



تنفيذ القرارات والمقررات الاجرائية

تقرير من المدير العام

تعرض هذه الوثيقة تقارير مرحلية عن تنفيذ القرارات والمقررات الاجرائية التي اتخذها كل من المجلس التنفيذي وجمعية الصحة. والمجلس مدعو الى أن يحيط علما بالتقارير وأن ينظر في مشروعي القرارين الواردين في الفرع رابع عشر.

المحتويات

الصفحة

٢	أولاً: فرقة العمل المعنية بالصحة في مجال التنمية
٣	ثانياً: المراكز المتعاونة مع المنظمة
٤	ثالثاً: تحسين التعاون التقني بين البلدان النامية
٦	رابعاً: الوقاية من العنف
٩	خامساً: تطوير النظم الصحية
١١	سادساً: برنامج المنح الدراسية وسياستها
١٤	سابعاً: الاستراتيجية الدوائية المنقحة
١٦	ثامناً: الاعلان عن المنتجات الطبية والترويج لها وبيعها عبر الحدود باستخدام شبكة الانترنت
١٨	تاسعاً: الآثار الأخلاقية والعلمية والاجتماعية المترتبة على التنسيل (الاستنساخ) في مجال الصحة البشرية
٢٠	عاشراً: النهوض بالصحة
٢١	حادي عشر: تغذية الرضع وسغار الأطفال
٢٤	ثاني عشر: التدرب
٢٦	ثالث عشر: التخلص من الحثر (التراخوما) المسبب للعمى على المستوى العالمي
٢٨	رابع عشر: الاجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

أولاً: فرقة العمل المعنية بالصحة في مجال التنمية

- ١- اضطلع بالأنشطة التالية استجابة للقرار ج ص ٥٠٤-٢٣.
- ٢- بالإشارة الى الفقرة ٤(١) من منطوق القرار، أخذت مداولات فرقة العمل بعين الاعتبار في الصيغ الأولى من الوثيقة المتعلقة بسياسة توفير الصحة للجميع، لاسيما الصيغة التي أتيحت للمجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير ١٩٩٧. وستكون التوصيات التي خلصت إليها فرقة العمل بمثابة مساهمة في الاعداد لبرنامج العمل العام العاشر.
- ٣- وبالإشارة الى الفقرة ٤(٢) من منطوق القرار، فإنه تم، خلال اجتماعات اللجان الاقليمية المعقودة في أيلول/سبتمبر وتشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٧، تقديم الوثيقة المعنونة "الصحة: التحلي بالشجاعة في مجال الرعاية، تحليل ناقد للدور الريادي لمنظمة الصحة العالمية في مجال الصحة على الصعيد الدولي، أجرته فرقة العمل المعنية بالصحة في مجال التنمية"، وذلك كخطوة أولى نحو ضمان بث الاستنتاجات التي خلصت إليها فرقة العمل بشأن تعزيز دور المنظمة خلال القرن القادم، على نطاق واسع. وقد حصل كل من مكاتب المنظمة القطرية على نسخ من تلك الاستنتاجات، ويعقد أعضاء فرقة العمل حلقات دراسية وطنية لمناقشة الأفكار الواردة في الوثيقة مع المسؤولين عن رسم السياسات وصنع القرارات ومع "الشركاء" في مجالي الصحة والتنمية ومع المؤسسات الأكاديمية.
- ٤- ودعا المدير العام الى تطوير واستخدام الامكانيات التي تنطوي عليها دبلوماسية تعزيز الصحة والوقاية الصحية، وأوصت فرقة العمل بأن تضطلع المنظمة بدور ريادي قوي في هذا المجال. وتقوم المنظمة، بالتعاون مع العديد من الشركاء، بدور المتابعة بغية استكشاف مختلف المجالات التي يمكن أن يتم فيها تحقيق السلام من خلال الصحة. وسيساعد ذلك على توفير تجربة حية عن كيفية استخدام الصحة كجسر يساعد على استتباب السلام وكذلك عن كيفية تحديد القواسم المشتركة للظروف التي تسبق اندلاع النزاعات، وانتقاء الاجراءات الصحية اللازمة في مختلف مراحل النزاع، أي قبل النزاع وأثناء احتدامه وبعد انتهائه، خلال كامل الفترة التي تستغرقها عمليتا الاعمار والمصالحة. ويمكن أن تفيد مثل هذه الاجراءات في تشكيل الأسس التي تقوم عليها خطة من قبيل خطة العمل للصحة كجسر يؤدي الى استتباب السلام.
- ٥- وقد أنشئ فريق عامل من خبراء في مجالي الصحة والمبادرات السلمية. وعقد أول اجتماع لهذا الفريق في تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٧، برعاية مؤسسة ميريو، وهي أحد المراكز المتعاونة مع المنظمة تم تعيينه لغرض الاضطلاع بأنشطة تعزيزية.
- ٦- وبالإشارة الى الفقرة ٤(٣) من منطوق القرار، فإن الأفكار التي بلورتها فرقة العمل المعنية بالصحة في مجال التنمية والمتعلقة بالعدالة والفقير وحقوق الانسان، قد اعتمدها عدد من ادارات المنظمة وبرامجها.
- ٧- وكمتابعة لتوصية فرقة العمل التي تقضي بأن تتخذ المنظمة، على وجه السرعة، تدابير ترمي الى الشروع في برنامج متين لحماية الحقوق الصحية، أجريت مشاوره غير رسمية حول الصحة وحقوق الانسان يومي ٤ و ٥ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٧، وذلك بمشاركة أقاليم المنظمة ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الانسان وممثلين عن الهيئات المعنية بالمعاهدات المبرمة في مجال حقوق الانسان والتابعة لمنظمة الأمم المتحدة وخبراء في مجالات حقوق الانسان والقانون الدولي والصحة العامة. وكان الغرض من تلك المشاورة التوصل الى اتفاق بشأن العناصر الأساسية لبرنامج المنظمة المعني بالصحة وحقوق الانسان للفترة ١٩٩٨-٢٠٠٠. وسيتمكن ذلك المنظمة من تنمية الخبرة اللازمة للاضطلاع بدور ريادي في هذا المجال كما أوصت بذلك فرقة العمل.

ثانيا: المراكز المتعاونة مع المنظمة

سيقدم التقرير الخاص بتنفيذ القرار ج ص ع ٥٠-٢ في اضافة لهذه الوثيقة.

ثالثاً: تحسين التعاون التقني بين البلدان النامية

١- اكتسبت منظمة الصحة العالمية خبرة لا يستهان بها، خلال العقود اللذين مرّ على مؤتمر ألما آتا بشأن الرعاية الصحية الأولية، ومؤتمر بوينس آيرس المعني بالتعاون التقني بين البلدان النامية، في مجال تعزيز وتنفيذ هذا التعاون في العديد من البلدان. وقد ترك الجمع بين هدف توفير الصحة للجميع واستراتيجية الرعاية الصحية الأولية أثره العميق في هذه البلدان، وذلك من حيث العدالة والانصاف والاستدامة والاعتماد على الذات. وبالتالي فقد اعترفت المنظمة بالتعاون التقني بين البلدان النامية باعتباره الأسلوب الطبيعي نحو تحقيق هدف توفير الصحة للجميع.

٢- وقد شرعت المنظمة، على سبيل الاستعداد للقرن الحادي والعشرين، في تنفيذ عملية نشطة لتحديد سياسات واستراتيجيات توفير الصحة للجميع. أما التحديات الرئيسية التي سيتعين مواجهتها فهي جوانب عدم الانصاف الواسع النطاق فيما يتعلق بالوضع الصحي وسبل الحصول على الخدمات الصحية والفوارق الشاسعة بين الأغنياء والفقراء في العديد من البلدان بما في ذلك بعض أقل البلدان نمواً وبين البلدان. وسيطلب حل هذه المشكلات زيادة تقاسم الخبرات بين البلدان، وعليه فإن التعاون التقني بين البلدان النامية سيشكل مكوناً هاماً من مكونات تحديث سياسة توفير الصحة للجميع.

٣- وبالنظر الى الهيكل اللامركزي للمنظمة فإن هناك أساساً اقليمياً متيناً للتعاون التقني. فقد أسفرت، على سبيل المثال، المبادرات المتبادلة في مجال التعاون التقني هذا في أفريقيا وآسيا، والتي شاركت فيها بلدان كثيرة في مجالات مثل صحة الأم والطفل، والعقاقير الأساسية، والصحة الانجابية، عن نتائج مشجعة. وأدى التطور السريع للاتصالات السلكية واللاسلكية الى اقامة شبكات تربط بين المراكز المتعاونة مع المنظمة، والمؤسسات والجامعات الوطنية، والمنظمات غير الحكومية والاتحادات المهنية. وقد أنشئت الشبكات، التي خصص معظمها لبلدان الجنوب، في مجالات مثل اقتصاديات الصحة وتمويلها، ومكافحة البلهارسية والمعلومات الصحية (خصوصاً فيما يتعلق باعتلال الصحة وال فقر)، وما زالت تلك الشبكات تستخدم لتبادل المعلومات والتجارب بين البلدان والمؤسسات. وقد لعبت مشاركة بلدان الشمال دوراً هاماً في هذه الشبكات، بل ان اقليمين من أقاليم المنظمة (الأمريكي وغرب المحيط الهادي) ينظران رسمياً الى مفهوم التعاون التقني بين البلدان بمجمله من منطلق التعاون التقني بين البلدان النامية لأن التعاون الأفقي ينبغي ألا يستبعد مشاركة أي بلد من البلدان. ويتم تقديم دعم المنظمة للتعاون التقني، بين البلدان النامية من الناحية الجغرافية عن طريق ستة مكاتب اقليمية، وتسلسل الفقرات التالية الأضواء على بعض جوانب هذا الدعم.

٤- وفي الاقليم الأفريقي هناك تعاون بلداني في مجال العقاقير الأساسية. وهناك خطط لتبادل الخبرات على نحو منتظم بين البلدان في ميدان اصلاح القطاع الصحي ضمن اطار المبادرة الخاصة للأمم المتحدة من أجل أفريقيا القارية.

٥- وفي الاقليم الأمريكي يتعزز التعاون الصحي الأفقي الثنائي/ والمتعدد الأطراف من خلال التكامل الاقتصادي واعادة الهيكلة الاقتصادية في اطار الاتفاقات دون الاقليمية (اتفاقية التجارة الحرة لشمال أمريكا، والسوق المشتركة لأمريكا الجنوبية والأسواق المشتركة لبلدان أمريكا الوسطى والبلدان الأندية وبلدان منطقة البحر الكاريبي)، بالإضافة الى مبادرات الحدود الصحية. ومن الأمثلة على النجاح الذي يحققه كل ذلك التخلص من داء شاغاس في الاقليم الفرعي لبلدان المخروط الجنوبي.

٦- وتدعمت الأنشطة الجارية عبر الحدود في اقليم جنوب شرق آسيا من خلال الاجتماعات والزيارات الوزارية لتعزيز التعاون، وخصوصاً من أجل مكافحة أمراض مثل شلل الأطفال، والبلهارسية، والبرداء (المالاريا) وداء كالا أزر ومن أجل تدريب العاملين الصحيين. وقد خلص استعراض اقليمي شامل لجوانب النجاح والفشل في تعزيز التعاون التقني بين البلدان النامية الى وجوب اتباع أسلوب أكثر استراتيجية، يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتخطيط القطاعي والتنمية الصحية الاجمالية. وسيحل هذا الأسلوب محل الأسلوب التدريجي السابق باتباع استراتيجية متناسقة في تخطيط التنمية واصلاح القطاع الصحي.

٧- وفي الاقليم الأوروبي يتم النهوض بمجالات استراتيجية عريضة مثل التخفيف من وطأة الفقر واصلاح القطاع الصحي وتنفيذها باتباع أسلوب التعاون التقني بين البلدان النامية.

٨- ويدعم اقليم شرق المتوسط الأنشطة الصحية "الأفقية" التي تضطلع بها المجموعات الحيو - سياسية دون الاقليمية، مثل المؤتمر الاسلامي وجامعة الدول العربية. وتسهل هذه الأنشطة التبادل بين البلدان استنادا الى أوجه التشابه الروحية والثقافية بينها.

٩- ويتعامل اقليم غرب المحيط الهادي مع التعاون التقني بين البلدان النامية باعتباره استراتيجية تعاونية تم ادراجها على نحو تام في المجالات البرنامجية، مع التأكيد على تنمية الموارد البشرية، والنهوض ببناء القدرات والاعتماد على الذات على المستوى الوطني.

١٠- وهناك مبادرة هامة جديدة بالاشتراك مع حركة عدم الانحياز تتلقى الدعم من المنظمة في مجال اصلاح القطاعات الصحية، وتركز على الحد من أوجه عدم الانصاف في الميدان الصحي باعتباره الهدف الرئيسي لها. وفي أعقاب اجتماعين وزاريين للحركة ومشاورات تقنية بشأن الصحة، أوصت جمعية الصحة، في عام ١٩٩٧، بأقامة شبكة من مؤسسات التعاون التقني بين البلدان النامية في البلدان المعنية (وذلك في القرار ج ص ع ٥٠-٢٧). ويتمثل الهدف من الشبكة في ضمان وجود آلية دائمة لهذا التعاون من أجل البحوث الميدانية وتبادل المعارف والخبرات بين بلدان حركة عدم الانحياز وغيرها من البلدان النامية. وتسلم الحركة بأن العديد من الاصلاحات استهلكت من خلال المؤسسات المتعددة الأطراف والثنائية مما ركز قدرا أكبر من الاهتمام على مسألة التكيف الهيكلي الاقتصادي بدلا من تحديات الانصاف الخطيرة التي يوجهها القطاع الصحي. وهذا هو اطار انشاء هذه الشبكة بدعم من المنظمة ومن برنامج الأمم المتحدة الانمائي. وتضطلع بتنفيذها وزارة الصحة في كولومبيا، التي ترأس حركة عدم الانحياز في الوقت الحاضر.

١١- وستعقد المنظمة اجتماعا خاصا في أوائل عام ١٩٩٨ مع ممثلي حركة عدم الانحياز لتحسين الخطط المتعلقة بهذه الشبكة واعادة النظر في التعاون التقني بين البلدان النامية بصفته "الاستراتيجية الرئيسية" للنهوض بتنفيذ سياسة توفير الصحة للجميع. وستقدم التوصيات الصادرة عن هذا الاجتماع الى جمعية الصحة العالمية الحادية والخمسين بغية مناقشتها في أيار/ مايو ١٩٩٨. وتتزامن هذه المبادرة مع النقاش الجاري في اطار الأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الانمائي بشأن الحاجة الى وضع أسلوب أكثر استراتيجية ازاء التعاون التقني بين البلدان النامية، يتصف بالقدرة على معالجة القضايا العريضة التي تمس عددا أكبر من البلدان.

رابعاً: الوقاية من العنف

١- أعلنت جمعية الصحة العالمية التاسعة والأربعون، في القرار ج ص ع ٤٩-٢٥، الوقاية من العنف احدى الأولويات في مجال الصحة العامة وطلبت الى المدير العام اعداد خطة عمل تبين دور المنظمة ومساهمتها في الوقاية من العنف، كي ينظر فيها المجلس التنفيذي في دورته التاسعة والتسعين. وبعد أن نظر فيها المجلس أقرتها جمعية الصحة العالمية الخمسون بمقتضى القرار ج ص ع ٥٠-١٩. وقد تم اتخاذ نوعين من الاجراءات فور انتهاء جمعية الصحة العالمية الخمسين على سبيل الاستجابة الفعالة للقرارين ج ص ع ٤٩-٢٥ و ج ص ع ٥٠-١٩:

(١) فقد تعززت قدرة المنظمة على استهلال وتنسيق الأنشطة المتصلة بالعنف بفضل توسيع مهام وحدة تعزيز السلامة ومكافحة الاصابات والموظفين المهنيين فيها، والتي ستكون الجهة التي تتحمل المسؤولية الرئيسية عن تنسيق تنفيذ خطة العمل (بالتعاون مع البرامج التقنية الأخرى)، في حين تواصل تغطية الأنشطة المتعلقة بالاصابات غير المتعمدة، مع التركيز على الاصابات الناجمة عن حوادث المرور بسبب تزايد عبء هذا النوع من الأذى والصدمات، وخصوصاً في البلدان النامية. وستوفر الدعم للمكاتب الاقليمية حسب الاقتضاء أيضاً. وستواصل فرقة العمل المعنية بالعنف والصحة التي شكلها المدير العام في عام ١٩٩٦ تقديم المساعدة فيما يتعلق برصد وتقييم تطوير خطة العمل، بما يضمن استجابة متسقة ومنسقة للطلبات المتعلقة بالتعاون التقني اضافة الى التنسيق الفعال مع الوكالات المعنية والجهات المانحة المحتملة؛

(٢) تم انشاء شبكة مؤسسات لدعم تنفيذ خطة العمل، وعقب اعتمادها من قبل جمعية الصحة، أرسلت الخطة الى المراكز المتعاونة مع المنظمة مشفوعة بطلب لتحليل قدرة هذه المراكز على المساهمة فيها، وستجري المصادقة على خطة تعاون نهائية ابان الاجتماع الثامن لرؤساء المراكز المتعاونة بشأن الوقاية من الاصابات ومكافحتها (جوهانسبرغ، ٢٠ و ٢١ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٧) - وستساعد فرقة العمل على تنسيق المساهمات التي تقدمها المراكز المتعاونة والبرامج التقنية المعنية.

٢- واستجابة للفقرة ٣(١) من القرار ج ص ع ٥٠-١٩، تم التوصل الى اتفاقات مبدئية مع أربعة مراكز متعاونة للمساعدة على تنفيذ الخطة المتصلة "بالغاية ١: بيان المشكلة عن طريق الترصد"، و"الغاية ٣: تحديد التدخلات وتقييمها" و"الغاية ٤: تنفيذ البرامج وتعميمها". وستقدم المراكز الارشاد التقني وتساهم في حلقة عملية عن تنفيذ البرامج وبناء القدرات الوطنية. وقد وافق كل من المركز الوطني للوقاية من الاصابات ومكافحتها، ومراكز الوقاية من الأمراض ومكافحتها في الولايات المتحدة، ومعهد سلامة المستهلك في هولندا على الاضطلاع بدور رئيسي في تحقيق الغاية ١، وذلك عن طريق تدعيم القدرات في البلدان على ترصد الاصابات مع التركيز على العنف المتعمد ووضع تصنيف دولي للأسباب الخارجية كإضافة للتصنيف الدولي للأمراض، والاصابات وأسباب الوفيات. وقد بدأ بالفعل تنفيذ خطة العمل في أفريقيا (اثيوبيا، كينيا، أوغندا، زامبيا، زمبابوي)، واقليم شرق المتوسط (مصر)، وسيتم انشاء معهد وطني للوقاية من الاصابات ومكافحتها في أوغندا بدعم من المنظمة وبهدف المساهمة في تنفيذ خطة العمل هذه.

٣- وقد وافق كل من دائرة الطب الاجتماعي (معهد كارولينسكا، استكهولم)، وهو مركز متعاون مع المنظمة في مجال النهوض بالسلامة المجتمعية، ومركز الصحة العامة في كويك، المركز المتعاون مع المنظمة في مجال تعزيز السلامة والوقاية من الاصابات، على مساعدة التدخلات القائمة على المجتمع للوقاية من العنف ووضع منهجية لتقييم البرامج فيما يتصل بالغايتين ٣ و ٤ لخطة العمل. وسيستمر الاتصال الوثيق مع هذين المركزين المتعاونين من أجل تنفيذ البرامج فيما يخص الوقاية من العنف، ومع الوحدة الصحية النفسية ومركز العمل من أجل السلم، بجامعة جنوب أفريقيا، بجوهانسبرغ، ومركز تقصي أمور الصحة والعنف، بجامعة فالي، سان فرناندو، كولومبيا. وبمناسبة انعقاد المؤتمر الدولي السادس المعني بالمجتمعات الآمنة، الذي ترعاه المنظمة (جوهانسبرغ، ١٥-١٩ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٧) تم وضع خطة عمل تهدف الى تعبئة شبكة المنظمة "للمجتمعات الآمنة" لهذا الغرض.

٤- وبالنظر الى الأهمية الحاسمة للدور الذي تضطلع به المدارس في الوقاية من العنف فقد جرى الاتفاق مع ادارة النهوض بالصحة، والتثقيف والاتصالات على وضع وثيقة عن هذا الموضوع في اطار "المدارس المعززة للصحة"، وذلك لتوجيه الناس، داخل المدارس وفي صفوف المجتمع، فيما يتعلق بالتخطيط للوقاية من العنف.

٥- واستجابة للقرار ج ص ع ٤٩-٢٥ قام المرصد القومي لحقوق الانسان في الجزائر بعقد حلقة دراسية دولية في ايلول/ سبتمبر ١٩٩٧ عن أنواع العنف المعاصرة "وثقافة السلم"، برعاية وزارة الصحة والسكان واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية.

٦- وتم، في اطار تحقيق الغاية ٤ من الخطة وتعميم المعلومات بما فيها النتائج الجديدة التي توصلت اليها البحوث كأساس للسياسات والاجراءات، اتخاذ خطوات تجريبية بايجاد "صفحة محلية" في موقع المنظمة على الشبكة العالمية النطاق (وورلد وايد ويب) لهذا الغرض. وسيعزز العمل الجماعي الفعال من جانب الخبراء في البلدان المتقدمة والبلدان النامية هذه الجهود اضافة الى النهوض بالتعاون التقني في هذا الصدد.

٧- وأولت المنظمة اهتماما خاصا للانعاش الجسدي والنفسي للأطفال والنساء المتأثرين بالنزاعات المسلحة واعادة دمجهن في المجتمع، كما ساهمت في دراسة أجرتها الأمم المتحدة عن أثر النزاعات المسلحة على الأطفال. وساعدت في أعمال التنسيق المشترك بين الوكالات في موزامبيق بغية تنفيذ القرار ج/١/٥٧/٧٧ ذي الصلة الذي اعتمدته الجمعية العامة.

٨- ويتم النظر في العنف ضد النساء في اطار العائلات والاعتداءات الجنسية في المقام الأول. ويتم في رواندا وبوروندي تقييم احتياجات النساء والفتيات في غمرة النزاعات المسلحة والنهوض بقدرات الخدمات الصحية لتلبية تلك الاحتياجات. وسيتم اجراء دراسة متعددة البلدان عن انتشار العنف وأخطاره وعوامل الوقاية منه في اطار الأسرة في ستة الى ثمانية بلدان أولا وذلك لوضع تقديرات بمدى انتشار هذا الضرب من العنف وارتكابه في حق النساء، واظهار العواقب الصحية المترتبة عليه، وتحديد الأخطار وعوامل الوقاية ومقارنتها في مختلف الأوضاع، وكذلك الاستراتيجيات التي تلجأ اليها المرأة للتغلب على العنف الذي يمارس ضدها من قبل أفراد الأسرة. وتسعى المنظمة أيضا الى النهوض بقدرات البحوث المحلية، ووضع اختبار أدوات جديدة لقياس مدى العنف وعواقبه، بما في ذلك الأذى العقلي والعاطفي، وتعزيز البحوث لتلبية احتياجات المرأة واشراك المنظمات النسائية في هذا الأمر.

٩- ووضعت مجموعة معلومات عن العنف الموجه ضد النساء^١ وهي تلخص أحدث المعلومات المتعلقة بانتشار مختلف أشكال العنف ضد المرأة، وكذلك بعض وثائق حقوق الانسان، والاجراءات التي اتخذتها مختلف الهيئات المتعاونة مع المنظمة ومكاتبها الاقليمية، وتتم حاليا ترجمة هذه الوثيقة الى الأسبانية والفرنسية.

١٠- وقد عملت المنظمة مع الرابطة الدولية لأطباء التوليد والأمراض النسائية فيما يخص عدة مساهمات مقدمة الى المؤتمر العالمي الخامس عشر لأطباء الأمراض النسائية والتوليد منها حلقة عملية تسبق المؤتمر بشأن "القضاء على العنف الموجه ضد النساء: البحث عن حلول" (التقرير قيد الاعداد)، واجتماع خبراء بشأن هذه الظاهرة، واتخاذ قرار من قبل الجمعية العامة للمؤتمر المذكور عن هذا الموضوع. وعقد اجتماع دام يوما واحدا مع المشاركين في الحلقة العملية السابقة للمؤتمر للبدء في استعراض التجارب والتدابير في القطاع الصحي ضد ممارسة العنف ضد النساء، مع ايلاء اهتمام خاص لملاءمة هذه التدابير وقابليتها للاستدامة في ضوء الموارد المحدودة. وسوف تتابع المنظمة توصيات المؤتمر لوضع التوجيهات لصانعي السياسات الراغبين في الشروع في اجراءات من هذا القبيل ووضع مواد تدريبية عن رعاية النساء اللائي تعرضن للاساءة، بغية استخدامها من قبل العاملين الصحيين على شتى المستويات.

١١- وبالنظر الى تزايد القلق ازاء هذا الموضوع والأعداد المتزايدة من الباحثين المهتمين به يجري الآن وضع مرجع لمنهجيات دراسة العنف الموجه ضد النساء واختباره ليوفر الارشادات الأخلاقية العملية بهذا الصدد وذلك بالتعاون مع مشروع سياسات الصحة والتنمية والشبكة الدولية للباحثين في مجال العنف الموجه ضد النساء.

١٢- وأنشئت قاعدة بيانات بيليوغرافية واحصائية لجمع المعلومات عن العنف الموجه ضد النساء داخل الأسر، والاعتصاب والاعتداءات الجنسية في المقام الأول. ويتركز الاهتمام هنا على انتشار العنف وعواقبه الصحية وتضم قاعدة البيانات مواد لم تنشر بعد. وتم، حتى الآن، تجميع أكثر من ٦٠٠ بند من جميع الأقاليم وتسلم ما يزيد عن ١٠٠ طلب للحصول على المعلومات في هذا المضممار، ويتم استخدام المعلومات لدعم أنشطة الدعوة، والبحوث ووضع السياسات

داخل المنظمة وخارجها. وستتيح المنظمة هذه المعلومات على نطاق واسع عن طريق التعاون مع البرنامج المناسب في ادارة الاحصاءات بالأمم المتحدة، وعن طريق شبكة الانترنت فيما بعد.

١٣- وتشكل تدابير الوقاية من العنف الموجه ضد النساء والرعاية المتصلة بذلك، ووضع هذه التدابير واختبارها في القطاع الصحي موضوع الجهود المبذولة لتعبئة الأموال اللازمة للدعم حيث انه لا تتوفر أية تقارير ذات شأن عن التدابير المحدودة المتخذة في مختلف أرجاء العالم. فأكثر المجموعات قدرة على الابتكار والابداع كثيرا ما تكون أقلها قدرة من زاوية الوقت المتاح أو الأموال أو الخبرة التقنية على وضع تقارير عن أعمالها وافادة الآخرين في هذا الميدان.

خامسا: تطوير النظم الصحية

معلومات عامة

١- عين المجلس التنفيذي في دورته الثامنة والتسعين، بدافع القلق من تزايد الاهتمام بالبرامج الرأسية المعنية بالأمراض، مجموعة عمل خاصة معنية بتطوير النظم الصحية، قدمت تقريرها الى المجلس في دورته المائة. واعتمد المجلس، عقب النظر في هذا التقرير، القرار م١٠٠ ق١ الذي يطلب فيه الى المدير العام، في حملة أمور، "اطلاق مبادرة واسعة النطاق في مجال البحوث والدعوة وبناء القدرات والدعم البلدي لتطوير النظم الصحية... وتقديم خطة عمل بشأن هذه المبادرة الى المجلس التنفيذي في دورته الواحدة بعد المائة". وكانت جمعية الصحة العالمية الخمسون اعتمدت، قبل اعتماد هذا القرار، القرار ج ص ع ٥٠-٢٧ بشأن النهوض بتطوير النظم الصحية في البلدان النامية وذلك بناء على اقتراح من حركة عدم الانحياز، وطلبت الى المدير العام "تقديم تقرير الى جمعية الصحة العالمية الحادية والخمسين عن التقدم المحرز في هذا المضمار". ويلخص هذا التقرير خطة العمل التي نص عليها القرار م١٠٠ ق١، وسيتم استيفاء التقرير المرحلي التمهيدي عن القرار ج ص ع ٥٠-٢٧ قبل تقديمه الى جمعية الصحة.

٢- وخلصت مجموعة العمل الخاصة التابعة للمجلس التنفيذي الى أن دعم المنظمة لتطوير النظم الصحية لم يكن قويا بما فيه الكفاية وأن كيانات عديدة أخرى (مثل البنك الدولي واليونسيف) اتخذت مبادرات في هذا المضمار. بيد أن التجارب في مجال اصلاح الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم تبين أن الحاجة الى تقييم ناقد وبناء لعمل النظم الصحية هي أمر أكثر الحاحا اليوم من أي وقت مضى.

المبادرة المتعلقة بتطوير النظم الصحية (القرار م١٠٠ ق١)

٣- ان الغاية من هذه المبادرة هي زيادة الاهتمام والأولوية للذين تحظى بهما النظم الصحية كجزء من جهود التنمية البشرية في البلدان وعلى الساحة الدولية، ورسم السياسات والاستراتيجيات ذات الصلة القائمة على الأدلة المستمدة من اصلاح القطاعات الصحية في البلدان. وينبغي أن تعرف المبادرة بشكل واضح أدوار ووظائف ومستويات مختلف المكونات في مجال تطوير النظم الصحية وزيادة القدرات حيثما اقتضى الأمر ذلك. وستولي المبادرة اهتماما خاصا لأقل البلدان نموا والبلدان المتخلفة عن تحقيق أهداف توفير الصحة للجميع وتعطى الأولوية لاحتياجات المجموعات المستضعفة والمهمشة في البلدان. وستوجد الروابط بين المؤسسات الوطنية لتعزيز الأنشطة التعاونية وتنفيذها. وستقيم مراكز مرجعية اقليمية وعالمية باعتبارها جهات تودع لديها المعلومات المتعلقة بتطوير النظم الصحية حيث يمكن استخدامها من قبل جميع البلدان المعنية. وستقيم شراكات مع الوكالات الثنائية والمتعددة الأطراف استنادا الى سياسة راسخة وتحظى بقبول الجميع وتعزز هذه الشراكات. وأخيرا، فانها ستطلق عمل آليات داخل المنظمة تجمع بين مختلف عناصر تطوير النظم الصحية وبين شتى البرامج التقنية بغية توفير الدعم المتكامل والمتسق على نطاق المنظمة برمتها للبلدان وتشكيل "مجموعة من العقول المفكرة" لرصد وتقييم السياسات في هذا المجال. وستوقف التنفيذ التام لهذه المبادرة على توفر الأموال الخارجة عن الميزانية للبرنامج.

الفريق الاستشاري الخارجي

٤- شكل المدير العام فريقا استشاريا خارجيا طبقا للقرار م١٠٠ ق١. واجتمع الفريق المؤلف من ثمانية أعضاء في تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٧ ودرس خطة العمل المتعلقة بالمبادرة العالمية. وستبقى المبادرة قيد الاستعراض الدائم من قبل الأجهزة الرئاسية اضافة الى الفريق الاستشاري. وستقدم تقارير مرحلية دورية بشأنها الى المجلس التنفيذي.

خطة العمل المقترحة

٥- تضم الخطة العناصر التالية:

- (١) اعداد مسودة ملخص المبادرة العالمية تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٧
- (٢) ارسال الخطة الى أشخاص مختارين وأعضاء حاليين وسابقين في المجلس التنفيذي للتعليق عليها كانون الأول/ ديسمبر ١٩٩٧
- (٣) الحصول على تعليقات المجلس في دورته الواحدة بعد المائة كانون الثاني/ يناير ١٩٩٨
- (٤) تنقيح الموجز في ضوء التعليقات شباط/ فبراير ١٩٩٨
- (٥) اعداد مقترحات تفصيلية، بما في ذلك ما يتعلق منها بالتمويل واقامة شبكة من المؤسسات العاملة فى مجال تطوير النظم الصحية آذار/ مارس ١٩٩٨
- (٦) اطلاق المبادرة (انظر الفقرة ٣ أعلاه) أيار/ مايو ١٩٩٨
- (٧) تقديم خطة العمل المفصلة الى الفريق الاستشاري الخارجي أيلول/ سبتمبر ١٩٩٨
- (٨) عقد اجتماع للجهات المانحة المحتملة تشرين الثاني/ نوفمبر ١٩٩٨
- (٩) تقديم تقرير عن التقدم المحرز الى المجلس التنفيذي فى دورته الثالثة بعد المائة كانون الثاني/ يناير ١٩٩٩

التقدم المحرز في تنفيذ القرار ج ص ع ٥٠-٢٧

٦- يعكف المدير العام على تعزيز القدرات التحليلية للمنظمة بغية الاستفادة من التجارب في مجال اصلاح القطاع الصحي في البلدان. بيد أن القيد الرئيسي الذي يمس الموارد مازال قائما. وتتعاون المنظمة في الوقت نفسه مع حركة عدم الانحياز لاقامة شبكة من المؤسسات في البلدان النامية لتنظيم وتوثيق وتعميم المعلومات المتعلقة بأسلوب اصلاح القطاع الصحي. وستبدأ الشبكة بمؤسسة واحدة في كل بلد من قرابة عشرة بلدان، وتتوسع تدريجيا لتغطي عددا كبيرا من البلدان النامية. وبتنظر أن يعقد الاجتماع الأول للمشاركين في الشبكة في شباط/ فبراير ١٩٩٨، عندما يتم البت في خطة عملها. ويشارك برنامج الأمم المتحدة الانمائي بهمة في هذه الجهود. كما تتخذ وكالات أخرى مثل البنك الدولي أيضا الخطوات اللازمة لتكثيف تعاونها مع المنظمة بهذا الصدد. وقد تم، في الوقت نفسه، ادراج تطوير النظم الصحية كعنصر رئيسي في تحديث استراتيجية توفير الصحة للجميع التي ستقدم الى جمعية الصحة المقبلة.

سادسا: برنامج المنح الدراسية وسياساتها

مقدمة

١- يعتبر الاستعراض الحالي تكملة لما ذكره المدير العام في تقريره الى دورة المجلس التنفيذي التاسعة والتسعين (الوثيقة م١٩/٩٩، الصفحات ٨-١٠) وتوسعا فيه، وهو يقوم على المناقشة التي تلت ذلك في المجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير ١٩٩٧. وهو يمثل أيضا تحليلا مستفيضا لبرنامج المنح الدراسية للفترة ١٩٩٠-١٩٩٦ أي لثلاث فترات كاملة ثنائية السنوات والسنة الأولى لفترة السنتين الحالية (١٩٩٦-١٩٩٧).

٢- ويرد في الوثيقة م١٠١/١ وثيقة معلومات/٢ عرض احصائي "للسمات البرنامجية الرئيسية". ويبين النص الحالي آليات لمراقبة الادارة وتخطيط السياسة العامة وتقييمها.

مراقبة الادارة

عملية الاختيار

٣- عندما تشارك المنظمة في اختيار الدارسين فانها قد تساهم في السياسات المتصلة بهذا الموضوع، وقد تحدد الأولويات وتدلي بصوتها فيما يتعلق باختيار المرشحين. وقد أنشأت بلدان عديدة لجنا خاصة لاختيار المنح الدراسية التي تشمل عضويتها، في بعض الأحيان، ممثلين عن قطاعات أخرى (مثل الاقليم الأمريكي). وفي اقليم جنوب شرق آسيا تقوم في جميع البلدان لجان اختيار وطنية. أما في سائر الأقاليم فان النسبة المئوية للبلدان التي قامت فيها مثل هذه اللجان تتراوح بين ما ينوف عن ٩٠٪ في الاقليم الأفريقي وحوالي ٨٪ في الاقليم الأوروبي. وفي بعض الحالات يتم اتباع معايير اختيار واضحة مستقاة من خطط تنمية الموارد البشرية. وفي المكاتب الاقليمية يتم اخضاع طلبات الحصول على المنح الدراسية لمزيد من الفرز على ثلاثة مستويات: من قبل الموظف المسؤول عن المنح الدراسية (التقييم الاداري)، والمستشار الاقليمي (التقييم التقني) والمدير (الموافقة بالنيابة عن المدير الاقليمي). وفي حالات استثنائية فقط تتم احالة الطلبات الى المدير الاقليمي لييدي موافقته الخاصة.

٤- ويختلف معدل رفض الطلبات على المستوى الاقليمي باختلاف الحالات، اذ تتراوح، في اقليم شرق المتوسط، بين ١٠,٥٪ (١٩٩٦) و ٣٤,٧٪ (١٩٩٠). ومن أسباب الرفض الشائعة عدم توافق برنامج الدراسة مع خطة العمل المتفق عليها، وعدم توافر الأموال اللازمة، وعدم ملائمة مؤهلات المرشح (بما في ذلك قدرات المرشح في مجال التحدث باللغات الأجنبية) أو تجاوزه للسن المطلوبة.

رصد تنفيذ المنح الدراسية واستخدامها

٥- تتولى المنظمة، بشكل منهجي، رصد الأداء فيما يتعلق بتنفيذ المنح الدراسية واستخدامها عن طريق نظام للتبليغ ويشمل هذا النظام استبيانات ترسل الى الدارسين ومؤسسات التدريب خلال مدة الدراسة واستبيانا يوزع بعد مضي ١٢ شهرا على استكمال الدراسات على الدارسين وعلى الادارة الصحية الوطنية التي ينتمون اليها بشأن الاستفادة من خدمات الدارسين في بلدانهم. ويتراوح معدل تلقي التقارير النهائية عن المنح الدراسية بين ٢٠٪ و ٥٠٪ في معظم الأقاليم (وذلك بعد ارسال عدة خطابات تذكيرية في معظم الأحيان).

٦- وفي الاقليم الأمريكي، يستكمل نحو ٧٥٪ من الدارسين التقرير النهائي الخاص بهم غير أن تقارير استخدام المنح لا يتم تلقيها الا بالنسبة لـ ١٠٪ - ٢٠٪ فقط. وفيما يتعلق بالدارسين الذين لا يعودون الى أوطانهم، فقد أشار كل الأقاليم الى أن هؤلاء يمثلون الاستثناء لا القاعدة. وفي الاقليم الأوروبي و اقليم شرق المتوسط لم تسجل أي من هذه الحالات طوال سبع سنوات وثلاث سنوات على التوالي. وفي الاقليم الأمريكي ينوف معدل عودة الدارسين الى أوطانهم عن ٩٠٪ بكثير. وتبين من دراسة أجريت في الآونة الأخيرة في الصين وجود معدل عودة متواضع نسبيا قدره ٧٥٪، غير أن عملية استرداد التكاليف المتكبدة من الدارسين الذي لا يعودون نجحت الى أبعد الحدود. وفي اقليم جنوب شرق آسيا، رئي أن التقييم بعد اعطاء المنحة الدراسية سيتحسن، على وجه العموم، اذا تم تعزيز الأدوار التي تضطلع بها كل

١ انظر الوثيقة م١٩٩٧/٩٩/سجلات/٢، الصفحتان ١٦٥ و ١٦٦ (من النص الانكليزي).