وكالات الرعاية الصحية المحلية لتحديد تدابير التكيف والتخفيف المحلية والدعوة إليها ، بالشراكة مع مجتمعاتهم ، فضلاً عن الدعوة حول السياسات والاستراتيجيات العالمية.

وتشير الأمانة إلى القدرة على الصمود في وجه تغير المناخ كعنصر أساسي في التنمية الصحية في سياق التغطية الصحية الشاملة والرعاية الصحية الأولية. ومع ذلك، فإنه يفشل في إدراك عواقب النهج القائم على التأمين المسوق للتغطية الصحية الشاملة مع تشجيع الرعاية في المستشفيات الخاصة والممارسة الخاصة. يؤدي هذا السيناريو إلى التخصص الفائق والاستهلاك المفرط للرعاية الصحية وبشكل المزيد من التهديدات لمرونة المناخ.

وقد أظهرت الرعاية الصحية الأولية القوية قدرتها على معالجة أسباب الوفيات والمراضة التي يمكن الوقاية منها. كما أن لديها القدرة على معالجة التهديدات المتنوعة المرتبطة بالاحتزاز العالمي بما في ذلك العبء المتزايد للأمراض المعدية. ولا يعترف التقرير بالحاجة الملحة إلى تعزيز الرعاية الصحية الأولية بهدف ضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية وتعزيز القدرة على الصمود لمواجهة حالات الطوارئ/الصددمات الصحية (بسبب زيادة تواتر الظواهر الجوية المتطرفة والأوبئة وما إلى ذلك) والعمل على المحددات الاجتماعية للصحة بما في ذلك الاحتزاز العالمي.

إن الاعتراف بالاحتياجات المحلية لا يعني تجاهل القوى والعمليات العاملة على الصعيد العالمي. وتحت المنظمة منظمة الصحة العالمية على أن تشجع بنشاط منظمات الرعاية الصحية (واضع السياسات والممارسون ومنظمات المجتمع المدني) على المشاركة في اجتماعات الهيئة الفرعية للمشورة العلمية والتكنولوجية التابعة لاتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ والهيئة الفرعية للتنفيذ لضمان الاستماع إلى المنظورات الصحية. مثل هذه المشاركة يمكن أن تعطي سياقاً عالمياً للنضالات المحلية.

مشروع قرار بشأن تغيير المناخ والصحة (م ت154/مؤتمر/12)

وتوضح فقرات ديباجة مشروع القرار بوضوح الواقع الراهن والتهديد المستقبلي للاحتزار العالمي، بما في ذلك بالنسبة للصحة؛ وعلى الرغم من ذلك، فإن الاحتزار العالمي هو الذي يتهدد الاحتزار العالمي. تسليط الضوء على الحاجة إلى زيادة التحويلات المالية لدعم توسيع نطاق التكيف في البلدان النامية (بما في ذلك تمويل الخسائر والأضرار)؛ ويذكر بالفقرة 2 من المادة 2 من اتفاق باريس التي تنص على أن "ينفذ الاتفاق ليعكس الإنصاف ومبدأ المسؤولية المشتركة ولكن المتباينة وقدرات كل منها، في ضوء الظروف الوطنية المختلفة".

وتحت فقرات منطوق القرار على اتخاذ مجموعة من المبادرات البناءة بشأن الدول الأعضاء والأمانة العامة.

وبالنظر إلى الإخفاقات التي حدثت حتى الآن في كبح الاحتزار العالمي وحجم وإلحاح التهديدات التي تتعرض لها الصحة، تحت الحركة الشعبية الفلسطينية بقوة على اعتماد مشروع القرار.

الفروع الموضوعية بين قوسين معقوفين تكشف عن عقبات متعددة أمام توافق الآراء

تحتوي صيغة مشروع القرار المنشورة خلال الوثيقة م ت154 (EB154/CONF./12) على العديد من البنود الموضوعية بين قوسين معقوفين كلياً أو جزئياً. وتوقع المجلس أن تسفر مشاورات أخرى فيما بين الدورات عن نص يحظى بتوافق الآراء. ولم ينشر أي نص من هذا القبيل بعد (20 أيار/مايو).

يبدو أن العديد من الأقسام الموضوعية بين قوسين معقوفين في المسودة تعكس الحروب الثقافية حول أي ذكر للنوع الاجتماعي والمقاومة المستمرة من قبل الاقتصادات المتقدمة لأي ذكر للمسؤوليات المشتركة ولكن المتباينة (ال CBDR). وقد وضعت الفقرة 19 من الديباجة الواردة في مشروع القرار بين قوسين معقوفين بالكامل، وأبرز عدة متكلمين من البلدان النامية أهمية هذا المبدأ في مساهماتهم في المناقشة. (اعتمدها اللجنة التحضيرية في دورتها الثانية)

تم ذكر ال لكن المسؤوليات المشتركة لكن المتفاوتة في المادتين 3(1) و4(1) من اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغيير المناخ لعام 1992.

المادة 3(1): "ينبغي للأطراف أن تحمي النظام المناخي لصالح أجيال البشرية الحالية والمقبلة، على أساس الإنصاف ووفقاً لمسؤولياتها المشتركة ولكن المتباينة وقدرات كل منها. وبناء على ذلك، ينبغي للبلدان الأطراف المتقدمة أن تأخذ زمام المبادرة في مكافحة تغيير المناخ وآثاره الضارة".

تشير بريتي باتنايك في ملفات جنيف الصحية (28 يناير 2024) إلى أن الاستجابة التحسسية لمصطلحات مثل "الاستجابة للنوع الاجتماعي" أو "الشائع لتسوية المتفاوتات" تعكس المخاوف المتعلقة بإدراج مثل هذه الأفكار في اللوائح الصحية الدولية المنقحة والمعاهدة المقترحة بشأن الجائحة.

وتحت آلية إدارة الكوارث الدول الأعضاء على الإصرار على الاعتراف بالمساواة بين الجنسين ومعالجتها في الاستجابة للاحتزار العالمي وبالمثل مبدأ ال لكن الجيردي لتسوية المنازعات فيما يتعلق بتحديات التخفيف وتمويل التكيف.

15-5 الاقتصاد وإطار عمل هيوغو

تحت المجهر

مقتطف من التقرير الموحد للمدير العام (ج4/77):

أحاط المجلس التنفيذي علما في دورته 154 بالتقرير المتعلق بالاقتصاد والصحة للجميع (الوثيقة م ت26/154) ونظر في نص مشروع قرار قدمته الدول الأعضاء بشأن الموضوع نفسه (م ت154/مؤتمر/8).

وفي المناقشات، أقر أعضاء المجلس بالعلاقة الوثيقة ذات الاتجاهين بين التنمية الاقتصادية والصحة وشددوا على أهمية اتباع نهج متعدد القطاعات يشمل الصحة في جميع السياسات. وسلطوا الضوء على الحاجة إلى تعظيم القيمة العامة للاستثمارات في مجال الصحة وموازنة التأثير التجاري الذي لا يتماشى مع الصحة للجميع.

ووافق المجلس على أن تستمر المشاورات بشأن مشروع القرار خلال فترة ما بين الدورتين.

خلفية

انظر [الوثيقة م ت26/154](#) التي تلخص التقرير النهائي للمجلس المعني باقتصاديات الصحة للجميع وتعرض العمل الجاري داخل منظمة الصحة العالمية

انظر ["الصحة للجميع: تحويل الاقتصادات لتحقيق ما يهيم"](#)، التقرير النهائي لمجلس منظمة الصحة العالمية المعني باقتصاديات الصحة للجميع

انظر أيضا [نشرة منظمة الصحة العالمية، عدد 24 أيار/مايو](#) تحت عنوان بناء اقتصاد من أجل توفير الصحة للجميع. انظر على وجه الخصوص الافتتاحيات: الأولى بقلم رئيس وزراء فنلندا والمديرية العامة تيدروس واثنان من أمانة المجلس.

تعليق PHM

تقرير المجلس

وبعرض تقرير مجلس منظمة الصحة العالمية المعني باقتصاديات الصحة للجميع رؤية مثيرة للإعجاب لاقتصاد عالمي يعمل فيه الاقتصاد على دعم الصحة للجميع.

ومع ذلك، فإنه يقدم تحليلا محدودا للغاية للقوى والديناميكيات الأساسية العاملة في جميع أنحاء الاقتصاد العالمي والتي تعيد إنتاج العقبات التي تعترض توفير الصحة للجميع.

إنه يبالغ في تقدير القدرة الدافعة لمقاييس الرفاهية كبديل للناتج المحلي الإجمالي كنقاط إرشاد للاقتصاد العالمي المعاد توجيهه.

وهو يستند إلى مجموعة محدودة من محركات التغيير اللازمة لتحقيق الرؤية. قليلا وراء الإلهام والوعظ.

وأعرب معظم المتكلمين خلال مناقشة المجلس التنفيذي عن تقديرهم لتقرير المجلس. وكانت بعض منظمات المجتمع المدني أقل حماسا. وأعرب المعهد عن أسفه لأن "مقترحات منظمة الصحة العالمية لفصل حوافز البحث والتطوير في مجال الطب الحيوي عن الاحتكارات وارتفاع الأسعار" [في تقرير المجلس]. وحثت المبادرة الأمنية لمكافحة الانتشار "الدول الأعضاء على التصدي للعقبات الهيكلية والسياسية التي تعترض تنفيذ توصيات المجلس".

القرار المقترح من EB154

القرار المقترح (م ت154/مؤتمر/8):

- يبدأ بقرارات الديباجة التي تشير إلى القرارات ذات الصلة وتكرر الحجج الأساسية للمجلس؛
- ثم بحث OP1 الدول الأعضاء على اتخاذ إجراءات لإعادة توجيه اقتصاداتها ، وتعزيز قدراتها العامة ، والاعتراف بالتنمية الصحية كاستثمار وليس تكلفة ، من بين تغييرات أخرى ؛
- وتوسعى الفقرة 2 (1) من منطوق القرار إلى تعزيز الحوار بين قطاع الصحة والمؤسسات المالية الدولية بغية تشجيع النظر في الصحة في مداولاتها؛
- الفقرة 2 من منطوق القرار (2) بحث مختلف أصحاب المصلحة على دعم تبادل المعارف والمعلومات بشأن السياسة المالية؛
- ويطلب البرنامج التنفيذي 3 إلى المدير العام وضع استراتيجية، والاضطلاع ببناء القدرات داخل الأمانة، ودعم بناء القدرات على المستوى الوطني.

ولم تعتمد هيئة التقييم هذا القرار في يناير/كانون الثاني. ووفقا للتقرير ج4/77، خضع مشروع القرار هذا لمشاورات فيما بين الدورات منذ الوثيقة م ت154 ولكن لم ينشر بعد أي وثيقة منقحة من وثائق المؤتمر لج ص ع77.

هناك عدة إشارات إلى الأشخاص الذين يعيشون تحت الاحتلال الأجنبي ، والتي تم وضعها بين قوسين. وترد أيضا بين قوسين معقوفين إشارة إلى المساواة بين الجنسين (الفقرة 3 (2) من المنطوقات) التي ربما تكون قد أساءت إلى بعض البلدان.

وفي المناقشة التي دارت في الدورة الإجرائية في الدورة 154 من ت، أيد معظم المتحدثين مشروع القرار. ومع ذلك، أعربت الولايات المتحدة عن قلقها بشأن بعض جوانب تقرير المجلس وطلبت إجراء مزيد من المناقشات فيما بين الدورات. (انتقدت الولايات المتحدة منظمة الصحة العالمية مرارا وتكرارا بزعم أنها خرجت عن مجال خبرتها، وخاصة فيما يتعلق بالملكية الفكرية والحصول على الأدوية). وأصرت المملكة المتحدة على أنه "يجب عدم تقويض إطار حقوق الملكية الفكرية".

تعزيز مشروع القرار

- وتحت البعثة الجمعية على تعزيز مشروع القرار بتحديد المزيد من العمل الذي تضطلع به الأمانة العامة والموجه نحو ما يلي:
- تحليل أكثر تعمقا لنشأة الأزمات المترابطة، ولا سيما أزمة عدم المساواة والاعترا، وأزمة الاحترار العالمي والتدهور البيئي؛
 - تحديد واستكشاف الحواجز التي تحول دون تنفيذ التوصيات ال 13؛ بما في ذلك دراسة استقصائية للدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية موجهة نحو تحديد وتحليل الحواجز التي تحول دون تنفيذ توصيات المجلس وتحديد المبادرات التي نجحت في التغلب على هذه الحواجز؛
 - استعراض المقترحات السابقة التي وضعت من خلال منظمة الصحة العالمية لفصل حوافز البحث والتطوير في مجال الطب الحيوي عن الاحتكارات وارتفاع الأسعار؛ و
 - استكشاف المزيد من نطاق "المشاركة العامة الهادفة" والشراكات بين المجتمع والرعاية الصحية التي تعمل من أجل العمل المشترك بين القطاعات من أجل توفير الصحة للجميع.