



EM/RC50/INF.DOC.6
ش م/ل 50/وثيقة إعلامية/6

آب/أغسطس 2003

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

الدورة الخمسون

البند 9 من جدول الأعمال

الاستثمار في صحة الفقراء:
الاستراتيجية الإقليمية للتنمية الصحية
المضمونة الاستمرار وتقليص الفقر

المحتوى

الصفحة	الموجز
أ
1	1. المقدمة
2	2. تحليل الوضع الراهن.....
2	1.2 الروابط بين الصحة والفقير
4	2.2 التحدّيات
4	3. الإطار الاستراتيجي.....
4	1.3 الرسالة والمبادئ
	2.3 دعم التنمية الصحية المضمونة الاستمرار وتقليص الفقر – أربعة مجالات عمل، وخمسة توجّهات استراتيجية
6	3.3 المُداخلات الممكنة في إطار التوجّهات الاستراتيجية.....
7	4.3 الشروط المسبقة الضرورية للنجاح.....
10
12	4. مبررات البرامج القائمة وإسهاماتها.....
13	5. بناء القدرات وتعزيزها.....
14	6. الرصد والتقييم.....

الموجز

هنالك تحديات عديدة تعرقل الجهود المبذولة والتقدم المنشود صوب تحقيق الصحة الجيدة والتنمية المضمونة الاستمرار في إقليم شرق المتوسط. وقد تأكد أن الفقر يؤثر تأثيراً مباشراً في ما يبذله الفقراء من جهود لتحسين نوعية حياتهم. ويمكن للسياسات المناصرة للفقراء أن تكون أفعالاً أثراً، إذا ما جرى التصدي للتحديات القائمة وتم استهداف الأمراض التي تصيب الفقراء أكثر مما تصيب الأغنياء. ولاريب أن ذلك يتطلب المزيد من الموارد، إضافة إلى تحسين أداء وكفاءة كل من البرامج المعنية. كما يتعين على الوكالات المتعددة الأطراف والشائبة، والصناديق واللجان العالمية، ومؤسسات الأمم المتحدة، والبلدان الغنية، أن تعجل بذل جهودها الرامية إلى دعم السياسات والمبادرات التي تقضي على حبات الفقر وتعزز الوضع الاجتماعي للمجتمعات الفقيرة.

ومن المهم أن يتم التكامل، على الصعيد الوطني، بين مختلف عمليات تنفيذ جدول أعمال التنمية الدولية. ويمكن للقطاع الصحي أن يضطلع بالدور القيادي في هذا المضمار، مستفيداً من طبيعته المتعددة القطاعات، فيرهن على أن أغراض تقليص الفقر تتماشى إلى حد بعيد جداً مع تحسين النتائج الصحية المتوافرة للفقراء، ومع تنفيذ الإصلاحات الصحية التي يقتضيها واقع الحال في العديد من البلدان الفقيرة. كما يُهاب بوزارات الصحة أن تقوم بدور أكثر ابتداراً proactive للتأثير في ما يوضع من سياسات خارج القطاع الصحي. وذلك أمر لا يتطلب من وزارات الصحة مناصرة قضية الصحة الجيدة خارج مجالات اختصاصها، فحسب، بل إنه يلقي أيضاً على كواهلها عبء تأييد أقوالها بالبيّنات والمعلومات. ومن الضروري الاستفادة من المُداخلات والموارد القائمة. كما أن من الأهمية بمكان لإقليم شرق المتوسط، الاستفادة من المبادرات المجتمعية الجاري تطبيقها والتي يمكن استخدامها فعّالاً كمنطلق لصياغة سياسات مناصرة للفقراء وتنفيذ التوجّهات الاستراتيجية الموصى بها.

1. المقدمة

حدث في السنوات الأخيرة تحوُّل كبير في النظرة إلى التنمية وفي مصطلحاتها. ففي حين كان يُنظر في ما مضى إلى التنمية باعتبارها مرادفاً للنمو الاقتصادي، الذي كان يُعتبر الغرض النهائي للتنمية، فإنه يُنظر حالياً إلى تقليص الفقر باعتباره المرمى الأسمى للتنمية. وفي حين أن الطريق إلى النمو الاقتصادي كان في ما مضى يتمثل في الاستثمار في رأس المال المادي* physical capital، فإن من المعترف به الآن أن العديد من أشكال رأس المال، بما فيها رأس المال البشري، ورأس المال الاجتماعي، تُسهم في نموّ الناتج. ويُنظر إلى الفقر ذاته باعتباره مفهوماً متعدد الأوجه، فهو لا يعني عدم كفاية الدخل، فحسب، بل يعني أيضاً عدم كفاية القدرات على الكسب أو عدم ملاءمة هذه القدرات لمقتضى الحال، بسبب اعتلال الصحة، والجهل، والافتقار إلى السلطة والصوت المسموع. وفي حين أنه كان يُفترض في ما مضى أن فوائد النمو الاقتصادي تعود في نهاية المطاف بالنفع شيئاً فشيئاً على الفقراء، فإنه يُنظر الآن إلى رعاية الفقراء بتحسين أسباب معيشتهم، وتوفير الخدمات الاجتماعية لهم، والتدبير الحاني لشؤونهم، باعتبارها حملة مباشرة على ضروب الحرمان تلك، واستثماراً في قدرات الفقراء على تخليص أنفسهم من شرك الفقر. ولا يزال النمو الاقتصادي يُعتبر أمراً مرغوباً، ولكن من حيث دوره المحوري في تعزيز قدرة قاعدة الموارد على إنشاء الخدمات الاجتماعية، وتعزيز فرص العمل المنتج، وتحسين الإدارة، وليس من حيث كونه غاية في حد ذاته.

إن هذا التحوُّل في الرؤية يتجلّى في المرامي الإنمائية للألفية التي اعتمدها بالإجماع جميع بلدان العالم في الأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر عام ألفين. أما المرمى الأول، فيتمثل في خفض نسبة السكان الذين يعيشون في فقر مدقع بمقدار النصف. ومن بين المرامي الداعمة، ثلاثة تُعنى بالصحة، أما بقية المرامي فتُعنى بالثقيف، والمساواة بين الجنسين، والحفاظ على البيئة، وآخر هذه المرامي هو المرمى المحوري المتمثل في إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية. وليست هذه المرامي قائمة بذاتها كلاً على حدة، وإنما يؤازر بعضها بعضاً. وذلك مفاده أن المرمى الأسمى لتقليص الفقر لا يتحقق إلا بتحقيق المرامي الداعمة أيضاً. وقد أتجه التفكير مؤخراً إلى إدراج موضوع الصحة في صلب المناقشات المتعلقة بالتنمية، بالتأكيد على أن سوء الصحة هو من نتائج الفقر وأسبابه في وقتٍ معاً⁽¹⁾. ومن ثم يقع على كاهل جميع السلطات الصحية، الوطنية والدولية، عبء تحقيق مكاسب تساعد على تقليص الفقر وتدعم التنمية البشرية. وينبغي أن تتمكن الاستراتيجيات الوطنية المعنية بالصحة وتقليص الفقر، من إيضاح كيفية إيصال فوائد التنمية إلى الفقراء، وإنشاء نُظُم للرصد، وإيجاد العمليات التي يتم بها إيصال هذه الفوائد. ولا يمكن لوزارات الصحة أن تقوم وحدها بدور فعّال في مكافحة الآثار الضائرة للفقر، وفي تحسين صحة الفقراء، من دون شراكة واسعة القاعدة. وهذا أمر يمكن تيسيره من خلال عملية متماسكة تقوم على إعداد ورقات استراتيجية لتقليص الفقر، وإشراك الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي للقاحات والتمنيع، ومتابعة تقرير لجنة الاقتصاد الكلي والصحة.

ولا يكفي تقدير العلاقة البالغة الأهمية بين الصحة وبين التنمية المضمونة الاستمرار وتقليص الفقر؛ إذ لا بد أيضاً من اتخاذ خطوات حاسمة للانتقال من مرحلة التحليل إلى مرحلة إعداد السياسات، ثم من مرحلة إعداد السياسات إلى مرحلة التنفيذ. وإدراكاً من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط للحاجة إلى توسيع نطاق

* رأس المال المادي هو الموارد المُنتجة للسلع والخدمات، أي المصانع والمعدات.

(1) الفقر والجور: مناط اهتمام مناسب للقرن الجديد: نشرة منظمة الصحة العالمية 78(1)-2000.

المساعي المبذولة في هذا المضمار بحيث لا تقتصر على المرامي المتركزة على الصحة، بل تُتسع لتشمل أيضاً تحسين نوعية الحياة، فقد ناصر المكتب أسلوب تقليص الفقر باعتباره أفعال الأساليب لتحقيق التنمية، وتحسين الصحة على قدم المساواة. وعمد المكتب إلى تعزيز المبادرات المجتمعية، مثل مبادرات: تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، والمدن الصحية، والقرى الصحية، في الإقليم، سعياً إلى تحقيق هذا الغرض.

هذا، مع العلم بأن إعداد استراتيجية إقليمية للتنمية الصحية المضمونة الاستمرار وتقليص الفقر يمثل جهداً يستهدف الاستفادة من الخبرة المكتسبة من المبادرات المجتمعية، بُغية الانتقال من مرحلة المبادرات المحدودة النطاق إلى مرحلة السياسات الواسعة النطاق، بإقامة شراكات أوسع مجالاً. والمأمول أن تحدد الاستراتيجية الإقليمية بالدول الأعضاء وسائر الأطراف المشاركة إلى إعادة تشكيل سياساتها، ومضاعفة جهودها، والنظر في الوسائل والسبل التي يمكن بها لمنظمة الصحة العالمية وغيرها من الأطراف دعم هذه المساعي.

2. تحليل الوضع الراهن

1.2 الروابط بين الصحة والفقر

يتألف إقليم شرق المتوسط، كغيره من الأقاليم، من بلدان تتباين فيها مستويات الصحة والدخل. إذ يضم الإقليم بلداناً غنية بالنفط توفر لأغلبية مواطنيها مستوى مرتفعاً من العافية، وبلداناً فقيرة جداً يقل نصيب الفرد في نسبة كبيرة من سكانها عن دولار واحد في اليوم، وبمجموعة مختلفة من البلدان المتوسطة المداخيل، الفقر منتشر فيها والصحة دون المستوى المنشود، وإن تكن مستويات الحرمان فيها أقل شدة.

وبمقارنة المتوسطات الوطنية لبلدان الإقليم، نجد أن هنالك علاقة إيجابية بين دخل الفرد، ومأمول العمر، والإنفاق الصحي، والتغطية بالرعاية الصحية الأولية. وعلى الرغم من وجود ما يوحي بأن الاختلافات في المستويات الصحية بين البلدان ذات مستويات الرخاء المتفاوتة تتجلى بالاختلافات بين الشرائح الاجتماعية – الاقتصادية داخل كل بلد، فإنه لا تتوافر سوى بيانات مباشرة قليلة جداً لتأكيد هذه النقطة، إذ إن المعلومات حول أوضاع الفقر شحيحة في معظم بلدان الإقليم. ويتضح من المعطيات⁽²⁾ المتعلقة بنسب الدخل بين أكثر السكان غنى وأشدهم فقراً في نخبة من البلدان العربية (الجدول 1) أن هنالك تفاوتاً كبيراً بين الأغنياء والفقراء حتى في بلدان الإقليم الغنية نسبياً.

هذا، مع العلم بأن تحليل المعطيات الأصلية المستقاة من المسوحات الديمغرافية والصحية لباكستان والمغرب، مع استخدام منسب index ممتلكات الأسر، وتقسيم عينات المسح إلى أحمساء quintiles بحسب الوضع الاجتماعي – الاقتصادي، والوضع الصحي المقابل، ومقاييس الانتفاع بالخدمة، كل ذلك يسمح باستكشاف العلاقة بين الوضع الصحي وبين الوضع الاجتماعي – الاقتصادي (انظر الجدول 2).

(2) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الصندوق العربي للإئتماء الاقتصادي والاجتماعي، تقرير التنمية البشرية العربية، 2002. نيويورك، البرنامج الإنمائي، 2002.

الجدول 1. نسب مداخيل أكثر السكان غنىً وأشدهم فقراً في نخبة من البلدان العربية

البلد	أغنى 10% إلى أفقر 10% ^(أ)	أغنى 20% إلى أفقر 20% ^(ب)	مَنسَب جِنِي ^(ب)
الأردن 1997	9.1	5.9	36.4
تونس 1995	13.8	8.5	41.7
الجزائر 1995	9.6	6.1	35.3
مصر 1995	5.7	4.0	28.9
المغرب 1999-1998	11.7	7.2	39.5
اليمن 1998	8.6	5.6	33.4
موريتانيا 1995	11.2	6.9	37.3

(أ) تبيّن المعطيات نسبة دخل أغنى الفئات أو نصيبها من الاستهلاك إلى دخل أفقر الفئات أو نصيبها من الاستهلاك.

(ب) يقيس مَنسَب جِنِي أوجه عدم المساواة في التوزيع الكلي للدخل أو الاستهلاك.

تمثل القيمة التي مقدارها صفر المساواة الكاملة، وتمثل القيمة التي مقدارها 100 الحُجُور المطلق.

الجدول 2. العلاقة بين الوضع الصحي والوضع الاجتماعي - الاقتصادي

النسبة	باكستان (1990 - 1991)		المغرب 1993		
	أعلى خميس	أقل خميس	النسبة	أعلى خميس	
1.42	62.5	88.7	2.27	35.1	معدّل وفيات الرضع
1.67	73.8	124.5	2.85	39.2	معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة
1.86	32.9	61.1	4.84	8.1	نسبة التقرّم في الأطفال دون الخامسة

هذه هي أوضح البيّنات المتوافرة على العلاقة القوية القائمة بين الوضع الصحي وبين الوضع الاجتماعي - الاقتصادي داخل البلدان. وينبغي في أفضل الأحوال أن تتوافر تلك المعلومات في جميع البلدان، وأن يجري تحديثها بانتظام، إذ إنّ جلّ المؤشّرات الصحية المتوافرة إن لم تكن كلها هي عبارة عن متوسطات وطنية غير متميزة. ومن الاستثناءات النادرة، إمكانية الحصول على الخدمات الصحية، والتي تبيّن، في بعض الحالات، أن إمكانية الحصول عليها في الأرياف هي أقل بكثير مما في الحضر⁽³⁾. لكنّ حتى هذا النوع من المعطيات غير متوافر في جميع البلدان، في ما يتعلق بالمؤشّرات الأكثر تطلباً، مثل نسبة وفيات الأمومة.

(3) المؤشّرات الديمغرافية والصحية لبلدان إقليم شرق المتوسط، 2001، القاهرة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2002.

2.2 التحديّات

إن انتشار الفقر، وسوء الوضع الصحي، وتدهور البيئة، وشحّ الماء، هي من بين التحديّات المهمة التي تؤثر على التنمية الاجتماعية في إقليم شرق المتوسط، شأنه في ذلك شأن العديد من بقاع العالم الأخرى. كما أن التحديّات والمشكلات المتأصلة في الإقليم والتي تخصّه دون غيره تضع المزيد من العراقيل في طريق تقليص الفقر تقليصاً مضمون الاستمرار، وفي وجه التنمية الصحية المضمونة الاستمرار. فقد أثّرت المنازعات العسكرية والحروب، والعقوبات، ومختلف أشكال الحظر في اقتصادات economies العديد من بلدان الإقليم، مؤدية إلى انخفاض الإنتاجية وزعزعة الأسواق فيها⁽⁴⁾. كما أن بعض البلدان التي تجاهد من أجل أن تتعافى من ويلات الحرب، قد تراكمت عليها في سبيل ذلك ديون جسيمة تحدّ من خياراتها في ما يتعلق بالإنفاق العام. ثم إن الأقليات العرقية واللاجئين يشكلون نسبة كبيرة من سكان الإقليم. ومن أهم التحديّات التي تواجه الإقليم في الوقت الحاضر، صياغة سياسات تأخذ في الحسبان احتياجات أولئك السكان المُدركّة من صحية واقتصادية.

وقد بدأت سياسات القطاعات الاجتماعية والاقتصادية تأخذ في الحسبان الحاجة إلى الأخذ بأساليب تراعي الجنسين، ولو أنه يبدو أن هذه السياسات لا تطبّق بانتظام، ومن ثمّ فإنها لا تُؤتي النتائج المنشودة. ويزيد هذا الوضع تعقيداً، عاملٌ إضافي يتمثّل في الحواجز والمحظورات الثقافية، التي لا تعوق تنفيذ السياسات الاقتصادية، فحسب، وإنما تؤدي أيضاً إلى قلة الانتفاع بنظم إبتاء الرعاية الصحية.

ثم إن الشواغل المتعلقة بالعدالة لا تلقى ما ينبغي لها من اهتمام. فالتوزيع غير العادل للخدمات (جغرافياً، أو ثقافياً، أو اجتماعياً، أو اقتصادياً) يزيد من اختلال التوازن القائم بالفعل لصالح الأغنياء على حساب صحة الفقراء وتنميتهم.

كما أن العولمة ونموّ التكنولوجيا الجديدة قد ألقيا بمزيد من الضغوط على اقتصاديات الإقليم التي تنوء بها بالفعل أعباء باهظة. ثم إن المستجدات في مجال الجينوم والهندسة الوراثية تؤدي إلى تفاقم التحديّات الاقتصادية والعلمية التي تواجه البلدان ذات الاقتصادات التي هي أقلّ نمواً، إضافةً إلى مستتبعاتها الأخلاقية الشديدة التي تتجلّى بصورة أقوى في السكان الفقراء، إذ لا يتوافر لهم إلا القليل من البيّنات والمعلومات حول أحدث التكنولوجيات أو لا يتوافر لهم هذه البيّنات والمعلومات على الإطلاق.

ومن التحديّات الرئيسية التي تواجه المنظمة وبلدان الإقليم، ذلك القصور في المعلومات والبيّنات المتعلقة بحجم الفقر وتوزّعه على مختلف الفئات، وأثر الفقر في الصحة والتنمية، ومعبّته على الاقتصاد ككل.

3. الإطار الاستراتيجي

1.3 الرسالة والمبادئ

تتمثّل رسالة الاستراتيجية الإقليمية للتنمية الصحية المضمونة الاستمرار وتقليص الفقر، في حث الدول الأعضاء على الالتزام بتحسين صحة الفقراء. ويشير مصطلح «الصحة» في هذا المقام إلى «الوضع الصحي»، لا مجرد توفير

(4) (أ) مؤشرات التنمية العالمية، 2003، نيويورك، البنك الدولي 2003، (ب) المرامي الإنمائية للألفية؛ عهد بين الأمم على إنهاء فقر الإنسان. تقرير التنمية البشرية، 2003، نيويورك، البرنامج الإنمائي، 2003.

الخدمات الصحية. إذ لا يمكن عزل صحة الفقراء عن صحة عموم السكان. غير أن التجربة قد علمتنا أنه إذا لم يُولَ اهتمام خاص للفقراء، وإذا اقتصرَت الرسالة على تحسين الصحة على وجه العموم، فإن صحة الفقراء سوف تبقى أسوأ من صحة غيرهم، بل إن الفجوة في الوضع الصحي بين الفقراء وبين غيرهم سوف تتسع. علماً بأن غرض الاستراتيجية الإقليمية يتمثل في تحاشي هذه النتيجة القاصرة عن المنشود، والسعي إلى تحقيق أقصى مكسب ممكن لصحة السكان، ولاسيما أشدهم فقراً، وذلك بتطبيق سياسات صحية وطنية مُراعِية للفقراء. ومن التعاريف المقترحة للسياسة المناصرة للفقراء، أنها سياسة تؤدي، لدى تطبيقها، إلى تحقيق منافع لفقراء المجتمع أكبر نسبياً مما تحقّقه لغيرهم. والسبب في ضرورة الاهتمام بشاغل التوزيع، هو الروابط الوثيقة بين الصحة وبين الفقر (انظر الإطار 1).

الإطار 1. العلاقة بين الفقر والصحة من أكثر من منظور

الفقر	الصحة
1. التحليل الوبائي التقليدي انخفاض المداخيل، سوء التغذية البيئة غير الصحية نقص المعلومات والوعي قلة الانتفاع بالخدمات الصحية الفعّالة	← الوضع الصحي السيئ
2. التحليل الحديث للفقر أسر مبتلاة بالفقر	→ الصحة العائلية المؤدية إلى فقد الدخل وإلى نفقات طبية مرتفعة
3. المفهوم العصري للتنمية رصيد محسّن من رأس المال البشري ومداخيل أعلى	→ تحسّن الوضع الصحي للسكان

ومن المعهود الآن ملاحظة أن العلاقة المتبادلة بين الفقر واعتلال الصحة تسير في اتجاهين: من الفقر إلى اعتلال الصحة، إذ يُلاحظ باستمرار أن الفقراء يهتمون نصيباً مفرطاً من عبء اعتلال الصحة، واعتلال الصحة يؤدي إلى الفقر، نظراً للعلاقات السببية بين سوء الوضع الصحي وقلة الدخل. وللتعبير عن ذلك بصورة أكثر إيجابية، نقول إن هنالك دلائل واضحة على أن تحسين الصحة يؤدي إلى نموّ الدخل، كعائد من عوائد تحسين رأس المال البشري. علماً بأن كلا جانبي هذه العلاقة مهم، غير أن الجانب الذي هو أفسح للتدخل من قِبَل السلطات الصحية في مجال السياسة، هو الجانب المتصل بالعلاقة بين تحسين الوضع الصحي وتقليص الفقر. ومن ثمّ، فإن الإسهام المباشر الذي يمكن للقطاع الصحي تقديمه لتقليص الفقر، يتمثل في تحسين الوضع الصحي للأسر الفقيرة.

وتشمل المبادئ الرئيسية لتحقيق الرسالة المبيّنة آنفاً، ما يلي:

(1) معاونة الدول الأعضاء على تكوين رؤية مشتركة للصحة والتنمية، وإعداد استراتيجيات وطنية تركز على صحة الفقراء وتقوم على تحليل الفقر وقياسه؛

(2) تحقيق المفعول التآزري للسياسات المناصرة للفقراء بإدماج مختلف المبادرات، وإعداد منهجيات وأساليب تستهدف تحسين الصحة، وتقليص الفقر، وتضمين مفهوم إشراك الجنسين في مختلف المجالات، كما تستهدف التنمية البشرية والاجتماعية، وصحة البيئة؛

(3) مساعدة السلطات الوطنية والمجتمع المدني على تقليص أوجه الجور الصحي والفقر، من خلال التعاون الفعال بين القطاعات، وإقامة الشراكات والتوسع في ما هو قائم منها، للتصدي للتحديات المتعلقة بالعمالة، وحقوق الإنسان، والتكنولوجيات المستجدة، وقلة الموارد؛

(4) المعاونة على تمكين المجتمعات والفئات المستضعفة، ولاسيما النساء، من القيام بالدور القيادي في مجال الصحة والتنمية؛

(5) مساعدة الدول الأعضاء وتحفيزها على إدماج أساليب التنمية المجتمعية والسياسات الصحية المناصرة للفقراء في سياساتها وبرامجها الوطنية لتقليص الفقر.

هذا، مع العلم بأن برنامج العمل المُدرج في رسالة الاستراتيجية الإقليمية المبينة آنفاً، ومبادئها الداعمة، يتطلبان من المنظمة والدول الأعضاء على السواء القيام بدور أكثر ابتدراً proactive. وسوف يواصل المكتب الإقليمي مساعدة الدول الأعضاء وسائر الشركاء على تحسين صحة سكان الإقليم كوسيلة لتحقيق الرخاء الاقتصادي والتنمية المضمونة الاستمرار.

2.3 دعم التنمية الصحية المضمونة الاستمرار وتقليص الفقر –

أربعة مجالات عمل، وخمسة توجّهات استراتيجية

تحدّد الاستراتيجية الإقليمية خمسة اتجاهات بالغة الأهمية موزّعة على أربعة مجالات للعمل. علماً بأن التوجّهات الاستراتيجية الأربعة الأولى هي من التوجّهات الأصيلة في القطاع الصحي، حيث تقع على عاتقه في المقام الأول، مسؤولية تنفيذ السياسات والبرامج على الرغم من أهمية التعاون الواسع النطاق بين القطاعات. أما التوجّه الاستراتيجية الخامس فهو توجّه طارئ على القطاع الصحي، إذ إنه يتطلب قيام قطاعات متعدّدة ببذل جهود لتحقيق أقصى مكاسب صحية ممكنة، بالتصدي للمحدّدات الأوسع للصحة والمخاطر التي تؤثر في الفقراء تأثيراً بعيد المدى. ومن ثمّ، فمن الضروري أن تنظر الحكومات، ولاسيما وزارات الصحة، لمسؤولياتها نظرة أوسع مما هو معتاد. ففي حين أنها تركّز، في العادة، على الإجراءات المذكورة في الربع العلوي الأيمن من الإطار 2 (المستشفيات والعيادات العمومية)، فإن هذه الاستراتيجية تحثّها على ما يلي:

- الاشتراك مع مقدّمي الرعاية الطبية غير الحكوميين؛
- تنشيط وتوسيع وظائف الصحة العمومية؛
- تأييد العمل المشترك بين القطاعات على تعزيز الصحة والمشاركة فيه.

الإطار 2. أربعة مجالات للعمل الصحي

الرعاية الطبية	المستشفيات، والعيادات، والصيديات غير الحكومية	المستشفيات والعيادات العمومية
المحددات الأوسع للصحة	التعاون بين القطاعات على تعزيز الصحة	وظائف الصحة العمومية: التنظيم البيئي وتعزيز الصحة

تختلف طرق التدخّل المستخدمة في هذه المجالات الأربعة. ففي حين أن وزارة الصحة يمكنها إعطاء تعليمات مباشرة ومخصّصات مالية لنظام تقديم الخدمات العمومي، بما في ذلك مكوّن الصحة العمومية الخاص به، فإنها عند تعاملها مع سائر القطاعات ومقدّمي الخدمات الصحية غير الحكوميين، لا يمكنها إعطاء أوامر مباشرة لها. ولكنها تستطيع التأثير في سلوك تلك الجهات بمجموعة مختلفة من الإجراءات التنظيمية، التي تتراوح بين الترخيص الحصري، والاعتماد الإيجابي، والدعم المالي، والحض، والاتفاق التعاوني. كما أنها لا تستطيع إعطاء تعليمات مباشرة حتى للهيئات العمومية في سائر القطاعات، وبخاصة لسائر أنواع الشركاء. والوسيلة الرئيسية التي يمكنها استخدامها هي التبصير والتبيين بتقديم بيّنات وحجج على إمكان الحصول على فوائد صحية من العمل الذي تقوم به القطاعات الأخرى، مثل قطاعات: التعليم، والزراعة، والتغذية، والبيئة، والطاقة، والنقل، والإمداد بالمياه، والإصحاح، إضافة إلى توفير فرص اقتصادية أفضل. ويمكن لوزارة الصحة، في بعض الحالات، أن تتعاون مع سائر الوزارات والكيانات الحكومية واللاحكومية التي يكون اختصاصها الأول في القطاع المعني. فمثلاً، تتوافر فرص عديدة للتعاون بين قطاعي الصحة والتعليم. والمهم أن تبادر وزارة الصحة بالعمل مع سائر القطاعات من أجل الصحة وأن تحفز القطاعات الأخرى على ذلك، نظراً لأن الصحة لا تُدرج، عادةً، في صدارة برامج عمل القطاعات الأخرى. ومن دون ممارسة وزارة الصحة لضغوط على سائر القطاعات، تضع الفرص السائحة لتحقيق نتائج صحية أفضل عن طريق المُداخلات التي تقوم بها القطاعات الأخرى.

ويوجز الإطار 3 التوجّهات الاستراتيجية الموصى بها في الاستراتيجية الإقليمية.

3.3 المُداخلات الممكنة في إطار التوجّهات الاستراتيجية

يشمل الإطار الاستراتيجي الموضّح آنفاً جميع المكونات الرئيسية الأربعة للسياسة العامة للمنظمة، متّبعاً نهجاً أعمّ إزاء الصحة العمومية، بُعِيّةً تقليص المخاطر الصحية، ومركّزاً على المشكلات الصحية التي تؤثر تأثيراً بعيد المدى على الفقراء، ومطوّراً السياسة لجعلها ملبّيةً لمحددات الصحة بمفهومها الأوسع، وساعياً إلى ضمان قيام النُظُم الصحية بخدمة الفقراء على نحو أكثر فعالية. وهو يدعم الجهود التي بُذلت حتى الآن من أجل تحقيق هدف توفير الصحة للجميع، ساعياً إلى تحقيق المعافاة الاجتماعية، والبدنية، والاقتصادية، والنفسية للجميع. ويرد في ما يلي تحديد للمداخلات التي يمكن اتّخاذها إزاء كل من التوجّهات الاستراتيجية.

الإطار 3. التوجهات الاستراتيجية الخمسة للسياسة الصحية المناصرة للفقراء

1. إعادة تخصيص الموارد والخدمات باستهداف الفقراء والمستضعفين استهدافاً مباشراً
 - إعادة تخصيص الموارد بحسب المناطق الجغرافية (باستخدام صيغ مجتمعية لتخصيص الموارد، مثلاً)؛
 - إنشاء نُظُم للرعاية الصحية الأولية يتيسر للجميع الوصول إليها، وتمويلها تمويلًا كافيًا، ودعمها بمستشفيات ملائمة للإحالة؛
 - مناهضة التوزيع غير المتوازن وغير العادل للموارد البشرية؛
 - تشجيع الجهات غير الحكومية على تقديم الخدمات الصحية في المناطق التي تعاني من نقص هذه الخدمات؛
 - تكييف الخدمات بما يلبي الاحتياجات الخاصة للفقراء (اللاجئين وأطفال الشوارع).
2. التركيز على أمراض الفقراء وأحوالهم
 - مكافحة الأمراض السارية ذات الآثار الوخيمة (السل، والملاريا، ومرض الإيدز والعدوى بفيروسه)؛
 - توفير خدمات الصحة الإنجابية (رعاية حالات الحمل والولادة، ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً، وتنظيم الأسرة)؛
 - الوقاية من أمراض الطفولة عن طريق التطعيم والتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة؛
 - تقليص سوء التغذية (الناجم عن عوز البروتين والطاقة، وعن عوز المغذيات الزهيدة المقدار)؛
 - توفير الدعم اللازم لمكافحة الأمراض غير السارية التي تتوافر بينات على أنها تشكل عبئاً مرضياً على الفقراء.
3. تقليص عبء المدفوعات الثرية المباشرة لقاء الخدمات الصحية
 - زيادة الميزانية وأموال المانحين كجزء من الإنفاق الكلي؛
 - التدرُّج في فرض الرسوم والإعفاء منها؛
 - التخذيل discourage عن فرض الرسوم غير الرسمية؛
 - تشجيع المشاورة الجماعية للمخاطر وآليات الدفع المسبق (التأمين الرسمي، والمشاريع المجتمعية للقطاع غير الرسمي).
4. تحسين الإمداد بخدمات الصحة العمومية غير الشخصية وزيادة فعاليتها
 - التوسُّع في إعلام الجماهير وتعزيز أنماط الحياة الصحية؛
 - تنفيذ برامج لإغناء الأغذية (باليود، والحديد، والزنك)؛
 - وضع واستخدام معايير لجودة الهواء والماء والتربة؛ والصحة المهنية؛ والسلامة الغذائية والكيميائية.
5. تشجيع العمل المشترك بين القطاعات لتحقيق مكاسب صحية والمشاركة في هذا العمل
 - التوسُّع في الإمداد بالماء، والإصحاح؛
 - الوقاية من حوادث المرور على الطُّرُق (علماً بأن ضحاياها في كثير من الحالات هم من فقراء المشاة وركاب الحافلات)؛
 - تقليص معدلات استهلاك التبغ؛
 - زيادة معدلات تعليم الإناث؛
 - زيادة مداخيل الفقراء (بدعم أسباب معيشتهم، وبالتحويلات النقدية والعينية)؛
 - تعزيز التنمية المجتمعية المتكاملة المحلية (عن طريق مبادرات تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، والقرى الصحية).

1. إعادة تخصيص الموارد والخدمات باستهداف الفقراء والمستضعفين استهدافاً مباشراً

يتعين إنشاء آليات لتوفير خدمات الرعاية الصحية العالية المردود للفقراء، والقضاء على العوائق المالية والجغرافية على السواء. وينبغي بذل الجهود لإعادة تخصيص الموارد لصالح المستويات الدنيا من هرم إتياء الخدمات الصحية، وهي المستويات التي لا تقوم، عادةً، على خدمتها مرافق رفيعة المستوى. علماً بأن دعم مقدمي الخدمات الصحية غير الحكوميين في المناطق التي تعاني من نقص هذه الخدمات، وإعادة توزيع العاملين الصحيين في القطاع العام، هو أمر يفيد الفقراء أكثر مما يفيد الأغنياء. ولا يخفى أن تيسير الحصول على الخدمات الصحية من الناحية الجغرافية يعدُّ بطبيعة الحال سياسة مناصرة للفقراء. كما أن تقوية خدمات الرعاية الصحية الأولية، وإقامة روابط مجتمعية فعالة تعبران استراتيجيتين من أهم استراتيجيات بلوغ مَنْ لم يمكن بلوغهم. ومن الأساليب البديلة، تقديم خدمات مكيفة على نحو خاص بحيث تلائم فئات معينة من الفقراء والمستضعفين، الذين لا يبادرون إلى الانتفاع بالخدمات التقليدية. ويتعين على البلدان والمنظمة إنفاذ توصيات لجنة الاقتصاد الكلي والصحة، وتطوير المكوّن الصحي لورقات استراتيجية تقليص الفقر، بما يكفل الحصول على مساعدات كافية من المانحين.

2. التركيز على أمراض الفقراء وأحوالهم

يتعين تنفيذ برامج وسياسات تؤدّي إلى العمل بصورة متكاملة ومضمونة الاستمرار على إتياء خدمات تصل على نحو فعال إلى أفقر شرائح المجتمع، ولاسيّما النساء والأطفال ضمن هذه الشرائح، في مكان يسهل عليهم الوصول إليه، ولقاء تكلفة يتيسر لهم دفعها. وقد أوضحت التجربة أن استراتيجيات من قبيل التدبير المتكامل لصحة الطفولة، والأمومة المأمونة، ودعم التغذية من خلال إغناء الأغذية ودعم أسعارها، يفيد منها الفقراء على نحو أكثر فعالية. علماً بأن تحديد مضمومة من الخدمات الأساسية، وإيثار مكوّناتها ببعض المحصّصات المالية، وضمان الانتفاع بها بمعدلات مرتفعة، هي تدابير من شأنها الحدّ من تأثير عبء تلك الأمراض. ومن الإسهامات المهمة التي تضاف إلى الموارد المتوافرة للبلدان، الحصول على خدمات الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي للقاحات والتمنيع. كما ينبغي اتّخاذ إجراءات لمكافحة الأمراض غير السارية حيثما تتوافر بينات على ضرورة اتّخاذ هذه الإجراءات.

3. تقليص عبء المدفوعات النثرية المباشرة لقاء الخدمات الصحية

لا يخفى أن العوائق المالية التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية لا تقل أهمية عن العوائق المادية. ففي إقليم شرق المتوسط تتراوح المدفوعات النثرية كنسبة مئوية من جميع الموارد التمويلية، بين 4٪ في أقلّ نسبيها، و79٪ في أعلىّ نسبيها⁽⁵⁾. والحلّ الموصى به في هذا الصدد، هو الاتجاه إلى مزيد من الاعتماد على الأشكال المختلفة للدفع المسبق الجماعي. ومن الخيارات في الصدد، التأمين الاجتماعي، الذي يقوم الأغنياء بمقتضاه بالدفع عملياً لصالح الفقراء. ومن البدائل الأخرى، قيام الدولة بدفع أقساط تأمينية للفقراء أو سائر الفئات المحرومة، إما بالسعر العادي وإما بسعر تساهلي. ويمكن إعفاء الفقراء من دفع رسوم الخدمة أو إعطاء حوافز مالية للمرافق التي يلجأ إليها الفقراء على الأغلب، وذلك تخفيفاً للأثر السلبي لرسوم الخدمة. ولا بد من إيلاء اهتمام خاص لتلبية احتياجات الأقلّيات العرقية والفئات المحرومة، كالألاجئين.

(5) (أ) مؤشرات التنمية العالمية، 2003، نيويورك، البنك الدولي 2003، (ب) المرامي الإنمائية للألفية؛ عهد بين الأمم على إنهاء فقر الإنسان. تقرير التنمية البشرية، 2003، نيويورك، البرنامج الإنمائي، 2003.

4. تحسين الإمداد بخدمات الصحة العمومية غير الشخصية وزيادة فعاليتها

يتعين إنشاء آليات لإعلام الجمهور بالمخاطر التي تتهدد الصحة، وإتاحة المعلومات اللازمة للفقراء، وتوعيتهم، وتمكينهم من المشاركة في تعديل أنماط الحياة والسلوكيات المضرّة بالصحة. ولا يخفى أن تحسين البيئة، سواء بمكافحة تلوث الهواء أو الماء أو التربة، أو برعاية الصحة المهنية أو السلامة الغذائية، يفيد جميع المواطنين، ولاسيما الفقراء، الذين هم أكثر تعرّضاً من غيرهم للبيئات الملوثة. غير أنه ينبغي الاحتياط لتلا يقتصر الأخذ بتلك المداخلات وإنفاذها على المدن الكبرى والضواحي الغنية. ومن الضروري الأخذ بتدابير لحماية البيئة أيضاً في المناطق العشوائية والريفية المطرّقة. ويجدر بالتنويه أن إغناء الأغذية الأساسية بعناصر من قبيل اليود، والحديد، والزنك لا تقتصر فائدته على كونه طريقة عالية المردود جداً لضمان حصول جميع السكان على مدخول غذائي واق لصحتهم، ولكن فائدته عظيمة بشكل خاص، للفقراء الذين لا يضمن لهم قوتهم المعتاد حصولهم على المدخولات الغذائية اللازمة.

5. تشجيع العمل المشترك بين القطاعات لتحقيق مكاسب صحية، والمشاركة في هذا العمل

يتعين على وزارات الصحة تشجيع العمل الذي يقوم به الشركاء في سائر القطاعات الحكومية وقطاع الأعمال، والمجتمع المدني لتحقيق المرامي المتعلقة بالصحة، كتوفير الماء الصالح للشرب، وتحسين التدبير الصحي للفضلات، وإعداد سياسات صحية عمومية (إصدار لوائح لمكافحة التدخين)، وأثناء وتقليص التلوث البيئي، وزيادة فرص تعليم الإناث، أو التعاون مع أولئك الشركاء على تحقيق ذلك. علماً بأن إشراك المجتمعات الفقيرة في مشاريع التنمية الاقتصادية لا يؤدي إلى تحسين الرفاه الاجتماعي فحسب، بل يؤدي كذلك إلى تحسين فرص هذه المجتمعات للحصول على بيئات أفضل. ومن الأساليب التي يمكن الاستعانة بها في تطبيق مفهوم التعاون بين القطاعات، المبادرات المجتمعية، من أجل توفير أسباب المعيشة المضمونة الاستمرار، وتحسين الأحوال الاجتماعية، بما فيها النتائج الصحية. وسوف يشكل استنهاض المجتمع، على المدى الطويل، أحد المقومات المهمة لا لاستمرارية الخدمات الصحية فحسب، بل أيضاً لاستمرارية جميع فوائد التنمية.

4.3 الشروط المسبقة الضرورية للنجاح

إن جدول العمل الآنف الذكر لصالح صحة الفقراء، يستلزم المزيد من الموارد، ولاسيما في القطاع العام، من مخصّصات الميزانيات المحلية، ومن مساعدات المانحين. بل إن بعض البلدان الفقيرة، قد تحصل على موارد إضافية نتيجة تخفيف عبء الديون عن البلدان المستحقة للانتفاع من المبادرة المتعلقة بالبلدان الفقيرة المثقلة بالديون. علماً بأن تخفيف عبء الديون لا يؤدي في حد ذاته إلى ورود موارد جديدة؛ بل إن كل ما يؤدي إليه هو السماح للحكومات بإعادة تخصيص الأموال التي سبق رصدها لخدمة الدين الخارجي، مما يتيح إمكانية زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية وسائر الخدمات الاجتماعية. ووفقاً للترتيبات الجديدة المعلنة في عام 1999، أصبح تخفيف عبء الديون مرتبطاً بتقليص الفقر، وذلك يجعل الموافقة على تخفيف عبء الديون مشروطة بإعداد ورقة لاستراتيجية تقليص الفقر، وهي وثيقة تقوم بإعدادها السلطات الوطنية المختصة، عارضة فيها استراتيجية وطنية لتقليص الفقر، وتغييرات مقترحة في تخصيص الموارد. وقد أصبح اشتراط إعداد هذه الوثيقة ممتداً الآن إلى العديد من البلدان التي تلتزم الاستفادة من التسهيلات المالية الميسرة الشروط لصندوق النقد الدولي والبنك الدولي. وعمقتى الاتفاقات

المتعلقة بورقات استراتيجية تقليص الفقر، فإن ما يصل إلى 25٪ من الموارد الإضافية يمكن تخصيصه للقطاع الصحي. ويُنتظر أن تؤدي ورقات استراتيجية تقليص الفقر الجيدة الإعداد إلى الحصول على أموال إضافية من جهات ثنائية ومتعددة الأطراف. ومن ثمّ، فإن من الأدوار المهمة التي يمكن لمنظمة الصحة العالمية القيام بها، مساعدة وزارات الصحة على إعداد المكوّن الصحي لتلك الورقات، إعداداً مُستنداً بالبيّنات.

وهناك مورد ثان يمكن الاستفادة منه، ألا وهو تعزيز تحويلات المانحين، وفقاً لما يوصي به تقرير لجنة الاقتصاد الكلي والصحة، من أن بإمكان البلدان القيام، بحلول عام 2007، أن تعثر على مبلغ إضافي يتراوح بين 1٪ و2٪ من الناتج المحلي الإجمالي لصالح الصحة، ولو أن التقرير يعترف في الوقت نفسه بأنه حتى مع إمكان تحقيق هذا الإنجاز الهائل، فإن العديد من البلدان التي هي أفقر، سوف تبقى قاصرة عن تحقيق هدف إنفاق مبلغ يتراوح بين 30 و40 دولاراً سنوياً على الصحة للفرد الواحد. فذلك أمر لا يتحقق إلا بفضل زيادة الدعم المقدّم من المانحين لقطاع الصحة زيادة كبيرة، من بليونتي دولار إلى عشرين بليون دولار سنوياً. وعلى الرغم من التشكك في إمكانية زيادة سخاء المانحين إلى هذا الحدّ، فإن هنالك آليتين للمُنح أُدخلتا حديثاً، تبعثان على ما يكفي من الأمل في المستقبل، ألا وهما الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي للقاحات والتمنيع. ويمكن بذل جهود مماثلة في الإقليم، بما في ذلك إنشاء صندوق إقليمي لدعم السياسات والمداخلات الصحية المناصرة للفقراء.

وإذا نظرنا إلى هذه الموارد مجتمعة (تخفيف عبء الديون، وزيادة الميزانيات المحلية، وزيادة التدفّقات المالية المتأثية من المانحين)، انبعث فينا الأمل في أن تتوافر على الأقل الموارد اللازمة لتنفيذ الاستراتيجية المقترحة. وتشير الترتيبات الدولية الجديدة إلى إمكان تدفق الأموال على وجه التفضيل إلى البلدان التي يمكنها التذليل على أن سياساتها مناصرة بحق للفقراء، وأنها يمكن أن تلبّي تطلّعات المانحين والمجتمع المدني إلى أن تدار الموارد إدارة تقوم على الأمانة، والشفافية، وقابلية المساءلة.

ذلك أن الجهود المبذولة لتقليص الفقر، التي تتخذها مختلف المؤسسات أو المنظمات أو البلدان غالباً ما يفسدها سوء الإدارة في ما يتعلق بتنفيذ البرامج. ولا يخفي أن المراقبة المالية الجيدة، والتنمية الفعّالة للموارد البشرية، والإصلاحات الإدارية الجدية، وتدابير المساءلة الحقّة، والتواصل الجيد بين المجتمع والقطاع العام، والسياسات والخطط المراعية لإشراك الجنسين، تدعم جميعها الجهود المبذولة لحشد الموارد. ويمكن إنجاز الكثير باستخدام طرائق بسيطة تأخذ بعين الاعتبار الخرائج externalities* التي يمكن أن يكون لها، أحياناً، تأثير على تقليص الفقر أهم من مجرد توفير المزيد من الموارد. ومن التدابير العملية لتحقيق النتائج المنشودة، أتباع الممارسات الجيدة المعززة للصحة، وإعداد برامج ومداخلات تركز على علو المردود مع الكفاءة.

* الخرائج externalities تعني التكاليف (الأضرار) أو المنافع التي يتأثر بها المجتمع ولا تدخل في سعر السوق لسلعة ما أو خدمة ما. فمن الخرائج السلبية تدهور البيئة الذي يُعدّ من التكاليف (الأضرار) التي لا تدخل في الحسابات التقليدية التي يتحدّد في ضوءها كيفية استخدامنا لمواردنا. ومن الخرائج الإيجابية التعليم عندما تتجاوز فوائده الطلبة، فتشمل المجتمع بأكمله.

ولما كان تقليصُ الفقر، والصحةُ والتنميةُ المضمونتا الاستمرار، يمثلُ كلُّ منها قضايا متعددة الأبعاد، فإن من الضروري إقامة شراكات واسعة النطاق، أدوارها ومسؤولياتها محدّدة بوضوح. ولا بد للمؤسسات (البنك الدولي، وكل من البنك الآسيوي، والأفريقي، والإسلامي للتنمية) والمنظمات (منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونيسف، ومنظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية)، والصناديق والاتحادات (التحالف العالمي للقاحات والتمنيع، ولجنة الاقتصاد الكلي والصحة، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا)، والبلدان، والمنظمات اللاحكومية، والمجتمع المدني، من القيام بدور أكثر ابتداراً *proactive*، والاستفادة من السياسات والمدخلات المناصرة للفقراء، لهدم العوائق الرئيسية على درب التنمية المضمونة الاستمرار.

ومن المهم الاعتراف بأن تلك الأنشطة والمدخلات متكاملة على المستويين الكلي والتفصيلي، وتدعم الإجراءات المتخذة لتحقيق الصحة والتنمية المضمونتي الاستمرار. وغني عن البيان أن التكامل داخل القطاع الصحي، وفي ما بين القطاعات، من شأنه تقوية كل منها، وتقليص الفجوة في الموارد اللازمة لتحقيق أهداف الاستراتيجيات الوطنية. ولا يمكن التصدي لقضايا العدالة إلا عندما يترسخ التكامل في العمل وفي صياغة السياسات على صعيد المؤسسات والبلدان.

4. مبررات البرامج القائمة وإسهاماتها

أجريت مراجعة للميزانية البرمجية الإقليمية الحالية (2002-2003) والمقبلة (2004-2005)، بُعِيَة البحث عن إمكان جعل السياسات الصحية أكثر تركيزاً أو إعادة تخصيص الموارد في الإقليم في ضوء الإطار الاستراتيجي المقترح آنفاً. وقد اتضح من هذه المراجعة أن تمويل جُلّ المجالات البرنامجية إن لم يكن كلها لا يزال غير كاف. وقد عانى إقليم شرق المتوسط، على مدى السنوات الأخيرة، من الضغط المزدوج للتناقص المطرد في قيمة الميزانية العادية الإسمية الثابتة، بسبب التضخم، وإعادة تخصيص الموارد بنقل بعضها من الإقليم إلى أقاليم أخرى، بعد صدور قرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 31.51، مما يؤدي إلى إحداث نقص تراكمي في مخصّصات الإقليم مقداره 9.6٪، بحلول عام 2004. وعلى الرغم من أن 50٪ من سكان الإقليم يعيشون في بلدان منخفضة المداخيل، فإنه لا يُتاح للإقليم سوى مقدار محدود جداً من المساهمات الطوعية اللازمة لدعم الأنشطة القطرية، ولاسيما في مجالات تقليص الفقر، وتهيئة البيئات الصحية، وتطوير النظم الصحية. ومن ثمّ، فلا يزال كل مجال برنامجي في المكتب الإقليمي يعاني من نقص الموظفين اللازمين له، ولا تتوافر لديه سوى سلطة تقديرية محدودة لتوفير الدعم المالي للمبادرات الكبرى.

ومع أن الأولويات العامة في المكتب الإقليمي تتماشى مع متطلبات دعم أي استراتيجية إصلاحية مناصرة للفقراء، ومع أنه يُولى الاهتمام اللازم بأن تتجلى الأنشطة المناصرة للفقراء في مكونات كل برنامج من البرامج التي تدعمها المنظمة، فإن من الصعب أن يُحافظ على مستوى إنجاز تلك الأولويات على النحو الحالي. فالفائدة التراكمية التي تعود على السكان الفقراء لا يمكن إصاها إليهم ما لم يتم تعزيز إسهامات مختلف البرامج بمزيد من الموارد. ولا بد للمنظمة بكامل هيئتها، لا على المستوى الإقليمي فحسب، وإنما أيضاً على مستوى المقر الرئيسي، من توحيد تفكيرها حول تخصيص الموارد، حتى لا يعاني كل من البرامج على حساب الآخر. وينبغي توجيه أي موارد إضافية متوافرة إلى المجالات ذات الأولوية التي تدعم الجهود الوطنية للإصلاح الصحي المناصر للفقراء، بما في ذلك تمويل

القطاع الصحي، وإدارة الخدمات الصحية، (بما في ذلك العلاقات مع مقدّمي الخدمات الصحية غير الحكوميين)، وتعزيز الصحة، وتقوية النُظُم الصحية وصحة البيئة.

ثم إن المبادرات المجتمعية (تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، والقرى الصحية، والمدن الصحية واضطلاع المرأة بدورها الحاسم في الصحة والتنمية)، التي هي وسيلة مهمة لتنفيذ التوجُّهات الاستراتيجية على الصعيد المحلي، يتعيّن، في الوقت نفسه، التوسُّع فيها، إذ إنها تتماشى مع الجهود العالمية لتقليص الفقر وتحقيق الصحة والتنمية المضمونتيّ الاستمرار، كما أنها تمثّل أسلوباً يُسهم في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية.

5. بناء القدرات وتعزيزها

إن الاستراتيجية الإقليمية المقترحة في هذا البحث، تقوم على افتراض أن الحكومات، ولاسيّما وزارات الصحة التابعة لها، سوف تضطلع بطائفة من الوظائف أوسع بكثير من تلك التي جرت العادة على اضطلاعها بها. ويتطلّب ذلك القيام بتطوير مؤسسي (إنشاء أو توسيع وحدات متخصصة في وزارة الصحة، وربما في الهيئات التنسيقية، مثل وزارات المالية، والتخطيط، والتعليم، والتجارة، والصناعة، والزراعة، والإسكان) وتزويد تلك الوحدات بموظفين يتمتعون بالمهارات المطلوبة. ويستلزم الأمر المزيد من القدرات في مجالات: تحليل السياسات، وتُظُم المعلومات، والتثقيف الصحي، والتعاون بين القطاعات، والمهارات التفاوضية والتحليلية، وتغيير السلوكيات، والاتصال، وصحة البيئة، وتخطيط البرامج الصحية، وتمويل الصحة. علماً بأن تعزيز مهارات وقدرات المجتمع على الاستجابة بفعالية لهذه المجالات هو أمر بالغ الأهمية، نظراً إلى دور الشراكة القوي الذي يبدو أن المجتمعات على استعداد لأدائه.

ونظراً إلى شحّ المعلومات اللازمة لدعم رسم السياسات، فإن تقوية نُظُم المعلومات سوف تصبح مقوِّماً رئيسياً من مقوِّمات دعم البلدان. ومع إبرازنا لأهمية الشراكات الواسعة بين القطاعات، والعولمة، وتضمين مفهوم مشاركة الجنسين في مختلف المجالات، وحقوق الإنسان، فإنه يتعيّن علينا توفير البيّنات على وجود علاقة بين هذه القضايا وبين الصحة والخدمات الصحية، من أجل التوصل إلى قرارات فعّالة تُتخذ عن علم واستنارة. علماً بأن القدرة الراهنة على البحث عن تلك البيّنات وتجميعها، على الصعيد القطري، تتسم بالضعف. والتحدّي الذي تواجهه المنظمة في هذا الصدد، يتمثّل في دعم العمل على إيجاد مهارات وطرق عمل جديدة في المنظمة وفي البلدان على السواء. ومن المهم في هذا الصدد التأكيد على أن الموارد التي يمكن استخدامها لدعم السلطات الوطنية ليست هي موارد المكتب الإقليمي فحسب، بل أيضاً موارد المقر الرئيسي للمنظمة. ويمكن استخدام جميع السُّبل المتاحة لنشر الأفكار الجديدة، ومن هذه السُّبل ما يلي:

- الزيارات الاستشارية التي يقوم بها موظفو المكتب الإقليمي والمقر الرئيسي للمنظمة؛
- الزيارات الاستشارية التي يقوم بها مشاورون خارجيون؛
- الحلقات العملية التدريبية التي تُعقد على المستوى المحلي، ودون الإقليمي، والإقليمي، والأقليمي؛
- تبادل الخبرات واستخلاص الممارسة المُثلى؛

- إعداد ونشر الوسائل، وسُبل المسح، والدلائل الإرشادية العملية؛
- تبادل المعلومات باستخدام النُظُم المتوافرة على شبكة الإنترنت؛
- إقامة التحالفات والشراكات مع المراكز العلمية والبحثية، والمجتمع المدني، والمنظمات اللاحكومية الدولية، داخل الإقليم وخارجه.

6. الرصد والتقييم

ينبغي للنظام الذي يُتخذ لرصد اعتماد وتنفيذ الإصلاحات الصحية المناصرة للفقراء أن يُصمَّم على نحو يتسنى به تحاشي إتهام كاهل الحكومات بمتطلبات الاستقصاء أو التبليغ المتعددة. وينبغي لهذا النظام أن يركز على الانتفاع إلى أقصى حد ممكن بنُظُم المعطيات (البيانات) القائمة، وأن لا يُتوقع الإبلاغ على فترات متكررة عن التغيرات التي تحدث في الوضع الصحي وفقاً للمقاييس الصارمة. ويمكن أن تشمل مؤشرات التقدم المُحرَز سنوياً، في ما تشمل، ما يلي: اعتماد مواقف توجيهية رسمية؛ تقديم بيانات على مشاركة منظمات المجتمع المدني في اتخاذ القرارات على الصعيد الوطني، وتوزيع أو إعادة توزيع الموارد سعياً إلى تحقيق الأغراض الاستراتيجية؛ وقياس الأنشطة، بما في ذلك الانتفاع بمختلف أنواع الخدمات؛ والأخذ بالمؤشرات الديمغرافية (حيثما تتوافر نُظُم المعطيات (البيانات) الموثوقة بدرجة كافية)؛ والاستعانة بنتائج المسوحات المجتمعية الدورية، مثل المسح الديمغرافي والصحي.

ويجدر بالملاحظة أن المرامي الإنمائية للألفية لا تقدِّم إطاراً مُرضياً كل الرضا لرصد تنفيذ السياسات الصحية المناصرة للفقراء. وذلك لأن المرامي ذاتها تُعنى بالمؤسسات الوطنية، في حين أن الإجراءات المناصرة للفقراء المقترحة في هذا البحث تتوخى تحقيق فوائد بعيدة المدى للفقراء بالذات. ومن ثَمَّ، فمن المرغوب فيه تجميع معلومات حول المرامي الإنمائية للألفية، باستخدام عمليات ووسائل تتيح تصنيفها بحسب الفئة الاجتماعية – الاقتصادية، أو باستخدام بديل آخر، مثل توزيعها بحسب المناطق الريفية أو الحضرية.

ويتم إلى حد بعيد التعبير عن المرامي الإنمائية للألفية من حيث نتائجها على الوضع الصحي، وهو ما يصدق أيضاً على الأهداف المقابلة والمؤشرات القابلة للقياس. وتمثّل هذه المرامي الاختبار النهائي للتنفيذ الناجح للسياسات، غير أن المعطيات المتعلقة بالسكان لا تتأثّر، بحكم طبيعتها، عن طريق العمليات الإدارية الروتينية (غير نُظُم إحصاء الأحوال المدنية الشاملة) ويصعب قياسها على فترات متكررة. ومن ثَمَّ، فهناك حاجة إلى بذل جهود دورية خاصة، تُستخدم فيها عادةً طُرُق المسح الأسري، لقياس النواتج النهائية المتمثلة في التغيرات التي تحدث في الوضع الصحي. ولا بد من الحفاظ على التوازن الملائم بين الإبلاغ المتواتر لمؤشرات العمليات التي نوقشت آنفاً (الرصد) وبين القياس الدوري للنواتج والنتائج النهائية (التقييم).