

Distr.: General
16 July 2019
Arabic
Original: English



الدورة الرابعة والسبعون

البند ٧٢ (ب) من القائمة الأولية*

تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها: مسائل حقوق
الإنسان بما في ذلك النهج البديلة لتحسين التمتع
الفعلي بحقوق الإنسان والحريات الأساسية

حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية

مذكرة من الأمين العام

يتشرف الأمين العام بأن يحيل إلى الجمعية العامة تقرير المقرر الخاص المعني بحقوق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، دينيوس بوراس، المقدم وفقا لقراري مجلس حقوق الإنسان ٢٩/٦ و ٩/٣٣.



الرجاء إعادة استعمال الورق

* A/74/50

210819 150819 19-12084 (A)



موجز

يشجع المقرر الخاص على أن يتلقى عاملو الرعاية الصحية تعليماً يقوم على مبادئ حقوق الإنسان. ويروج للأثر الذي يعود على القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية من نُهج تعليم الطب القائمة على حقوق الإنسان، التي تشمل اختيار الطلاب، والمقررات الدراسية، وأماكن التدريب وما يلي ذلك من توظيف في النظم الصحية. ويمكن أن يساعد إدماج حقوق الإنسان في التعليم الصحي عاملي الرعاية الصحية على التغلب على سلوكياتهم ومواقفهم التمييزية المتأصلة.

ولا يعترف المقرر الخاص تكرار الجهد العالمي المبذول للتصدي لأزمة القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية وما كتب عنها من مؤلفات، بل بيان الأثر الذي يمكن أن تحدثه النهج القائمة على حقوق الإنسان في مجال تعليم الطب وأنشطة التعليم الصحي الأخرى. وهو يحدد سمات التعليم الصحي الحالي التي تحد من قدرة القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على العمل بفعالية وعلى أداء دورها الحاسم في تعزيز الحق في الصحة البدنية والعقلية واحترامه وإعماله. ويعرض بعض العناصر الهيكلية التي تشكل منها قدرة القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على الوفاء بما يقع على عاتق الدول في مجال الحق في الصحة من التزامات بإتاحة الرعاية الصحية المقبولة والجيدة النوعية وتيسير الحصول عليها، مع شمول عاملي الرعاية الصحية أنفسهم أيضاً بإطار الحق في الصحة من أجل تحديد المسائل التي يمكن أن تعزز أو تحد من قدرتهم على الأداء بشكل جيد.

التقرير المؤقت للمقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من
الصحة البدنية

المحتويات

الصفحة

٥	.....	أولاً - مقدمة
٨	.....	ثانياً - السياق
٩	.....	ألف - بناء الرعاية الأولية كأساس لنظام الرعاية الصحية
١١	.....	باء - نموذج الطب الحيوي
١١	.....	جيم - اختلال توازن القوى
١٢	.....	دال - تعليم الطب
١٣	.....	هاء - مواءمة مناهج تعليم الطب مع الاستراتيجيات الصحية الوطنية
١٥	.....	ثالثاً - هناك حاجة إلى نظم صحية قوية من أجل قوة عاملة فعالة
١٦	.....	ألف - الخدمات والمرافق الصحية
١٦	.....	باء - المنتجات الطبية والأدوية الأساسية والتقنيات
١٦	.....	جيم - نظم المعلومات الصحية
١٧	.....	دال - تمويل الصحة
١٧	.....	هاء - القيادة والحوكمة
١٧	.....	واو - الفساد في قطاع الصحة
١٨	.....	رابعاً - اتباع نهج قائم على الحقوق في تعزيز القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية
١٨	.....	ألف - المساواة وعدم التمييز
١٩	.....	باء - المشاركة
١٩	.....	جيم - الدعم والتدريب المستمران من أجل سكان المناطق النائية والضعفاء
٢٠	.....	دال - إدارة عملي الرعاية الصحية
٢٠	.....	هاء - المساعدة والتعاون الدوليان
٢٠	.....	واو - المساءلة

٢١	.....	خامسا - القضايا محور التركيز .
٢١	.....	ألف - المساعدة الدولية لتعزيز القوة العاملة في مجال الرعاية الصحية
٢٢	.....	باء - تدريب القوى العاملة في مجال الصحة النفسية .
٢٢	.....	جيم - اعتلالات الصحة النفسية بوصفها أمراضا محسومة بيولوجياً وليست عواقب لعوامل خطر اجتماعية وبيئية .
٢٣	.....	دال - معايير رعاية الصحة النفسية المحددة من قِبل فئة مهنية واحدة .
٢٣	.....	هاء - انعكاس عدم توازن القوى في التعاريف .
٢٤	.....	واو - التغييرات اللازمة للتعليم في مجال الصحة النفسية .
٢٦	.....	سادسا - التوصيات والاستنتاجات .

أولا - مقدمة

١ - عاملو الرعاية الصحية عنصر حيوي في المجتمعات المعافاة والنظم الصحية الجيدة الأداء التي بدونها لا يمكن إعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية. ويسهم جميع عاملي الرعاية الصحية، سواء كانوا موجودين في القرى أو في مستشفيات تعليمية متخصصة، في صحة السكان، وهم بحاجة إلى الرعاية والحماية والدعم. وقد سبق أن أثيرت مسألة أدوار القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية ودعمها وحالتها غير المستقرة في كثير من الأحيان في إطار ولاية المقرر الخاص (انظر A/60/348)، بما في ذلك في سياق تناول الصحة النفسية (انظر A/HRC/35/21 و A/HRC/35/21/Add.1) وآثار الفساد (A/72/137) وتحقيق أهداف التنمية المستدامة (A/71/304).

٢ - وفي جميع أنحاء العالم، يؤدي عاملو الرعاية الصحية عملهم في سياقات صعبة وناقصة الموارد وخطيرة في بعض الأحيان، حيث تُنتهك حقوق الإنسان، بما في ذلك حقوق الإنسان الخاصة بهم. ويكون هذا الوضع على أشده في الأماكن التي تُجرّم فيها الرعاية الصحية المحايدة^(١)، أو عندما تتعرض المرافق الصحية لإطلاق النار، أو عندما يُستهدف عاملو الرعاية الصحية بسبب تقديمهم الرعاية، مثل استهدافهم بفيروس إيبولا^(٢). وعندما يكون تعليم الطب والتعليم الصحي مرتكزين على حقوق الإنسان، يكون عاملو الرعاية الصحية مجهزين للنظر إلى التحديات باعتبارها من مسائل حقوق الإنسان، والنظر إلى أنفسهم باعتبارهم أدوات تغيير ومدافعون عن حقوق الإنسان. واتباع هذا النهج في التعليم يُشرب عاملي الرعاية الصحية مبادئ حقوق الإنسان الأساسية المتمثلة في المساواة وعدم التمييز والكرامة للناس كافة، بمن فيهم الأشخاص الذين يتفاعلون معهم في ممارساتهم الطبية.

٣ - ويستند هذا التقرير إلى إسهامات طائفة واسعة من أصحاب المصلحة، بمن فيهم ممثلو كيانات الأمم المتحدة ذات الصلة والمجتمع المدني والخبراء الأكاديميون. وتلقى المقرر الخاص أيضاً عدداً من التقارير الخطية من جميع القارات، وهو ممتن للجميع على إسهاماتهم القيمة.

٤ - وتوزيع الأموال والسلطة والموارد هو الذي يشكل المحددات الاجتماعية والأساسية للصحة، أي الظروف التي يولد فيها الناس وينمون ويعيشون ويعملون. وهذه المحددات هي المسؤولة عن معظم أوجه عدم المساواة في مجال الصحة والفوارق التي يمكن تجنبها في الحالة الصحية^(٣). وينشأ العديد من المشاكل الراهنة في نظم الرعاية الصحية عن عدم إيلاء عناية كافية للمحددات، والاحتياجات السكانية، أثناء تدريب القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية. ويجب أن يؤكد التعليم الصحي (الذي يشمل تعليم الطب وتدريب المستويات المتوسطة) على أن إعمال الحق في الصحة ينبغي عدم الخلط بينه وبين تعلم كيفية تشخيص الاضطرابات/الأمراض وعلاجها. فهو يتوقف على أكثر من مجرد توفير الرعاية الصحية الجيدة للجميع، إذ يتوجب أيضاً معالجة العوامل المحددة للصحة، بما في ذلك عدم المساواة والتمييز والعنف والظروف البيئية.

(١) بيان علني من المقرر الخاص المعني بحقوق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية بمناسبة الذكرى السنوية الثانية لصدور قرار مجلس الأمن ٢٢٨٦ (٢٠١٦). متاح على هذا الرابط: www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23225&LangID=E

(٢) J. Fairhead, "Understanding social resistance to the Ebola response in the Forest Region of the Republic of Guinea: an anthropological perspective", *African Studies Review*, vol. 59, No. 3, (December 2016), pp. 7-31

(٣) World Health Organization (WHO), Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (Geneva, 2008)

٥ - ويشجع المقرر الخاص، في هذا التقرير، على أن يتلقى عاملو الرعاية الصحية تعليماً يقوم على مبادئ حقوق الإنسان. ويروج للأثر الذي يعود على القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية من نُهج تعليم الطب القائمة على حقوق الإنسان، التي تشمل اختيار الطلاب، والمقررات الدراسية، وأماكن التدريب وما يلي ذلك من توظيف في النظم الصحية. ويمكن أن يساعد إدماج حقوق الإنسان في التعليم الصحي عاملي الرعاية الصحية على التغلب على سلوكياتهم ومواقفهم التمييزية المتأصلة.

٦ - ومن النُهج التقليدية لتعليم الطب (أي تدريب الأطباء) ما يستند إلى التسلسل الهرمي الطبي التقليدي والنموذج الطبي الحيوي الذي يركز بشكل مفرط على تشخيص وعلاج الأمراض والأسقام الطبية الحيوية، بدلاً من النظر في المحددات الصحية وأثرها المعروف على النواتج الصحية. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى اختلالات في التوازن وإلى تفاقم المشاكل الخطيرة في أداء النظم الصحية، بما في ذلك الإفراط في إضفاء الطابع الطبي، والتجزؤ في توفير الرعاية الصحية، وتقويض مبدأ "عدم الإضرار أولاً"، وعدم توازن القوى بين الأطباء ومتلقي الخدمات، وكذلك بين الأطباء وغيرهم من عاملي الرعاية الصحية.

٧ - ويمكن للعاملين في مجال الرعاية الصحية الذين تم تدريبهم على استخدام نُهج الصحة القائمة على حقوق الإنسان أن يساعدوا على إعادة تشكيل النظم الصحية لتصبح أكثر اتساماً بالطابع التشاركي وأكثر إنصافاً وشمولاً وتحاوياً وبعداً عن التمييز. وللحصول على هذا الفهم، يجب أن يتلقى عاملو الرعاية الصحية تدريبهم في بيئة قائمة على الحقوق، يدرسون فيها منهجاً دراسياً يستند إلى هذه المبادئ وفي بيئات قريبة إلى أقصى حد ممكن من البيئات التي يعيش فيها الناس. ولا يمكن للمحاضرات أو الدورات الدراسية الوحيدة بشأن حقوق الإنسان في مجال رعاية المرضى، المقدمة بوصفها مواضيعاً رأسية قائمة بذاتها، أن تُحدث التغيير الثقافي في الرعاية الصحية اللازم لمعالجة المشاكل البنيوية المذكورة أعلاه.

٨ - ويعترف المقرر الخاص بالمبادرات العديدة الرامية إلى تحديث التعليم الصحي، من خلال إدماج النُهج القائمة على حقوق الإنسان ومسائل الصحة العامة والمحددات الاجتماعية والأساسية للصحة، ويثني على هذه المبادرات. ومع ذلك، ما زال ذلك هو الاستثناء لا القاعدة. وهو يحث على إدخال تغييرات في التعليم الصحي من أجل إعادة تشكيل القوة العاملة بطرق تمكّن من التغلب على ما فيها من أوجه قصور وتجعل الخدمات الصحية أكثر توافراً وأيسر منالاً وقبولاً وذات نوعية جيدة. وهو يحذر جميع البلدان، ولا سيما البلدان المنخفضة الدخل أو المتوسطة الدخل، من محاكاة نظم التعليم الهرمية التقليدية.

٩ - وتعاني القوة العاملة في مجال الرعاية الصحية على مستوى العالم نقصاً في الموارد، سواء في أعداد العاملين أو الموارد المالية. إذ تقدر منظمة الصحة العالمية، في الاستراتيجية العالمية بشأن الموارد البشرية الصحية: القوى العاملة ٢٠٣٠^(٤)، أن النقص في القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على مستوى العالم قد بلغ ١٧,٤ مليون شخص في عام ٢٠١٣، بما في ذلك ٢,٦ مليون طبيب وأكثر من ٩ ملايين ممرضة/ممرض وقابلة. وتوقعت الاستراتيجية أن يصل النقص العالمي بحلول عام ٢٠٣٠ إلى ١٤,٥ مليون شخص، وأن يكون أكبر نقص في عاملي الرعاية الصحية اللازمين لتلبية الاحتياجات، في جنوب شرق آسيا وأفريقيا.

١٠ - ويرحب المقرر الخاص بالاستراتيجية العالمية، التي تعترف فيها منظمة الصحة العالمية بتركيز أهداف التنمية المستدامة على الحاجة إلى زيادة تمويل الصحة زيادة كبيرة، وتوظيف القوى العاملة في مجال

(٤) WHO, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030* (Geneva, 2016)

الصحة وتطويرها وتدريبها والاحتفاظ بها في البلدان النامية، ولا سيما في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية وبتكيزها المتجدد على الإنصاف والتغطية الصحية الشاملة التي لا يمكن تحقيقها إلا من خلال الاستثمار الكبير والاستراتيجي في القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على مستوى العالم. وفي الاستراتيجية العالمية، تعتبر منظمة الصحة العالمية القوة العاملة في مجال الرعاية الصحية ذات أهمية بالغة لقيام النظم الصحية بوظائفها وإعمال الحق في الصحة.

١١ - وفي ضوء الجهود العالمية الرامية إلى معالجة أزمة القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية وحجم المؤلفات المتعلقة بها، لن يكرر المقرر الخاص هذا العمل، بل سيسعى إلى إظهار الأثر الذي يمكن تحديده من نُهج التعليم الصحي القائمة على حقوق الإنسان. وهو يحدد سمات التعليم الصحي الحالي التي تحد من قدرة القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على العمل بفعالية وعلى أداء دورها الحاسم في تعزيز الحق في الصحة واحترامه وإعماله.

١٢ - وتشمل هذه السمات توسيع نطاق فهم الأطباء لاعتلال الصحة ليشمل المحددات الاجتماعية والأساسية للصحة. وبهذا الفهم، يجب أن يتجاوز التعليم الصحي البنى الطبية البيولوجية للاعتلال والاعتماد المفرط على القطاع الصحي للشفاء من كل الأمراض. ويشجع المقرر الخاص على اتباع نُهج أكثر مشاركة وأقل هرمية إزاء القوة العاملة حتى تحظى خبرة وآراء جميع عملي الرعاية الصحية بالتقدير. فالنظام الحالي يقدر عملي الرعاية الصحية بشكل مختلف، تبعاً لطول مدة تدريبهم في الأساس. ومعظم نظم الرعاية الصحية تعطي الأطباء سلطة اتخاذ القرار على جميع المستويات، بما في ذلك في رعاية المرضى، وإدارة مرافق الرعاية الصحية والسياسات الصحية البلدية والوطنية، لأن النظام الهرمي يعطي الأولوية للمعرفة السريرية القائمة في الغالب على الأدلة الطبية الحيوية. ومن شأن اتباع نُهج قائم على حقوق الإنسان إزاء النظم الصحية أن يشجع على اتباع مسارات أكثر مشاركة وشمولاً تقدر كل المشاركين في النظام وتعطيهم صوتاً، بمن فيهم مستعملو الخدمات. ومن شأن ذلك أن يمكّن القوى العاملة من الأداء على النحو الأمثل، مستخدمةً تدريبها وخبرتها على نحو أكمل، مما يجعل الخدمات الصحية في نهاية المطاف أكثر توافراً. ويعرب المقرر الخاص عن تقديره للدور الكبير والهام الذي يؤديه الأطباء في الرعاية الصحية ولتوليهم، من الناحية السريرية، قيادة القرارات التشخيصية والعلاجية. وبالإضافة إلى ذلك، هناك قرارات عديدة تتخذ في إطار خدمات الرعاية الصحية، بشأن السياسات والمسائل الإدارية والتشخيصية والوقائية والعلاجية وغيرها، يمكن أن يقودها بفعالية العاملون في سلك التمريض والعاملون غير الطبيين.

١٣ - والطب ليس علماً بالمعنى الدقيق للكلمة، وقلما يغيب عدم اليقين بشأن أنسب طريقة للتعامل مع أي حالة. ومع ذلك، فإن تدريب الأطباء يبني فيهم وفي مستعملي الخدمات التوقع بأن لديهم المعرفة والقدرة على اتخاذ جميع القرارات، بما في ذلك القرارات غير السريرية، بيقين وثقة. وهذا يضع الأطباء تحت ضغط مستمر وقد يصيبهم بالإجهاد المهني.

١٤ - وفي إطار التسلسل الهرمي، توجد تفاوتات بين الأطباء الذين يشغلون أعلى المناصب وبقية القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية ومعظم الأطباء الآخرين، بما في ذلك الفروقات الكبيرة في المرتبات والفرص المتاحة لممارسة السلطة واحتمال المشاركة في الممارسات الفاسدة التي تنتهجها الأقلية في القمة. وتتيح اختلالات توازن القوى التي يغرسها التدريب الطبي الفرصة لظهور نظم الفساد، التي تؤثر تأثيراً ضاراً على الحق في الصحة، حيث توجه الأموال بعيداً عن الرعاية الصحية والنهوض بها (انظر A/72/137).

١٥ - وقد زُوِّد متلقو الخدمات الصحية في جميع أنحاء العالم بوسائل تمكين على مدى العقود القليلة الماضية، حيث توجد لصالح المرضى موثيق وحقوق راسخة في العديد من البلدان. واقتزن ذلك بانتقال مثير للإعجاب لسياسات وخدمات الرعاية الصحية من ثقافة وممارسة التعامل الأبوي إلى ثقافة وممارسة الشراكة. وهذا التركيز على أخلاقيات مهنة الطب وعلى معالجة حالات عدم توازن القوى يتماشى مع النهج القائم على حقوق الإنسان وينبغي تعزيزه. غير أن هذا الانتقال كان يركز بدرجة أكبر على تمكين متلقي الخدمات وبدرجة أقل على تمكين عمالي الرعاية الصحية الذين ليسوا أطباء. وعلاوة على ذلك، هناك حالات كان يوجد فيها مدافعون عن حقوق المرضى يحظون بدعم صناعة المستحضرات الصيدلانية، ولم يكن يجري التركيز فيها على تمكين متلقي الخدمات وحقوقهم، بل على المصالح التجارية^(٥). ولا يزال العديد من عمالي الرعاية الصحية يخضعون للأطباء؛ وهذا الاختلال في توازن القوى له آثار سلبية مهنية وشخصية ويسهم في استنزاف القوى العاملة. ومن شأن وجود نظام صحي قائم على حقوق الإنسان أن يقلل من عدم توازن القوى بين الأطباء وغيرهم من عمالي الرعاية الصحية، مما يسهم في زيادة تماسك القوة العاملة واستدامتها.

١٦ - ولهذا التقرير أهمية خاصة بالنسبة للبلدان المتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل التي لا توجد فيها أعداد كافية من عمالي الرعاية الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويعيش معظم سكان العالم في هذه البلدان، حيث الاحتياجات الصحية هي الأكبر. ويشجع المقرر الخاص للبلدان المنخفضة أو المتوسطة الدخل على إعادة النظر في تكرار نظم التعليم الصحي، الموروثة غالباً من تاريخها الاستعماري، والتي لديها نماذج طبية حيوية غير ملائمة ونظم هرمية غير مناسبة.

ثانياً - السياق

١٧ - في عام ٢٠١٣، كان هناك ٩,٨ ملايين طبيب، و ٢٠,٧ مليون ممرضة/ممرض/قابلية، و ١٣ مليون من العاملين "الآخرين" في مجال الرعاية الصحية على الصعيد العالمي^(٦). وتشمل فئة "العاملين الآخرين" طب الأسنان، والصيدلة، والمختبرات، والبيئة والصحة العامة، والصحة المجتمعية والتقليدية، والإدارة والدعم الصحيين، وجميع فئات القوى العاملة الأخرى في مجال الرعاية الصحية. وهذا يعني أنه بالنسبة لكل طبيب عامل، لم يكن هناك سوى ٢,١ من العاملين في سلك التمريض و ١,٣ من العاملين "الآخرين".

١٨ - وتقدر منظمة الصحة العالمية أنه بحلول عام ٢٠٣٠، وهو العام الذي يفترض أن تكون قد تحققت فيه التغطية الصحية الشاملة كجزء من أهداف التنمية المستدامة، سيكون هناك نقص في عمالي الرعاية الصحية قدره ١٤,٥ مليون عامل، يتألفون من ٢,٣ مليون طبيب و ٧,٦ ملايين من العاملين في سلك التمريض و ٤,٦ ملايين من العاملين الآخرين^(٧).

S. Rose, "Patient advocacy organizations: institutional conflicts of interest, trust, and trustworthiness", (٥) *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, No. 3 (2013), pp. 680-687.

P. Mahon and G. McPherson, "Explaining why nurses remain in or leave bedside nursing: a critical (٦) ethnography", *Nurse Researcher*, vol. 22, No. 1 (2014), p. 41.

.WHO, *Global strategy on Human resources for health: Workforce 2030*, p. 44 (٧)

١٩ - وفي عام ٢٠١٣، عزّف التحالف العالمي للقوى العاملة الصحية عاملي الرعاية الصحية من المستوى المتوسط بأنهم كوادرات مدربة مدد تتراوح بين سنتين وخمس سنوات لاكتساب المهارات الأساسية في تشخيص الحالات المرضية الشائعة والتعامل معها والوقاية من الأمراض^(٨). ووجد التحالف أن العاملين من المستوى المتوسط يقدمون الرعاية بفعالية مثل الأطباء وكثيرا ما يكونون أكثر تجاوبا مع توقعات المستعملين. وأشار تقرير التحالف إلى أن تحسين استخدام العاملين من المستوى المتوسط يمكن أن يسهم في زيادة كفاءة مزيج مهارات الموارد البشرية، الأمر الذي يمكن أن يخفف من آثار نقص القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية، وأن يمكن البلدان على نحو أفضل من تحقيق التغطية الصحية الشاملة أو إحراز تقدم كبير نحو تحقيقها. وذكر التقرير أن التحديات المتعلقة بالسياسات والحوكمة والإدارة تحد من المساهمة التي يمكن أن يقدمها العاملون من المستوى المتوسط. ويتفق المقرر الخاص مع هذه الملاحظات ويرى أن العاملين من المستوى المتوسط لا يقدرّون حق قدرهم ولا يُستخدمون استخداماً كافياً، مما يعكس مشاكل هيكلية، من بينها الأنظمة التي لا تسمح إلا للأطباء بإجراء العمليات الجراحية البسيطة التي يمكن تدريب الآخرين على إجرائها. ويعكس أيضا اختلافات في توازن القوى تبدأ في معظم الأحيان مع تعليم الطب.

٢٠ - وتكلفة تدريب الأطباء وتوظيفهم أعلى بكثير من تكاليف تدريب وتوظيف المشتغلين في سلك التمريض وغيرهم من عاملي الرعاية الصحية "من المستوى المتوسط". ويقدر متوسط تكلفة كل خريج بمبلغ ١١٣ ٠٠٠ دولار لطلاب الطب و ٤٦ ٠٠٠ دولار للعاملين في سلك التمريض، وتبلغ تكاليف الوحدة أقصاها في أمريكا الشمالية وأدناها في الصين^(٩). وبالتالي فإن وجود نسبة عالية من الأطباء إلى عاملي الرعاية الصحية من المستوى المتوسط له تأثير كبير على ميزانيات الرعاية الصحية وعلى التوزيع العادل للعاملين في مجال الرعاية الصحية، الذي هو عنصر أساسي في إتاحة الخدمات الصحية وجعلها في متناول الجميع^(١٠).

ألف - بناء الرعاية الأولية كأساس لنظام الرعاية الصحية

٢١ - يحدث الاستخدام الفعال للعاملين في مجال الرعاية الصحية من المستوى المتوسط في النظم الصحية التي لا تعتمد اعتمادا مفرطا على الأطباء المتخصصين والتي تعترف بأن اعتلال الصحة لا يتطلب دائما استجابة طبية من جانب الأطباء دون غيرهم. والرعاية الصحية الأولية هي حجر الزاوية - ووسيلة الاستدامة - لجميع نظم الرعاية الصحية، التي تؤدي وظائفها على نحو أنجع وأرشد عندما تتمكن نسبة في حدود ٨٠ في المائة من المستعملين من تلقي الرعاية الأولية. والاستخدام الفعال للرعاية الصحية الأولية يمنع الإفراط في التشخيص والإفراط في العلاج. والرعاية الأولية والممارسون العامون لهما قيمة هائلة للصحة العامة ولإعمال الحق في الصحة. ويتيح الاستخدام الفعال للرعاية الصحية الأولية توجيه الموارد

(٨) WHO, Global Health Workforce Alliance, "Mid-level health workers for delivery of essential health services: a global systematic review and country experiences". يمكن الاطلاع على المرجع عن طريق هذا الرابط: www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/mlp2013/en/

(٩) Julio Frenk and others, "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world", *The Lancet*, vol. 376, No. 9756 (2010), pp. 1923-1958

(١٠) Gordon McCord, Anne Liu and Prabhjot Singh, "Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions", *WHO Bulletin*, vol. 91, No. 4 (2012) pp. 244-253

إلى العلاجات المكلفة للحالات الطبية الحادة والمعقدة. وقد سبق للمقرر الخاص أن ذكر كيف يمكن للنظم الصحية أن تحسّن الإنصاف والكفاءة والفعالية والتجاوب عن طريق تعزيز الرعاية الأولية مع تقليل الاستخدام غير الضروري للأخصائيين والرعاية في المستشفيات (انظر A/HRC/35/21/Add.2، الفقرة ٣٦). ويرحب المقرر الخاص بمبادرات مثل "الاختيار الحكيم"^(١١)، التي تشجع متلقي الخدمات على إجراء مناقشات مع الأطباء بشأن اختيار أدوات الفحص القائمة على الأدلة والفحوصات التشخيصية ومنع التدخلات التشخيصية والعلاجية المفرطة.

٢٢ - وحيثما تكون هناك مساواة وسلطة أكبر بين الرعاية الأولية والرعاية الثانوية وبين العاملين في كليهما، يصبح من الأسهل اجتذاب عاملي الرعاية الصحية الأولية وتدريبهم وتمويلهم والاحتفاظ بهم، إذا ما تم دعمهم على نحو كاف. وعندما تُلبى هذه الشروط، يكون تحقيق التغطية الصحية الشاملة والرعاية الصحية الأولية أكثر قابلية للتحقيق. وينبغي للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، التي تعاني من نقص هائل في القوة العاملة، أن تقدر قيمة الرعاية الصحية الأولية.

٢٣ - وعلى الرغم من وجود أدلة على أن أطباء الرعاية الأولية لا يَحْتَسِنون النتائج الصحية الفردية والسكانية فحسب، بل يحدون أيضاً من التكاليف، فإن المجتمع عادةً ما يبخسهم قدرهم. ويتفاقم هذا التصور بسبب التفاوت في الأجور بين الممارسين العامين والمتخصصين^(١٢).

٢٤ - ومن الأهمية بمكان أن يكون عاملو الرعاية الصحية متاحين وفي متناول الجميع، الأمر الذي يتطلب توزيعهم العادل ليتناسب مع الخصائص الديمغرافية لبلد ما، وقد يتطلب حوافر لتشجيع عاملي الرعاية الصحية على العمل في المناطق الريفية والمناطق التي تعاني من نقص الخدمات.

٢٥ - ويشجع المقرر الخاص منظمة الصحة العالمية على العودة إلى استراتيجيتها العالمية لتغيير تعليم الطب وممارسته من أجل الصحة للجميع، التي اعتمدت في عام ١٩٩٥، وعلى تنشيط تلك الاستراتيجية. فقد نادى الاستراتيجية بتوافر "أطباء من فئة الخمس نجوم" ذوي كفاءات في خمسة مجالات هي: توفير الرعاية، وصنع القرار، والاتصال، والقيادة المجتمعية، والإدارة. ووصف هذا المزيج من المهارات بأنه عامل تمكيني ضروري للنظم الصحية لتقديم رعاية صحية جيدة وفعالة من حيث التكلفة ومنصفة.

٢٦ - وبالمثل، خلصت لجنة لانسييت المعنية بتعليم المهنيين الصحيين من أجل القرن الحادي والعشرين إلى أن "القيادة والإدارة وتحليل السياسات ومهارات الاتصال ليست فقط عناصر أساسية في المناهج الدراسية الصحية للحصول على مقابل ما يُنفق من مال، ولكنها أيضاً عناصر مهمة"^(١٣). وذكرت منظمة الصحة العالمية، في استراتيجيتها للأطباء من فئة الخمس نجوم، أنه في الحالات التي لا يتوفر فيها الأطباء، يمكن للعاملين الآخرين في مجال الرعاية الصحية أن يضطلعوا بهذه الأدوار. وفي إطار الترويج لهذا النموذج، سلّمت المنظمة بأن هناك تجزؤاً في الرعاية الصحية، بما في ذلك بين الممارسين العامين والاختصاصيين. وتعمل منظمة الصحة العالمية حالياً على وضع إطار عالمي للكفاءات من أجل التغطية

(١١) انظر www.choosingwisely.org.

(١٢) Kathleen Klink, "Incentives for Physicians to Pursue Primary Care in the ACA Era", *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 17, No. 7 (2015), pp. 637-646.

(١٣) Richard Horton, "A new epoch for health professionals' education", *The Lancet* vol. 376, No. 9756 (2010), p. 1875-1877.

الصحية الشاملة تسعى فيه إلى تحديد المهارات اللازمة على جميع مستويات الرعاية الصحية. ويرحب المقرر الخاص بهذا الإطار الذي سينطبق على جميع عمالي الرعاية الصحية الذين تلقوا تدريباً تتراوح مدته بين ١٢ و ٤٨ شهراً، بصرف النظر عن المهنة أو اللقب أو الدور^(١٤). كما شجعت منظمة الصحة العالمية كليات الطب على أن تظهر تحمّلها للمسؤولية الاجتماعية فيما يتعلق بتوفير التدريب المناسب للأطباء الذين يمكنهم الاستجابة للشواغل الصحية ذات الأولوية^(١٥).

باء - نموذج الطب الحيوي

٢٧ - تشير التقديرات إلى أن الرعاية الطبية لا تمثل سوى ١٠ إلى ٢٠ في المائة من مصادر الإسهام القابلة للتعديل في تحقيق نتائج صحية لشعب ما^(١٦). ولكن هناك مقاومة داخل تعليم الطب التقليدي لتدريب القوى العاملة على التركيز بشكل أقل على الرعاية الطبية والجراحية، وبدرجة أكبر على محددات الصحة، أو بشكل أعم، تدريب عدد أقل من الأطباء وعدد أكبر من العاملين من المستوى المتوسط. وقد تبين للجنة لانسييت: عدم توافر الكفاءات مع الاحتياجات الفردية والسكانية؛ وضعف العمل الجماعي؛ واستمرار الطبقة الجنسانية للوضع المهني؛ والتركيز التقني الضيق دون فهم سياقي أوسع؛ وغلبة التوجه نحو المستشفيات على حساب الرعاية الأولية؛ واختلالات التوازن الكمية والتنوع في سوق العمالة الفنية؛ وضعف القيادة المؤدية إلى تحسين أداء النظم الصحية^(١٧).

٢٨ - وبعد مرور ما يقرب من ١٠ سنوات، يلاحظ المقرر الخاص أنه على الرغم من قلة الأدلة التي تشير إلى أن هذه المشاكل قد عولجت على نطاق عالمي، فقد تلقى العديد من الإفادات الخطية التي تشير إلى وجود نهج ناجحة للتغلب على بعضها. وقد جرى التشديد في الإفادات على أن تدريب طلاب الطب ينبغي ألا يتركز في "أبراج عاجية" بعيدة عن المجتمعات المحلية التي سيعمل فيها العديد منهم أو ينبغي تشجيعهم على العمل فيها. والرعاية الصحية الجيدة تتجاوز في نظرها ما إذا كان المرض قابلاً للشفاء أم لا، وتنظر في كيفية تحسين نوعية الصحة لكل شخص، باستخدام نهج حقوق الإنسان والنهج القائمة على الأدلة. وقد خلصت التقييمات إلى أن هذه الأنواع من النهج جيدة لطلاب الرعاية الصحية والمجتمع المحلي^(١٧).

جيم - اختلال توازن القوى

٢٩ - يرتبط اختلال توازن القوى المصاحب للتسلسل الهرمي الطبي بنموذج الطب الحيوي. فقد تم تعليم الأطباء للتركيز على تدخلات الطب الحيوي، وأولئك الذين قضوا معظم الوقت يتلقون التعليم، وبلغوا درجة التخصص، هم الأقوى في النظام الصحي. كما أن كبار الاختصاصيين الطبيين كثيراً ما يقع

(١٤) منظمة الصحة العالمية، إطار عمالي للكفاءات من أجل التغطية الصحية الشاملة، سيصدر قريباً في عام ٢٠١٩.

(١٥) Charles Boelen, "The five-star doctor: an asset to health care reform?" (WHO, Geneva, 1995).
www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf

(١٦) Hood, C. M., K. P. Gennuso, G. R. Swain and B. B. Catlin, "County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 50, No. 2 (2016), pp. 129-135.

(١٧) انظر www.aamc.org/download/479898/data/sdohwebinarslides.pdf

عليهم الاختيار في تعيينات سياسية كي يقودوا السياسة الصحية. وقد سبق للمقرر الخاص أن أبرز كيف أدت اختلالات توازن القوى إلى إعطاء الأولوية على نطاق واسع للطب المتخصص على حساب الرعاية الأولية والصحة العامة (انظر A/HRC/35/21 و A/72/137). ويترتب على هذه الاختلالات في التوازن تفضيل تدخلات الطب الحيوي على تدخلات الطب غير الحيوي؛ وإعطاء أولوية لبعض التخصصات التي تروج لتكنولوجيات الطب الحيوي الباهظة الثمن على حساب العلوم الاجتماعية في بحوث الصحة العامة؛ والاستخدام المفرط للتدخلات التشخيصية والعلاجية وضيق الحيز المتاح لمشاركة المجتمع المدني في تقرير السياسات الصحية. وتجتمع هذه الاختلالات أيضاً كي تعطي سلطة أكبر ومكانة أرفع للرعاية الصحية البدنية على حساب رعاية الصحة النفسية. وإذا استخدم الأطباء أساليب لمعالجة اعتلال الصحة دون مراعاة حقوق المرضى، بما في ذلك مشاركتهم في القرارات، فإن اختلال توازن القوى يمكن أن يؤدي إلى إلحاق الضرر بمتلقي الخدمات والنظام الصحي^(١٨). ويرتبط باختلال توازن القوى التنمر وارتفاع معدلات الاستنزاف^(١٩)، وهو ما يهدد سلامة المستعملين^(٢٠).

دال - تعليم الطب

٣٠ - تؤثر كليات الطب على مواقف الطلاب تجاه زملائهم (بمن فيهم جميع عملي الرعاية الصحية)، ومتلقي الخدمات وغيرهم في المجتمع المحلي، وكذلك تجاه الطب المجتمعي والرعاية الصحية الأولية. وأمام كليات الطب فرصة كبيرة لتعزيز مبادئ حقوق الإنسان المتمثلة في المساواة وعدم التمييز والكرامة، فضلاً عن النظر إلى دور عملي الرعاية الصحية باعتبارهم مدافعين عن الحقوق الصحية تتوافر فيهم قدرات الأطباء من فئة الخمس نجوم. وإذا عزز تعليم الطب مفهوم حقوق الإنسان في مجال رعاية المرضى، فإنه يمكن أن يرسم إطاراً طموحاً للتفكير فيما ينطوي عليه تعليم حقوق الإنسان من إمكانات إحداث تحوّل في مجال الصحة، نظراً لما يتسم به نطاق هذا التعليم من اتساع بالغ. ويشمل المفهوم العلاقة الشخصية بين مستعملي الخدمات ومقدميها أثناء تقديم الرعاية الصحية، ولكنه يصل أيضاً إلى عوامل بنوية ومسؤوليات للدولة ترسم ملامح تجربة الرعاية الصحية ذاتها^(٢١).

٣١ - ويرحب المقرر الخاص بالتحول الكبير الذي طرأ على التدريب الطبي خلال السنوات العشرين الماضية، إذ أصبح يشدد الآن على كفاءة الممارسة بدلاً من مجرد تراكم المعارف. وقد انتقلت هيئات الاعتماد في كندا والولايات المتحدة الأمريكية والعديد من البلدان الأوروبية وغيرها من البلدان إلى نموذج

(١٨) Dainius Pūras, "Human Rights and the Practice of Medicine", *Public Health Reviews*, vol. 38, No. 9 (2017), p. 3

(١٩) K. Scott and others, "'Teaching by humiliation'" and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study", *The Medical Journal of Australia*, vol. 203, No. 4 (2015), p. 185; Young-Ran Yeun and Jeong-Won Han, "Effect of nurses' organizational culture, workplace bullying and work burnout on turnover intention", *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, vol. 8, No. 1 (2016), pp. 372-380

(٢٠) B. Green and others, "Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care", *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 55, No. 5 (2017), pp. 449-453

(٢١) Joanna N. Erdman, "Human rights education in patient care", *Public Health Reviews*, vol. 38, No. 14 (2017), p. 2, citing Jonathan Cohen and Tamar Ezer, "Human rights in patient care: a theoretical and practical framework", *Health and Human Rights Journal*, vol. 15, No. 2 (2013), pp. 7-19

تعليمي قائم على النتائج^(٢٢). فبالإضافة إلى الكفاءة التقنية، تروج هذه النماذج لفكرة أن الأطباء بحاجة إلى مهارات اتصال جيدة ويجب أن يكونوا قادرين على النظر في السياق الذي يعيش فيه المستخدم والطريقة التي تقدم بها الرعاية.

٣٢ - ولا تعالج كليات الطب بما فيه الكفاية قضايا حقوق الإنسان، أو التأثير الفاسد لمصالح القطاع الطبي على الطب، أو التقييم النقدي لمؤلفات بحوث الطب الحيوي لاكتشاف التحيز التجاري أو آثار التمييز والوصم على رعاية المرضى. وقبل أكثر من ١٠٠ عام، واستجابة للشواغل المتعلقة بجودة تعليم الطب في الولايات المتحدة وكندا، قدم أبراهام فليكسنر، في تقريره عن هذا الموضوع، توصيات غيرت تعليم الأطباء وممارسة الطب^(١٣). لقد حان الوقت مرة أخرى لتغيير النهج المتبع وإصلاح العديد من أوجه القصور في تعليم الطب وآثاره على النظم الصحية وأوجه الخلل في أعمال الحق في الصحة المشار إليها في جميع أنحاء هذا التقرير. وينبغي للرابطات والجامعات الطبية الوطنية أن تقبل المسؤولية عن أن تجعل تعليم الطب يتم ضمن إطار حقوق الإنسان.

٣٣ - وينبغي لمقررات تعليم الطب أيضاً أن تعزز وتقدر الطب الاجتماعي (الصحة الأولية والطب المجتمعي) لتشجيع انتشاره. وتشدد كليات الطب في البيئات الوفيرة الموارد، والتي كثيراً ما تخضع بصورة أقوى من اللازم لنفوذ المستشفيات الجامعية المتخصصة، على التخصصات الطبية والتخصصات الطبية الفرعية وتمجدها، وهو ما يعزز مكانتها وسلطتها بطريقة غير متوازنة. وهذا يعطي الأخصائيين قدراً مفرطاً من السيطرة على جميع مستويات النظام الصحي ويخس قدر تُهج الصحة العامة وأطباء الرعاية الأولية وغيرهم من عاملي الرعاية الصحية.

هاء - مواءمة مناهج تعليم الطب مع الاستراتيجيات الصحية الوطنية

٣٤ - ينبغي لكليات الطب أن توائم مقرراتها الدراسية مع الخطط الصحية الوطنية والاستراتيجيات المتعلقة بالقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية في بلدانها؛ وقد أشارت إلى ذلك اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم ١٤ بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه وكذلك الاستراتيجية العالمية. وعلى وجه الخصوص، ينبغي التركيز على الرعاية الصحية الأولية في البلدان التي لم تحقق بعد التغطية الصحية الشاملة. وثمة حاجة إلى تشجيع عاملي الرعاية الصحية في المناطق الريفية على إتاحة الرعاية الصحية للجميع: فمع هيمنة الطب المتخصص، أهملت الصحة الريفية. ولا تزال التوصيات المتعلقة بالابتعاد عن استراتيجيات التدريب التي يهيمن عليها نقل الكفاءات السريرية، ونحو خطة عمل تعليمية مؤدية إلى التحول تعزز دور عاملي الرعاية الصحية بوصفهم أدوات تغيير في المجتمع، توصيات هامة.

٣٥ - وفي سياق تعليم الطب، يجري إغفال بعض فئات المجتمع. فقد جمع المقرر الخاص، خلال زيارته القطرية، شهادات عن إحجام بعض الأطباء عن العمل مع فئات تعيش أوضاعاً هشّة، مثل الأشخاص الذين يعيشون في فقر مدقع أو يتعاطون المخدرات، أو المشردين. وهو يحث الأشخاص المسؤولين عن تشكيل معارف الأطباء ومهاراتهم وقيمهم في المستقبل، على تشجيعهم على التعامل مع تلك الفئات،

(٢٢) R. M. Harden, "Outcome-based education: the future is today", *Medical Teacher*, vol. 29, No. 7, pp. 625-629; and Olle ten Cate, "Competency-based postgraduate medical education: past, present and future", *GMS Journal for Medical Education*, vol. 34, No. 5, document 69

ومنع الميل إلى تجاهل المعاناة، الذي يتعارض مع جوهر مهنة الطب والغرض منها. ويلاحظ المقرر الخاص أن السلطة والمكانة المرتبطتين بالتخصص الطبي تعززان هذه التحيزات، وتدفعان إلى البعد عن رعاية الفئات التي تعيش أشد الأوضاع هشاشة. ويمكن أن يساعد اختيار الطلاب من المجتمعات المحلية المهمشة والمحرومة في معالجة هذه المشاكل.

٣٦ - وهناك فئتان أخريان تعيشان أوضاعاً هشة وهما الأشخاص ذوو الإعاقة والأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية الملطفة. وكثيراً ما تُعقل كلتاها في المقررات الطبية، وهما تتطلبان رعاية شاملة وجيدة وقائمة على الحقوق. وفيما يلي أمثلة على النجاحات.

٣٧ - **الرعاية الملطفة** - في أوغندا، عملت رابطة الرعاية الملطفة مع المحامين لتدريب أكثر من ٣٠٠ من عمليي الرعاية الصحية، بمن فيهم الأطباء والعاملون في سلك التمريض والموظفون السريريون والمهنيون الصحيون المساعدون، على الرعاية الملطفة باعتبارها حقاً من حقوق الإنسان. كما اختار طلاب الحقوق مواقع للرعاية الملطفة كي يمضوا فيها فترات تدريبهم الداخلي على العمل في مواقع تطبيق القانون السريري. وتعتزف كوستاريكا بشيخوخة السكان في تخطيطها للقوة العاملة، وفي عام ٢٠٠٩ بدأت برنامجاً لتدريب الأطباء المقيمين في مجال الطب الملطف، حيث قام خريجوه بالتدريس لطلاب الطب طوال فترة تدريبهم. وتزعم كوستاريكا اعتماد الرعاية الملطفة بوصفها مبدأً أساسياً للرعاية الصحية الأولية.

٣٨ - **الأشخاص ذوو الإعاقة** - على الرغم من أن الأشخاص ذوي الإعاقة يمثلون ١٥ في المائة من سكان العالم، فإنهم يزيدون بمقدار الضعف في احتمال أن يجدوا أن مهارات عمليي الرعاية الصحية والمرافق الصحية غير كافية، وبمقدار ثلاثة أضعاف في احتمال حرمانهم من الرعاية الصحية، وبمقدار أربعة أضعاف في احتمال سوء معاملتهم في نظام الرعاية الصحية^(٢٣). ولذلك فإن تدريب عمليي الرعاية الصحية على حقوق الإنسان وتوفير الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة أمر أساسي. ويتطلب التدريب الصحي المراعي للجميع وحدات تدريبية بشأن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوق الإنسان والحق في الصحة ونهج إدماج منظور الإعاقة مع توافر تدخلات خاصة لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة في كل قطاع من قطاعات الرعاية الصحية. قد تبين أن توافر إمكانية الاتصال الفعال والمتاح بصرياً من خلال استخدام لغة الإشارة، من خلال تطبيق تكنولوجيات الاتصال الهامة وتدريب عمليي الرعاية الصحية، بمن فيهم الأطباء، لتوعيتهم ثقافياً، يحقق نتائج فعالة في تعزيز إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الرعاية الصحية^(٢٤). وأوصى مجلس أوروبا بأن تستعرض مؤسسات التعليم العالي، ولا سيما كليات الطب، مناهجها الدراسية لضمان أن تتجسد فيها أحكام الاتفاقية على نحو كاف^(٢٥).

٣٩ - ويحذر المقرر الخاص من أنه حتى لو كان ينبغي زيادة التركيز على تدريب المزيد من العاملين من المستوى المتوسط لتحقيق توزيع أكثر إنصافاً للرعاية الصحية الأولية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، فإن

(٢٣) WHO and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva, 2011).

(٢٤) Alexa Kuenburg, Paul Fellingner and Johannes Fellingner, "Health care access among deaf people", *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 21, No. 1 (January 2016), pp. 1-10. متاح على <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>

(٢٥) Parliamentary Assembly, Council of Europe, "Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach", document No. 14895, 22 May 2019 <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref- DocDetails-EN.asp?fileid=27701&lang=2>

ذلك قد لا يعالج في حد ذاته التركيز على نماذج الطب الحيوي. ومن المحتمل أن يواصل جميع عاملي الرعاية الصحية التركيز على البحث عن "أسباب" طبية حيوية لجميع الحالات الصحية وعلى علاجها. ويحث المقرر الخاص على أن يستند تدريب العاملين من المستوى المتوسط إلى مبادئ الصحة العامة، مع الاعتراف بإسهام العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية في صحة الأفراد والمجتمعات المحلية.

٤٠ - وقد يوفر مفهوم الوبائيات التآزرية syndemics لمعلمي الطب أطرا جديدة للتدريس، يُتعد فيها عن التأطير "الرأسي" التقليدي للأمراض. فهذا المفهوم يدرس التوليفة الاجتماعية البيولوجية المعقدة، التي تتكون من أمراض متفاعلة أو متلازمة الوجود أو متتابعة والعوامل الاجتماعية والبيئية التي تدعم وتعزز الآثار السلبية للتفاعل بين الأمراض^(٢٦). وبناء على ذلك، ينبغي أن يشمل تعليم عاملي الرعاية الصحية منهجيات تُعلّم مجموعات الأمراض الناشئة عن الظروف الاجتماعية البيولوجية، مع التركيز على المحددات الاجتماعية والأساسية التي تؤدي إليها. والبديل المتمثل في التدريس الذي يتعامل مع كل مرض باعتباره حالة رأسية سيسهم في التجزؤ.

٤١ - وهناك أيضا حاجة ملحة إلى أن يعالج تعليم الطب القضايا العالمية وقضايا الصحة العامة الناشئة الحالية وأن يعيرها الأولوية. وتشمل هذه القضايا تغير المناخ، والصحة النفسية، وشيخوخة السكان، والرعاية الملطّفة، وعوامل الخطر وآثار الأمراض غير المعدية، والتحديات المتعلقة بتعاطي أشباه الأفيون وغيرها من التحديات المتعلقة بتعاطي المخدرات، إلى جانب قضايا أخرى حسب السياق. ومن الضروري أيضا استخدام التعليم القائم على الأدلة بشأن الإدمان لكي يكون الأطباء أكثر استنارة وارتياحا لدى إعطاء وصفات طبية بمواد أفيونية حافظة للكرامة عند الحاجة. وقد أشير في العديد من الإفادات المقدمة إلى النهج التعليمية التشاركية والنابعة من المجتمع المحلي إزاء قضايا الصحة العامة تلك.

ثالثا - هناك حاجة إلى نظم صحية قوية من أجل قوة عاملة فعالة

٤٢ - يوفر نهج حقوق الإنسان مجموعة من التدابير المؤدية إلى التحول التي تترتب عليها آثار عميقة. وتقع المساواة وحفظ كرامة الناس كافة، بمن فيهم عاملو الرعاية الصحية، في صميم حقوق الإنسان. ويبحث المقرر الخاص في هذا الفرع كيف يمكن لإعمال حقوق عاملي الرعاية الصحية أن يسهم إسهاماً مفيداً في تحسين النظم الصحية. كما ينظر في مكونات النظم الصحية لتوضيح أثرها على قدرة عاملي الرعاية الصحية على جعل الرعاية الصحية متاحة وقريبة المنال ومقبولة وذات نوعية جيدة للجميع. ولا يمكن تحقيق التغطية الصحية الشاملة بدون نظم صحية قوية.

٤٣ - وتشكل القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية جزءاً أساسياً من النظام الصحي ولا يمكنها أن تعمل بفعالية لتوفير رعاية صحية جيدة دون دعم جميع العناصر الأخرى في النظام الصحي.

٤٤ - ويتطلب الحق في الصحة من الدول أن تتصدى للحواجر الناشئة عن عدم المساواة والتمييز اللذين يعوقان الحصول على الرعاية الصحية على النحو المناسب وأن تعالج المحددات الأساسية والاجتماعية للصحة. ويجب إعطاء الأولوية للفئات التي تعيش أوضاعاً هشة. وينبغي حماية عاملي الرعاية الصحية أنفسهم من عدم المساواة والتمييز اللذين يمكن أن يتخذوا أشكالاً مختلفة داخل النظم الصحية.

M. Singer, N. Bulled, B. Ostrach and E. Mendenhall, "Syndemics and the biosocial conception of health", (٢٦)

Lancet, vol. 389, No. 10072 (2017), pp. 941-950

وكثيرا ما يعاني عاملو الرعاية الصحية المجتمعية، والمجتمعات المحلية التي يعملون معها، من سوء الصحة نتيجة لوضعهم في أسفل التسلسل الهرمي الطبي، حيث يعانون من قلة الحيلة والتميز وعدم المساواة والفقير. ويجب على الدول أن تحسّن ظروف العمل وأن تعالج أوجه عدم المساواة في الأجور بالنسبة للعاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يتصدرون الصفوف في تلبية احتياجات السكان والاحتياجات الاجتماعية، فضلا عن تنظيم حملات تثقيفية لتعزيز صورة جميع عاملي الرعاية الصحية وسمعتهم.

٤٥ - ويجب أن يعمل كل جزء من أجزاء النظام الصحي بطريقة تدعم عاملي الرعاية الصحية، وتحترم حقوق الإنسان الخاصة بهم، وتعزز ظروف العمل العادلة. وفي الفقرات التالية، يحدد المقرر الخاص بعض السمات اللازمة لتعزيز القوة العاملة في مجال الرعاية الصحية حتى تتمكن من تقديم خدمات متاحة وقرية المنال ومقبولة وجيدة النوعية للناس كافة.

ألف - الخدمات والمرافق الصحية

٤٦ - من أجل الاحتفاظ بالقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية، وضمان وجود عاملي الرعاية الصحية في أماكن يسهل الوصول إليها حتى للمجتمعات المحلية النائية أو الريفية أو المهمشة، ينبغي أن توجد المرافق المناسبة، بما في ذلك المرافق المخصصة، في هذه الأماكن ويجب أن تكون ذات مستوى مناسب للتمكين من توفير رعاية جيدة للجميع. وقد لاحظ المقرر الخاص سوء مستوى الجودة في العديد من المراكز الصحية الريفية والنائية، في تناقض صارخ مع مستوى المرافق الحضرية والمتخصصة في كثير من الأحيان. وعلاوة على ذلك، ينبغي توفير السكن للعاملين في مجال الرعاية الصحية وأسرهم كحافز للعمل في أماكن نائية. وقد قدمت الإفادات المقدمة من أجل هذا التقرير دليلاً على النجاح عندما كان يتم توفير السكن للعاملين في مجال الرعاية الصحية في المناطق الريفية.

باء - المنتجات الطبية والأدوية الأساسية واللقاحات والتكنولوجيات

٤٧ - لا يمكن للعاملين في مجال الرعاية الصحية أن يعملوا على نحو ملائم دون توفير إمدادات موثوقة ومتسقة من الأدوية واللقاحات والتكنولوجيا المناسبة والجيدة، بما في ذلك تكنولوجيا الاتصالات. وينبغي ألا تقتصر التدخلات والتكنولوجيات الصحية الأساسية على منتجات الطب الحيوي، بل ينبغي أن تشمل تدخلات اجتماعية نفسية فعالة وتدخلات فعالة في مجال الصحة العامة تتخذ من السكان مرتكزا لها.

جيم - نظم المعلومات الصحية

٤٨ - يتعين على عاملي الرعاية الصحية الاطلاع على سجلات الأشخاص الذين يعالجونهم بالإضافة إليها، ويجب أن ترافق هذه المعلومات متلقي الخدمات أينما جرى تحويلهم في جميع أنحاء النظام. ويلزم تدريب عاملي الرعاية الصحية على هذه الطرق حتى تتوافر بيانات عن صحة المجتمعات المحلية، مع ضمان سرية المستعملين. ويجب أن تكون المعلومات المتعلقة بعدد عاملي الرعاية الصحية حسب الفئة حديثة ومتاحة لأغراض المساءلة في مجال حقوق الإنسان.

دال - تمويل الصحة

٤٩ - من حق عاملي الرعاية الصحية التمتع بجميع الحقوق التي يتمتع بها الموظفون: والحق في العمل اللائق يدعمه الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وبرنامج العمل اللائق لمنظمة العمل الدولية. كما أقرت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، في تعليقها العام ١٤، بأن للعاملين في مجال الرعاية الصحية الحق في الحصول على مرتبات تنافسية محلياً وفي تدريب مناسب. والهدف من الحق في العمل اللائق هو ضمان تمتع كل فرد - دون تمييز - بشروط عادلة ومواتية وبالحق في التنظيم والمفاوضة الجماعية. ويؤيد المقرر الخاص التوزيع العادل للأموال على جميع عاملي الرعاية الصحية، بحيث يحصل عاملو الرعاية الصحية في المجتمعات المحلية على أجور وتوقف ممارسة استخدام المتطوعين غير المدفوعين الأجر في أعمال الرعاية الصحية الأولية الهامة^(٢٧). ويمكن أن يؤدي التسلسل الهرمي الطبي، وهيمنة نهج الطب الحيوي، إلى تفاوت غير مقبول في الدخل بين الأخصائيين الطبيين وغيرهم من عاملي الرعاية الصحية.

هاء - القيادة والحوكمة

٥٠ - لا يمكن للقوة العاملة في مجال الرعاية الصحية أن تعمل بفعالية بدون القيادة الرشيدة والإدارة والحوكمة الجيدتين. وعندما يصبح عاملو الرعاية الصحية غير فعالين بسبب سوء الإدارة أو انعدامها، تقل قدرتهم على توفير الرعاية الصحية الجيدة التي يسهل الوصول إليها. ويمكن أن تكفل الحوكمة الرشيدة توافر اشتراط أعمال الحق في الصحة في خطة صحية وطنية شاملة تغطي الموارد البشرية، وتكون قد وضعت بطريقة تشاركية، ويتم تنفيذها والإبلاغ عن ذلك التنفيذ. وينبغي أن تشمل الخطة المتعلقة بعاملي الرعاية الصحية الصحة الوقائية والعلاجية والتأهيلية، وأن تغطي الصحة البدنية والعقلية، كما ينبغي أن تشمل العاملين من المستوى المتوسط.

واو - الفساد في قطاع الصحة

٥١ - الفساد مسألة تناو لها المقرر الخاص في تقارير أخرى (انظر A/72/137). وتشمل أنواع الفساد التي لها تأثير محبط بشكل خاص على عاملي الرعاية الصحية التغيب عن العمل لفترات طويلة، وسوء الإدارة المالية، والمحسوبية، وغير ذلك من المعاملة غير العادلة للعاملين في مجال الرعاية الصحية. ويشمل النهج القائم على الحقوق في القيادة والحوكمة المشاركة النشطة للعاملين في مجال الرعاية الصحية في صنع القرار والشفافية بشأن القرارات المتخذة، بما في ذلك القرارات المالية.

٥٢ - وللتسلسل الهرمي الطبي أثر قوي على القيادة والحوكمة، وهو أمر يمكن أن يؤدي إلى الفساد المؤسسي. فمن هم في أعلى التسلسل الهرمي تتاح لهم فرص أكبر بكثير للوصول إلى المديرين والمسؤولين عن الحوكمة والقرارات العامة المتعلقة بالسياسة الصحية، بما في ذلك تخصيص الموارد. ويمكن أن يكون لهم نفوذ على قرارات الإنفاق، بحيث يكون ذهاب التمويل إلى الخدمات المتخصصة أرجح من ذهابه إلى تدابير تعزيز الصحة أو إلى خدمات أقل تميزاً ولكنها مهمة مثل الصحة النفسية للأطفال، أو طب الشيخوخة، أو الرعاية الملطّفة، أو مرافق الرعاية الصحية الأولية في البيئات النائية والتي لا أثر فيها لجهود الدعوة.

WHO Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes (٢٧)

(Geneva, 2019). متاح على: www.who.int/hrh/community/en/

رابعاً - اتباع نهج قائم على الحقوق في تعزيز القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية

٥٣ - يوضح هذا التقرير بعض العناصر الهيكلية التي تشكل قدرة القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على الوفاء بما يقع على عاتق الدول في مجال الحق في الصحة من التزامات بجعل الرعاية الصحية متاحة وقريبة المنال ومقبولة وذات نوعية جيدة. ويطبق المقرر الخاص في هذا الفرع الحق في الصحة على عملي الرعاية الصحية، لتحديد المسائل التي يمكن أن تعزز أو تحد من قدرتهم على الأداء الجيد.

٥٤ - والحق في الصحة معترف به في دستور منظمة الصحة العالمية ومحمي بموجب الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمعاهدات الدولية لحقوق الإنسان الملزمة للدول الأطراف، بما فيها العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، واتفاقية حقوق الطفل، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم. وبالإضافة إلى ذلك، تحمي المعاهدات الإقليمية لحقوق الإنسان والعديد من الدساتير المحلية الحق في الصحة. وتلزم المعاهدات الدولية والقوانين المحلية الدول باتخاذ إجراءات لاحترام الحق في الصحة وحمايته وإعماله وتعزيز تعليم عملي الرعاية الصحية حتى يتمكنوا من مساعدة الدول على الوفاء بالتزاماتها في مجال الحق في الصحة.

٥٥ - والحق في الصحة تنشأ عنه التزامات توفر إطاراً للعمل بالنسبة للجهات المسؤولة، وإطاراً مرجعياً للمساءلة. وإعمال الحق في الصحة يتم تدريجياً. وهذا يعني أنه لا يتعين إعمال العديد من جوانب الحق في الصحة على الفور؛ بل يجب على الدول أن تتخذ تدابير فعالة وهادفة من أجل الإعمال التدريجي للحق في الصحة. غير أن الدول عليها أيضاً بعض الالتزامات الفورية، مثل: التوزيع العادل للمرافق والخدمات الصحية؛ وتوفير الأدوية الأساسية؛ وإتاحة الحصول على المأوى الأساسي ومياه الشرب والمرافق الصحية المأمونة؛ واعتماد استراتيجية صحية وطنية على أساس المعلومات الوبائية التي ينبغي أن تسترشد بها القوى العاملة الوطنية في مجال الرعاية الصحية في التخطيط والتثقيف.

ألف - المساواة وعدم التمييز

٥٦ - تنطبق مبادئ حقوق الإنسان المتمثلة في المساواة وعدم التمييز على عملي الرعاية الصحية في أماكن عملهم وعلى اختيار عملي الرعاية الصحية. ولذلك، قد يكون من الضروري وضع برامج توعية لتوظيف عملي الرعاية الصحية من المجتمعات المحلية والفئات التي تعيش أوضاعاً هششة، مثل الشعوب الأصلية، وذلك للحد من التمييز وتعزيز احترام الاختلاف الثقافي. وقد ثبت أن برامج الاختيار هذه لها أثر إيجابي في العديد من البيئات المختلفة، بما في ذلك برنامج المنح الدراسية الصحية لطائفة الروما التابع لمؤسسات المجتمع المفتوح، الذي قدم الدعم لأكثر من ٥٠٠ طالب من طلاب الطب من طائفة الروما في السنوات العشر الماضية في بلغاريا ورومانيا والصرب ومقدونيا الشمالية^(٢٨).

٥٧ - ويجب اتخاذ تدابير فعالة لتحقيق التوازن بين الجنسين بين عملي الرعاية الصحية في جميع الميادين لضمان المساواة وعدم التمييز على أساس نوع الجنس. وهذه التدابير وغيرها، مثل إدماج الأقليات

(٢٨) Merziha Idrizi, "Celebrating 10 Years of Investing in Roma Health", Open Society Foundations (8 April 2019).

متاح على: www.opensocietyfoundations.org/voices/celebrating-10-years-investing-roma-health.

والأشخاص ذوي الإعاقة، ضرورة لضمان احترام الاختلاف الثقافي لهذه الفئات وللعاملين الذين يقدمون الرعاية الصحية لهم.

٥٨ - وينبغي أن تكون حقوق الإنسان، بما في ذلك احترام التنوع الثقافي وتنوع الخصائص العصبية، فضلاً عن أهمية علاج المرضى وغيرهم باحترام، جزءاً إلزامياً من تدريب جميع عمالي الرعاية الصحية^(٢٩). وفي العديد من تقارير المقرر الخاصين السابقين، تم حث الدول على إدراج تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية في مجال حقوق الإنسان. وفي عدة إفادات مقدمة من أجل هذا التقرير، تم وصف الطرق التي أُدرجت بها حقوق الإنسان في التدريب، وذكرت الرابطة الطبية العالمية أن تعليم الطب ينبغي أن يشمل دورات دراسية إلزامية في مجال حقوق الإنسان في جميع المراحل.

باء - المشاركة

٥٩ - من المبادئ الرئيسية لحقوق الإنسان الحق في المشاركة في القرارات أو وضع السياسات التي تؤثر على تلك الحقوق. وبناء على ذلك، يتعين على الدول أن تشرك عمالي الرعاية الصحية والمجتمع المدني عند وضع خطط وطنية للقوى العاملة في مجالي الصحة والرعاية الصحية. وينبغي لمؤسسات التعليم الصحي وممثلي جميع كوادر عمالي الرعاية الصحية المشاركة في تصميم ورصد خطط القوى العاملة. ويلزم توخي الحذر لضمان عدم تكرار التسلسل الهرمي الطبي في مشاورات التخطيط. ومن المحتمل أن يكون لدى عمالي الرعاية الصحية المجتمعية من المناطق الريفية فهم أكبر للاحتياجات الصحية للسكان والأخصائيين الطبيين العاملين في المستشفيات التخصصية.

جيم - الدعم والتدريب المستمران من أجل سكان المناطق النائية والضعفاء

٦٠ - لاحظ المقرر الخاص، ولا سيما خلال زيارته القطرية، أن عمالي الرعاية الصحية الموجودين بعيداً عن مراكز تعليم الطب ومرافق المستويين الثاني والثالث يتلقون قدرًا من التوجيه والإشراف والتدريب المستمر أقل مما يتلقاه نظراؤهم في المناطق الحضرية. ومع ذلك، وعلى نحو معاكس، لا سيما في البلدان ذات الموارد المنخفضة التي تعيش نسبة كبيرة من سكانها في المناطق الريفية، فإن عمالي الرعاية الصحية يتسمون بأهمية حاسمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، أو الوفاء بالتزام الدولة الأساسي بتوفير الرعاية الصحية الأولية الأساسية على أساس غير تمييزي. ولذلك، فبالإضافة إلى متطلبات اختبار مجموعة مناسبة من الناس للتدريب كعاملين في مجال الرعاية الصحية، وتحفيز العاملين على العيش والعمل في المناطق الريفية والنائية، من الضروري توفير قدر مهم من الرقابة والتوجيه والتدريب المستمر. وقد تبين أن عمالي الرعاية الصحية الذين لا يحصلون على هذا الدعم يفقدون مهاراتهم السريرية وحماسهم لأداء أدوارهم^(٣٠). ووجد التحالف العالمي للقوى العاملة أنه على الرغم من النجاحات الكبيرة التي تحققت في سياقات مختلفة من خلال الاستعانة بعمالي الرعاية الصحية من المستوى المتوسط، فإن نوعية الرعاية التي يقدمونها،

G. Backman and others, "Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries", *The Lancet*, vol. 372, No. 9655 (2008), pp. 2047-2085 (٢٩)

A. Palagyi, G. Brian and J. Ramke, "Training and using mid-level eye care workers: early lessons from Timor-Leste", *Clinical and Experimental Ophthalmology*, vol. 38, No. 8 (2010), pp. 805-811 (٣٠)

في السياقات التي لا يخضعون فيها لإشراف يذكر ويحصلون فيها على تدريب غير كاف، يمكن أن تكون دون المستوى الأمثل وذات تأثير سلبي على معدلات الاستمرار في الوظيفة^(٣١).

دال - إدارة عاملي الرعاية الصحية

٦١ - ينبغي أن يكون عاملو الرعاية الصحية خاضعين لإدارة ذاتية. فاستقلال المهن الصحية عن الدولة يحول دون تبعيتها للدولة. والتبعية تؤدي إلى ازدواجية ولاء عاملي الرعاية الصحية، وهو ما يتعارض مع واجبهم الذي يملئ عليهم احترام وحماية حقوق الإنسان الواجبة لمتلقي الخدمات والحق في الصحة في جميع الأوقات. ووجود الدولة بين عاملي الرعاية الصحية وملتقي الرعاية يثير مشاكل مرتبطة بالولاء المزدوج ومشاكل في تقديم الرعاية الصحية المحايدة، مما يخلق مشاكل خطيرة تتعلق بالسرية والثقة. والولاء المزدوج مسألة تتعلق بحقوق الإنسان في السجن^(٣٢)، وفي الطب النفسي^(٣٣)، وعند العمل مع المهاجرين واللاجئين^(٣٤)، وكذلك في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية^(٣٥).

هاء - المساعدة والتعاون الدوليان

٦٢ - يقع على الدول التزام بتقديم المساعدة التقنية والمالية إلى الدول الأخرى عند الطلب لمساعدتها على الوفاء بالتزاماتها المتعلقة بالحق في الصحة. ولا يتلقى تعليم عاملي الرعاية الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل سوى نسبة مئوية صغيرة من مجمل الدعم المقدم للصحة من خلال المساعدة الإنمائية الرسمية. ويرد أدناه مزيد من الشرح للدعم المقدم من الجهات المانحة.

واو - المساءلة

٦٣ - يجب مساءلة الدول عن التزاماتها بضمان التمتع الكامل بالحق في الصحة ومساءلة الجهات الأخرى صاحبة المصلحة، بما في ذلك المنظمات المهنية والجامعات، عن مسؤوليتها فيما يتعلق بالحق في الصحة. وينبغي للجميع أن يشجعوا قوة عاملة في مجال الرعاية الصحية يمكنها أن توفر خدمات جيدة للرعاية الصحية للجميع. وينبغي أن تعكس آليات المساءلة مبدأي الشفافية والمشاركة وأن تستند إلى بيانات ومعلومات جيدة.

WHO, Global Health Workforce Alliance, “Mid-level health workers for delivery of essential health services” (2013), p. 32 (٣١)

S. Glowa-Kollisch and others, “Data-driven human rights: using dual loyalty trainings to promote the care of vulnerable patients in jail”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 17, No. 1 (2015), pp. 124–135 (٣٢)

M.D. Robertson and G. Walter, “Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, No. 3 (2008), pp. 228–235 (٣٣)

Linda Briskman and Deborah Zion, “Dual loyalties and impossible dilemmas: health care in immigration detention”, *Public Health Ethics*, vol. 7, No. 3 (2014), pp. 277–286 (٣٤)

J. Jaime Miranda and Alicia E. Yamin, “Frameworks for understanding dilemmas of health care in a globalized world: a case study of reproductive health policies in Peru”, *Politics and Ethics Review*, vol. 1, No. 2 (2005), 177–187 (٣٥)

خامسا - القضايا محور التركيز

ألف - المساعدة الدولية لتعزيز القوة العاملة في مجال الرعاية الصحية

٦٤ - في عام ٢٠١٦، حُصص نحو ٢١,٣ بليون دولار للصحة من مجموع المساعدة الإنمائية الخارجية^(٣٦). وبلغ مجموع الإنفاق على التدريب الصحي والطبي ٤٤٦ مليون دولار، أو ٢ في المائة فقط من مجموع الإنفاق على المعونة الصحية. وقد دعت منظمة الصحة العالمية إلى توفير تمويل إضافي في إطار المساعدة الإنمائية الرسمية لتدريب القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية، لا سيما في ضوء مغادرة عدد كبير من عمالي الرعاية الصحية المدربين في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل كي يعملوا في البلدان المرتفعة الدخل^(٣٧).

٦٥ - ويشير المقرر الخاص إلى مسألتين تثيران القلق فيما يتعلق بالمساعدة الصحية المخصصة للتدريب. أولاً، فيما يتعلق بالحاجة إلى المزيد من عمالي الرعاية الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، فإن هذا الدعم المالي صغير، ومن غير المرجح أن يساعد البلدان مساعدة كبيرة على تلبية احتياجاتها التدريبية. ثانياً، لا سبيل إلى استدامة نتائج التدريب الصحي إذا كانت الإسهامات تقدم حسب الظروف، وليست جزءاً من خطة وطنية شاملة لتعزيز القوة العاملة والنظام الصحي. وكما أشير إليه أعلاه، فإن التدريب والتعليم الصحي لا فائدة تذكر لهما إذا لم يُدمج المتدربون لاحقاً في نظم صحية تؤدي وظائفها جيداً ويزودون بالإشراف والتوجيه المستمرين.

٦٦ - وعلاوة على ذلك، فقد أعرب المقرر الخاص عن قلقه إزاء الطابع الاختزالي للمؤشرات المستخدمة لرصد أهداف التنمية المستدامة وأهداف التغطية الصحية الشاملة التي لا تعزز الاستجابات القائمة على الحقوق (انظر A/71/304). والمؤشرات التي تبين عدد الأشخاص المدربين، ولكنها لا تبلغ عن قدرتهم على ترجمة التدريب إلى نتائج صحية لمجتمعاتهم المحلية، يمكن أن تكون مضللة. ومع ذلك، تواصل العديد من الجهات المانحة اتباع هذا الأسلوب في الإبلاغ عن نفقاتها وأنشطتها الإنمائية الخارجية في مجال التدريب الصحي.

٦٧ - ويمكن أن يؤدي التدريب المقدم حسب الظروف للعاملين في مجال الرعاية الصحية في البيئات المنخفضة الموارد إلى تشوهات في توزيع عمالي الرعاية الصحية داخل النظام الصحي^(٣٨). ويجب أن يشمل التدريب المقدم للمساعدة في تعزيز القوة العاملة للنظام الصحي برمته، بما في ذلك البيئة التنظيمية؛ والاعتبارات المالية؛ واحتياجات المتدربين إلى إمدادات موثوقة من الأدوية أو الأجهزة؛ ونظم المعلومات المستخدمة في رصد خدمات ما بعد التدريب؛ والإشراف على عمالي الرعاية الصحية المدربين حديثاً. وأخذ النظام الصحي برمته في الاعتبار على هذا النحو يشجع استدامة النتائج ويعزز الحق في الصحة.

(٣٦) إحصاءات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، التي يمكن الاطلاع عليها عن طريق هذا الرابط: www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm.

(٣٧) A Micah, et al, "Donor financing of human resources for health, 1990–2016: an examination of trends, sources of funds, and recipients", *Globalization and Health*, vol. 14, No. 98 هذا الرابط: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0416-z>.

(٣٨) Carmel Williams and Garry Brian, "Using a rights-based approach to avoid harming health systems: a case study from Papua New Guinea", *Journal of Human Rights Practice*, vol. 5, No. 1 (2013), pp. 177–194.

باء - تدريب القوى العاملة في مجال الصحة النفسية

٦٨ - يتطلب تدريب القوى العاملة في مجال الصحة النفسية اهتماماً خاصاً. وكما هو مبين في تقرير المقرر الخاص لعام ٢٠١٧ عن الصحة النفسية، توجد عقبات تعطل توفير الرعاية الصحية النفسية وتعوق أعمال الحق في الصحة (انظر A/HRC/35/21). وتشمل هذه العقبات الإفراط في استخدام نموذج الطب الحيوي لتعريف الاضطراب العاطفي والتسلسل الهرمي الطبي الذي يمكن أن يؤدي إلى إكراه يؤدي المرضى ومقدمي خدمات الصحة النفسية وينزع عنهم إنسانيتهم. ويخلق عدم توازن القوى بين التخصصات الطبية، وبين الأطباء وغيرهم من عمالي الرعاية الصحية، وبين الأطباء ومتلقي الخدمات، حواجز إضافية أمام أعمال الحق في الصحة.

جيم - اعتلالات الصحة النفسية بوصفها أمراضاً محسومة بيولوجياً وليست عواقب لعوامل خطر اجتماعية وبيئية

٦٩ - في أحيان كثيرة جداً، تنجم القرارات المتعلقة بالطب النفسي عن النزعة الأبوية (ممثلة في عدم المتابعة على أخذ آراء مستعملي خدمات الطب النفسي على محمل الجد) وعن الالتزام المفرط بتدخلات الطب الحيوي وبالأدوية العقلية. ومع ذلك، فإن الطب النفسي الاجتماعي وأنصار حركة الكفاءات البنيوية في الطب النفسي يؤمنان بشدة بما قاله رودولف فيرشو قبل ١٥٠ عاماً من أن الطب هو علم اجتماعي، وأن الأطباء هم محامون طبيعيون للفقراء وأن المشاكل الاجتماعية هي قضايا تقع إلى حد كبير ضمن اختصاصهم.

٧٠ - ويستند النهج السائد إزاء الصحة النفسية إلى نموذج طبي حيوي للمرض يُنظر فيه إلى اعتلالات الصحة النفسية - في عدد أكثر من اللازم من الحالات - على أنها تشوهات محسومة بيولوجياً بغض النظر عن السياق. غير أن الصحة النفسية تختلف عن الأنواع الأخرى من الصحة من حيث عدم وجود علامات بيولوجية لاعتلالات الصحة النفسية، وأن الخط الفاصل بين الصحة والمرض تحدده إلى حد كبير الثقافة والسياق^(٣٩). ونتيجة لذلك، يمكن اعتبار الاضطراب النفسي في سياق ما جزءاً من التجربة الإنسانية العادية، في حين أن نفس مجموعة السلوكيات في ثقافة أخرى يمكن أن تعني وجود مرض.

٧١ - وتتأثر الصحة النفسية تأثراً شديداً بالعوامل الاجتماعية (انظر A/HRC/41/34). ومع ذلك، فإن الاعتماد المفرط على نموذج الطب الحيوي في تفسير الاضطراب العاطفي يفضل العلاج الصيدلاني على معالجة المحددات الأساسية والاجتماعية للصحة، مثل الفقر وعدم المساواة والتمييز والعنف، التي تؤدي إلى ضغوط مزمنة تفضي إلى الاضطراب. ويؤدي الفساد المؤسسي، الذي يحدث عندما لا يصبح القطاع الأصولي لرعاية الصحة النفسية مستقلاً بما فيه الكفاية عن المؤسسات الأخرى، أي صناعة المستحضرات الصيدلانية، إلى تقويض جهود البحث عن الحقيقة. وتنتج عن ذلك هياكل حوافز ضارة تعزز وتكافئ الإفراط في استخدام الأدوية العقلية، وتحوّل وجهة الموارد التي يمكن استخدامها لمعالجة وفهم دور المحددات الصحية وإتاحة الاستفادة من التدخلات النفسية الاجتماعية الفعالة من حيث التكليف.

(٣٩) A. Kleinman, "Culture, bereavement, and psychiatry", *The Lancet*, vol. 379, No. 9816 (2012), pp. 608-609

دال - معايير رعاية الصحة النفسية المحددة من قبل فئة مهنية واحدة

٧٢ - يقدم معظم الرعاية الصحية النفسية أطباء الرعاية الأولية، وعاملو الرعاية الصحية، والأخصائيون النفسيون، والأخصائيون الاجتماعيون السريريون، والمعالجون، والمرشدون الرعويون، وأخصائيو دعم النظراء. ومع ذلك، تسيطر مجموعة مهنية واحدة - هي الأطباء النفسيون - على تعريف الصحة النفسية والمرض النفسي. وتحدث هذه السيطرة على الصعيد العالمي من خلال منشور *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية) (٤٠)، وهو دليل التشخيصات النفسية الذي أصبح المعيار الفعلي لتصنيف الاضطراب النفسي من خلال استخدامه لأغراض منها التصنيف الدولي للأمراض. وقد تعرض المنشور للانتقاد لإضافته طابعا طبييا على جوانب طبيعية للتجربة الإنسانية (مثل إضفاء الطابع الطبي على الحزن؛ واعتباره التدهور المعرفي الطبيعي المرتبط بتقدم السن مرضاً وتصنيفه على أنه "اضطراب إدراكي عصبي خفيف")، مع اللجوء أيضا إلى استخدام نهج التشخيص حسب القائمة المرجعية الذي ييسر استخدام الصيدلة بوصفها الخيار الرئيسي للعلاج.

٧٣ - ويمكن أن يؤدي تدوين الاضطرابات العاطفية بوصفها اضطرابات منفصلة في الدليل التشخيصي والإحصائي، إلى جانب هيمنة نموذج الطب الحيوي في الطب النفسي المنظم، إلى إكراه المستخدمين وعاملو الرعاية الصحية على السواء، مما يحيد من حقهم في الصحة أو توفير الآخرين للرعاية الصحية. ولم يواكب هذا النهج الأبوي مجالات الرعاية الصحية الأخرى التي تطورت لتشمل متلقي الخدمات، من خلال المشاركة في صنع القرار، للتوصل إلى نهج في التعامل مع الاضطراب النفسي يمكن أن يقوم على الشراكة والثقة المتبادلة بين مقدمي الخدمات ومتلقيها.

هاء - انعكاس عدم توازن القوى في التعاريف

٧٤ - إن عدم توازن القوى الناجم عن السيطرة على تعريف الصحة النفسية، وتعليل الاضطراب النفسي (باستخدام نموذج الطب الحيوي) وتعريف العلاج المناسب والعلاج غير المناسب، كل ذلك لا يؤكد على دور مهارات الاتصال، والعلاقات بين العاملين في مجال رعاية الصحة النفسية ومتلقي الخدمات ودور السياق في تحديد سبب الاضطراب النفسي والحلول المناسبة، التي لا تكون صيدلانية في كثير من الأحيان. وفي بعض السياقات، يؤدي عدم توازن القوى إلى نزع الشرعية عن نهج العلاج بغير الأدوية ويفضي إلى الإفراط في استخدام الأدوية العقلية. وما زال مجال الصحة النفسية يُضقى عليه طابع طبي مفرط، بدعم من الطب النفسي الأكاديمي وصناعة المستحضرات الصيدلانية (انظر [A/HRC/35/21](#) و [A/HRC/41/34](#)) ومن شركات التأمين الصحي التي ستسدد تكاليف الأدوية ولكن ليس بالضرورة تكاليف التدخلات النفسية الاجتماعية.

٧٥ - ويكاد الطب النفسي كمهنة أن يحتكر السلطة على معظم القرارات، وهو أمر قد لا يقتصر ضرره على متلقي الخدمات والمهنيين الآخرين في مجال الصحة النفسية، بل قد يمتد ليصيب أيضا الأطباء النفسيين. ومع هذا التركيز للسلطة داخل فئة مهنية واحدة يأتي ضغط هائل في عملية صنع القرار،

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2013) (٤٠).

وخاصة في الحالات التي تنطوي على قرارات لاستخدام تدخلات الطب الحيوي أو لتشجيع الاستيلاء (في المستشفيات) والعلاج الطوعيين أو حتى غير الطوعيين. ويصبح الأطباء النفسيون وملتقو الخدمات رهائن لنظام غير فعال تستند فيه القرارات التي تتجاوز حقوق الإنسان إلى حجج غير سليمة بشأن الخطر والضرورة الطبية. ومن المقبول جيداً في هذه المهنة أن يتخذ الأطباء النفسيون في كثير من الأحيان قرارات حرمان الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات صحية نفسية معينة من الحرية لتجنب اتخاذ إجراءات قانونية ضدهم "إذا حدث شيء ما"، مما يؤدي إلى إساءة استخدام القسر والإفراط في استخدامه. ومن شأن التغييرات في تعليم الطب التي تقلل إلى حد كبير من هذه الحالات من عدم توازن القوى ومن الحوافز المشجعة على استخدام القسر أن تعود بالفائدة على متلقي الخدمات والأطباء النفسيين.

واو - التغييرات اللازمة للتعليم في مجال الصحة النفسية

٧٦ - يجب أن تكون هناك تغييرات في تدريب القوى العاملة في مجال الصحة النفسية لمعالجة المسائل السياقية وأثرها على الصحة النفسية، وضيق تعاريف الصحة النفسية والاضطراب العاطفي، وعدم توازن القوى بين عاملي الرعاية الصحية ومتلقي الخدمات. وكان ينبغي أن تستفيد الصحة النفسية من التغييرات في التدريب الطبي المذكورة آنفاً التي تشدد على الكفاءة في الممارسة العملية. غير أن نماذج التدريب في مجال الصحة النفسية، ولا سيما في مجال تعليم الطب، تختلف عن مجالات أخرى من مجالات الرعاية الطبية. وينبغي أيضاً أن يتغير تدريب العاملين الآخرين في مجال الرعاية الصحية لمراعاة دور السياق في التسبب في اضطراب الصحة النفسية، ودور المحددات الصحية في مجال الصحة النفسية، ودور الاتصال والعلاقات في تحسين الصحة النفسية.

٧٧ - ويجب أن يكون الأطباء النفسيون وغيرهم من المهنيين في مجال الصحة النفسية على استعداد لمعرفة الطرق التي يمكن بها للتفكير المؤسسي والممارسة المؤسسية، والمصالح النقابية، أن تعوق قدرتهم على إفساح المجال حقاً لنماذج الرعاية التي تقع خارج النموذج الطبي^(٤١). وهيمنة نموذج الطب الحيوي على التعليم في مجال الصحة النفسية ظلم معرفي يعوق التقدم المطلوب لتعزيز وحماية الحق في الصحة النفسية.

٧٨ - وفي بعض البلدان، من المتوقع أن يؤدي تعليم الطب إلى تخريج أطباء يتمتعون بمهارات تواصلية "نفضي إلى تبادل فعال للمعلومات وإلى التعاون مع المرضى وأسرتهم والمهنيين الصحيين الآخرين"^(٤٢). ويعرّف إطار كانميدس CanMEDS الكندي للتعليم القائم على النتائج، المستخدم في العديد من البلدان، دوراً واحداً للطبيب بأنه دور "القائم بالاتصال"، الذي يوصف بأنه القدرة على "إقامة علاقات مع المرضى وأسرتهم تسهل جمع المعلومات الأساسية اللازمة للرعاية الصحية الفعالة وإتاحة الإطّلاع عليها"^(٤٣). ويشدد هذا الإطار على فهم منظور المستعمل والسياق الذي يوجد فيه وحالته الاجتماعية والاقتصادية بوصفها مسائل مهمة من الزاويتين النفسية والاجتماعية. ولا يمكن للأطباء والمستعملين

(٤١) R. Mezzina and others, "The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda", *Advances in Psychiatry* (Springer, 2018); Robert Whitaker and Lisa Cosgrove, *Psychiatry under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform* (Springer, 2015)

(٤٢) M. S. Kavic, "Competency and the six core competencies", *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, vol. 6, No. 2, (2002), pp. 95-97

(٤٣) انظر www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-e

التوصل إلى فهم مشترك يبنون عليه القرارات المشتركة بشأن أفضل مسارات العمل إلا من خلال هذا الفهم. ويلزم إعادة صوغ الموافقة المستنيرة لتصبح عملية تواصلية. فهي عملية مستمرة، لا يمكن تحقيقها مرة واحدة وإلى الأبد عن طريق الكشف عن المخاطر والفوائد وبدائل العلاج المعروفة حالياً^(٤٤).

٧٩ - وتتطلب هذه الأطر تدريسا يؤدي إلى فهم وممارسة يراعيان السياق الذي يعيش فيه المريض. ويصف إطار كاتميدس الحاجة إلى أن يكون الأطباء من الدعاة الصحيين "كي يساهموا بخبراتهم ونفوذهم أثناء عملهم مع المجتمعات المحلية أو مجموعات المرضى لتحسين الصحة. ويعمل هؤلاء الأطباء مع من يتلقون خدماتهم لتحديد الاحتياجات وفهمها، والتحدث بالنيابة عن الآخرين عند الاقتضاء، ودعم تعبئة الموارد لإحداث التغيير"^(٤٣).

٨٠ - ويلزم تكييف تدريب القوى العاملة في مجال الصحة النفسية للتأكيد على المحددات الأساسية والاجتماعية للصحة، وإعادة تعريف المرض النفسي في سياق الثقافة والبيئة المحيطة، وتسليح عاملي الرعاية الصحية بالمواقف والمعارف والمهارات اللازمة لبناء علاقات من أجل تفادي النزعة الأبوية المتأصلة في النظام.

٨١ - ومن المهم أيضا، في المناخ الحالي الذي تعتبر فيه الرعاية الصحية تجارة وسلعة على الصعيد العالمي، تدريب القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على التفكير النقدي في استخدام نتائج البحوث لتوجيه القرارات. وينبغي أن يشمل هذا التدريب التقييم النقدي للمؤلفات الطبية، ولكنه ينبغي أن يشمل أيضا فهما للتحيزات المعرفية من أجل تحسين الثقة لاتخاذ قرارات أفضل.

٨٢ - وقد أعادت بعض كليات الطب بناء مناهجها الدراسية لاستخدام العدالة الاجتماعية^(٤٥) والتعليم الخاضع للمساءلة الاجتماعية بوصفهما حجري زاوية. وهذه النماذج تنقل تدريب طلاب الطب بعيدا عن المراكز الطبية الأكاديمية إلى المناطق التي يمكن فيها لمن يتدربون أن يشهدوا مباشرة المحددات الأساسية والاجتماعية التي تؤثر على الصحة، بما في ذلك الصحة النفسية. وبالإضافة إلى تطوير الكفاءة السريرية، تطور هذه النماذج "الكفاءة البنوية" بتوجيه الانتباه إلى العوامل الاجتماعية التي هي من بين الأسباب الجذرية للفتاوتات الصحية^(٤٦).

٨٣ - ويجب أن تتوفر للقوى العاملة المهارات والإرادة لإقامة علاقات مع مستعملي الخدمات تؤدي إلى فهم مشترك للاضطراب العاطفي في سياق ثقافة المستعمل وحياته. وسيتمنى من خلال ذلك البدء في معالجة العديد من مشاكل القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية التي حددتها منظمة الصحة العالمية بالفعل.

٨٤ - ويحتاج تدريب القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية أيضا إلى الابتعاد عن التركيز الصارم على استخدام نموذج الطب الحيوي في تفسير الاضطراب العاطفي والمرض واستخدام نماذج نفسية اجتماعية

(٤٤) R. Blum, "When patient and physician disagree on patient's 'best interest'", *American Medical Association Journal of Ethics* (previously known as *Virtual Mentor*), vol. 11, No. 3 (2009), pp. 223-227

(٤٥) انظر على سبيل المثال <https://medicine.tufts.edu/education/health-justice-scholars>

(٤٦) L.J. Kirmayer, R. Kronick and C. Rousseau, "Advocacy as key to structural competency in psychiatry"; *JAMA Psychiatry*, vol. 75, No. 2 (2018), pp. 119-120

أخرى للتفسير. ولا يمكن إلا من خلال توسيع العدسة تنفيذ الحلول بطريقة تجعلها تلي احتياجات المستعملين في سياقهم وثقافتهم.

٨٥ - وأخيراً، ينبغي أن تشمل بحوث الصحة النفسية البحوث التشاركية وتقاليدتها التحررية لتحديد الأسباب الكامنة وراء الاضطرابات النفسية وإيجاد سبل لمعالجتها. فالبحوث التشاركية تسمح بالمشاركة الحقيقية لأصحاب المصلحة وسيكون لها الأثر المردوج المتمثل في تقديم رعاية صحية نفسية للفئات الأكثر ضعفاً في نفس الوقت الذي ستلقت فيه نموذجاً مُعاد تصميمه لتوفير الرعاية والدعم للأشخاص المصابين باعتلالات صحية نفسية. وقد لوحظ في تحليل حديث لـ ٣٥ عاماً من بحوث التدخل أن "الإجهاد المهني منتشر بين مقدمي خدمات الصحة النفسية وهو مرتبط بتكاليف كبيرة على صعيد الموظفين والمستهلكين والمنظمات"؛ وأن "الميدان قد أحرز تقدماً محدوداً في تخفيف الإجهاد المهني لدى مقدمي خدمات الصحة النفسية" (٤٧).

سادسا - التوصيات والاستنتاجات

٨٦ - للقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية دور حاسم في إعمال الحق في الصحة البدنية والعقلية. وينبغي للدول، لدى استثمارها في قطاع الصحة، أن تكفل تمام اشتمال تعليم جميع عمالي الرعاية الصحية، فضلاً عن تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية للقوى العاملة الصحية، على جميع عناصر النهج القائم على حقوق الإنسان، والإطار التحليلي للحق في الصحة، ونهج حديث للصحة العامة. ويتعين على المجتمع العالمي أن يتعلم الدروس من الماضي، عندما كان يزاول الطب علماً وممارسةً دون حتمية مراعاة حقوق الإنسان، وهو أمر كان ضرره أكبر من نفعه. وتزويد جميع عمالي الرعاية الصحية بالكفاءات والمهارات القائمة على الحقوق لا يمنع انتهاكات حقوق الإنسان لدى رعاية المرضى فحسب، بل إنه يعزز ويحمي أيضاً حقوق عمالي الرعاية الصحية، لأنه يقلل من عدم توازن القوى في القوة العاملة الصحية، ويمنع الفساد في قطاع الصحة، ويسهم في خلق ظروف عمل لائقة ومناخ من الثقة والاحترام المتبادلين داخل نظم الرعاية الصحية وخارجها.

ويحث المقرر الخاص الدول على ما يلي:

٨٧ - وضع خطط وطنية للقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية بطريقة تشاركية، مع تمثيل جميع كوادر عمالي الرعاية الصحية وغيرهم من أصحاب المصلحة، بمن فيهم ممثلو المجتمع المدني ومتلقو الخدمات الصحية.

٨٨ - اتخاذ تدابير للحد من عدم توازن القوى داخل التسلسل الهرمي الطبي القائم من خلال اتباع نهج قائم على الحقوق في التعليم الصحي.

٨٩ - ضمان أن تركز مناهج كليات الطب والصحة العامة وجميع الكليات التي تدرّب عمالي الرعاية الصحية ارتكازاً راسخاً على إطار لحقوق الإنسان يتماشى مع استراتيجيات قطاع الصحة

(٤٧) K. C. Dreison and others, "Job burnout in mental health providers: a meta-analysis of 35 years of intervention research", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 23, No. 1 (2018), pp. 18–30

الوطني وخطط القوى العاملة الصحية الوطنية، من أجل إعداد عاملي الرعاية الصحية في المستقبل في جميع الكفاءات (وليس في المهارات السريرية فقط).

٩٠ - ضمان قيام جميع مرافق التعليم الصحي بتصميم مناهجها الدراسية بحيث تعكس الأولويات الصحية العالمية واحتياجات البلد، مع إيلاء اهتمام خاص للفئات التي تواجه أوضاعاً هشة، ومن بينها الأشخاص ذوو الإعاقة والأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية ملطّفة.

٩١ - ضمان الاتساق بين الوكالات الحكومية مع إعطاء الأولوية للاحتياجات الصحية للسكان والحق في الصحة.

٩٢ - ضمان أن توفر مناهج التدريب الطبي والصحي توازناً بين مختلف الكفاءات، بما في ذلك الصحة العامة، والصحة الوقائية، والطب المجتمعي والاجتماعي، وتعزيز الصحة النفسية ورعايتها، والرعاية الملطّفة، والأخلاقيات الطبية، والقانون الطبي، والمهارات الإدارية، ومهارات الاتصال، وحقوق الإنسان.

٩٣ - ضمان أن تختار مدارس الطب والتمريض مرشحيها دون تمييز وأن تعكس في اختيارهم احتياجات البلد.

٩٤ - ضمان الاعتراف المهني بتدريب الممرضين والممرضات وعاملي الرعاية الصحية المجتمعية وكفالة تطويرهم لهذا التدريب.

٩٥ - التسليم بالأهمية الحاسمة للممرضين والممرضات وعاملي الرعاية الصحية من المستوى المتوسط وميزانية تلك الرعاية لظروف عملهم اللاتقة.

٩٦ - ضمان دفع مرتبات كافية ومناسبة لجميع عاملي الرعاية الصحية.

٩٧ - الاستثمار على نحو ملائم في النظم الصحية حتى يتمكن عاملو الرعاية الصحية من توفير رعاية صحية متاحة وقريبة المنال ومقبولة من الجميع وذات نوعية جيدة.

٩٨ - السماح لخبراء مستقلين بالإشراف على المناهج الطبية لتحديد ما إذا كانت المناهج الدراسية تعزز الصحة العامة والنهج القائمة على حقوق الإنسان في مجال الصحة.

ويحث المقرر الخاص المنظمات المهنية الصحية الوطنية على ما يلي:

٩٩ - قبول المسؤولية عن ضمان أن تكون مدارس الطب والصحة العامة، وجميع الكليات التي تدرب عاملي الرعاية الصحية، مناهج دراسية مترسخة في أطر حقوق الإنسان والحق في الصحة.

١٠٠ - تشجيع الحوافز التي تجتذب الناس إلى الرعاية الصحية الأولية.

١٠١ - تشجيع الحوافز التي تجتذب الناس للعمل في المناطق الريفية أو النائية، ومنها توفير السكن لهم.

١٠٢ - تقبّل المساءلة عن مهنة الطب واستخدام آليات الإدارة الذاتية بحيث توجد لدى أعضائها المعارف والمهارات وروح النهج القائمة على حقوق الإنسان في تقديم الرعاية الصحية والعناية بالصحة العامة.

- ويحث المقرر الخاص قيادات الجامعات وغيرها من معاهد التعليم الصحي على ما يلي:
- ١٠٣ - ضمان أن تعكس مناهجها الاستراتيجية الوطنية للقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية.
- ١٠٤ - الحفاظ على تطور المناهج الدراسية لتلبية احتياجات المجتمع وعلى تجسيدها للمعارف الجديدة وأولويات الصحة العامة الناشئة، بما في ذلك تغير المناخ.
- ١٠٥ - ترسيخ جميع المناهج الدراسية في أطر حقوق الإنسان والحق في الصحة التي تعزز الفهم بأنه ينبغي لعاملي الرعاية الصحية أن يتعاملوا مع الفئات التي تواجه أوضاعاً هشة، بما في ذلك الأشخاص ذوو الإعاقة.
- ١٠٦ - اختيار المرشحين للتدريب من مناطق الحرمان والمناطق الريفية وبحيث يمثلون المجتمع بأسره.
- ١٠٧ - معالجة الفجوة المعرفية في مجال الصحة النفسية القائمة على الحقوق والقائمة على الأدلة في إطار تعليم الطب، والقضاء على التحيز في المعرفة، المتصل باعتماد تعليم الطب بشكل مفرط على نموذج الطب الحيوي.
- ١٠٨ - تعديل أولويات بحوث الصحة النفسية من أجل تعزيز البحوث المستقلة والتنوع والتشاركية في مجال العلوم الاجتماعية، واستكشاف نماذج بديلة لتقديم الخدمات تخلو من القسر وتحول دون الإفراط في إضفاء الطابع الطبي والاستيلاء في المؤسسات الطبية.