N PP

PRIORITÉ
AUX PLUS DÉMUNIS

Fonds Documentaire IRD
010022077

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
1990

Priorité aux plus démunis

1. L'inacceptable
2. La réponse de l'OMS
3. Les actions engagées
4. Comment se joindre à l'initiative ?

Fonds Documentaire I R D
Cote : B * 22077 Ex : 1

1. L'inacceptable

On peut considérer la pauvreté d'un point de vue politique, en termes d'équité sociale ou encore au regard de la santé. La pauvreté touche aujourd'hui un milliard d'êtres humains, dont environ 800 millions meurent de faim ou souffrent de malnutrition. Dans les pays en développement, deux habitants sur cinq seulement ont accès à une eau saine, et un sur quatre à des installations sanitaires appropriées. Depuis 1945, quelques 400 millions de personnes sont mortes par manque de soins, victimes de famines ou de maladies. L'OMS se doit de mettre un terme à cette hécatombe.»

H. Nakajima

Déclaration du Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, à l'Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 1989.

Depuis plus de quarante ans, l'OMS et ses Etats membres travaillent ensemble pour améliorer la santé dans le monde et pour qu'aucun être humain ne soit privé d'un de ses droits fondamentaux: l'accès au meilleur état de santé possible.

Au fil des décennies, bien des succès ont été enregistrés. N'a-t-on pas vu, par exemple, la variole disparaître de la surface du globe et la mortalité infantile régresser dans la plupart des pays?

Et pourtant, en dépit d'un partenariat jamais démenti entre l'OMS et les pays, la situation des populations, du point de vue de la santé, demeure dans bien des régions du monde, inacceptable.»

Docteur Mohamed Abdelmoumène, Directeur général adjoint de l'OMS, *Santé du Monde,* mars 1990.

Des chiffres accablants

• **500 000 femmes** des pays en développement meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement, par manque de soins élémentaires, laissant ainsi plus d'un million d'orphelins.

• Faute de vaccination, la rougeole tue **1 enfant toutes les 15 secondes.**

• **5 millions d'enfants** de moins de cinq ans meurent chaque année de diarrhée.

• Chaque année le paludisme tue au moins **1 million de personnes;** la plupart sont des enfants. **445 millions de personnes** vivent dans des zones impaludées où aucune mesure particulière n'est prise pour combattre la transmission.

• **200 millions de personnes** sont affectées par la bilharziose, surtout celles qui sont en contact quotidien avec l'eau, notamment pour les tâches ménagères.

• **10 millions de cas** nouveaux de tuberculose font chaque année 3 millions de morts. Le risque de contracter la maladie est **100 fois** plus élevé dans les pays en développement par rapport aux pays développés.

• **800 millions d'hommes, de femmes et d'enfants** survivent dans la misère, la malnutrition, la faim et la maladie. Ce chiffre est comparable, quantitativement, à l'ensemble de la population des Etats-Unis, de l'URSS et de la CEE réunis.

• **7 millions d'enfants** souffrent, chaque année, de carence alimentaire en vitamine A; **500 000** d'entre eux deviennent aveugles et **300 000** meurent alors que **2** capsules de vitamine A par an peuvent sauver un enfant de la cécité.

• **100 millions de personnes** sont sans abri et **1 milliard** n'ont pas de logement acceptable.

• **4 ruraux sur 5,** dans les pays en développement, ne disposent pas d'installations sanitaires.

• Les dépenses publiques consacrées à la santé par habitant et par an varient selon les pays de US$ **1,5** à US$ **1 800,** c'est-à-dire dans un rapport de l'ordre de **1 à 1000.**

• En 1971, **24 pays** ont été désignés *«pays en développement les moins avancés»* ou «PMA»; en 1990 ils sont **41.**

Dans les pays les moins avancés:

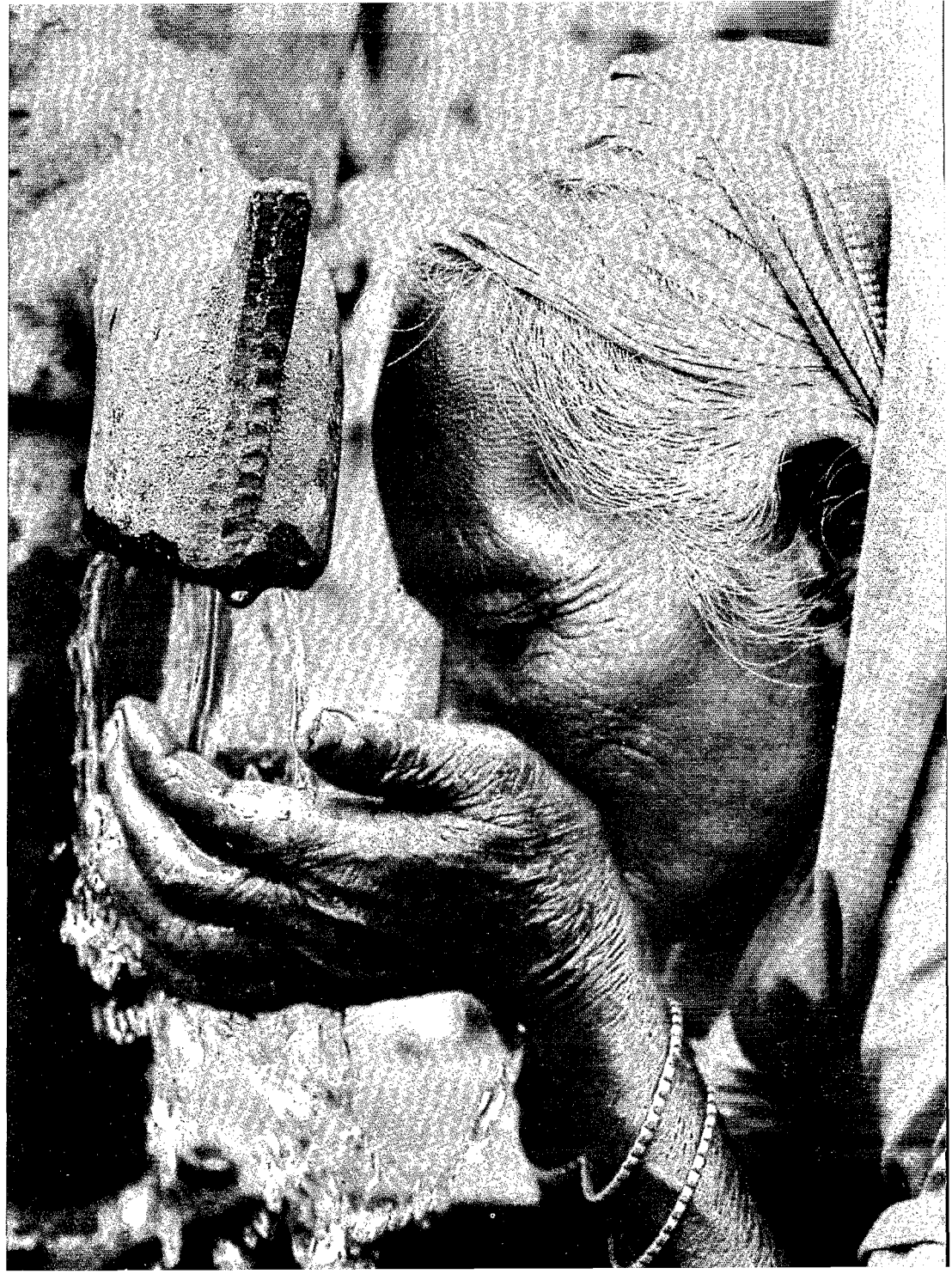
• **1 enfant sur 4** a un poids insuffisant à la naissance.

• **1 sur 7** peut espérer une protection vaccinale élémentaire.

• **1 enfant sur 8** meurt avant l'âge de 1 an. Soit 10 fois plus que dans les pays industrialisés.

• **1 sur 5** n'atteint pas l'âge de 5 ans. Soit 2 fois plus que dans les autres pays en développement.

• **1 personne sur 10** a accès à l'eau potable...



Pourquoi une telle situation ?

Malgré les déclarations, toujours d'actualité, en faveur de la promotion et du développement des «soins de santé primaires» formulées au moment de la conférence d'Alma Ata en 1978 et confirmées en 1988 à Riga (URSS), les indicateurs sanitaires et socio-économiques restent accablants. Ils dénoncent le mal développement des pays soumis à de graves difficultés économiques et la misère de populations entières, impuissantes, aspirant à une vie meilleure et au respect de leur dignité. Si les intentions des discours sont conformes à l'espérance de tous, les résultats, les indices et les signes enregistrés chaque jour ne permettent pas, malgré une amélioration certaine, de conclure à la possibilité d'atteindre l'objectif affiché de «la santé pour tous en l'an 2000» lancé en 1977 au cours de la 29e Assemblée mondiale de la Santé.

Pour la plupart des pays en développement, les années 80 auront été une «décennie perdue». Le revenu par habitant a fléchi et demeure à peine suffisant pour assurer à la population le minimum vital.

Les découpages géographiques, administratifs ou sectoriels des problèmes de santé publique ont souvent occulté les meilleurs angles d'attaque dans l'élaboration de stratégies d'action.

La coopération internationale, trop souvent limitée dans la durée, n'a pas toujours permis d'induire, dans les pays, une capacité de développement autonome.

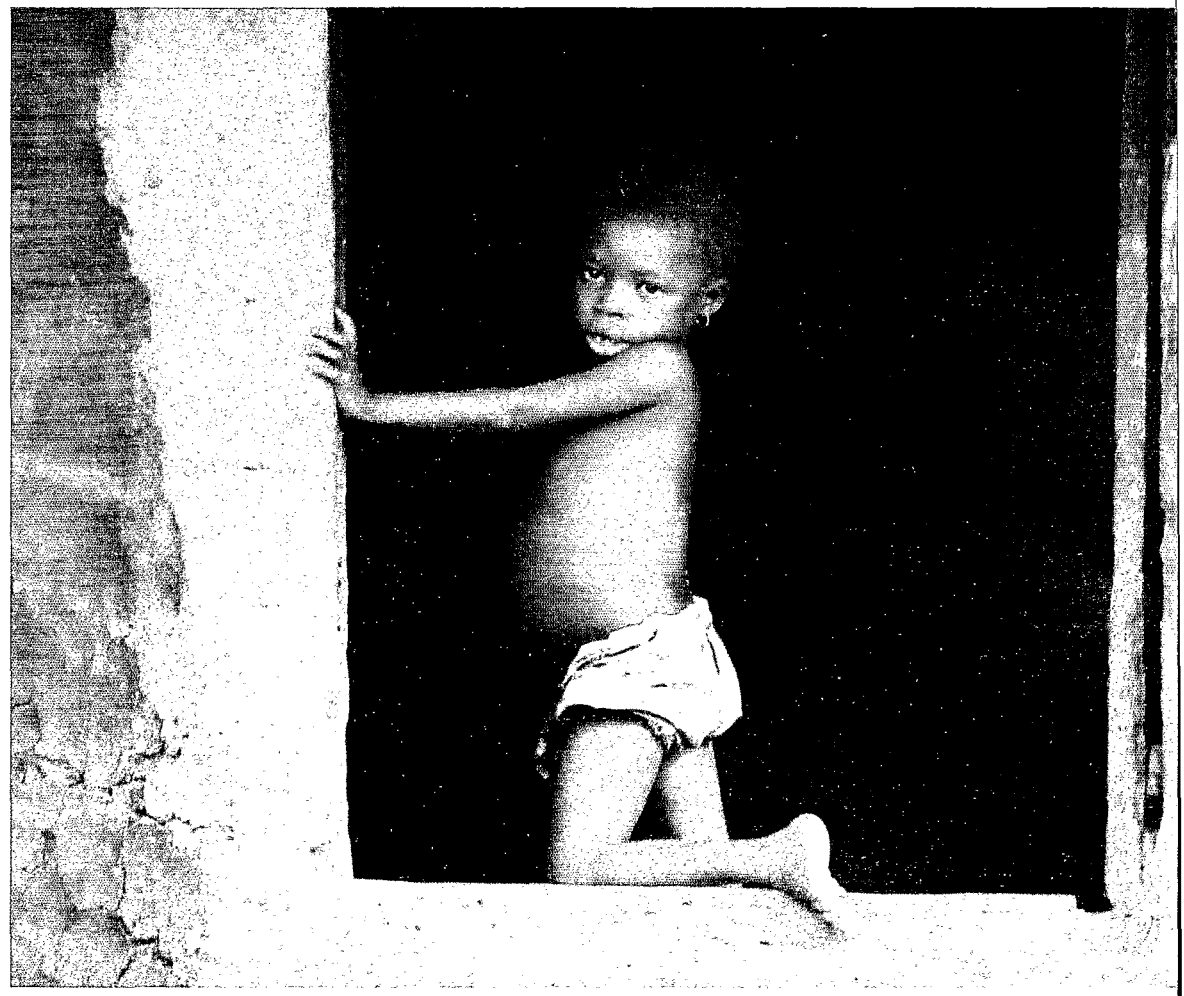
Une compétition entre les bailleurs de fonds existe encore; il en résulte des doubles emplois, des politiques contradictoires, un gaspillage des ressources et des énergies, entraînant des effets pervers pour le développement dans les pays.

Les programmes de l'OMS eux-mêmes ont rencontré des difficultés pour exercer pleinement leurs activités. Le manque de concertation et de coordination et l'insuffisance d'attention aux problèmes de gestion et de financement ont entraîné des dysfonctionnements entre programmes.

Dans beaucoup de pays en développement les systèmes de santé présentent des faiblesses dues à une insuffisance chronique des moyens financiers, mais aussi des inadéquations. Une proportion significative de la population n'a pas d'accès permanent aux soins de santé. Une large part des ressources sanitaires est concentrée sur les grandes villes. De plus ces ressources sont parfois dévolues à de hautes technologies destinées à une minorité de la population, au détriment des soins de santé primaires pour la majorité. Des déficiences existent en matière de coopération avec les autres secteurs sociaux et économiques. Des actions pourtant indispensables ont ainsi été négligées et font cruellement défaut.

Aujourd'hui, le temps des discours est révolu: il faut passer à l'action. La responsabilité de tous est engagée et l'indifférence n'est pas permise, car les conséquences de ces carences sont supportées par les plus défavorisés.

Pourtant, la motivation des acteurs du développement est forte et les moyens techniques et financiers sont disponibles: ***des solutions existent!***



ACTION

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2. La réponse de l'OMS

L'approche par pays

Face à la situation sanitaire inacceptable des populations dans certaines régions du monde, le Directeur général a décidé d'engager l'OMS résolument vers les pays et les populations dont les besoins sont les plus grands. A cet effet, en liaison étroite avec les Directeurs régionaux, il a lancé une initiative d'intensification de la coopération internationale, pays par pays. Répondant à cette approche, les programmes concernés de l'OMS réajustent leurs activités de façon à donner la priorité à cette initiative et susciter la meilleure mobilisation possible.

L'initiative procède d'une approche globale, fondée sur des analyses micro- et macro-économiques, pays par pays. A partir d'une analyse de base, un plan d'action est établi, puis toutes les énergies disponibles sont réunies pour converger vers un même objectif: **la santé de la population du pays.** La mise en œuvre de cette stratégie novatrice entraîne:

- dans les pays: un développement cohérent et intégré des actions sanitaires;
- pour l'aide internationale: la garantie d'un partenariat solide dans le cadre des stratégies concertées;
- à l'OMS: une coordination structurée des activités de coopération et de la mobilisation des ressources.

L'appui intensifié

L'appui intensifié aux pays est identifié à partir des besoins prioritaires, exprimés par les ministères de la santé, du plan et des finances. Ainsi le secteur santé peut-il être intégré dans le développement social et économique du pays considéré. Cette identification nécessite souvent une analyse complémentaire pour mieux comprendre:

- la place du secteur de la santé dans la politique générale et le budget;
- la répartition des responsabilités et des ressources entre secteur public et secteur privé, y compris les organisations non-gouvernementales.
- la position des bailleurs de fonds potentiels.

La stratégie

- *Court terme:* propositions d'activités stratégiques immédiates fondées sur la révision des plans existants en complément des programmes de l'OMS en cours d'exécution dans le pays.

- *Moyen terme:* soutien couvrant les domaines prioritaires du plan sanitaire national comportant un effort technique et financier en participation étroite avec l'OMS et les partenaires internationaux.

- *Long terme:*

1) développement des ressources humaines pour augmenter les capacités de gestion du secteur santé;
2) renforcement des infrastructures et des moyens nationaux susceptibles d'induire un auto-développement;
3) développement d'une capacité:
– en matière d'analyses micro-économiques pour rendre plus efficace la répartition des ressources et le financement,
– en matière d'analyses macro-économiques pour mieux intégrer le secteur de la santé dans le cadre des politiques d'ajustements structurels.

Le partenariat

Le partenariat intervient dès l'accord entre le pays et l'OMS pour un appui intensifié. La participation précoce et active des partenaires internationaux est une condition pour:

– l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des flux d'aide, y compris la gestion et la coordination de ceux-ci;

– l'accroissement massif et durable du volume de l'aide.

Comment est engagée la mobilisation des ressources financières et techniques?

Le Ministère de la Santé, en étroite collaboration avec celui du Plan et avec l'appui technique de l'OMS, identifie les besoins et établit un projet cadre d'actions faisables. Les ressources nationales et extérieures sont identifiées sous forme de plans de financement, avec une attention particulière pour les coûts de fonctionnement.

C'est sur cette base cohérente et en concertation que les partenaires de la coopération internationale sont invités à participer.

Les programmes de l'OMS

La nouvelle approche par pays a pour objectif d'améliorer l'efficacité des actions de l'OMS à travers tous ses programmes. Avec une meilleure appréciation des besoins, une concentration des énergies, une meilleure coordination des efforts, les responsables de programmes de l'OMS sont en mesure de renforcer ou de développer des actions en harmonie avec un projet national de développement économique et social.

3. Les actions engagées

En moins d'un an, les analyses ont porté sur 23 pays dont 18 PMA, des engagements techniques et financiers ont été conclus avec 14 pays, où des actions sont actuellement en cours d'exécution.

LES PREMIERS PAYS BENEFICIAIRES SONT:
BOLIVIE, DJIBOUTI, EQUATEUR, GHANA, GUATEMALA, GUINEE, GUINEE-BISSAU, MALAWI, NEPAL, REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, SOUDAN, TCHAD, VIETNAM, YEMEN.

Il s'agit d'actions mises en œuvre dès l'accord de collaboration signé au terme d'une mission conjointe du Siège et du Bureau régional:

Court terme

Soutien immédiat pour:

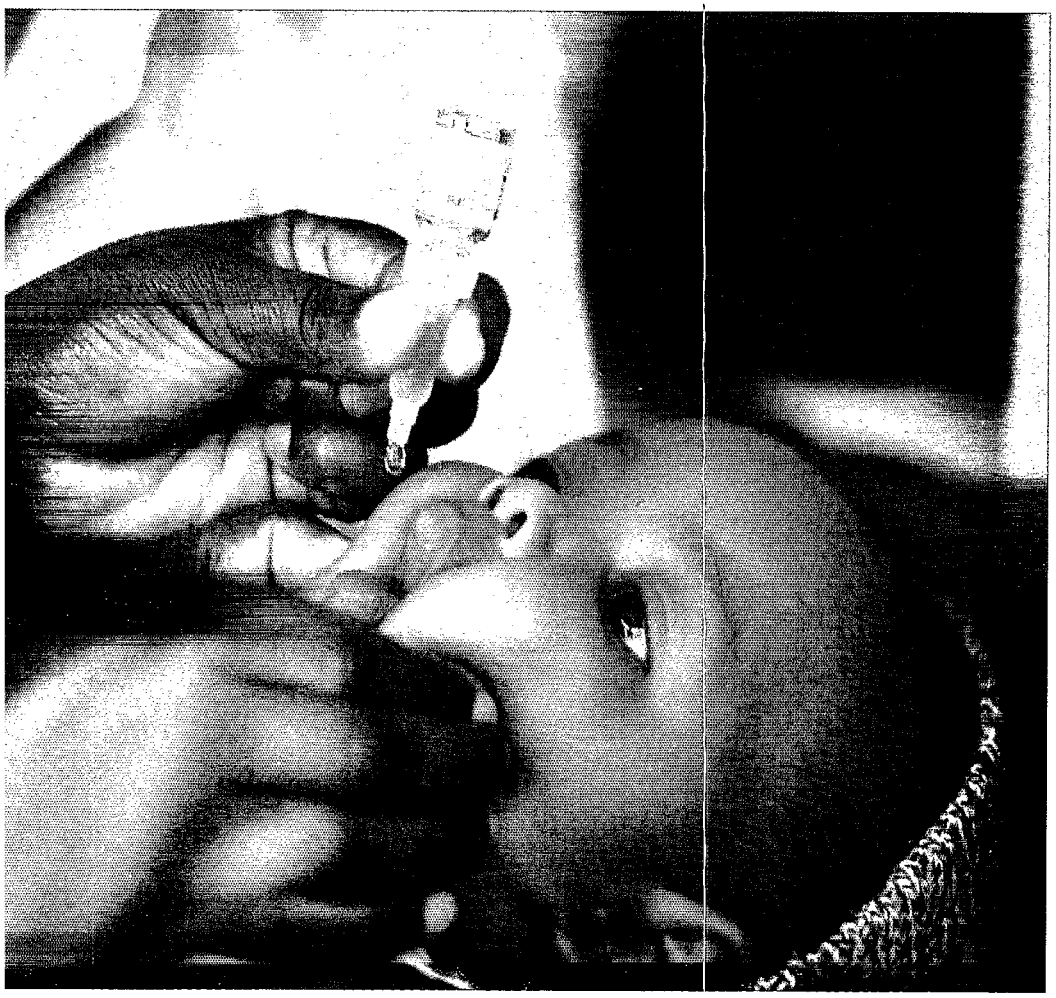
- accélérer le contrôle de certaines maladies: épidémies de méningite, paludisme, tuberculose, lèpre, ...
- combler les insuffisances en appui logistique: équipements et médicaments essentiels,
- apporter une expertise technique au Gouvernement sur des questions urgentes,
- faciliter la concertation entre les responsables nationaux des divers échelons,
- préparer les projets à financer,
- renforcer le Bureau du Représentant de l'OMS.

Moyen terme

- réalisation d'études, plans et séminaires sur les questions qui s'avèrent prioritaires:
  – développement des ressources humaines,
  – financement du secteur santé,
  – législation sanitaire,
  – santé et environnement,
  – contrôle des grandes endémies;
- renforcement des centres de formation;
- développement des fonctions de coordination internes et externes;
- transfert de technologies appropriées,
- développement d'une capacité en communication et en information pour le public et les décideurs;
- éducation sanitaire;
- réhabilitation des systèmes de santé dans les pays sortant d'une situation de guerre.

Long terme

Ces actions visent à induire une autonomie nationale; elles concernent notamment:
– le suivi opérationnel, l'évolution et le réajustement des actions sanitaires,
– l'analyse des options de systèmes de gestion et de financement,
– les politiques macro-économiques liées à la santé.



4. Comment se joindre à l'initiative ?

Qu'est-il attendu des pays concernés?

Un pays qui choisit d'intensifier et d'accélérer sa coopération technique avec l'OMS et l'ensemble des agences et organisations internationales et bilatérales concernées, prépare avec la participation active de l'OMS une première évaluation qui comprend:

- l'élaboration ou la mise à jour, si ce n'est pas déjà fait, du plan d'action sanitaire;
- une identification des besoins, en particulier des besoins essentiels;
- une description des actions et allocations budgétaires prioritaires;
- des propositions pour améliorer la gestion du système de santé en vue d'accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires.

Que doit faire un pays pour adhérer?

Le Gouvernement propose au Directeur général de l'OMS et au Directeur régional d'accueillir une mission en vue d'un accord de coopération intensifiée.

Conclusion

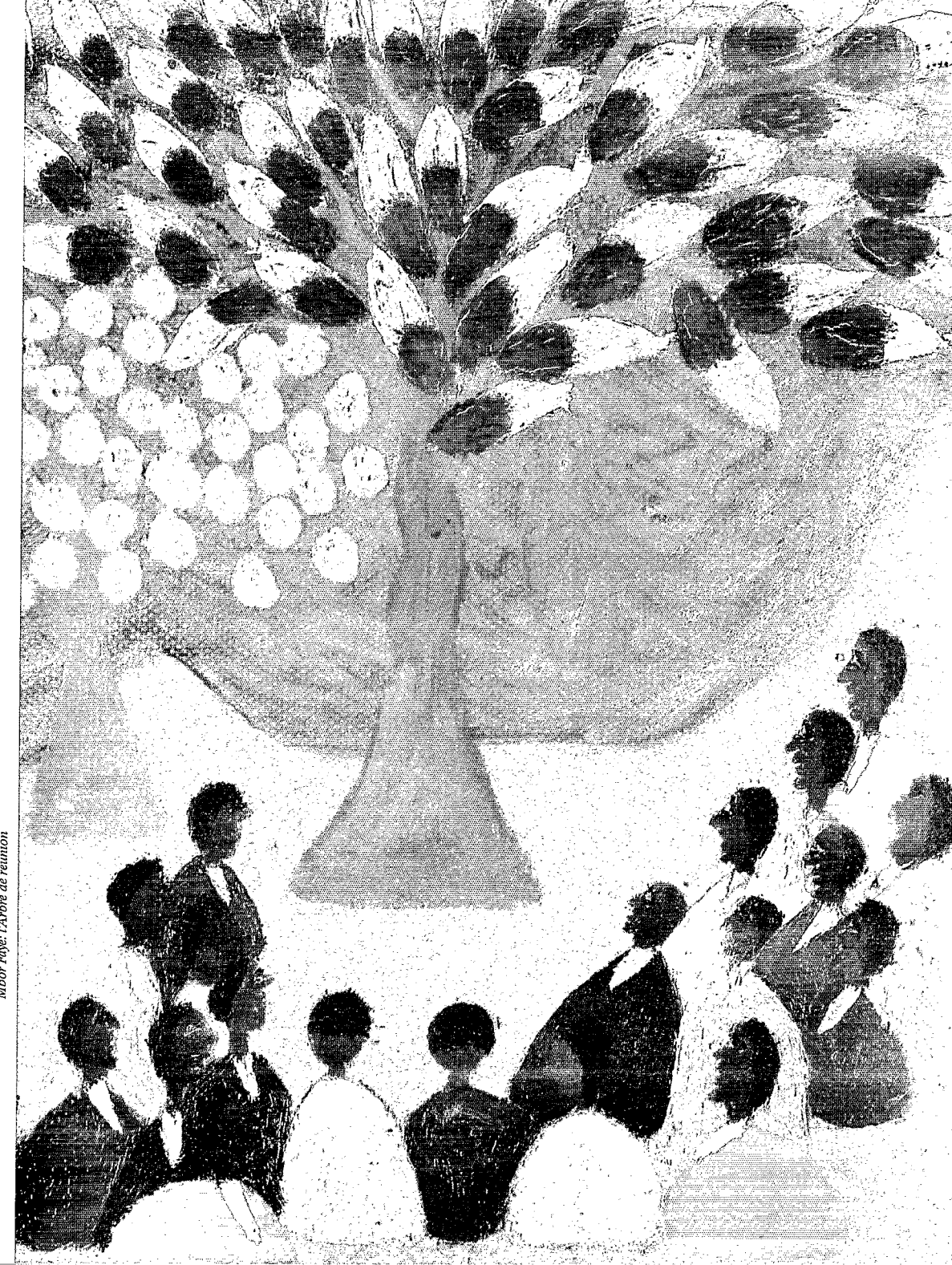
Face à la situation sanitaire inacceptable, aux chiffres accablants, aux effets négatifs de certaines coopérations inadaptées, l'Organisation mondiale de la Santé se devait de réagir. Ainsi, elle assume pleinement ses responsabilités et son rôle de direction et de coordination dans les réponses que le communauté internationale doit apporter. L'enjeu: induire par les pays la construction d'un développement sanitaire intégré et durable.

L'OMS est clairement déterminée à s'engager mieux et davantage pour faire progresser l'action initiée. Il n'existe actuellement pas d'autre choix, devant l'effort mondial qui s'impose, pour relever le défi posé par la persistance d'une mortalité élevée et d'une morbidité évitable.

Les premières initiatives sont lancées. Les mécanismes de concertation, susceptibles de générer une meilleure gestion et une réallocation des ressources, sont opérationnels: ils sont disponibles pour une mise en œuvre immédiate par d'autres pays, vers d'autres populations parmi les plus démunies.

«Ce qui importe le plus est que l'OMS et l'ensemble de ses partenaires soutiennent et défendent la cause de la santé et du développement social dans les politiques et pratiques d'ajustement économique, tant sur le plan national qu'au niveau international. L'apport substantiel de ressources internationales prévu pour les prochaines années permet de choisir entre plusieurs objectifs de développement concurrents. Nous avons là une occasion sans pareille de donner la priorité à la santé.»

Déclaration du Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 1989.



Mbor Faye: l'Arbre de réunion

CONCEPTION: B. SURUGUE/OMS/GENÈVE
RÉALISATION GRAPHIQUE: J.F. CHRÉTIEN/GENÈVE
ILLUSTRATION: Y. PAVIE/GENÈVE
IMPRESSION: BENTELI SA/BERNE

CRÉDIT PHOTOS

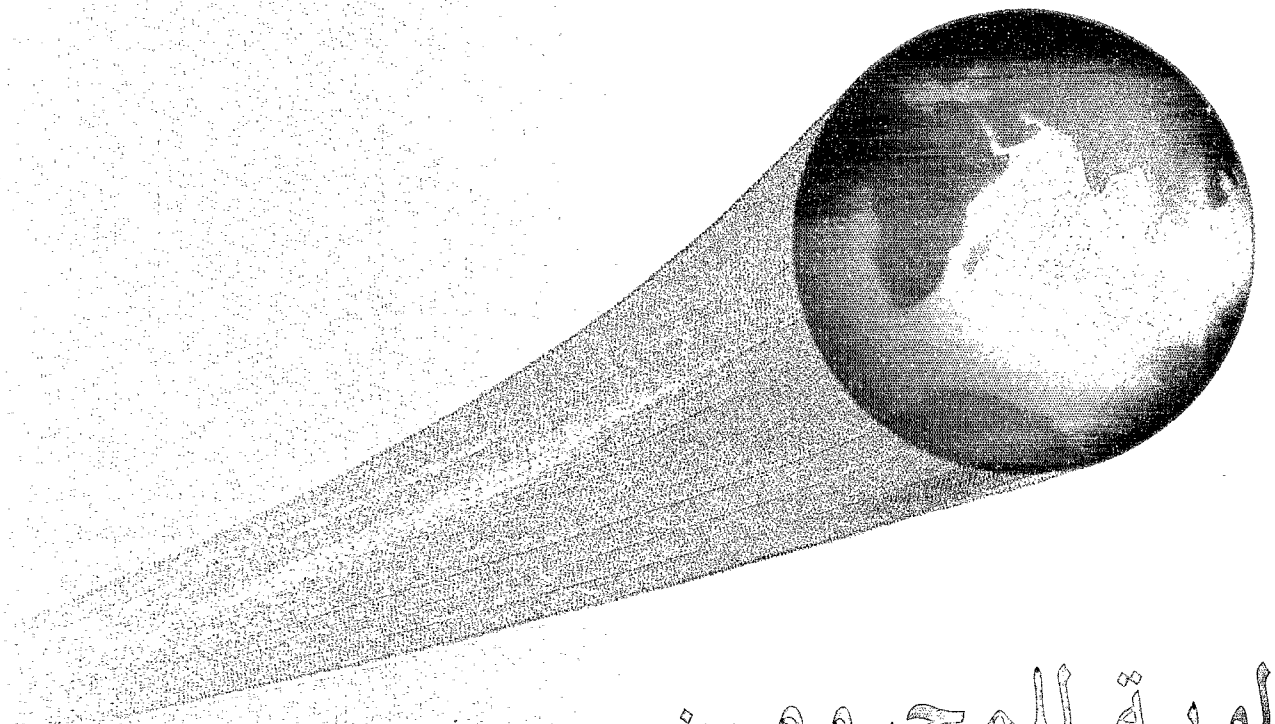
1. © Dirck Halstead – GAMMA
2. © Arnaud de Wildenberg – GAMMA
3. © A.S. Kochar – OMS
4. © Michel Laurent – GAMMA
5. © Henri Guillaume – ORSTOM
6. © Dominique Darr – GAMMA
7. © Gilbert Uzan – GAMMA
8. © Jørgen Schytte – OMS

Avec l'aimable autorisation de l'Agence GAMMA et de l'ORSTOM

Les appellations et la présentation des données publiées dans cette brochure n'impliquent, de la part de l'OMS, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leur fontières ou limites.

ICO/90.2

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
1211 GENÈVE 27, SUISSE
TÉLEX: 41 5416, GENEVE – FAX: 41 22 791 07 46



الأولوية للمحرومين

منظمة الصحة العالمية
١٩٩٠

الأولوية للمحرومين

١- ما لايجب قبوله
٢- استجابة منظمة الصحة العالمية
٣- الاجراءات المتخذة
٤-كيفية الانضمام إلى المبادرة

١ - ما لايجب قبوله

«أما الفقر فيمكن التحدث عنه من عدة جوانب منها السياسية ومنها ما يتصل بالعدالة الاجتماعية ومنها الصحية. ان ألف مليون إنسان يعانون من الفقر، منهم ٨٠٠ مليون يقعون نهباً للجوع وسوء التغذية. وفي البلدان النامية لا يحصل على المياه النقية بسهولة سوى اثنين من كل خمسة أشخاص ولا على مرافق الاصحاح الملائم سوى واحد من كل أربعة أشخاص. وقد توفي منذ عام ١٩٤٥ ما يربو على ٤٠٠ مليون نسمة نتيجة لنقص الرعاية-حيث سقطوا ضحايا للجوع والمرض. ويتعين على منظمة الصحة العالمية أن تضع حداً لهذه المذبحة.»

بيان الدكتور هيروشي ناكاجيما،
المدير العام لمنظمة الصحة العالمية،
أمام جمعية الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٩.

«منذ أكثر من أربعين عاماً تعمل منظمة الصحة العالمية ودولها الأعضاء سوياً من أجل تحسين الصحة في العالم ولكي لا يحرم أي إنسان من أحد حقوقه الأساسية ألا وهو التمتع بأتم عافية.

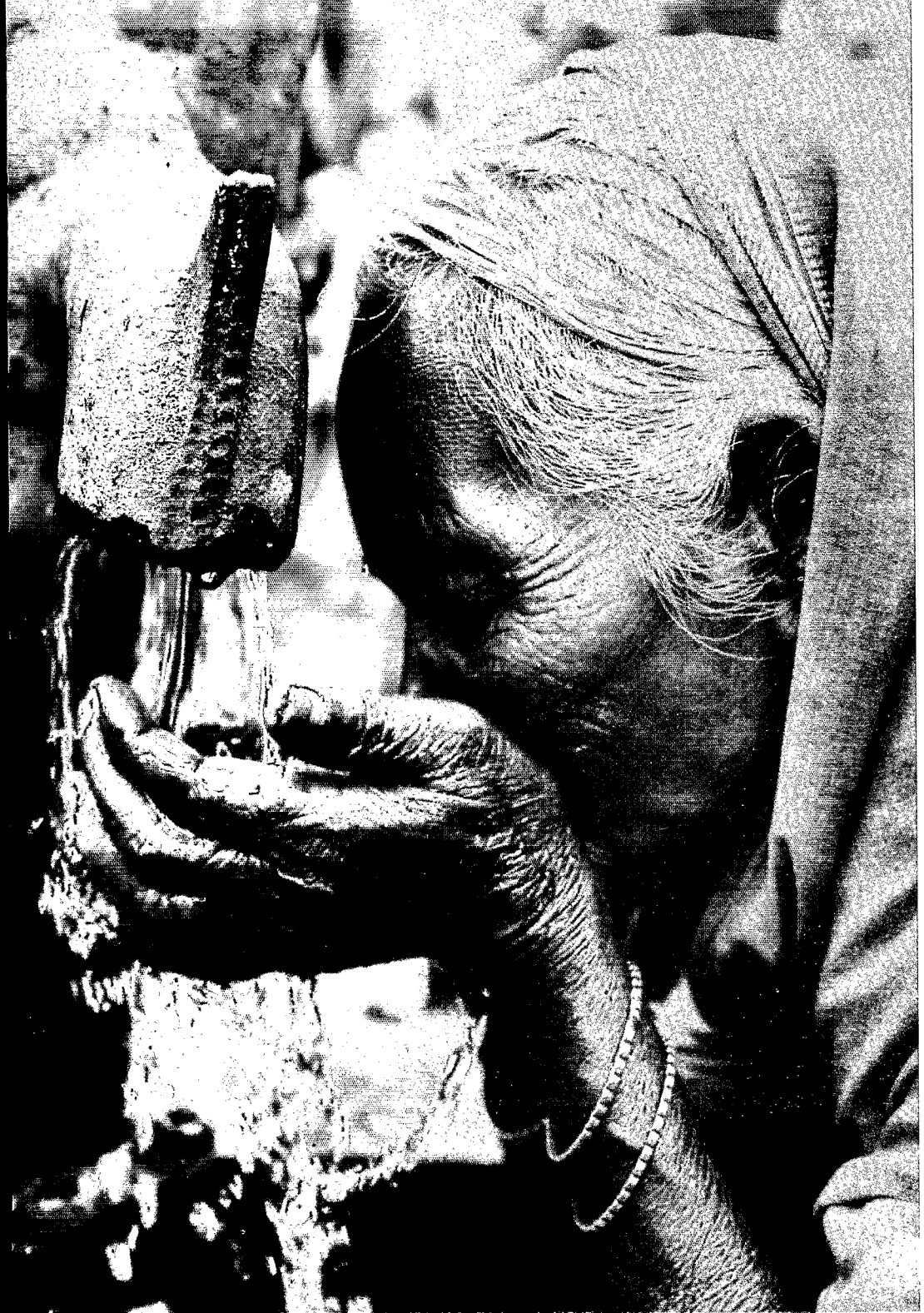
وقد تم، على مر العقود، احراز نجاح كبير مثل اختفاء الجدري من على سطح الأرض وتناقص معدل وفيات الرضّع في أغلب البلدان.

ومع ذلك، وعلى الرغم من أن التعاون بين المنظمة والبلدان لم يتوقف قط، فلايزال وضع السكان الصحي غير مقبول في كثير من مناطق العالم.»

الدكتور محمدُ عبد المؤمن،
نائب المدير العام لمنظمة الصحة العالمية.
مجلة «الصحة العالمية»، آذار/ مارس ١٩٩٠.

أرقام دامغة

- تموت **٥٠٠ ٠٠٠ امرأة** في البلدان النامية سنوياً لأسباب ترتبط بالحمل والوضع نتيجة لنقص الرعاية الأساسية، ويتركن وراءهن أكثر من مليون يتيم.
- بسبب عدم التمنيع، تقتل الحصبة **طفلاً كل ١٥ ثانية**.
- يموت **٥ ملايين طفل** تقل أعمارهم عن خمس سنوات بسبب الاسهال سنوياً.
- كل عام تقتل البرداء (الملاريا) **مليون شخص** على الأقل أغلبهم من الأطفال. ويعيش **٤٤٥ مليون شخص** في مناطق تتوطن فيها البرداء ولا تتخذ فيها أي اجراءات معينة لمكافحة انتقالها.
- يعاني **٢٠٠ مليون** شخص من البلهارسية، ولاسيما من يلامس منهم المياه يومياً خاصة للأغراض المنزلية.
- كل عام تظهر **١٠ ملايين** حالة تدرن جديدة تؤدي إلى وفاة ٣ ملايين شخص. ويبلغ خطر الاصابة بهذا المرض في البلدان النامية **١٠٠ ضعف** مثله في البلدان المتقدمة.
- يعيش **٨٠٠ مليون رجل وامرأة وطفل** في بؤس ومعاناة بسبب سوء التغذية والجوع والمرض. ويعادل هذا العدد من الناحية الكمية تقريباً مجموع سكان الولايات المتحدة والاتحاد السوفيتي والجماعة الاقتصادية الأوروبية.
- يعاني **٧ ملايين طفل** سنوياً من نقص فيتامين «أ»، ويصاب **٥٠٠ ٠٠٠** طفل منهم بالعمى كما يموت **٣٠٠ ٠٠٠** طفل، في حين أنه يمكن انقاذ طفل من العمى بحبتين من فيتامين «أ» سنوياً.



- يعيش **١٠٠ مليون شخص** بدون مأوى، كما يعيش **مليار شخص** في مساكن غير لائقة.
- في البلدان النامية، هناك **٤ من بين كل ٥ أشخاص** لا تتوافر لهم مرافق للاصحاح.
- تتراوح النفقات العامة المخصصة للصحة عن كل فرد سنوياً بين **١,٥** و**١٨٠٠** دولار أمريكي حسب البلد، أي بنسبة **١** إلى **١٠٠٠** تقريباً.
- في عام ١٩٧١ بلغ عدد البلدان التي أطلق عليهم اسم «أقل البلدان نمواً»، **٢٤** بلداً. وبلغ عدد هذه البلدان **٤١** بلداً في عام ١٩٩٠.

في أقل البلدان نمواً:

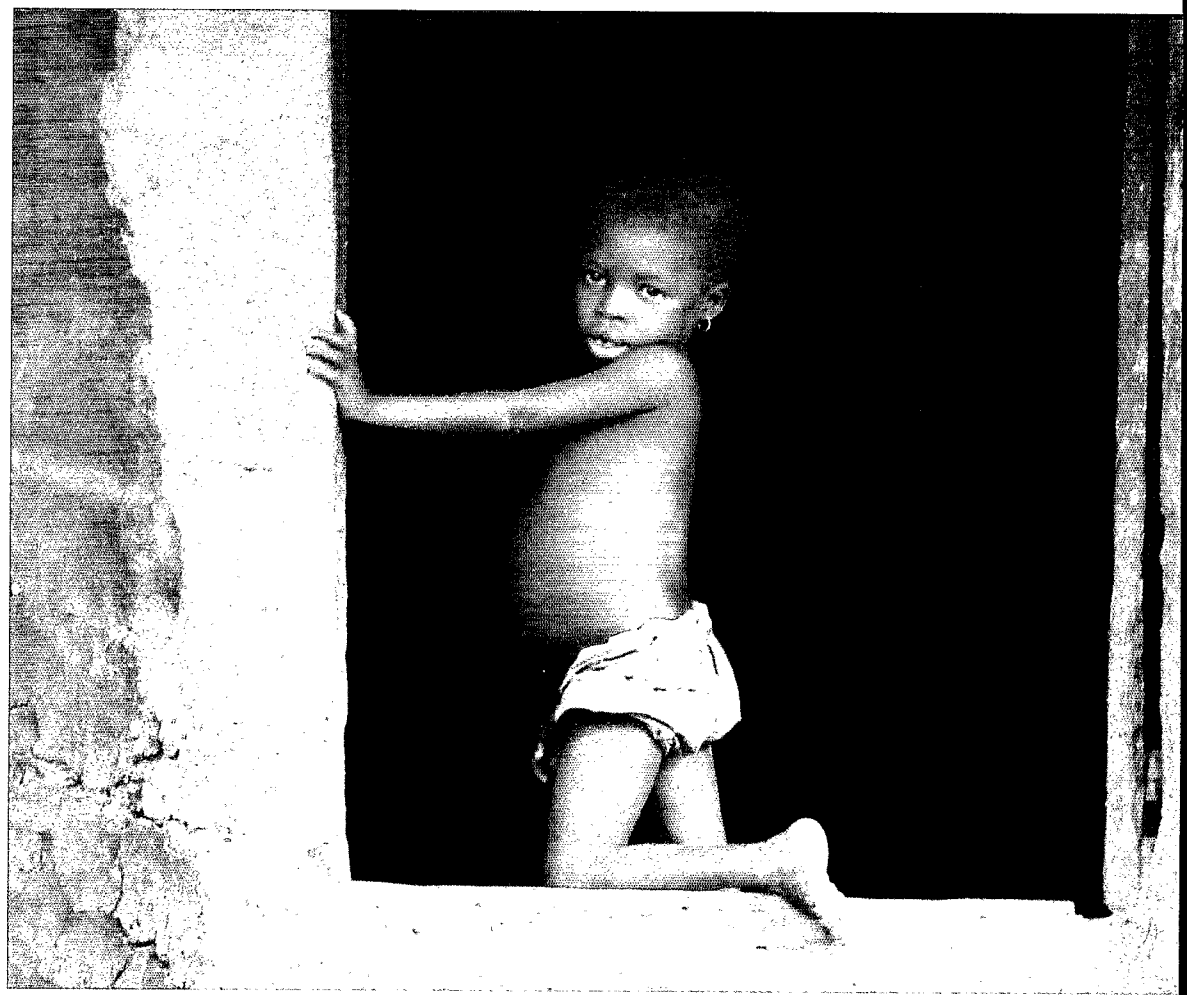
- **ربع الأطفال** يقل وزنهم عند الميلاد عن الوزن المطلوب.
- يمكن **لطفل واحد من بين كل ٧ أطفال** أن يأمل في الحصول على وقاية تمنيعية أساسية.
- يموت **طفل من بين كل ٨ أطفال** قبل أن يبلغ السنة الأولى من العمر، وهذه النسبة تبلغ ١٠ أضعاف مثلها في البلدان الصناعية.
- **خمس الأطفال** لا يعيشون حتى الخامسة من العمر، وهذه النسبة تبلغ ضعف مثلها في البلدان النامية الأخرى.
- **عشر الناس فقط** يحصلون على مياه شرب نقية.

ما السبب وراء هذا الوضع؟

على الرغم من الاعلانات الصادرة، التي لا تزال وثيقة الصلة بمجريات الأمور، والمؤيدة للنهوض «بالرعاية الصحية الأولية» وتطويرها، وهي اعلانات صيغت ابان انعقاد مؤتمر ألما آتا عام ١٩٧٨ وأعيد تأكيدها عام ١٩٨٨ في ريغا (الاتحاد السوفيتي)، فان المؤشرات الصحية والاجتماعية الاقتصادية لاتزال دامغة، فهذه المؤشرات تدين النمو المتعثر للبلدان التي تعاني صعوبات اقتصادية خطيرة، كما تدين بؤس مجموعات سكانية بكاملها، تتطلع -بالرغم من عجزها- إلى حياة أفضل وإلى احترام كرامتها. وإذا كانت مقاصد الخطب والأحاديث تتفق مع ما يأمله الجميع، فان النتائج والدلائل والعلامات التي تسجل كل يوم لا تسمح، على الرغم من حدوث تحسن أكيد، بالخلوص إلى امكانية بلوغ هدف «توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠» ذلك الهدف الذي طرح عام ١٩٧٧ أثناء انعقاد جمعية الصحة العالمية التاسعة والعشرين.

وقد كان عقد الثمانينات، بالنسبة لأغلب البلدان النامية، «عقداً ضائعاً». ذلك أن الدخل الفردي قد انخفض، وهو لا يكاد يكفي بعد لضمان الحد الحيوي الأدنى للسكان.

وفي أحيان كثيرة أدت التقسيمات الجغرافية أو الادارية أو القطاعية لمشاكل الصحة العامة إلى اخفاء أفضل الطرق للتصدي لهذه المشاكل لدى وضع استراتيجيات العمل.



أما التعاون الدولي-وهو تعاون كثيراً ما يكون محدوداً زمنياً-فانه لم يمكّن دائماً من إيجاد قدرة مستقلة على التنمية في البلدان.

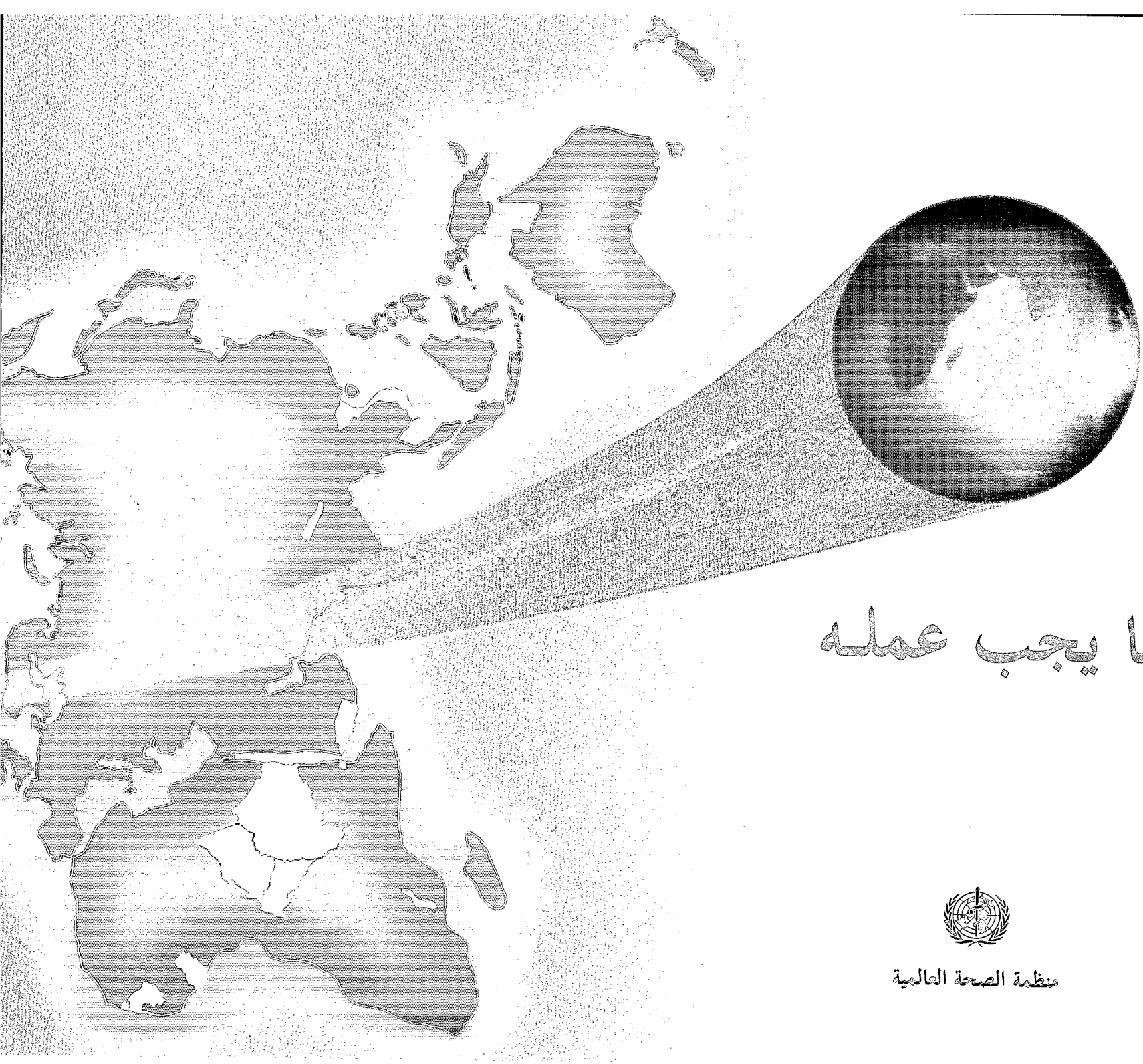
ولايزال هناك تنافس بين الجهات المانحة ينجم عنه ازدواجية في العمل وانتهاج سياسات متناقضة، وتبديد للموارد والطاقات، مما يؤدي إلى تشويه التنمية والانحراف بها عن مسارها في البلدان.

وقد صادفت برامج المنظمة ذاتها صعوبات لدى تنفيذ أنشطتها على النحو الكامل. وأدى نقص التشاور والتنسيق، وعدم كفاية الاهتمام الموجه لمشاكل الادارة والتمويل إلى سوء تنفيذ البرامج فيما بينها.

وفي بلدان نامية كثيرة، تبدو على النظم الصحية علامات ضعف تعود إلى النقص المزمن في الموارد المالية، كما تعود إلى أوجه قصور أخرى. وهناك نسبة هامة من السكان الذين لا تتوافر لهم الرعاية الصحية بشكل دائم. ويركز جزء كبير من الموارد الصحية في المدن الكبرى. وفضلاً عن ذلك، فان هذه الموارد تخصص أحياناً لتكنولوجيات متقدمة موجهة إلى أقلية من السكان على حساب الرعاية الصحية الأولية اللازمة للأغلبية. وهناك أوجه قصور أيضاً فيما يتعلق بالتعاون مع القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى. وهكذا أهملت اجراءات لا غنى عنها، لاتزال هناك حاجة ماسة إليها.

وقد ولّى، اليوم، عهد الخطب والبيانات: دقت ساعة العمل. فكلنا مسؤول ولا مجال أبداً للامبالاة، لأن المحرومين هم الذين سيتحملون تبعات التقصير.

ومع ذلك فان بواعث العاملين في مجال التنمية قوية والوسائل التقنية والمالية متاحة، **فالحلول موجودة.**



ما يجب عمله

منظمة الصحة العالمية

٢ ـ استجابة منظمة الصحة العالمية

المنهج المتبّع بحسب البلد

أمام تردّي الحالة الصحية للسكان في بعض المناطق من العالم، قرر المدير العام أن يوجه عمل المنظمة بحسم نحو البلدان والمجموعات السكانية الأشد احتياجاً. ولهذا الغرض، وبالتنسيق الوثيق مع المديرين الاقليميين، طرح مبادرة بشأن تعزيز التعاون الدولي بلداً بلداً. واستجابة لهذا المنهج، تعدّل برامج المنظمة المعنية أنشطتها بحيث تعطي الأولوية لهذه المبادرة وتعبىء من أجل تحقيقها أفضل الامكانات.

وتنطلق المبادرة من منهج عالمي يقوم على تحليلات اقتصادية جزئية وكلية، تجرى بلداً بلداً. وبناء على تحليل أساسي، توضع خطة عمل، ثم تجمع كل الطاقات المتاحة لتوجيهها نحو هدف واحد: هو النهوض **بصحة سكان البلد**. ولابد عند تطبيق هذه الاستراتيجية المبتكرة تحقيق ما يلي:

- في البلدان: وضع الاجراءات الصحية على نحو رشيد متكامل،
- بالنسبة للمساعدات الدولية: ضمان مشاركة متينة في اطار الاستراتيجيات المنسقة،
- في المنظمة: إحكام تنسيق أنشطة التعاون وحشد الموارد.

تكثيف الدعم

يحدد الدعم المكثف للبلدان على أساس الاحتياجات ذات الأولوية، التي تعرب عنها وزارات الصحة والتخطيط والشؤون المالية. وهكذا يمكن ادماج قطاع الصحة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلد المعني. وعملية التحديد هذه كثيراً ما تستلزم تحليلاً تكميلياً يرمي إلى زيادة فهم:

- مكانة قطاع الصحة في السياسة العامة والميزانية،
- توزيع المسؤوليات والموارد بين القطاع العام والقطاع الخاص، بما في ذلك المنظمات غير الحكومية،
- موقف الجهات المانحة المحتملة.

الاستراتيجية

- في الأجل القريب: اقتراح أنشطة استراتيجية فورية مبنية على تنقيح الخطط الموجودة لاستكمال برامج المنظمة الجاري تنفيذها في البلد،
- في الأجل المتوسط: دعم يشمل المجالات ذات الأولوية في الخطة الصحية الوطنية، ويتضمن جهداً تقنياً ومالياً بالمشاركة الوثيقة مع المنظمة والشركاء الدوليين،
- في الأجل البعيد:

(١) تنمية الموارد البشرية لزيادة قدرات قطاع الصحة في مجال الادارة،
(٢) تعزيز البنيات الأساسية والوسائل الوطنية التي من شأنها حفز التنمية الذاتية،
(٣) تنمية القدرة:
ـــ في مجال التحليلات الاقتصادية الجزئية لزيادة فاعلية توزيع الموارد والتمويل،
ـــ في مجال التحليلات الاقتصادية الكلية لتحسين ادماج قطاع الصحة في اطار سياسات التعديلات الهيكلية.

المشاركة

تبدأ المشاركة عند حدوث اتفاق بين البلد والمنظمة بشأن تكثيف الدعم. ومشاركة الشركاء الدوليين بنشاط في مرحلة مبكرة هي شرط لتحقيق ما يلي:

(١) تحسين مدى ملاءمة وفاعلية المساعدات المتدفقة، بما في ذلك ادارتها وتنسيقها،

(٢) زيادة حجم المساعدة بشكل ضخم ودائم.

كيف تحشد الموارد المالية والتقنية؟

تقوم وزارة الصحة، بالتعاون الوثيق مع وزارة التخطيط وبدعم تقني من المنظمة، بالتعرف على الاحتياجات واعداد مشروع عام بالاجراءات الممكنة. ويجري تحديد الموارد الوطنية والخارجية على شكل خطط تمويل، مع ايلاء اهتمام خاص لتكاليف التشغيل.

وعلى هذا الأساس الرشيد والمنسق يدعى الشركاء العاملون في مجال التعاون الدولي إلى المشاركة.

برامج المنظمة

يهدف المنهج الجديد المتبع ازاء كل بلد على حدة إلى تحسين فاعلية أعمال المنظمة من خلال كافة برامجها. وبفضل تقدير الاحتياجات بشكل أفضل، وتركيز الطاقات وتحسين تنسيق الجهود، يمكن لمسؤولي برامج المنظمة أن يعززوا أو يطوروا اجراءات تنسجم مع مشروع وطني ما للتنمية الاقتصادية والاجتماعية.

٣- الاجراءات المتخذة

في أقل من عام، شملت التحليلات ٢٣ بلداً، منها ١٨ بلداً من أقل البلدان نمواً، وأبرمت التزامات تقنية ومالية مع ١٤ بلداً يجري فيها في الوقت الحاضر تنفيذ تدابير.

والبلدان المستفيدة الأولى هي:
اكوادور، بوليفيا، تشاد، جمهورية أفريقيا الوسطى، جيبوتي، السودان، غانا، غواتيمالا، غينيا، غينيا-بيساو، فييت نام، ملاوي، نيبال، اليمن.

ويتعلق الأمر بأعمال يبدأ تنفيذها حال ابرام اتفاق التعاون الذي يوّقع في نهاية بعثة مشتركة بين المقر الرئيسي والمكتب الاقليمي:

في الأجل القريب

تقديم دعم فوري من أجل:

- التعجيل بمكافحة أمراض معينة: أوبئة الالتهاب السحائي، والبرداء، والتدرن، والجذام،
- سد أوجه النقص فيما يتعلق بالدعم اللوجستي: المعدات والعقاقير الأساسية،
- توفير خبرة تقنية للحكومة بشأن المسائل العاجلة،
- تيسير التشاور بين المسؤولين الوطنيين في مختلف المستويات،
- اعداد المشاريع المطلوب تمويلها،
- دعم مكتب ممثل المنظمة.

في الأجل المتوسط

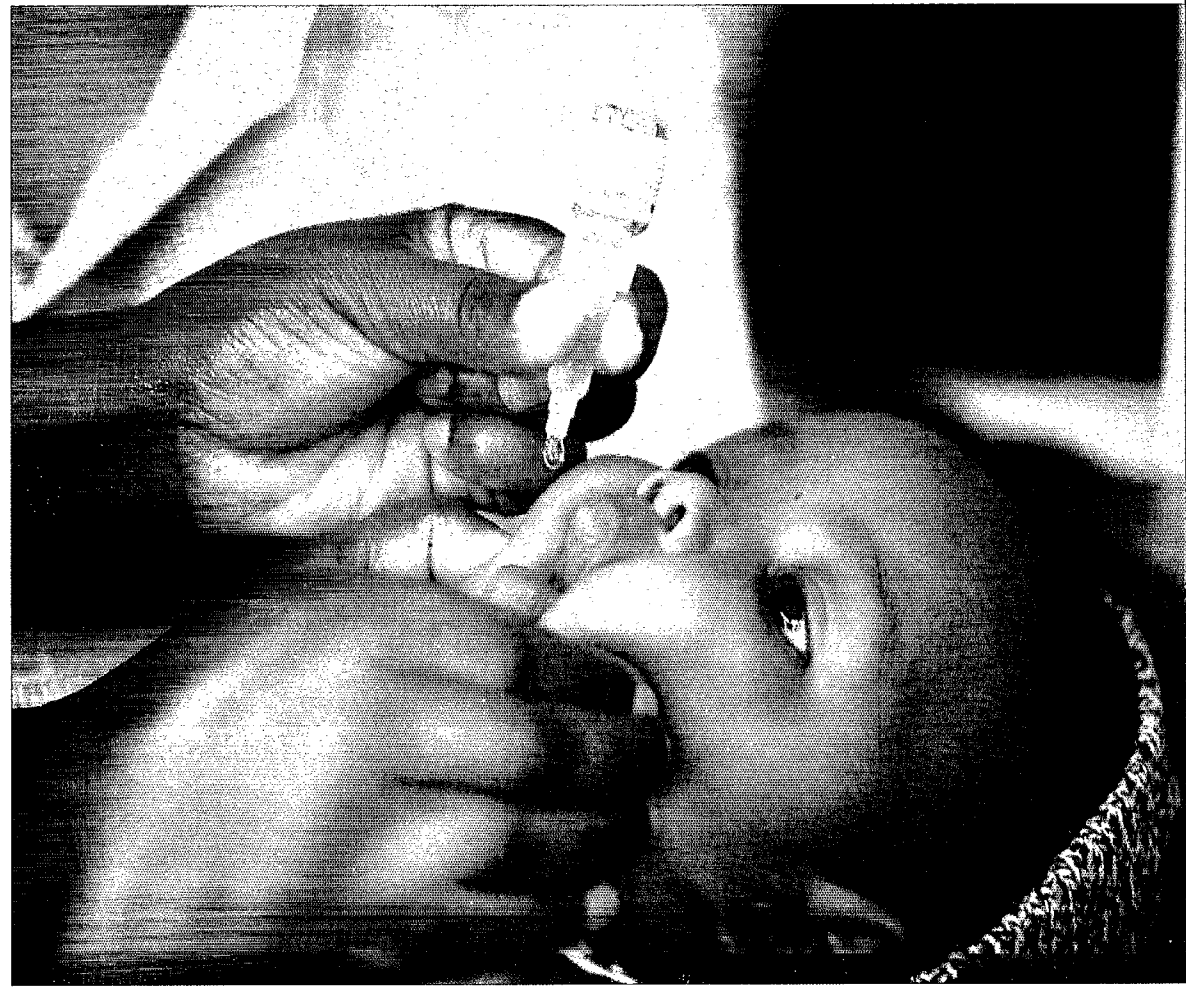
- اجراء دراسات وإعداد خطط وعقد حلقات دراسية عن المسائل ذات الأولوية:
  - تنمية الموارد البشرية،
  - تمويل قطاع الصحة،
  - التشريعات الصحية،
  - الصحة والبيئة،
  - مكافحة أهم الأمراض المتوطنة،
- تعزيز مراكز المعلومات،
- تطوير وظائف التنسيق الداخلي والخارجي،
- نقل التكنولوجيات الملائمة،
- استحداث قدرة في مجال الاتصالات والاعلام الموجّه للجمهور ولصانعي القرار،
- التثقيف الصحي،
- اصلاح النظم الصحية في البلدان التي تنتهي فيها حالة الحرب.

في الأجل البعيد

تهدف هذه الاجراءات إلى تحقيق الاستقلال الوطني، وهي تتعلق في المقام الأول بما يلي:

- متابعة التدابير الصحية على صعيد التنفيذ وتطويرها وتعديلها،
- تحليل خيارات نظم الادارة والتمويل،
- السياسات الاقتصادية الكلية المرتبطة بالصحة.

٤ - كيفية الانضمام إلى المبادرة؟



ماذا يُنتظر من البلدان المعنية؟

يقوم البلد الذي يختار تكثيف وتعجيل تعاونه التقني مع المنظمة ومجموعة الوكالات والمؤسسات الدولية والثنائية المعنية، بالتعاون النشط مع المنظمة، باعداد تقييم أولي يشمل ما يلي:

- وضع خطة العمل الصحي وتحديثها، ان لم يكن ذلك قد تم فعلا،
- التعرف على الاحتياجات، ولاسيما الاحتياجات الأساسية،
- وصف الاجراءات والمخصصات ذات الأولوية المتعلقة بالميزانية،
- ابداء اقتراحات لتحسين ادارة النظام الصحي بغية التعجيل بتنفيذ الرعاية الصحية الأولية.

ما الذي يتعين عمله على البلد الراغب في الانضمام؟

تقترح الحكومة على المدير العام للمنظمة وعلى المدير الاقليمي استقبال بعثة توفد بغية ابرام اتفاق للتعاون المكثف.

الخلاصـة

في مواجهة الوضع الصحي الذي لا يمكن قبوله، والأرقام الدامغة، والآثار السلبية المترتبة على بعض أشكال التعاون غير الملائمة، كان لزاماً على منظمة الصحة العالمية أن تفعل شيئاً. وهكذا، فانها تضطلع بشكل كامل بمسؤولياتها

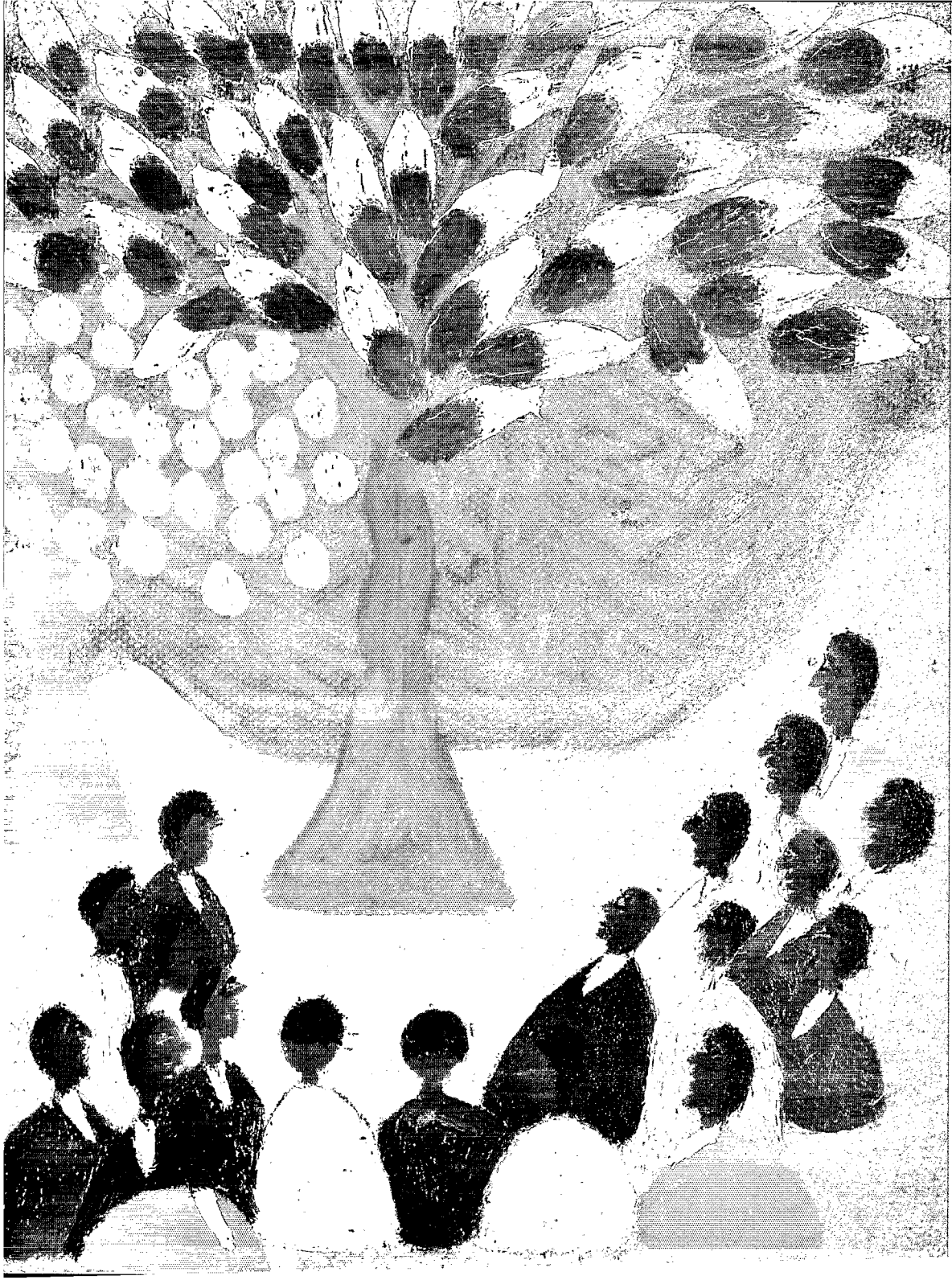
وبدورها القيادي والتنسيقي في ايجاد الحلول التي يتعين على المجتمع الدولي أن يجدها للمشاكل المطروحة. ويتمثل الرهان في حفز البلدان على بناء صرح تنمية متكاملة ودائمة.

ومن الواضح أن المنظمة عاقدة العزم على الالتزام بشكل أفضل وأقوى بدفع الاجراءات التي بدىء فيها قدماً. ذلك أنه لا يوجد في الوقت الراهن أي خيار آخر، بالنظر إلى الجهد العالمي المطلوب، فيما يتعلق بمواجهة التحدي المتمثل في بقاء معدلات الوفيات على ما هي عليه من ارتفاع والأمراض التي يمكن تلافيها.

ولقد طرحت المبادرات الأولى بالفعل. كما بدأ العمل بآليات التنسيق، التي من شأنها أن تؤدي إلى تحسين الادارة وإلى توزيع الموارد، وتلك الآليات يمكن تنفيذها فوراً من قبل بلدان أخرى ولخدمة مجموعات سكانية أخرى من المجموعات المحرومة.

«والأهم من ذلك أن تعتمد منظمة الصحة العالمية وشركاؤها جميعاً إلى الدعوة لادراج قضية الصحة والتنمية الاجتماعية في سياسات واجراءات التكيف الاقتصادي وتبريرها على الصعيد الوطني والدولي. إذ أن تدفق الموارد الدولية الكبير المتوقع على مدى السنوات القادمة يهيىء فرصة الاختيار بين عدد من الأهداف الانمائية المتنافسة. وهذا في حد ذاته يشكل مناسبة فريدة لايلاء موضوع الصحة مكان الصدارة».

بيان الدكتور هيروشي ناكاجيما، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، أمام جمعية الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٩.



ميور فالي: شجرة الإجماع

الاخراج: ب. سوروغ، منظمة الصحة العالمية/ جنيف
التنفيذ الفني: ج. ف. كريتيان/ جنيف
الصور والرسوم: ي. بافي/ جنيف
الطباعة: بنتيلي/ برن

الصور:

١- ديرك هالستيد-غاما
٢- آرنو دي فيلدنبرغ-غاما
٣- أ. س. كوشار-منظمة الصحة العالمية
٤- ميشيل لوران-غاما
٥- هنري غيّوم-أورستوم
٦- دومينيك دار-غاما
٧- جيلبر أوزان-غاما
٨- يورغن شيت-منظمة الصحة العالمية

باذن من وكالة غاما والأورستوم

التسميات الواردة في هذا الكتيب وطريقة عرض المواد لا تعني بأي حال من الأحوال التعبير عن وجهة نظر معينة لمنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو اقليم أو منطقة أو للسلطات فيها، أو فيما يتعلق بحدودها.

ICO/90.2

NPP

منظمة الصحة العالمية

١٢١١ جنيف ٢٧، سويسرا

تلكس: ١٦ ٤١ ٥٤ ٤١، جنيف – تليفاكس: ٤٦ ٠٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١