



اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة

تقرير من الأمانة

١- عندما ألقى الدكتور لي جونج - ووك المدير العام الراحل لمنظمة الصحة العالمية خطابه أمام جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسين^١ أعلن إنشاء اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة. وبدأت هذه اللجنة أعمالها في آذار/ مارس ٢٠٠٥، وكان الهدف منها تقديم الإرشادات اللازمة لبرامج الدول الأعضاء ومنظمة الصحة العالمية بشأن جمع البيانات عن المحددات الاجتماعية وعن طرق التغلب على التباينات الصحية. وعليه فإن التقرير الراهن يوجز التوصيات التي وضعتها اللجنة في تقريرها الختامي^٢.

٢- والمحددات الاجتماعية للصحة هي المحددات والظروف الهيكلية لطريقة المعيشة اليومية المسؤولة عن شق رئيسي من التباينات الصحية بين البلدان وفي داخل كل بلد. وتشمل هذه المحددات طريقة توزيع السلطة، ومستوى الدخل، والسلع والخدمات، وظروف معيشة الناس مثل مدى إتاحة خدمات الرعاية الصحية والمدارس والتعليم لهم، وظروف العمل والترفيه، وحالة الإسكان والبيئة. أي أن المصطلح "المحددات الاجتماعية" اختزال للعوامل الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والبيئية والثقافية التي لها عظيم الأثر على الحالة الصحية.

٣- تألفت هذه اللجنة من ١٩ عضواً برئاسة الأستاذ مايكل مارموت من جامعة University College London^٣. وشكلت بدعم من الأمانة أربعة أفرقة عاملة معنية بما يلي: العمل مع الدول الأعضاء، والعمل في داخل المجتمع المدني، وشبكات المعارف العالمية، والعمل في داخل منظمة الصحة العالمية. وأسهمت دول أعضاء كثيرة في أعمال هذه اللجنة للتعمق من الخبرات المكتسبة وتبادلها.

١ الوثيقة ج ٥٧/٣.

٢ اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة. تضييق الفجوة في غضون جيل واحد: العدالة والإنصاف في المجال الصحي بفضل اتخاذ إجراءات حول المحددات الاجتماعية للصحة. التقرير الختامي للجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨.

٣ الأعضاء الآخرون كانوا: الأستاذ فرانسيس بوم (أستراليا)، والدكتورة مونيكا بيغن (كندا)، والدكتور جوفاني بيرليغوير (إيطاليا)، والسيدة ميراي تشاترجي (الهند)، والدكتور ويليام فوجي (الولايات المتحدة الأمريكية)، والأستاذ يان غوو (الصين)، والأستاذ كيوشي كوروكاوا (اليابان)، والدكتور ريكاردو لاغوس (شيلي)، والأستاذ علي رضا مارندي (جمهورية إيران الإسلامية)، والدكتور باسكوال موكومبي (موزامبيق)، والدكتور أندريو أندياي (السنغال)، والأنسة تشاريتي نغبلو (كينيا)، والأستاذة هدى رشاد (مصر)، والأستاذ أمارتيا سن (الهند)، والدكتور ديفيد ساتشر (الولايات المتحدة الأمريكية)، والدكتورة آنا تيباجوكا (جمهورية تنزانيا المتحدة)، والأستاذ ديني فاغيرو (السويد)، والدكتور غيل ويلنسكي (الولايات المتحدة الأمريكية).

٤- وتشاورت اللجنة مع العديد من هيئات المجتمع المدني في جميع الأقاليم بما أسفر عن دراسات حالة وبيانات مفيدة لجميع مجالات عمل اللجنة. وأصدرت أيضاً تقريراً مستقلاً عن المجتمع المدني.^١ وعقدت اللجنة اجتماعات لخبراء دوليين في تسع شبكات عالمية للمعارف، دارت مواضيعها حول نمو الأطفال في مراحلهم المبكرة، وظروف العمالة، والعولمة، والنظم الصحية، والمقاييس والبيئات، وظروف الصحة العمومية ذات الأولوية، والنبيذ الاجتماعي، والبيئات الحضرية، والنساء والمساواة بين الجنسين. وشاركت الأمانة بصفة مباشرة إلى أقصى حد في اثنتين من هذه الشبكات. واستضاف مركز "كوبي" التابع للمنظمة شبكة معارف البيئات الحضرية. واستضافت الأمانة شبكة معارف ظروف الصحة العمومية ذات الأولوية، وهي الشبكة التي نسقت تحليل المحددات الاجتماعية للظروف الصحية العمومية الرئيسية.

٥- اجتمعت اللجنة ١٠ مرات في البرازيل وكندا وشيلي والصين ومصر والهند وجمهورية إيران الإسلامية واليابان وكينيا وسويسرا. وأجرت أيضاً مشاوراتها الإقليمية في كل من أقاليم المنظمة. هذا فضلاً عن أنها عقدت اجتماعات و مشاورات لكل فريق عامل مرات عديدة.

٦- وقد تمت إحاطة المجلس التنفيذي علماً بهذه المسألة خلال دورتيه الخامسة عشرة بعد المائة والعشرين بعد المائة^٢ كما عمد، في دورته الرابعة والعشرين بعد المائة، إلى دراسة هذه المسألة في ضوء التقرير الختامي للجنة.^٣

النتائج الرئيسية والتوصيات

٧- تزداد التباينات الصحية في داخل البلدان وفي ما بين البلدان. فهناك فجوة في الأجل المتوقع للمواليد تربو على ٤٠ سنة بين أغنى البلدان وأفقرها. وهناك تفاوت ظاهر في الحالة الصحية بين مختلف المجموعات السكانية في جميع البلدان بصرف النظر عن مستوى دخلها. وفي البلدان ذات الدخل المرتفع يوجد فرق يربو على عشر سنوات في متوسط العمر المأمول عند الميلاد بين مختلف المجموعات السكانية ويُعزى إلى عدة عناصر مثل الانتماء العرقي، ونوع الجنس، والحالة الاقتصادية الاجتماعية، والموقع الجغرافي. أما البلدان المنخفضة الدخل في جميع الأقاليم فتتفاوت فيها معدلات وفيات الأطفال تفاوتاً ملحوظاً باختلاف مستوى ثروة الأسرة.

٨- بيد أن هذه التباينات ليست حتمية، لأنها غالباً نتاج سياسات فاشلة وتباين في ظروف المعيشة اليومية وضعف المشاركة في السلطة وقلة الموارد وقلة المشاركة المجتمعية.

٩- ويجب الالتفات إلى المحددات الاجتماعية لكي يتسنى بلوغ عدة أهداف موضوعة للأمراض محددة، مثل المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، ومكافحة وإزالة الأوبئة التي تهدد شعوباً بكاملها. وتوجد محدّدات اجتماعية مشتركة بين معظم الظروف الصحية العمومية ذات الأولوية، ومن بينها محدّدات التعرض للمخاطر، ومحدّدات التأثير بالأمراض، ومحدّدات الحصول على الرعاية، ومحدّدات عواقب الأمراض. وتوجد فرص واسعة للتعامل جماعياً مع هذه المحددات سواء في داخل نظام الصحة أو خارجه. ولذلك ينبغي تنسيق

١ Civil Society Report to the Commission on Social Determinants of Health. Submitted to the Commission on Social Determinants of Health at its Ninth Meeting, Beijing, October 2007.

٢ الوثيقتان مت ٣٥/١١٥ ومت ٣٥/١٢٠، الفرع باء.

٣ الوثيقة مت ٢٠٠٩/١٢٤/٢ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة الخامسة (النص الإنكليزي).

الأعمال المتعلقة بظروف الصحة العمومية في داخل النُظم القوية القائمة على الرعاية الصحية الأولية حتى يتسنى تحقيق المرامي الإنمائية للألفية والتقليل من التباينات بالإضافة إلى تحسين صحة السكان عموماً.

١٠- وقد أصدرت اللجنة ثلاث توصيات رئيسية:

- (أ) تحسين ظروف المعيشة اليومية
- (ب) معالجة الإجحاف في توزيع السلطة والمال والموارد
- (ج) قياس وفهم المشكلة وتقييم وقع الإجراءات.

وفي إطار هذه التوصيات الرئيسية عرضت اللجنة مجالات عمل وتوصيات محددة لجميع الأطراف، بما فيها منظمة الصحة العالمية وغيرها من الوكالات المتعددة الأطراف والحكومات الوطنية والمحلية والمجتمع المدني والقطاع الخاص، ومؤسسات البحوث.

١١- وحددت اللجنة مجالات العمل التالية بشأن توصيتها الأولى:

- (أ) انتهاج أسلوب شامل لنمو الأطفال في مراحل الطفولة المبكرة، يقوم على برامج بقاء الطفل الراهنة، وتوسيع نطاق التدخلات اللازمة في أولى مراحل حياة الطفل بحيث يشمل التنمية الاجتماعية والانفعالية واللغوية والإدراكية؛
- (ب) دوام الاستثمار في التنمية الريفية، ومعالجة سياسات استبعاد المناطق الريفية لأن الاستبعاد يؤدي إلى الفقر الريفي وفقدان ملكية الأراضي ونزوح الناس بعيداً عن مساكنهم وحسن الإدارة والتخطيط في المناطق الحضرية؛
- (ج) التجاوب الاقتصادي والاجتماعي مع تغيّر المناخ وسائر عوامل تدهور البيئة، مع مراعاة الإنصاف في مجال الصحة؛
- (د) التشغيل التام والعاقل للعمال، وتوفير فرص العمل الشريف، بوصفهما الهدف المركزي لرسم السياسات الاجتماعية والاقتصادية على الصعيدين الوطني والدولي؛ وتوفير العمل في ظل ظروف السلامة والأمن والأجر العادل، وفتح فرص العمل على مدار السنة، وتوفير التوازن الصحي للجميع، وتحسين شروط العمل لجميع العاملين بما يخفض تعرضهم للأخطار المادية ويقيهم إجهاد العمل ويبعدهم عن السلوكيات المضرة بالصحة؛
- (هـ) وضع سياسات شاملة للحماية الاجتماعية تدعم الحصول على دخل يضمن المعيشة الصحية للجميع؛
- (و) فيما يتعلق تحديداً بقطاع الصحة دعت اللجنة إلى إنشاء نُظم عالمية للرعاية الصحية تدور في فلك الرعاية الصحية الأولية.

١٢- وحددت اللجنة مجالات العمل التالية بشأن توصيتها الثانية:

- (أ) تحميل أعلى المستويات الحكومية مسؤولية اتخاذ الإجراءات الخاصة بالصحة والإنصاف في قطاع الصحة، وضمان مراعاة هذه الإجراءات بطريقة متنسقة في جميع السياسات العامة؛
- (ب) إدخال التسويات اللازمة على قطاع الصحة حسب الاقتضاء - بإدراج المحددات الصحية في مهام السياسات والبرامج التي تعدها وزارات الصحة، وتعزيز دور القوامة الذي تؤديه هذه الوزارات لدعم اتباع نهج المحددات الاجتماعية في الحكومة بأسرها؛
- (ج) تعزيز التمويل الحكومي للأعمال المتعلقة بالمحددات الاجتماعية، وزيادة التمويل الدولي لضمان الإنصاف في قطاع الصحة، وتنسيق زيادة الأموال بوضع إطار يضمن العمل على المحددات الاجتماعية؛
- (د) توطيد الدور الأساسي للدولة في تقديم الخدمات الأساسية اللازمة للصحة (مثل المياه والإصحاح)، وتنظيم السلع والخدمات التي لها أقوى وقع على الصحة (مثل التبغ والمشروبات الكحولية والأغذية)؛
- (هـ) إلغاء الانحياز لأحد الجنسين في هياكل المجتمع - في القوانين وإنفاذ القوانين، وفي طريقة إدارة المؤسسات وتصميم التدخلات، وفي كيفية قياس الأداء الاقتصادي للبلاد؛
- (و) التأكيد من جديد على الالتزام بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في العالم؛
- (ز) تمكين جميع فئات المجتمع بتمثيلها على النحو العادل في إجراءات اتخاذ القرارات وأعمال المجتمع، وخصوصاً الأعمال المتعلقة بأثر هذا التمكين على الإنصاف في قطاع الصحة، وإنشاء وتجديد إطار مجتمعي شامل لرسم السياسات؛
- (ح) تمكين المجتمع المدني من تنظيم نفسه بنفسه والتصرف بطريقة تشجع وتحقق التمتع بالحقوق السياسية والاجتماعية التي تضمن الإنصاف في قطاع الصحة.

١٣- وحددت اللجنة مجالات العمل التالية بشأن توصيتها الثالثة:

- (أ) ضمان توفير نظم الرصد الروتيني للإنصاف في قطاع الصحة وللمحددات الاجتماعية، وذلك محلياً ووطنياً ودولياً؛
- (ب) الاستثمار في إدراج وتبادل البيئات الجديدة على مدى تأثير المحددات الاجتماعية في تحسين صحة السكان والإنصاف في قطاع الصحة، والبيئات الجديدة على فاعلية تدابير الحد من التباينات الصحية من خلال العمل المتعلق بالمحددات الاجتماعية؛
- (ج) تقديم معلومات عن المحددات الاجتماعية إلى الفاعلين السياسيين وأصحاب المصلحة والممارسين العاميين، والاستثمار في إنكفاء وعي الجمهور.

التحليل والإجراءات المستقبلية

١٤- إن القلق على مدى الإنصاف، وهو لب نداء اللجنة من أجل معالجة المحددات الاجتماعية، يتوافق مع قيم الرعاية الصحية الأولية. كما أن توصيات اللجنة تكمل الدعوة إلى اتخاذ الإجراءات الواردة في التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٨. وهذا التقرير يشددان على الحاجة إلى اتخاذ الإجراءات في قطاع الصحة وغيره مع مراعاة "الصحة في جميع السياسات". ويعد تقرير اللجنة استعراضاً كاملاً لنطاق السياسات التي يجب إيلاء الاعتبار لها عند تنفيذ الإجراءات المتعددة القطاعات لصالح الصحة في إطار تنشيط الرعاية الصحية الأولية.

١٥- وحثت اللجنة حذو الدعوة الواردة في التقرير الخاص بالصحة في العالم إلى إقامة النظم الصحية على مبادئ الرعاية الصحية الأولية وخصوصاً على تقديم التغطية الشاملة بهذه الرعاية. وحددت اللجنة أيضاً كيف يمكن تناول المحددات الاجتماعية في إطار قطاع الصحة بما يجعل النظم الصحية أكثر شمولاً وإتاحة وأكثر اهتماماً بالمجتمعات المحرومة، وبما يجعل تعزيز الصحة أكثر فاعلية.

١٦- وللتقدم صوب تحقيق المرامي الإنمائية للألفية يقتضي الأمر ضمن ما يقتضيه اتخاذ تدابير لإزالة التباينات الصحية - وخصوصاً في داخل البلدان، وتعزيز النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية، واتخاذ الإجراءات على أساس المحددات الاجتماعية. وبالتالي فإن توصيات اللجنة تفتح مجالات مهمة يؤدي فيها تضافر الإجراءات إلى التعجيل بخطى التقدم.

١٧- وتعزز الأزمات المستمرة في القطاع المالي وقطاع الأغذية وقطاع الوقود وقطاع البيئة أهمية النظر في المحددات الاجتماعية لأن الفقراء هم على الأرجح من يتحملون معظم المعاناة. ولتقليل التباينات في أثناء هذه الأزمات ينبغي أن نحافظ على مستويات النفقات الصحية والاجتماعية بالإضافة إلى صرف هذه النفقات بطرق أفضل. وكذلك فإن تنشيط الرعاية الصحية الأولية وإيلاء الاعتبار للمحددات الاجتماعية يزداد أهمية على الإطلاق إذا أردنا تعزيز التقدم صوب الحد من التباينات الصحية وتحقيق أهداف صحية مثل المرامي الإنمائية للألفية.

١٨- وقد أصبح العمل الضخم على إزالة التباينات الصحية، وإيلاء الاعتبار للمحددات الاجتماعية، جارياً على قدم وساق في الأمانة وفي الدول الأعضاء، على النحو المتفق عليه في برنامج العمل العام الحادي عشر وفي الغرض الاستراتيجي ٧ من الخطة الاستراتيجية المتوسطة الأجل ٢٠٠٨-٢٠١٣.

١٩- وتطلب اللجنة من المنظمة أن تؤسس على هذا العمل. وقد أوصت اللجنة الأمانة بالعمل في ثلاثة ميادين محددة. أولها أن تعزز الأمانة القدرات العالمية والوطنية للعمل على المحددات الاجتماعية، وذلك عن طريق ما يلي (أ) تقديم الدعم إلى الدول الأعضاء لمراعاة "الصحة في جميع السياسات" في جميع المستويات الحكومية، وتوجيه دفعة قطاع الصحة صوب الاعتماد على المحددات الصحية؛ (ب) تمكين الدول الأعضاء من دراسة تأثير السياسات العالمية على الحد من التباينات الصحية بين بلدانها؛ (ج) العمل مع الوكالات الشريكة في النظام المتعدد الأطراف على بناء القدرة اللازمة لمراعاة المحددات الاجتماعية والحد من التباينات الصحية.

١ منظمة الصحة العالمية. التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٨: الرعاية الصحية الأولية - الآن أكثر من أي وقت مضى. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨.

٢٠- والميدان الثاني هو أن تعزز الأمانة الجهود الراهنة لقياس وتقييم المحددات الاجتماعية والتباينات الصحية عن طريق ما يلي (أ) تسهيل وضع الأهداف ورصد التقدم صوب تحقيق الإنصاف في قطاع الصحة بين البلدان وفي داخل البلدان؛ (ب) دعم إنشاء نظم وطنية لترصد المساواة في قطاع الصحة في الدول الأعضاء؛ (ج) تقديم الدعم للدول الأعضاء لتستحدث وتستعمل وسائل تقييم أثر الإجراءات على تحقيق الإنصاف في قطاع الصحة.

٢١- والميدان الثالث هو أن تنشئ الأمانة قدرة داخلية للاهتمام بالمحددات الاجتماعية في جميع مجالات عملها، وذلك عن طريق ما يلي (أ) تعزيز اختصاصات الموظفين ووضع معايير لترشيد العمل في مجال المحددات الاجتماعية؛ (ب) وتقييم البرامج قياساً على هذه العلامات الأساسية.

٢٢- نظر المجلس التنفيذي في التقرير الوارد أعلاه، في دورته الرابعة والعشرين بعد المائة، واعتمد القرار م٦٢٤ق٦ الذي اقترحته عدة دول أعضاء.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢٣- جمعية الصحة مدعوة إلى النظر في مشروع القرار الوارد في القرار م٦٢٤ق٦.

= = =