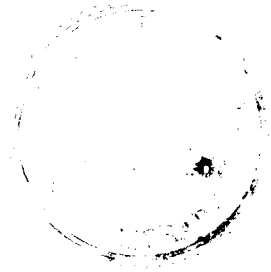




ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

Восемьдесят первая сессия

Пункт 11 предварительной повестки дня



ДОКЛАДЫ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ ПО ВАЖНЫМ ВОПРОСАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕГИОНАХ,
ВКЛЮЧАЯ ВОПРОСЫ, РАССМОТРЕННЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫМИ КОМИТЕТАМИ

Доклад директора Регионального бюро для стран Африки

Генеральный директор имеет честь представить Исполнительному комитету доклад директора Регионального бюро для стран Африки, в котором освещаются важные вопросы деятельности в Регионе, включая вопросы, вытекающие из дискуссии на тридцать седьмой сессии Регионального комитета. Члены Исполкома, желающие ознакомиться с полным текстом доклада Регионального комитета, могут получить его в зале заседаний Исполнительного комитета.

ДОКЛАД РЕГИОНАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ПО ВАЖНЫМ ВОПРОСАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В РЕГИОНЕ, ВКЛЮЧАЯ ВОПРОСЫ, РАССМОТРЕННЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫМ КОМИТЕТОМ

ВВЕДЕНИЕ

1. В результате резкого роста внешнего долга Африки и тяжелых условий международного экономического кризиса, который продолжается уже в течение нескольких лет, ряд государств-членов в Африканском регионе стал обращаться на международные валютные рынки, где в основном представлен частный капитал и где поэтому созданы особенно тяжелые условия и сроки для займа. Положение осложняется также тем, что основная расчетная валюта ВОЗ продолжает падать. Региону пришлось значительно сократить расходы, поскольку, как и в других регионах ВОЗ, его бюджет был урезан, несмотря на особое социально-экономическое положение Региона. Тем не менее, государства-члены Африканского региона успешно осуществили ряд организационных изменений и оказали поддержку главным направлениям одобренной на международном уровне политики, учитывая их при планировании своих национальных программ.

2. Почти через 10 лет после Алма-Атинской конференции государства-члены и Региональное бюро совместно решили провести оценку своего поступательного движения к цели - здоровье для всех, с тем чтобы выяснить, близка или нет поставленная цель. Для того, чтобы четко определить организационные рамки подхода с позиций первичной медико-санитарной помощи, Региональный комитет на своей тридцать пятой сессии в Лусаке в 1985 г. принял сценарий действий на три года, предусматривающий проведение анализа инфраструктуры системы здравоохранения на местном или районном уровнях (1986-1987 гг.), промежуточном уровне (1987-1988 гг.) и на центральном уровне (1988-1989 гг.). Основной упор делается на районный уровень, при этом оказывается поддержка на других уровнях. В этой связи начался обмен опытом, проводится оценка достигнутого. Все большее число районов во всех странах Региона вовлекаются в эту деятельность. Закончен анализ деятельности, проводившейся в течение первого года; на следующем этапе будет проведен сбор данных о состоянии здравоохранения в районах с использованием вопросников, которые будут обработаны на компьютере. В докладе дается анализ положения в области здравоохранения на районном уровне в 43 государствах-членах.

3. Не прибегая к помощи специально разработанных вопросников, Региональное бюро провело сбор информации из всех стран Региона, где 24% районов (всего их около 2726) уже функционируют (см. пункты 36-39 ниже). Но возникает настоятельная необходимость в ресурсах и в лучших методах управления. Несколько стран уже готовы участвовать в проверке методов проведения оценки.

4. Отрадно отметить, что во многих странах Региона также осознали, что здравоохранение является стимулом для социально-экономического развития и что здравоохранение связано с сельским хозяйством, мелкими предприятиями в деревнях и деятельностью на местном уровне.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ АФРИКАНСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО КОМИТЕТА ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (АККРЗ)

5. В Региональном бюро для стран Африки имеется ряд комитетов и рабочих групп, которые вплоть до настоящего времени действовали разрозненно и независимо друг от друга. Их задача состояла в том, чтобы предлагать повестку дня заседаний Регионального комитета. Было решено объединить эти комитеты и рабочие группы под эгидой АККРЗ, который будет координировать их деятельность и содействовать разработке конкретных направлений политики в области здравоохранения.

6. Если раньше выборы в АККРЗ носили случайный характер, то в настоящее время в состав Комитета входят представители других комитетов и рабочих групп. Координация работы этих комитетов и рабочих групп в Региональном бюро, а также сети подобных учреждений в государствах-членах Африканского региона будет содействовать четкому определению политики в области здравоохранения и ее воплощению в жизнь. Это также даст возможность расширить участие государств-членов Региона в работе ВОЗ и будет содействовать их стремлению к достижению здоровья для всех.

7. Для того, чтобы максимально увеличить влияние АККРЗ в рамках Регионального бюро и в государствах-членах, его председателем будет избираться выдающийся деятель в области медицинской науки, который занимает важное положение в одном из государств-членов и поэтому независим от ВОЗ; секретарем будет штатный сотрудник ВОЗ на полной ставке, работающий под руководством директора Регионального бюро. Шесть членов явятся представителями трех региональных межсекторальных рабочих групп, занимающихся основными вопросами здравоохранения на уровне общины: вода, санитария и жилищные условия (2 члена); население, пищевые продукты и питание (2 члена); образование, информация и образ жизни (2 члена). Шесть членов будут представителями трех

региональных сетей учреждений, решающих наиболее важные вопросы деятельности в области развития здравоохранения; стимулирование научных исследований в области здравоохранения (2 члена); подготовка руководителей в области здравоохранения (2 члена); управление ресурсами здравоохранения (2 члена). Шесть членов будут экспертами, которые будут в основном заниматься разработкой политики в области здравоохранения: советники по экономическим и финансовым вопросам (2 члена); представители Программного подкомитета (2 члена); председатель (не является штатным сотрудником ВОЗ) и секретарь (штатный сотрудник ВОЗ) (2 члена). Шесть наблюдателей будут представлять правительственные (двусторонние), неправительственные и другие учреждения, проявляющие интерес к проблемам здравоохранения и развития в Африке; в последующие годы директор Регионального бюро будет направлять приглашения наблюдателям, представляющим различные учреждения следующим образом: двусторонние (правительственные) учреждения (2 наблюдателя); неправительственные организации (2 наблюдателя); независимые фонды (2 наблюдателя). Реорганизованные таким образом АККРЗ будут осуществлять следующие функции:

- (1) проводить анализ стратегии развития здравоохранения и плана действий в Регионе, намечая пути и средства их осуществления с учетом экономического и социально-культурного развития стран Региона;
- (2) проводить анализ и разрабатывать политику в области развития здравоохранения в связи с другими проблемами развития, делая особый акцент на основных слагаемых здравоохранения: населении, социальном поведении, охране окружающей среды и деятельности служб здравоохранения;
- (3) проводить анализ процесса управления программой ВОЗ и, в частности, общей программы работы, политики в области программного бюджета и оценки осуществления региональной стратегии достижения здоровья для всех в соответствии со сроками, утвержденными руководящими органами ВОЗ, и выносить рекомендации;
- (4) рассматривать другие актуальные вопросы, относящиеся к развитию здравоохранения в Регионе, и давать рекомендации.

СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ ПРОТИВ СПИД И ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И БОРЬБЕ

8. СПИД и другие клинические проявления инфекций ВИЧ становятся серьезной проблемой здравоохранения в Африканском регионе и в связи с этим представляют потенциальные препятствия на пути достижения здоровья для всех к 2000 г. В настоящее время считается, что во всех странах имеются случаи СПИД. У инфицированных может развиться СПИД или пара-СПИД, либо они могут чувствовать себя здоровыми (бессимптомные носители инфекции), хотя могут передавать болезнь другим. В связи с этим необходимо принять меры, направленные на ограничение распространения ВИЧ, используя с этой целью распространение информации и санитарное просвещение, осуществить изменения в сексуальном поведении, обеспечить безопасность при переливании крови и получении продуктов крови и избежать использования нестерильных игл, шприцов и других укалывающих инструментов.

9. При разработке национальных стратегий борьбы против СПИД и планов действий по его предупреждению и борьбе особое внимание уделяется созданию национального комитета по СПИД или другого аналогичного учреждения. Каждая страна должна предпринять свою национальную программу борьбы со СПИД, осуществляемую в рамках первичной медико-санитарной помощи. С этой целью необходимо:

- (1) разработать инфраструктуру здравоохранения, действующую от центрального уровня до периферийного (районного), чтобы обеспечить эпидемиологический надзор, создание лабораторий, клинические и профилактические меры, а также меры борьбы с болезнью;
- (2) разработать практические планы, интегрированные в систему медико-санитарной информации, санитарного просвещения и диагностики;
- (3) разработать меры по эпидемиологическому надзору за ВИЧ, рассматривая их как часть общей деятельности по эпидемиологическому надзору в районах.

10. Достижение цели - здоровье для всех, может оказаться пустой фразой, если не будет покончено с угрозой СПИД в мире. В Африканском регионе с большой ответственностью отнеслись к этой проблеме. В Региональном бюро была создана специальная группа по СПИД. Совместно с экспертами штаб-квартиры региональные бригады посещают отдельные страны, оказывая им консультативную помощь и координируя их мероприятия по борьбе с болезнью. Региональное бюро проводит

тщательный анализ эпидемиологических данных, поступающих из стран. Энергично перестраивается система подготовки лабораторных сотрудников. Были отобраны сотрудничающие центры ВОЗ, которые примут участие в проведении исследований на глобальном уровне.

11. В настоящее время проходят переговоры с учреждениями-донорами в целях улучшения организации инфраструктуры системы здравоохранения, с тем чтобы в рамках этих систем успешно решать и без того трудные проблемы здравоохранения, а также присоединиться к глобальной борьбе со СПИД. Финансовые ресурсы в странах также ограничены. В условиях, когда расходы на душу населения составляют 10-20 долл. США в год, бюджетных ассигнований в странах было уже недостаточно еще до появления эпидемии СПИД на Африканском континенте. Для лабораторий необходим квалифицированный персонал. Имеется серьезная нехватка микроскопов, химических реагентов и других самых необходимых материалов. Крайне мало станций переливания крови, и зачастую они действуют далеко не в идеальных условиях.

12. Необходимо принять неотложные меры в области общественной информации. Чрезвычайно важно, чтобы информация и санитарное просвещение дошли до женщин, включая матерей будущих поколений, ибо от них во многом зависят все изменения в области развития и моделей поведения. Другие элементы первичной медико-санитарной помощи, определенные Алма-Атинской конференцией, включая продукты питания, водоснабжение и санитарную охрану здоровья матери и ребенка и планирование семьи, материально-техническое снабжение и стоимость вакцин и их доставку, должны стать неотъемлемой частью разрабатываемых в настоящее время стратегий борьбы со СПИД. Чем больше внимания уделяется борьбе со СПИД в мировом масштабе и трудностям, с которыми пришлось впервые столкнуться, тем больше становится ясно, что борьбу со СПИД, как и с любой болезнью, следует вести поэтапно, от района к району.

13. Отрадно отметить, что страны своевременно давали информацию о случаях СПИД, создавали национальные комитеты по борьбе со СПИД, сотрудничали с мобильными бригадами ВОЗ по разработке чрезвычайных, среднесрочных и долгосрочных стратегий, слаженно работали с учреждениями-донорами и в ряде случаев сотрудничали в подготовке аудиовизуальных материалов. Следует еще раз подчеркнуть, что даже те страны, которые не рассматривают в настоящее время СПИД как проблему общественного здравоохранения, выражают готовность присоединиться к общей борьбе, развернувшейся во всем мире. (См. также пп. 40-42 ниже.)

АНАЛИЗ ПОЛОЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАЙОНАХ

14. На тридцать пятой сессии Регионального комитета, которая проходила в Лусаке в 1985 г., Региональное бюро выдвинуло план действий, направленный на ускорение достижения цели - здоровье для всех. Мероприятия плана охватывают трехлетний период, начиная с организации поддержки на районном уровне (1986-1987 гг.). На тридцать шестой сессии в Браззавиле было достигнуто соглашение о том, что необходимо готовить ежегодный отчет о состоянии здравоохранения в районах государств-членов, расположенных в Регионе.

15. Использование вопросника помогло систематизировать информацию и получить необходимые данные, на основе которых можно проводить анализ и составлять рекомендации.

16. Согласно полученным данным, в 41 стране имеются районные комитеты развития. Теоретически, а также обычно и практически, в состав такого комитета входит председатель, являющийся представителем центрального правительства, и члены, представляющие местный персонал, а также представители неправительственных и религиозных организаций. Но в документах имеются многочисленные жалобы, что эти комитеты существуют только на бумаге, что работают они не систематически и собираются от случая к случаю, при этом они занимаются исключительно административными проблемами, уделяя мало внимания (или не уделяя его вообще) вопросам здравоохранения.

17. В 41 стране используется самая различная терминология: в большинстве стран используется термин "районы", но в Мали употребляется термин "округа"; в Нигере - "arrondissements"; в Заире - "зоны"; в Нигерии - "местные правительственные округа"; в Эфиопии - "awrajas"; в Анголе - "муниципалитеты"; в Мадагаскаре - "fivondrana"; в нескольких странах их называют "управлениями" (Камерун, Сенегал); "prefectures" или "subprefectures" (Кот-Дивуар).

18. Анализ показывает, что даже если районы созданы с учетом географических, политических и административных факторов, они не всегда совпадают со структурой медико-санитарной сети. Понимая это, некоторые страны пытаются как можно больше приблизить медико-санитарные участки к административным районам. Более близкое соответствие позволит избежать нынешних трудностей при распределении обязанностей или потери времени из-за дублирования или бюрократии.

19. Было отмечено, что в 60-75% всех районов за последние 3-4 года были созданы подкомитеты здравоохранения, которые по инициативе министерств назначают координаторов программ первичной медико-санитарной помощи в районах и одного районного сотрудника, который оказывает помощь в деревнях. Зачастую на совещаниях районных комитетов присутствует даже министр здравоохранения.

20. Независимо от географического положения можно выделить несколько групп стран:

(1) В первой группе (17 стран) имеются хорошо разработанные краткосрочные и среднесрочные планы, к реализации которых можно приступить. Руководители совместно с населением определяют приоритетные направления. В достаточной степени обеспечено руководство действиями членов передовой бригады, которые прошли основную подготовку и продолжают свое образование. Имеются сводные данные, которые анализируются, причем в ряде случаев с помощью компьютеров. Однако еще не полностью отлажена обратная связь с районами и их населением, и, как следствие, здесь еще не произошла переориентация деятельности.

(2) Во второй группе (14 стран) начался процесс управления, что позволяет активно проводить в жизнь определенные приоритетные направления; в некоторых странах этот процесс идет нерегулярно. Нет точных знаний относительно различных аспектов процесса управления, и поэтому нет ясности, как проводить контроль и оценку. Поэтому необходимо уделять больше внимания плану действий и его изучению.

(3) Нельзя ничего сказать определенного относительно положения в третьей группе (10 стран), поскольку, хотя там проходит определенная деятельность, из этих стран не поступает отчетов, и поэтому нельзя сказать, существует ли там разработанный план действий. Из-за отсутствия информации нельзя сделать никаких выводов.

ДЕКЛАРАЦИЯ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОСНОВЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ

21. Спустя более 23 лет министры здравоохранения Африки провели вторую конференцию. Она проходила 28-29 апреля 1987 г. в Каире, и в ее работе приняли участие представители 41 государства, международных организаций и освободительных движений. Региональное бюро подготовило документ, озаглавленный "Здравоохранение как основа для развития". Представители африканских государств приветствовали подготовленный документ, указав, что он отражает актуальные проблемы Африки.

22. Конференция призвала международное сообщество, международные организации и особенно государства-члены интенсифицировать усилия и углубить сотрудничество в области развития здравоохранения и практически осуществить все необходимые рекомендации, содержащиеся в Лагосском плане действий, программе по приоритетным областям для экономического возрождения Африки, в Программе действий Организации Объединенных Наций по экономическому возрождению и развитию Африки и в Планах действий, принятом в Мар-дель-Плате. Участники Конференции также предложили Генеральному секретарю ОАЕ сотрудничать с международными организациями, в частности с ВОЗ, содействовать проведению многосекторальных действий и междисциплинарных мероприятий в целях обеспечения развития здравоохранения в Африке.

23. Сорок шестая сессия Совета министров ОАЕ приняла к сведению доклад Генерального секретаря ОАЕ о работе второй сессии Конференции министров здравоохранения Африки и постановила рекомендовать двадцать третьей сессии Ассамблеи глав государств и правительств ОАЕ одобрить Декларацию о здравоохранении как основе для развития. Экземпляр принятой Декларации прилагается (Приложение).

ИНИЦИАТИВА БАМАКО

24. С 9 по 16 сентября 1987 г. в Бамако, Мали, проходила тридцать седьмая сессия Регионального комитета, которая приняла резолюцию AFR/RC37/R6, призывающую к новому подходу по обеспечению здоровья женщин и детей на уровне общины.

25. Эта идея, высказанная Директором-распорядителем ЮНИСЕФ г-ном J. Grant, вскоре получила название "Инициатива Бамако". Идея прекрасно сочетается с программой Регионального бюро, направленной на обеспечение развития на базе первичной медико-санитарной помощи, которое должно проходить на низовом (районном) уровне, уделяя особое внимание медико-санитарному обслуживанию женщин и детей.

26. Сложилось положение, когда в районах либо нет лекарственных средств, либо их рыночная цена слишком высока для средней семьи. В рамках Инициативы планируется мобилизовать средства (на начальном этапе около 100 млн. долл. США), закупить основные лекарства и распределить их среди большинства районов Африканского региона.

27. Эти лекарственные средства будут продаваться пациентам по более низким ценам. Небольшая прибыль, полученная от продажи лекарств на местах, даст возможность районам произвести закупки инструментов для производства местных работ или транспортных средств для доставки больных в больницу. Если программа будет хорошо организована, то можно надеяться, что доходы от продажи лекарственных средств позволят закупить больше лекарств, поскольку их запасы истощились, создавая таким образом возобновляемый фонд при проведении программ первичной медико-санитарной помощи на районном уровне и на уровне общины.

28. В принятой резолюции представители Регионального комитета указали на необходимость разработки механизма самофинансирования первичной медико-санитарной помощи на районном уровне; с удовлетворением отметили убедительный опыт ряда стран (Кения, Камерун и Мозамбик) по созданию возобновляемого фонда, что дало возможность возместить расходы для закупки основных лекарственных средств; и выразили признательность Директору-распорядителю ЮНИСЕФ за выдвинутую инициативу.

29. Региональный комитет одобрил инициативы, направленные на мобилизацию населения и его привлечение к проведению политики в области основных лекарственных средств и охраны здоровья матери и ребенка на районном уровне. Регулярное снабжение лекарственными средствами хорошего качества и по возможно низким ценам стимулировало бы отдельные страны оказывать поддержку первичной медико-санитарной помощи.

СОТРУДНИЧЕСТВО С ДРУГИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

30. Региональный комитет всецело заинтересован поднять сотрудничество между различными учреждениями на новый уровень, особенно на местах.

(1) ЮНИСЕФ. 7-8 сентября 1987 г. в Бамако проходила третья ежегодная встреча директоров региональных бюро ВОЗ и ЮНИСЕФ, на которой присутствовал г-н J. Grant, Директор-распорядитель ЮНИСЕФ. Совещание проходило за два дня до сессии Регионального комитета. Главной целью ежегодных консультативных встреч является анализ опыта проведения совместных мероприятий на национальном уровне. Повестка дня включала следующие вопросы:

- анализ межведомственного сотрудничества, выявление положительного опыта и трудностей и принятие мер по укреплению координации, сотрудничества и взаимодополняющих мероприятий на различных уровнях;
- пересмотр стратегии для проведения совместных действий: текущие расходы и участие населения в Расширенной программе иммунизации, борьба против недостаточности йода; и изменения в структуре программ, нацеленных на уязвимые группы населения;
- изучение возможности создания механизмов обмена информацией и единой системы, которая позволила бы проводить контроль отдельных мероприятий, таких как "всеобщая иммунизация детей в 1990 г.";
- обсуждение стратегий по первичной медико-санитарной помощи на районном уровне;
- анализ достижений в других областях сотрудничества.

(2) ПРООН. В 1987 г. сотрудничество с ПРООН углубилось; были определены приоритетные области здравоохранения в странах для включения в четвертый цикл национальной программной деятельности ПРООН (1987-1991 гг.). Были представлены предложения по созданию международных проектов, направленных на оказание поддержки районным мероприятиям в области здравоохранения и создание инфраструктуры служб здравоохранения, которые будут финансироваться ПРООН.

(3) ЮНФПА. 4-6 ноября 1987 г. в Браззавиле состоится совместное совещание ВОЗ/ЮНФПА. В нем примут участие директора национальных проектов, представители ВОЗ и штаб-квартиры и региональные сотрудники ВОЗ и ЮНФПА, которые проведут обмен информацией, чтобы:

- (а) четко определить права, роли, участие и стратегии ЮНФПА и ВОЗ в поддержку программ охраны здоровья матери и ребенка и планирования семьи в Африке;
- (б) провести обзор этих программ и новых направлений сотрудничества;
- (с) наметить пути для повышения качества внешнего сотрудничества и преодоления трудностей при осуществлении программ.

ВОПРОСЫ, РАССМОТРЕННЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫМ КОМИТЕТОМ

31. Тридцать седьмая сессия Регионального комитета дала оценку достигнутого; не впадая в иллюзии и стараясь быть объективными, представители с чувством глубокого оптимизма проанализировали пройденный путь, а также проблемы, которые предстоит решать, сконцентрировав свое внимание, *inter alia*, на следующих вопросах.

Двухгодичный отчет регионального директора, 1985-1986 гг.

32. Впервые в докладе регионального директора анализировалась работа, проведенная в двухгодичный период. Доклад рассматривает программы под углом зрения реорганизации и в соответствии с программами Регионального бюро, программами межнациональной группы по развитию здравоохранения и программами отдельных стран. Новым явилось то, что во многих отчетах, поступивших из стран, основное внимание уделялось проведению в жизнь программ первичной медико-санитарной помощи в районах.

Оптимальное использование ресурсов ВОЗ: программный бюджет - рассмотрение Введения Генерального директора к проекту программного бюджета на 1988-1989 гг.

33. Практика подготовки отчетов стран об использовании ресурсов ВОЗ началась после принятия политики в отношении региональных программных бюджетов в сентябре 1986 г. Попутно директор Регионального бюро создал систему планирования, использования и контроля ресурсов (Координация программной деятельности Африканского регионального бюро), возложив обязанность за ее функционирование на представителей ВОЗ.

34. Эта система все больше внедряется в практику. Отчеты по странам, которые будут представлены Региональному комитету в 1988 г., дадут возможность оценить ее эффективность в плане осуществления политики в области региональных программных бюджетов. Интересно отметить, что на 28 июня 1987 г. было уже использовано 79% средств по региональному двухгодичному бюджету; при этом менее одной трети стран использовали до 75% бюджетных ассигнований. Этот показатель является более высоким по сравнению с предыдущим двухгодичным периодом. Бюджетные обязательства распределены на весь двухгодичный период, при этом они не будут выполняться только в последней четверти 1987 г., что означало бы неправильное использование ресурсов ВОЗ в странах.

35. Региональный комитет подтвердил, что Организация играет двойную роль: с одной стороны, она призвана быть направляющим и координирующим органом международного здравоохранения и, с другой, - инициатором технического сотрудничества между государствами-членами. Комитет отметил, что многие страны все еще рассматривают ВОЗ как еще одно агентство-донор, причем некоторые страны готовят "списки закупок", которые мало связаны с осуществлением национальной стратегии достижения здоровья для всех. Делегатам напомнили, что директор Регионального бюро может удовлетворить запросы правительств лишь в том случае, если они подготовлены в соответствии с политикой Организации.

Ускорение движения к цели - достижение здоровья для всех в государствах-членах Африканского региона: анализ положения в области здравоохранения в районах

36. Информация была собрана из материалов министерств здравоохранения и из месячных, квартальных, полугодовых и годовых отчетов, составленных представителями ВОЗ. Хотя полученная информация является неполной, можно отметить, что около 24% районов в 41 стране (из двух стран не поступило информации) являются практически действующими в том смысле, что составлен конкретный план по первичной медико-санитарной помощи и имеется соответствующий персонал. Не учитывались районы, где проходят эксперименты, и районы, охваченные одной из национальных стратегий.

37. Все страны можно разделить на три группы в зависимости от уровня планирования деятельности (см. пункт 20 выше).

38. Во всех трех группах стран осознают трудности, связанные со сбором данных, проведением оценки и, прежде всего, с определением столицы района. Теоретически работники здравоохранения на местах должны представлять три группы: правительство, население, двустороннее/многостороннее агентство. Большая часть работы на местах проводится неправительственными организациями, хотя именно здесь правительство должно устанавливать прочные связи с населением.

39. Региональный комитет приветствовал предложение регионального директора о разработке показателей для контроля хода работы на районном уровне.

Обзор программы борьбы со СПИД

40. Региональный комитет отметил, что положение в отношении СПИД в большинстве стран Региона представляет не только непосредственную опасность для здоровья их населения (см. пункты 8-13 выше), но также для всего социально-экономического развития и для достижения здоровья для всех к 2000 г.

41. Комитет предложил государствам-членам сотрудничать с ВОЗ в обмене информацией, включая направление данных о болезни, и усилить их деятельность по борьбе со СПИД, рассматривая ее как часть первичной медико-санитарной помощи и делая упор на санитарное просвещение и распространение общественной информации.

42. Комитет дал высокую оценку тому факту, что ВОЗ быстро реагирует на запросы стран по борьбе против СПИД и его предупреждению, отметив, в частности, ведущую и координирующую роль Организации на глобальном уровне.

Предложение об усилении общественного влияния ВОЗ путем пропаганды деятельности Организации в области развития здравоохранения

43. В документе, представленном Региональному комитету (план действий, намеченный в документе AFR/RC37/10), остро поставлен вопрос: почему ВОЗ не пользуется таким же влиянием, как другие учреждения системы Организации Объединенных Наций или неправительственные организации, хотя согласно Уставу: (1) Организация является руководящим и координирующим органом в работе по здравоохранению, и (2) приоритетными областями являются предоставление информации и санитарное просвещение в целях здравоохранения?

44. Региональный комитет считает, что у сотрудников секторов здравоохранения стран Африканского региона сложился весьма положительный образ ВОЗ. Однако необходимо добиться того, чтобы такой же образ сложился в глазах общественности, средств массовой информации, среди различных секторов по развитию, в университетах и среди научной общественности.

45. Было разработано несколько рекомендаций, направленных на усиление влияния ВОЗ. Все единодушно согласились в том, что основную роль здесь должны играть представители ВОЗ. Их личные качества, компетенция, их работа в целом, динамизм, связи со средствами массовой информации и различными национальными секторами по развитию, а также способность мобилизовать ресурсы должны в значительной степени содействовать укреплению образа ВОЗ. Деятельность ВОЗ должна пропагандироваться не только на региональном и глобальном, но также и на национальном уровне.

Восьмая общая программа работы

46. Региональный комитет отметил, что документ AFR/RC37/16, касающийся Восьмой общей программы работы, уже подробно обсуждался и был принят на тридцать седьмой сессии Регионального комитета и на Сороковой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1987 г. Комитет считает, что документ носит всеобъемлющий характер, поскольку охватывает все программы, которые необходимы для развития национальных систем здравоохранения. Более того, в Программе работы изложены руководящие указания по их осуществлению, контролю и оценке и определяется соответствующая роль Регионального комитета, а также разработаны программы ВОЗ по использованию ресурсов на национальном уровне. Комитет также согласился, что следует выборочно подходить к классифицированному списку программ. Будет полезно систематически анализировать список при проведении диалога между правительствами и ВОЗ, выявляя те программы и виды деятельности в них, которые будут наиболее полезным для отдельной страны.

Инициатива Бамако

47. Впервые в работе тридцать седьмой сессии Регионального комитета принял участие Директор-распорядитель ЮНИСЕФ. В результате плодотворного сотрудничества Директора-распорядителя и директора Регионального бюро ВОЗ для стран Африки Региональный комитет принял резолюцию AFR/RC37/R6, направленную на содействие охране здоровья матери и ребенка путем финансирования и проведения в жизнь программ по основным лекарственным средствам на уровне общины (см. пп. 24-29 выше).

48. Региональный комитет также обсудил и принял резолюции и решения по следующим вопросам:

- (1) учреждение премии имени д-ра Comlan A. A. Quenum за деятельность в области общественного здравоохранения в Африке (резолюция AFR/RC37/R1);
- (2) специальная программа научных исследований, разработок и подготовки научных кадров в области воспроизводства населения в государствах-членах Африканского региона (резолюция AFR/RC37/R7);
- (3) распределение работы между Региональным комитетом, Исполнительным комитетом и Всемирной ассамблеей здравоохранения: пути и методы выполнения резолюций, относящихся к региональной деятельности, которые принимаются Всемирной ассамблеей здравоохранения и Исполнительным комитетом (резолюция AFR/RC37/R3);
- (4) порядок работы и продолжительность Всемирной ассамблеи здравоохранения (решение 9);
- (5) Тематические дискуссии на Сорок первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 1988 г. (был принят к сведению доклад "Развитие руководящих кадров в интересах здоровья для всех", содержащийся в документе AFR/RC37/14);
- (6) отчет о Тематических дискуссиях на тридцать седьмой сессии Регионального комитета: практическая поддержка первичной медико-санитарной помощи на местном уровне (резолюция AFR/RC37/R4).

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНГ/DECL.1 (XXIII)

ДЕКЛАРАЦИЯ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ОСНОВЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ

Мы, главы государств и правительств Организации африканского единства, собравшись на двадцать третью сессию, которая проходила с 27 по 29 июля 1987 г. в Аддис-Абебе, Эфиопия,

ПРИНИМАЯ ВО ВНИМАНИЕ,

- Что Лагосский план действий определил основу для социально-экономического развития стран Африки.
- Что макроэкономика африканских стран находится в тисках кризиса, обусловленного засухой, голодом, выплатой национального долга, неблагоприятным международным экономическим климатом и нестабильностью валют.
- Что инициативы по развитию микроэкономики помогут создать надежную основу для развития макроэкономики в странах, как это предусмотрено в Лагосском плане действий.
- Что при разработке данных инициатив по развитию микроэкономики приоритет отдается сельскому хозяйству; другими словами, содействие созданию небольших сельскохозяйственных и промышленных предприятий (включая местное кустарное производство) и мелкое предпринимательство.
- Что развитие сельского хозяйства и других производственных сфер (на макро- или микроэкономическом уровнях) сдерживается неблагоприятным положением в области здравоохранения, которое сложилось среди многочисленного населения Африки; сохраняется порочный круг невежества, бедности и болезней; неблагоприятное положение в области здравоохранения задерживает экономический подъем.
- Что настоятельно необходимо содействовать формированию здорового населения (развитие здравоохранения), ибо многие лица, которые выглядят внешне здоровыми, на самом деле поражены болезнями, нездоровы с медицинской точки зрения и живут в условиях, вредных для здоровья.
- Что можно совместно осуществить инициативы по развитию здравоохранения и социально-экономическому развитию в рамках тех же административных единиц и с тем же руководством в децентрализованных местных округах или районах.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ, ЧТО ПРАВИТЕЛЬСТВА

1. - Создадут или преобразуют политико-административные единицы, представляющие собой минимальные, но активно функционирующие участки (районы) под местным руководством главы участка, и усилят управленческие механизмы на этом (районном) уровне в целях социально-экономического развития, включая развитие в области здравоохранения.
2. - Будут назначать, в соответствии с национальными социально-политическими нормами, членов районных комитетов и подкомитетов по развитию для работы в ключевых областях, включая здравоохранение.
3. - Будут ежегодно выделять средства в бюджет (каким бы небольшим он ни был) каждого района на проведение децентрализованных мероприятий по развитию, включая межсекторальные мероприятия по развитию здравоохранения, проводимые с участием населения.

Приложение

4. - Будут содействовать местным инициативам по мобилизации дополнительных ресурсов (людских, материальных и финансовых) как для здравоохранения, так и развития в тех общинах, которые составляют данный район.
5. - Будут использовать существующие местные, общественные и политические массовые организации, которые помогли бы мобилизовать население/общины на деятельность по укреплению здоровья и развития.
6. - Организуют на долгосрочной основе проведение семинаров, практикумов, курсов непрерывного обучения для местных (районных) руководящих кадров и работников передней линии, занятых в секторе здравоохранения и других секторах, по вопросам управления ограниченными местными ресурсами для экономического и социального развития и развития здравоохранения.
7. - Направят национальные и внешние, технические и экономические ресурсы на осуществление отмеченных выше инициатив, а также на организацию мероприятий в области здравоохранения и связанных с ним областях в деревнях, округах, общинах, местных группах и т.д., организуя поддержку районного руководства.
8. - Используя имеющиеся ресурсы, мобилизуют руководителей районов на оказание помощи общинам в подготовке практических планов, оказании консультативной помощи, проведении сбора информации и подготовке отчетов.
9. - Будут добиваться, чтобы работники промежуточных и центральных звеньев системы управления оказывали постоянную помощь тем районам, которые они контролируют, сосредоточив внимание на ходе выполнения планов, анализе того влияния, которое оказывают мероприятия по развитию и здравоохранению на население, и на проведение практических исследований, направленных на решение конкретных проблем.
10. - Усилят существующие механизмы межсекторального сотрудничества, проведения децентрализации и выбора эффективной технологии для выполнения этих гигантских задач.
11. - Примут во внимание, что университеты представляют собой сеть разнообразных научных учреждений, в которых работают специалисты в области науки и техники, культуры и образования. Преподавательский состав университетов и студенты должны оказать помощь правительствам в осуществлении инициатив в области здравоохранения и развития, направленных на борьбу с болезнями и ускорение темпов экономического роста, поддерживая одновременно приемлемый уровень здоровья населения.
12. - Понимают, что для решения этой основной исторической задачи необходимо обеспечить скоординированную международную поддержку со стороны многосторонних, двусторонних и неправительственных организаций, при этом в каждой стране необходимо создать соответствующий механизм для эффективной координации всех мероприятий в области здравоохранения и развития, проводимых на районном (местном) уровне.

- ПОДДЕРЖКА -

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ СТРАН:

13. - В соответствии с решениями специальной сессии ООН по Африке (май 1986 г.) положить в основу микроэкономического развития и развития здравоохранения на районном (местном) уровне принцип самообеспечения.
14. - С учетом использования национальных механизмов и четко установленных каналов внешней поддержки для экономического развития на местном уровне ожидается от таких учреждений, как Экономическая комиссия для Африки (ЭКА) и Программа развития Организации Объединенных Наций, Учебный и научно-исследовательский институт ООН, Всемирный банк,

Приложение

Африканский банк развития, ВОЗ, ФАО, ЮНЕП, ЮНЕСКО, ЮНИДО, МОТ, УВБК и т.д. Экономическая комиссия для Африки, штаб-квартира которой находится в Аддис-Абебе, обеспечит общее техническое руководство на региональном уровне, а представитель ПРООН будет руководить оказанием поддержки на национальном уровне.

15. - С учетом использования национальных механизмов и четко установленных каналов ожидается внешняя поддержка для развития здравоохранения на местном (районном) уровне со стороны некоторых отмеченных выше учреждений; будут предприняты, однако, отдельные инициативы со стороны двусторонних агентств, Всемирной организации здравоохранения, Детского фонда Организации Объединенных Наций, специализированных ассоциаций, связанных со здравоохранением, неправительственных и религиозных организаций и т.д., при этом руководящую роль возьмет на себя Африканское региональное бюро, расположенное в штаб-квартире в Браззавиле. Бюро представителя ВОЗ будет осуществлять руководство на национальном уровне.
16. - Для ускорения темпов осуществления программ поддержки будут подключены сотрудники, действующие на районном уровне, или сотрудники на местах, работающие в различных министерствах и правительственных учреждениях, а также (где это целесообразно) работники частного сектора, деятельность которых будут направлять их непосредственные руководители.
17. - Работникам на местах будет оказана помощь со стороны международного персонала, а также сотрудников специализированных организаций, добровольцев Организации Объединенных Наций, специалистов, работающих в национальных учреждениях, кадровых сотрудников национальной гражданской службы, студентов и профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений (университеты, технические колледжи и т.д.).
18. - Для оказания внешней поддержки районным комитетам по развитию бюро представителя ПРООН в стране окажет помощь в создании национальных механизмов координации и подготовит отчеты для Организации Объединенных Наций, Организации африканского единства и сотрудничающих международных и двусторонних учреждений. Экономическая комиссия для Африки (через систему MULPOCS) поможет подготовить доклады об экономическом положении на административно-территориальных участках (или районах).
19. - Для оказания внешней поддержки районным комитетам по здравоохранению для содействия формированию общества здоровых людей, которые примут участие в экономическом подъеме, бюро представителя ВОЗ в стране окажет поддержку при создании национальных механизмов координации (в министерстве здравоохранения) и подготовит отчеты для Организации африканского единства и руководящих органов ВОЗ. ЮНИСЕФ будет активно сотрудничать с ВОЗ, оказывая поддержку мероприятиям, проводимым районными комитетами здравоохранения.
20. - Всемирный банк, Африканский банк развития, другие основные многосторонние и двусторонние учреждения будут сотрудничать с правительствами, создавая благоприятные финансовые возможности для переоснащения, создания или оснащения связанных со здравоохранением и экономически важных инфраструктур на районном уровне.
21. - Необходимо создать специальный фонд развития для стимулирования деятельности на районном уровне; особо поощрять (путем выделения стипендий, льготных займов и наградений) ценные инициативы на местном (районном) уровне в области здравоохранения и развития.



**ORGANIZATION OF
AFRICAN UNITY**
Secretariat
P. O. Box 3243

منظمة الوحدة الأفريقية
السكرتارية
ص. ب. ٣٢٤٣

**ORGANISATION DE L'UNITE
AFRICAINNE**
Secretariat
B. P. 3243

Addis Ababa ••••• أديس ابابا

AHG/DECL.1 (XXIII)

DECLARATION ON HEALTH AS A FOUNDATION FOR DEVELOPMENT

We the Heads of State and Government of the Organization of African Unity meeting in our Twenty-third Ordinary Session in Addis Ababa, Ethiopia from 27 to 29 July 1987,

BEARING IN MIND

- That the Lagos Plan of Action has defined a framework for socioeconomic development of the countries of Africa.
- That the macro-economics of African countries are caught in crises - drought, famine, national debt payments, unfavourable international economic order and unstable currencies.
- That micro-economic development initiatives can provide a solid basis on which countries can build their macro-economic development as provided for in the Lagos Plan of Action.
- That in undertaking these micro-economic developmental initiatives priority is given to Agriculture; in other words, the promotion of small Agricultural ventures reinforced by related small industries (including local crafts) and small business.
- That Agricultural and other efforts at production (macro or micro-economic) are frustrated by the inadequate health status of many populations in Africa; the vicious cycle of ignorance, poverty and disease persists; poor health is delaying economic "Take off".
- That production of healthy people (Health Development) is a developmental imperative - many apparently healthy persons are harbouring illnesses are medically unfit and are living in insalubrious environments.
- That health and socioeconomic development initiatives can be jointly organized within the same administrative framework and under the same leadership in decentralized local government areas or districts.

ACTION

IT IS SUGGESTED THAT GOVERNMENTS

1. - Define or redefine politico-administrative units - minimal viable units (districts) with local government responsibilities and reinforce the managerial responsibilities of this (district) level for socioeconomic development including health development.
2. - Designate - according to national socio-political norms - members of district development committees and subcommittees in key areas including health.
3. - Allocate annually a budget (however small) to every district for decentralized development activities including community-based multisectoral health development activities.
4. - Encourage local initiatives in mobilizing additional resources (human, material and financial) for both health and development in communities that make up the district.
5. - Use existing local, social and political mass organizations to mobilize population/communities to be involved in promoting their own health and development.
6. - Organize, on a long term basis, short seminars, workshops and continuing education activities for the local (district) leadership and frontline workers from health and other sectors in the management of limited local resources for economic, social and health development.
7. - Deploy national and external, technical and economic resources in implementing the above initiatives as well as in the organization of health and related activities in the villages, quarters, communes, locations, etc. by the villagers themselves with the assistance of the district leadership.
8. - Utilizing the same resources as above, encourage district managers to assist villages in preparing operational plans, provide supervisory support and collect monitoring information, and prepare appropriate reports.
9. - Ensure that intermediate and central levels of the hierarchy can and do provide continuing support to the districts for which they are responsible, especially monitoring of progress, evaluating the impact of health and developmental activities on target communities and undertake field research to resolve operational problems.
10. - To ensure the viability of these gigantic efforts, it would be necessary to reinforce existing mechanisms for intersectoral cooperation, administrative decentralization and the selection of affordable effective technologies.
11. - Universities are multisectoral institutions, reservoirs of science and technology, culture and learning. Their staff and students should assist governments in the implementation of combined health and development initiatives designed to reduce the burden of disease and accelerate economic growth whilst maintaining acceptable community health status.
12. - This major historic undertaking calls for coordinated international support from multilateral, bilateral and nongovernmental agencies and each country would set up an appropriate mechanism for effective coordination of all health and development activities targeted to the district (local) level.

- SUPPORT -

IT IS PROPOSED THAT

13. - In keeping with the outcome of the special session of the UN on Africa (May 1986) self-reliance would be the basis of microeconomic and health development at the district (local) level.

14. - Using an appropriate national mechanism and clearly defined channels external support for microeconomic development at the local level would come from agencies such as the Economic Commission for Africa (ECA), and United Nations Development Programme, the UN Institute for Training and Research, the World Bank, the African Development Bank and Fund, WHO, FAO, UNEP, UNESCO, UNIDO, ILO, UNHCR, etc. The ECA, with headquarters in Addis Ababa, would provide overall technical leadership at regional level, while the UNDP Resident Representative will manage the operations at country level.
15. - Using an appropriate national mechanism and clearly defined channels, external support for health development at the local (district) level would come from some of the above agencies; there would however be special inputs from bilateral agencies, the World Health Organization, the United Nations Children's Fund, health related professional associations, nongovernmental and religious organizations, etc., WHO/AFRO with Headquarters in Brazzaville would have the technical leadership role. At country level the Office of the WHO Representative will manage the operations.
16. - To accelerate the pace of implementation, manpower would include district level or field staff of the various ministries and agencies of government and (where appropriate) of the private sector - with the guidance of their supervisors.
17. - They (field staff) would also be assisted by regular international staff as well as associate professional officers, United Nations Volunteers, national professional officers, national civil service personnel, students and staff of higher educational institutes (universities and colleges of technology, etc.).
18. - For external support to district development committees with a view to strengthening microeconomies, the country office of the Resident Representative of UNDP will assist the national coordinating mechanism and prepare reports for the United Nations, the Organization of African Unity, and collaborating international and bilateral agencies, the Economic Commission for Africa (through its subregional MULPOCS) will collaborate technically in reporting on the economic performance of local government areas (or districts).
19. - For external support to district health committees with a view to producing healthy people who will accelerate socioeconomic take-off, the country office of the Representative of WHO will assist the national coordinating mechanism (in the Ministry of Health) and prepare reports for the Organization of African Unity and the governing bodies of WHO. UNICEF will be a major partner of WHO in providing support for the activities of district health committees.
20. - The World Bank, the African Development Bank and Fund, other major multilateral and bilateral agencies will cooperate financially with governments under specially favourable conditions to refurbish, build or equip health related and economically important infrastructure at the district level.
21. - A special development fund should be set up to stimulate action at the district level; especially to encourage (through grants, soft loans and prizes) remarkable local (district) initiatives in health and development.



EB81/16
ANNEXE

ORGANIZATION OF
AFRICAN UNITY
Secretariat
P. O. Box 3243

منظمة الوحدة الإفريقية
السكرتارية
ص. ب. ٣٢٤٣

ORGANISATION DE L'UNITE
AFRICAINNE
Secretariat
B. P. 3243

Addis Ababa ••••• اديس ابابا

CONFERENCE AU SOMMET DES CHEFS D'ETAT
ET DE GOUVERNEMENT
VINGT-TROISIEME SESSION ORDINAIRE
ADDIS-ABEBA, ETHIOPIE
27-29 JUILLET 1987

AHG/DRAFT/DECL.1 (XXIII)

PROJET DE DECLARATION SUR
"LA SANTE, PIERRE ANGULAIRE DU DEVELOPPEMENT"

PREAMBULE

CONSIDERANT

1. Que le Plan d'Action de Lagos a jeté les bases du développement socio-économique des pays d'Afrique.
2. Que les macro-économies des pays africains sont confrontées à des crises : sécheresse, famine, remboursement des dettes nationales, ordre économique international défavorable et instabilité des monnaies.
3. Que les initiatives de développement micro-économique peuvent constituer une base solide sur laquelle les pays peuvent asseoir leur développement macro-économique comme prévu dans le Plan d'Action de Lagos.
4. Qu'en prenant ces initiatives en matière de développement micro-économique, priorité soit donnée à l'agriculture; en d'autres termes, à la promotion de petites entreprises agricoles renforcées par les petites industries apparentées (y compris l'artisanat local) et le petit commerce.
5. Que les efforts déployés dans le domaine de la production agricole et autres domaines (macro- ou micro-économies) sont mis en échec par l'état de santé médiocre de nombreuses populations d'Afrique - le cercle vicieux de l'ignorance, de la pauvreté et de la maladie persiste; un état de santé médiocre retarde le "décollage" économique.
6. Que l'existence d'une population en bonne santé (développement sanitaire) est un impératif du développement - beaucoup de personnes apparemment en bonne santé couvent une maladie, sont inaptes sur le plan médical et vivent dans un environnement insalubre.
7. Que les actions dans le domaine de la santé et du développement socio-économique peuvent être menées conjointement dans le même cadre administratif et sous la même direction dans des zones ou districts décentralisés de l'Administration locale.

ACTION

IL EST SUGGERE QUE LES GOUVERNEMENTS

8. Définissent ou redéfinissent les unités politico-administratives, unités minimales viables (districts) qui assument les responsabilités de l'Administration locale et renforcent les responsabilités gestionnaires de ce niveau (district) en ce qui concerne le développement socio-économique, y compris le développement sanitaire.
9. Désignent - conformément aux normes socio-économiques nationales - les membres des comités et sous-comités de district chargés du développement dans les zones clés, y compris la santé.

10. Allouent chaque année un budget (quelle que soit son importance) à chaque district pour mener des activités décentralisées de développement, y compris les activités de développement sanitaire à assise communautaire et à caractère multisectoriel.
11. Encouragent les initiatives locales en vue de mobiliser les ressources complémentaires (humaines, matérielles et financières), tant pour la santé que pour le développement, dans les collectivités qui composent le district.
12. Utilisent les organisations de masse locales, sociales et politiques existantes pour mobiliser les populations/communautés de façon qu'elles participent à la promotion de leur propre santé et de leur développement.
13. Organisent, de façon continue, des séminaires, ateliers de courte durée et mènent des activités d'éducation permanente à l'intention des responsables locaux (district) et des agents de première ligne appartenant à la santé et à d'autres secteurs sur la gestion des ressources locales limitées disponibles pour le développement économique, social et sanitaire.
14. Déploient les ressources techniques et économiques, nationales et extérieures pour mettre en oeuvre les initiatives précitées et pour organiser des activités de santé et activités connexes dans les villages, quartiers, communes, agglomérations, etc., ces initiatives étant prises par les villageois eux-mêmes avec l'assistance des responsables des districts.
15. En utilisant les mêmes ressources que celles qui sont énumérées plus haut, encouragent les directeurs de district à assister les villages dans la préparation de plans opérationnels, en leur fournissant un appui en matière d'encadrement ainsi que pour recueillir et surveiller l'information et préparer les rapports appropriés.
16. Veillent à ce que les niveaux intermédiaires et le niveau central de la hiérarchie puissent effectivement fournir un appui continu aux districts dont ils sont responsables, notamment pour assurer la surveillance des progrès, évaluer l'impact des activités de santé et de développement sur les communautés cibles et effectuer des recherches opérationnelles pour résoudre les problèmes qui se posent sur le terrain.
17. Pour assurer la viabilité de ces efforts gigantesques, il convient nécessairement de renforcer les mécanismes existants pour la coopération intersectorielle, la décentralisation administrative et la sélection des technologies efficaces à faible coût.
18. Les universités sont des institutions multisectorielles, des lieux privilégiés pour la science et la technologie, la culture et l'apprentissage. Leurs personnels et leurs étudiants doivent aider les gouvernements à la mise en oeuvre d'actions combinées de santé et de développement visant à diminuer le fardeau de la maladie et à accélérer la croissance économique tout en maintenant un état de santé acceptable au sein de la communauté.
19. Cette entreprise historique importante exige un appui international coordonné, tant des organismes multilatéraux que bilatéraux et non gouvernementaux, et chaque pays doit mettre en place un mécanisme approprié pour assurer une coordination efficace de toutes les activités de santé et de développement axées sur le niveau de district (local).

APPUI

IL EST PROPOSE QUE

20. Conformément à l'issue de la session spéciale des Nations Unies sur l'Afrique (mai 1986), l'autosuffisance soit à la base du développement micro-économique et sanitaire au niveau du district (local).
21. En ayant recours à un mécanisme national approprié et à des voies clairement définies, l'appui extérieur destiné au développement micro-économique au niveau local sera fourni par

des organismes tels que la Commission économique pour l'Afrique (CEA), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'Institut des Nations Unies pour la Formation et la Recherche (UNITAR), la Banque mondiale, la Banque africaine pour le Développement (BAD), le Fonds africain de Développement, l'OMS, la FAO, le PNUE, le FISE, l'ONUDI, le BIT, HCR, etc. La CEA dont le Siège est à Addis-Abéba jouerait le rôle de chef de file sur le plan technique au niveau régional tandis que le Représentant résident du PNUD gérerait les opérations au niveau des pays.

22. En ayant recours à un mécanisme national approprié et en empruntant des voies de communication clairement définies, l'appui extérieur destiné au développement sanitaire au niveau local (district) serait fourni par certains des organismes précités; il y aurait toutefois des apports spéciaux émanant d'organismes bilatéraux, de l'Organisation mondiale de la Santé, du FISE, des associations professionnelles apparentées à la santé, des organisations non gouvernementales et religieuses, etc. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique dont le Siège est à Brazzaville jouerait le rôle de chef de file sur le plan technique. Au niveau des pays, le Bureau du Représentant de l'OMS gérerait les opérations.

23. Pour accélérer le rythme de la mise en oeuvre, parmi les effectifs, citons le personnel du niveau du district ou le personnel d'exécution des divers ministères et agences gouvernementales et, le cas échéant, du secteur privé encadré par leurs supérieurs hiérarchiques.

24. Ces personnels (personnel d'exécution) seraient également assistés par du personnel international permanent ainsi que par des experts professionnels associés, les volontaires des Nations Unies, les fonctionnaires professionnels nationaux, les personnels du service civique national, les étudiants et personnels des établissements d'enseignement supérieur (universités, collèges techniques, etc.).

25. Pour ce qui est de l'appui extérieur destiné aux comités de district chargés du développement, en vue de renforcer les micro-économies, le Bureau du Représentant résident du PNUD fournira un appui aux mécanismes de coordination nationale et préparera des rapports destinés aux Nations Unies, à l'Organisation de l'Unité africaine, aux organismes internationaux et bilatéraux collaborateurs, à la Commission économique pour l'Afrique (par le biais de ses MULPOC sous-régionaux), et collaborera sur le plan technique en faisant des rapports sur le rendement économique des zones de l'Administration locale (ou districts).

26. Pour ce qui est de l'appui extérieur destiné aux comités de district chargés de la santé dont l'objectif est de produire une population en bonne santé qui accélérera le décollage socio-économique, le Bureau du Représentant de l'OMS dans le pays fournira un appui aux mécanismes de coordination nationaux (au Ministère de la Santé), et préparera des rapports à l'intention de l'Organisation de l'Unité africaine et des organes directeurs de l'OMS. Le FISE sera le principal partenaire de l'OMS pour fournir un appui aux activités des comités de santé de district.

27. La Banque mondiale, la Banque africaine de Développement et le Fonds africain de Développement ainsi que les autres organismes multilatéraux et bilatéraux importants coopéreront sur le plan financier avec les gouvernements en offrant des conditions spécialement favorables pour remettre en état, construire ou équiper les infrastructures apparentées à la santé qui revêtent une grande importance sur le plan économique au niveau du district.

28. Un fonds spécial de développement devra être créé pour stimuler l'action au niveau du district, spécialement pour encourager (par le biais de subventions, de prêts à des conditions de faveur et l'octroi de prix) les actions dignes d'intérêt menées sur le plan local (district) dans le domaine de la santé et du développement.

= = =