منظمة الصحة العالمية

المجلس التنفيذي **م ت١٤٦/١٤**
الدورة السادسة والأربعون بعد المائة **٢٧ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٩**
البند ١٣ من جدول الأعمال المؤقت **EB146/14**

أمراض المناطق المدارية المهملة

تقرير من المدير العام

١- جرى الاتفاق في اجتماع أعضاء مكتب المجلس التنفيذي على التوصية بإضافة بند إلى جدول الأعمال المؤقت بشأن أمراض المناطق المدارية المهملة.[١] ويقدم هذا التقرير استجابةً لهذا المقرر الإجرائي. ويقدم التقرير معلومات عن السياق والوضع الراهن والتقدم المحرز منذ اعتماد خريطة الطريق في عام ٢٠١٢ لتسريع وتيرة العمل للتغلب على الأثر العالمي لأمراض المناطق المدارية المهملة، والتحديات المطروحة والفرص السانحة في العقد القادم.

٢- وتشكّل أمراض المناطق المدارية المهملة مجموعة متنوعة تشمل حالياً ٢٠ مرضاً وفئة من الأمراض البكتيرية والفيروسية والطفيلية والفطرية وغير السارية التي تؤثر على نحو غير متناسب على المجموعات السكانية التي تعاني الفقر ويعيش معظمها في المناطق المدارية ودون المدارية. ومازالت هذه الأمراض تمثل مشكلة صحية عمومية تؤثر في المجموعات السكانية الأشد تخلفاً عن ركب التنمية في البلدان والمجتمعات المحلية الأسرع تأثراً. وتفرض هذه الأمراض عبئاً إنسانياً واجتماعياً واقتصادياً مدمراً على أكثر من مليار شخص حول العالم.

السياق

٣- في عام ٢٠١٣، حثت جمعية الصحة الدول الأعضاء في القرار ج ص ع٦٦-١٢ على "توسيع نطاق عمليات التدخل لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة وتنفيذها، حسب الاقتضاء، بغية تحقيق الأهداف المُتفق عليها في الخطة العالمية لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة ٢٠٠٨-٢٠١٥، والمحددة في خريطة طريق المنظمة لتسريع وتيرة العمل للتغلب على الأثر العالمي لأمراض المناطق المدارية المهملة...".

٤- وفي عام ٢٠١٥، أحاطت جمعية الصحة العالمية الثامنة والستون علماً بتقرير[٢] عن التقدم المُحرز صوب التخلص من الأمراض المستهدفة واستئصالها.[٣] وفي حين أن التقرير قد وثّق قدراً غير مسبوق من التقدم صوب التخلص من بعض الأمراض، فإنه لم يشر إلا إلى قدر متواضع من التراجع في عبء بعض الأمراض المستهدفة الأخرى التي استمر انتشارها وأدى إلى استحالة بلوغ الغايات المحددة لعام ٢٠٢٠. وفي العام نفسه،

---

١ انظر الوثيقة م ت١٤٦/١ (المشروح).

٢ الوثيقة ج٦٨/٣٦، الفرع "واو".

٣ انظر الوثيقة ج ص ع٦٨/٢٠١٥/ سجلات/٣، المحاضر الموجزة للجنة "أ"، الجلسة الثانية عشرة، الفرع ٤، والجلسة الثالثة عشرة، الفرع ٢ (بالإنكليزية).

اعتمد رؤساء الدول والحكومات خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، بما في ذلك الغاية ٣-٣ من الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة (ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار): "القضاء على أوبئة ... الأمراض المدارية المهملة ... بحلول عام ٢٠٣٠".[١] ووُضع المؤشر ٣-٣-٥ (عدد الأشخاص الذين يستلزمون تدخلات لمكافحة الأمراض المدارية المهملة) لقياس التقدم صوب بلوغ الغاية ٣-٣. وفي عام ٢٠١٧، عقدت المنظمة الاجتماع الثاني للشركاء العالميين بشأن أمراض المناطق المدارية المهملة، الذي جاء بعد ١٠ سنوات من الاجتماع الأول، وقطع فيه الشركاء المزيد من الالتزامات وتعهدوا بتقديم الدعم.[٢]

٥- وفي عام ٢٠١٩، قررت الجمعية العامة للأمم المتحدة في الإعلان السياسي للاجتماع الرفيع المستوى المعني بالتغطية الصحية الشاملة "تعزيز الجهود المبذولة لمعالجة ... الأمراض المدارية المهملة، باعتبار ذلك جزءاً من التغطية الصحية الشاملة".[٣] وقد حُددت التدخلات الرامية إلى مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة بوصفها من العوامل الرئيسية التي تسهم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وهذا لأن مهمة البرامج المعنية بمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة والتخلص منها واستئصالها تتواءم مع الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة، ألا وهي: المجموعة السكانية (من المشمول بالتغطية)؛ الخدمات (ما هي الخدمات المشمولة بالتغطية)؛ التكاليف المباشرة (ما هي نسبة التكاليف المشمولة بالتغطية). وتُعد التغطية الصحية الشاملة واحدة من الأولويات الاستراتيجية الثلاث لبرنامج العمل العام الثالث عشر ٢٠١٩-٢٠٢٣ للمنظمة (استفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة). وتسهم البرامج الوطنية المعنية بأمراض المناطق المدارية المهملة بالفعل في تحقيق هذا الهدف.

٦- وتدعم التدخلات الرامية إلى مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة الرؤية الخاصة بالإتاحة الشاملة والمنصفة للخدمات الصحية. وتعتمد البرامج الوطنية نهوجاً تستند إلى القاعدة الشعبية تمكنها من الوصول إلى بعضٍ من أفقر المجتمعات المحلية والأشخاص المتضررين من الكوارث الطبيعية والنزاع والطوارئ المعقدة، اللذين يصعب الوصول إليهما. وتقدم البرامج الخدمات التي لولا ذلك لما توافرت لهذه المجتمعات المحلية المستضعفة والمهمشة. وما يكتسي أهمية هو أن معظم الخدمات تقدم مجاناً. وبذا فإن البرامج الوطنية تسد فجوة مهمة بتقديمها للرعاية الصحية الأساسية. ويُعد مفهوم الإنصاف عنصراً محورياً من عناصر هذه البرامج. وقد اقتُرح اعتبار النجاح في التغلب على أمراض المناطق المدارية المهملة عاملاً لتتبع الإنصاف في إتاحة الخدمات الصحية والتقدم صوب التغطية الصحية الشاملة، نظراً إلى أن هذه الأمراض تؤثر في المجتمعات المحلية الأشد افتقاراً إلى الخدمات.[٤]

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠ (٢٠١٥).

٢ WHO. Global resolve to end neglected tropical diseases amid unprecedented progress, 19 April 2017 (https://www.who.int/neglected_diseases/news/Global_resolve_to_end_NTDs_amid_unprecedented_progress/en/, accessed 13 December 2019).

٣ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢/٧٤ (٢٠١٩)، الفقرة ٣٤.

٤ Fitzpatrick C, Bangert M, Mbabazi PS, Mikhailov A, Zouré H, Polo Rebollo M, et al. Monitoring equity in universal health coverage with essential services for neglected tropical diseases: an analysis of data reported for five diseases in 123 countries over 9 years. Lancet Glob Health. 2018; 6:e980–988, doi:https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30307-3.

الوضع الراهن

٧- وفقاً للتقديرات، يحتاج أكثر من ١,٥ مليار شخص سنوياً إلى التدخلات الخاصة بمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة. فهناك ما لا يقل عن ٢٠٠ ٠٠٠ شخص يلقون حتفهم سنوياً نتيجة للتسمم الناجم عن لدغ الثعابين وداء الكلب وحمى الضنك وحدهم. ويزداد مئات الملايين من الناس تضرراً من الإعاقة أو التشوه أو الوهن نتيجة لافتقارهم إلى إمكانية الحصول على العلاج والرعاية اللازمة لأمراض المناطق المدارية المهملة في الوقت المناسب. وتكلف هذه الأمراض الاقتصادات النامية سنوياً ما يعادل مليارات الدولارات الأمريكية من التكاليف الطبية المباشرة والإنتاجية الضائعة وتراجع الإنجازات الاجتماعية الاقتصادية والتعليمية.

التقدم المُحرز

٨- أسهم التقدم المُحرز في مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة في التخفيف من العبء البشري والاقتصادي الذي تلقيه هذه الأمراض على الأشد تخلفاً عن ركب التنمية. كما أثبت أثر مواءمة عمل الدول الأعضاء ومختلف الشركاء، الذي بيّن بوضوح خلال السنوات الثماني الماضية أن التدخلات الرامية إلى مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة هي واحدة من أفضل الخيارات في مجال التنمية، نظراً إلى إسهامها في عافية البشر والاقتصادات.

٩- وقد تحققت أوجه التقدم المهمة منذ اعتماد خريطة الطريق في عام ٢٠١٢، على النحو الملخص في الفقرات ١٠-١٥ أدناه.

١٠- **تنفيذ التدخلات وأثرها.** قل العدد المقدر للأشخاص الذين يحتاجون اليوم إلى التدخلات الخاصة بمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة بنحو ٥٠٠ مليون شخص عما كان عليه في عام ٢٠١٠. وتخلص نحو ٤٠ بلداً وإقليماً ومنطقة من مرض واحد على الأقل من أمراض المناطق المدارية المهملة البالغ عددها عشرين مرضاً. وأوشك استئصال داء التنينات على التحقق، حيث بُلّغ عن ٢٨ حالة بشرية في ثلاثة بلدان في عام ٢٠١٨. وشهدت المنظمة على خلوّ ١٩٩ بلداً وإقليماً ومنطقة، بما في ذلك ١٨٧ دولة عضواً في المنظمة، من داء التنينات، من بينها ١٦ بلداً كان قبل ذلك موطُوناً بالمرض، وحصلت خمسة بلدان منها على الإشهاد منذ عام ٢٠١٢. وتم التخلص من داء الفيلاريات اللمفي والتراخوما بوصفهما مشكلة صحية عمومية في ١٦ بلداً و٩ بلدان بالترتيب. وتم التخلص من داء كلابية الذنب في أربعة بلدان في إقليم الأمريكتين. وتراجع عدد حالات داء المثقبيات الأفريقي البشري السنوية المبلّغ عنها من أكثر من ٧٠٠٠ حالة في عام ٢٠١٢ إلى أقل من ١٠٠٠ حالة في عام ٢٠١٨، وتجاوز بذلك الغاية الأصلية المتمثلة في الوصول إلى ٢٠٠٠ حالة بحلول عام ٢٠٢٠. وفي عام ٢٠١٩، أصبحت المكسيك أول بلد في العالم يتم التحقق من خلوه من داء الكلب المنقول بواسطة الكلاب. ومنذ عام ٢٠١٢، تراجع عدد حالات داء الليشمانيات الحشوي المبلّغ عنها تراجعاً كبيراً في بنغلاديش والهند ونيبال، التي يُستهدف فيها التخلص من المرض بوصفه مشكلة صحية عمومية. وتحقق التخلص من الجذام بوصفه مشكلة صحية عمومية واستدام في جميع البلدان والأقاليم والمناطق المعنية، باستثناء البرازيل.

١١- **التوسّع في النطاق والدعم.** استمر تقليص نطاق الأشخاص غير المشمولين بتغطية الخدمات بفضل التوسّع التدريجي في التدخلات الميدانية الرامية إلى مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة. ولأول مرة، تجاوز عدد الأشخاص الحاصلين على العلاج الخاص بواحد أو أكثر من هذه الأمراض مليار شخص، في عام ٢٠١٦. واستمر العدد في الزيادة في عام ٢٠١٧ ووصل إلى ذروته في عام ٢٠١٨ عندما حصل أكثر من ١,١٣ مليار شخص على جرعات من الأدوية بلغ مجموعها التراكمي ١,٧ مليار جرعة، شملت أكثر من مليون من المعالجات

المنقذة للأرواح المقدمة من خلال التدبير العلاجي المتخصص لفرادى الحالات. وأُجري ما يقرب من مليون معالجة جراحية للشعرة التراخومية منذ عام ٢٠١٤. وفي الفترة بين عامي ٢٠١٧ و٢٠١٩، تعهدت الجهات المانحة بأكثر من مليار دولار أمريكي دعماً لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة والتخلص منها في البلدان التي مازالت تتوطنها، وشمل ذلك تبرعات الشركات الصيدلانية التي بلغت في المتوسط ثلاثة مليارات قرص أو تركيبة أخرى من الأدوية المأمونة والمضمونة الجودة سنوياً، أي ما قيمته مئات الملايين من الدولارات الأمريكية. ومنذ عام ٢٠١٧، تم تأمين تبرعات جديدة من الأزيثروميسين دعماً لاستئصال الداء العليقي، ومن النيكلوساميد والبرازيكوانتيل لعلاج داء الشريطيات/ داء الكيسات المذنبة الناجمين عن الشريطية الوحيدة.

١٢- **استحداث التدخلات والأدوية والأدوات ووسائل التشخيص الجديدة.** وُضعت نهوج جديدة للعلاج، يتمثل أهمها في مقرر علاجي بديل لعلاج داء المثقبيات الأفريقي البشري على نطاق جماهيري يتكون من ثلاثة أدوية (الإيفرميكتين وسيترات ثنائي إيثيل كاربامازين والألبندازول) ويهدف إلى تقليص فترة التدخلات اللازمة؛ والفكسينيدازول للعلاج الفموي للمرحلة الأول والمرحلة الثانية غير الوخيمة من داء المثقبيات الأفريقي البشري الغامبي؛ وتركيبة مبندازول للأطفال طُوّرت وأصبحت متاحة للتبرع بها للبلدان عن طريق المنظمة من أجل علاج العدوى الديدانية المنقولة بالتربة – فضلاً عن تركيبة برازيكوانتيل للأطفال لعلاج البلهارسية مازالت قيد التطوير. كما استُحدثت تركيبات جديدة للأطفال من البنزنيدازول ونيفورتيموكس لعلاج داء شاغاس. وحصل الموكسيدكتين، أول علاج جديد لداء كلابية الذنب يُستحدث خلال ٢٠ عاماً، على موافقة إدارة الأغذية والعقاقير في الولايات المتحدة في عام ٢٠١٨؛ ويوجد علاج بالمضادات الحيوية يمكن الاستعاضة به عن الجراحة لعلاج قرحة بورولي في بعض الحالات؛ ويمكن استعمال الأزيثروميسين بدلاً من البنزيلبنسيلين الذي يُعطى حقناً في معظم الأحيان لعلاج الداء العليقي. وبدأت التجارب السريرية للفوسرافوكونازول، وهو دواء جديد لعلاج الورم الفطري. وتشمل وسائل التشخيص الجديدة اختبارات التشخيص السريعة واختبارات تفاعل البوليميراز المتسلسل المتعدد للكشف عن الكائنات المسببة لداء المثقبيات الأفريقي البشري وداء الفيلاريات اللمفي وداء كلابية الذنب، واختبار الكواشف المختبرية على الأشرطة للكشف عن المستضد المهبطي الدوراني لتشخيص داء البلهارسيات الناجم عن البلهارسيّات المنسونيَّة. وهناك اختبار سريع للكشف عن الميكولاكتون من أجل تشخيص قرحة بورولي قيد التطوير. وتشمل أدوات مكافحة النواقل الجديدة تقنية تعقيم الحشرات، وتقنية عدم التوافق الهيولي وتقنيات الإبدال الجيني للحشرات (بواسطة بكتيريا الولبخية)، والمصائد والمستحضرات الطاردة للنواقل، التي تخضع للتجارب لاستخدامها في مكافحة بعوض الزاعجة.

١٣- **القرارات والاستراتيجيات والإرشادات الخاصة بالأمراض المستجدة.** خلال السنوات الثلاث الماضية، أُضيفت ثلاث حالات مرضية جديدة إلى حافظة أمراض المناطق المدارية المهملة، ليصل إجمالي عددها إلى ٢٠ حالة. وهذه الحالات المرضية الثلاثة الأخيرة هي (١) الورم الفطري والفُطار الاصطباغي وسائر حالات العدوى الفطرية العميقة، (٢) الجرب وسائر حالات العدوى بالطفيليات الخارجية، (٣) التسمّم الناجم عن لدغ الثعابين. وجاءت الموافقة على إضافة مرضين منها بصدور قراري جمعية الصحة بشأن الورم الفطري (٢٠١٦) والتسمم الناجم عن لدغ الثعابين (٢٠١٨). واعتمدت جمعية الصحة قراراً آخر في عام ٢٠١٧، وهو القرار ج ص ع٧٠-١٦ بشأن الاستجابة العالمية الخاصة بمكافحة النواقل: اتباع نهج متكامل لمكافحة الأمراض المنقولة بالنواقل. وأُعدت استراتيجيات عالمية بشأن ١٥ مرضاً. وتتوافر الآن نهوج متكاملة لمكافحة أمراض المناطق المدارية الجلدية المهملة ولمكافحة النواقل. وتتوافر الإرشادات الخاصة بالقواعد والمعايير فيما يتعلق بأربعة عشر مرضاً. وفي عام ٢٠١٣، اعتمدت اللجنة الإقليمية لأفريقيا استراتيجية إقليمية وخطة استراتيجية بشأن أمراض المناطق المدارية المهملة.[١] وفي عام ٢٠١٨، اعتمدت اللجنة الإقليمية لغرب المحيط الهادئ إطار عمل

١ القرار AFR/RC63/R6 (2013).

إقليمي لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة والتخلص منها في غرب المحيط الهادئ.[١] وفي عام ٢٠١٩، قررت جمعية الصحة تكريس يوم عالمي لداء شاغاس (١٤ نيسان/ أبريل).[٢] ويجري حالياً الاحتفال باليوم العالمي للجذام واليوم العالمي لداء الكلب يوم الأحد الأخير من كانون الثاني/ يناير ويوم ٢٨ أيلول/ سبتمبر، بالترتيب.

١٤- **تعزيز الهياكل والتعاون بين القطاعات.** يدعم نحو ٤٥ مركزاً من المراكز المتعاونة مع المنظمة الأنشطة الرامية إلى مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة. وفي عام ٢٠١٩، احتفلت شبكة المنظمات غير الحكومية المعنية بأمراض المناطق المدارية المهملة بعشر سنوات من الإنجازات. وقد تطورت الشبكة من كيان يركز على الأمراض إلى كيان يضم مجموعات شاملة متماسكة تُعزز الشراكات المتعددة القطاعات لضمان الإنصاف وشمول الجميع، ولاسيما من أجل التدبير العلاجي للمراضة والوقاية من الإعاقة. ومنذ عام ٢٠١٣، يواصل التحالف من أجل البحوث التشغيلية في مجال أمراض المناطق المدارية المهملة إجراء البحوث التشغيلية حول التخلص من أمراض المناطق المدارية المهملة بالعمل في شراكات. ويقدم المشروع الخاص الموسّع للتخلص من أمراض المناطق المدارية المهملة في أفريقيا الذي تأسس في عام ٢٠١٦ واستضافه المكتب الإقليمي لأفريقيا، الدعم التقني والمالي من أجل مكافحة خمسة أمراض ذات أولوية[٣] قابلة للمعالجة الكيميائية الوقائية والتخلص منها في أفريقيا. وتواصل المنظمة تعزيز التعاون بين الوكالات وبين القطاعات المتعددة وتعكف الأمانة على تحسين التعاون على نطاق المنظمات؛ وتشمل الأمثلة الناجحة على ذلك صدور المطبوعات مثل "المياه والإصحاح والنظافة لتسريع وتيرة التقدم في مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة واستدامته: استراتيجية عالمية للفترة ٢٠١٥-٢٠٢٠"، و"الاستجابة العالمية الخاصة بمكافحة النواقل ٢٠١٧-٢٠٣٠"، و"صفر في ٣٠: الخطة الاستراتيجية العالمية لوضع نهاية للوفيات البشرية الناجمة عن داء الكلب المنقول بواسطة الكلاب بحلول عام ٢٠٣٠.

١٥- **تعزيز الملكية والالتزامات القُطرية.** عُزّزت القدرات من أجل تعظيم أثر التدخلات وملكيتها في أكثر من ٦٠ بلداً في عام ٢٠١٩ وحده. وهناك الآن أكثر من ٥٠ بلداً لديه خطة وطنية بشأن أمراض المناطق المدارية المهملة. وفضلاً عن ذلك، فهناك عدد متزايد من البلدان التي تدرج أمراض المناطق المدارية المهملة في ميزانيات الرعاية الصحية الوطنية وتخصص لها التمويل المحلي.

١٦- ويشير هذا التقدم إلى أن التدخلات الرامية إلى مكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة تُعد من بين تدخلات الصحة العمومية الأوسع نطاقاً في العالم. ومع ذلك، فغالباً ما لن تتحقق جميع الغايات المحددة في خريطة الطريق، وستلزم مواصلة الجهود. وقد أقر فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي التقني والمعني بأمراض المناطق المدارية المهملة في اجتماعه الثاني عشر (جنيف، ٢٩ و٣٠ نيسان/ أبريل ٢٠١٩)، بأن خريطة الطريق الحالية ستنتهي في عام ٢٠٢٠ وأشار إلى التحديات التي تعترض تحقيق غاياتها والتي يرد ملخصها فيما يلي.

التحديات المطروحة

١٧- أشار فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي التقني والمعني بأمراض المناطق المدارية المهملة بقلق إلى ظهور بعض الأمراض في مستوطنات اللاجئين والنازحين داخلياً وفي مناطق النزاع، وأوصى برصد الحالة عن كثب. كما أوصى بما يلي: مواصلة التعاون بين القطاعات وتعزيزه على جميع مستويات المنظمة الثلاثة؛ ورصد تراجع نجاعة الأدوية ومبيدات الحشرات للوقاية من احتمالات ظهور المقاومة ومعالجتها؛ ودمج الإنصاف

١ القرار WPR/RC69.R4 (2018).

٢ المقرر الإجرائي ج ص ع٧٢(٢٠) (٢٠١٩).

٣ داء الفيلاريات اللمفي وداء كلابية الذنب والبلهارسية والعدوى الديدانية المنقولة بالتربة والتراخوما.

والمساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان في جميع الأنشطة، ولاسيما فيما يتعلق بالمرأة؛ وتجسيد دور المرأة والجمعيات النسائية في تدخلات الصحة العمومية في الاستراتيجيات الخاصة بالوقاية من أمراض المناطق المدارية المهملة والتخلص منها واستئصالها. ويؤكد ذلك ضرورة تعزيز الترصد والنُظم الصحية.

١٨- وغالباً ما سيؤدي تغيّر المناخ إلى استطالة موسم سريان الأمراض التي ينقلها البعوض، مثل حمى الضنك، والأمراض التي تتسبب فيها الفيروسات الأخرى المنقولة بالمفصليات. ويؤدي احترار المناخ إلى توسيع الانتشار الجغرافي للبعوض الناقل (مثل ما حدث من انتشار حمى الضنك في نيبال) وإلى ظهور أمراض جديدة في الأقاليم التي يفتقر سكانها إلى المناعة أو التي لا توجد فيها بنية تحتية قوية للصحة العمومية (مثل ظهور حمى الضنك في أفغانستان في عام ٢٠١٩).

١٩- وتشير الخبرة المكتسبة خلال العقود الماضية إلى أن النهوج الحالية تقوض أثر التدخلات ويعوزها التنسيق على نطاق يشمل الطيف الكامل للأمراض العشرين ويتجاوزه. ومثال على ذلك، أن التدخلات كانت تركز فيما مضى على فرادى الأمراض. وتقوض هذه النهوج الرأسية والمنعزلة نجاح التدخلات. وفضلاً عن ذلك، فقد ثبت أن البرامج الرأسية تفرط في الاعتماد على الشركاء الخارجيين، ولا تُدمَج بالقدر الكافي في نُظم الرعاية الصحية الوطنية ولا تتفاعل مع القطاعات المجاورة إلا بقدر محدود.

٢٠- وتحد الثغرات التقنية والتشغيلية القائمة من نطاق التدخلات. وتتعلق الثغرات الرئيسية بمدى توافر وسائل التشخيص لجميع الأمراض ولكل مرحلة برمجية؛ وبالرصد والتقييم؛ وإتاحة الأدوية والمنتجات الطبية وخدماتها اللوجيستية؛ والدعوة؛ وتعبئة الموارد.

الفرص السانحة

٢١- استجابةً للتحديات الملخصة أعلاه، يمكن للتحوّل من التركيز على فرادى الأمراض إلى النهوج المتكاملة والشاملة والمتعددة القطاعات التي تركز على المرضى، أن يُسرّع التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتشمل هذه النهوج ما يلي:

- التنفيذ المشترك للتدخلات من أجل الوقاية من عدة أمراض ومكافحتها والتخلص منها واستئصالها على نحو متزامن؛
- تعميم منصات تقديم الخدمات المشتركة في إطار البنى التحتية الصحية القائمة، ولاسيما الرعاية الصحية الأولية؛
- تعزيز الروابط بين قطاع الصحة وسائر القطاعات من أجل العمل المنسق المتعدد القطاعات في سبيل التصدي لجميع عوامل الخطر الشاملة ذات الصلة. وتشمل القطاعات الصحية ذات الصلة على سبيل المثال لا الحصر، التدبير العلاجي المتكامل للنواقل، والوقاية من الإعاقة، والتوعية الصحية. وأما القطاعات ذات الصلة بخلاف قطاع الصحة فتشمل على سبيل المثال لا الحصر خدمات المياه والإصحاح، والأمن الغذائي، وحركة الصحة الواحدة، والتعليم.

٢٢- وفيما يتعلق برصد أداء التدخلات وتقييمه، يمكن التحول من التركيز على العملية، الذي يُقاس فيه النجاح بالإجراءات المتخذة، إلى التركيز على الأثر، الذي يقاس فيه النجاح بتحسّن المؤشرات الوبائية والسريرية.

٢٣- ويمكن تحسين قيمة البرامج الرأسية الصغيرة الحجم التي تُعنى بأمراض محددة وزيادة أثرها بدمج الجهود وتجميع الموارد. وسيؤدي تعظيم الأثر المتولد إلى تيسير تعبئة الموارد من التمويل المحلي، ويُعزّز بذا الملكية والقدرات القُطرية، ويزيد من جاذبية البرامج للشركاء والجهات المانحة.

٢٤- ويمكن للعمل البرمجي المعجل أن يؤدي إلى زيادة الفهم العلمي لتطوير أدوات جديدة، وتحسين الاستراتيجيات، وتعزيز تقديم الخدمات. ويمكن مواصلة التوسّع في البحوث والابتكارات في سبيل دفع عجلة التقدم واتخاذ إجراءات لتخفيف حدة المخاطر من قبيل مقاومة مضادات الميكروبات وتغيّر المناخ والطوارئ المعقدة وعدم الاستقرار السياسي.

٢٥- وسيلزم تغيير النماذج التشغيلية والثقافة السائدة من أجل استيعاب طرق العمل الجديدة، والانتقال من النهوج التي تُعنى بأمراض محددة إلى النهوج المتكاملة التي تركز على الناس والتي تتوجه إلى احتياجات المجتمعات المحلية، من أجل تعظيم الأثر.

٢٦- وقد اضطلع الشركاء بدور أساسي في توجيه تنفيذ خريطة الطريق الحالية، وسيكون دعمهم ضرورياً للحفاظ على الإنجازات التي تحققت حتى الآن في الوقاية من أمراض المناطق المدارية المهملة ومكافحتها والتخلص منها واستئصالها، وفي تعزيز التحسّن الواضح في الصحة العمومية العالمية.

٢٧- وفي ضوء التحديات والاحتياجات الجارية، أوصى فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي التقني التابع للمنظمة والمعني بأمراض المناطق المدارية المهملة في اجتماعه الحادي عشر المنعقد في عام ٢٠١٨، بأن تنظر الأمانة في وضع خريطة طريق لاحقة للفترة ٢٠٢١-٢٠٣٠. وقدم الفريق الاستشاري أيضاً المزيد من الإرشادات في اجتماعه الثاني عشر المنعقد في عام ٢٠١٩، بشأن التوجه الاستراتيجي صوب الغايات المحددة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وفي برنامج العمل العام الثالث عشر، ٢٠١٩-٢٠٢٣ للمنظمة.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٨- المجلس مدعو إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير وإلى تقديم الإرشادات بشأن الخطوات التالية التي ينبغي اتخاذها للنهوض بالعمل العالمي لمكافحة أمراض المناطق المدارية المهملة.

= = =