



الرجال والنساء العاملين في القطاع الصحي في اليمن: حقوق واحتياجات ومسؤوليات^١

سنوياً (وزارة التخطيط والتعاون الدولي، ٢٠٠٥). كما يشهد اليمن تدنٍ في تغطية الخدمات الصحية مع ظروف حياة غير مواتية للتمتع بصحة جيدة. وفي العام ٢٠٠٦، لا تتعدى نسبة المساكن المزودة بمياه صالحة للشرب ٦٦ في المئة، أما نسبة المساكن المتصلة بشبكات الصرف الصحي فلا تتجاوز ٤٦ في المئة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨).

التزام الحكومة

على ضوء النظام الصحي، تواجه الحكومة تحدياً كبيراً في تحقيق التزامها من أجل تحسين الوضع الصحي للسكان. فتشير المواد ٣٠ و٣٢ و٥٥ من الدستور اليمني إلى أن الحصول على الخدمات الصحية هو حق لجميع المواطنين (اللجنة الوطنية للمرأة، ٢٠٠٦). كما تؤكد الحكومة التزامها والاهتمام بالصحة حسب ما ورد في الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية (٢٠٠٦-٢٠١٠). وقدمت هذه الخطة ضمانات لجميع المواطنين بتلقي خدمات صحية كاملة وبكلفة قليلة، والتزمت الحكومة بوضع الصحة كمحور أساسي في برنامج التنمية الحكومي والتأكيد على توزيع عادل للموارد (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٦).

وقد التزمت الحكومة أيضاً بالأهداف الإنمائية للألفية وخاصة الأهداف الثلاثة المتعلقة بتحسين صحة السكان وهي: خفض نسبة وفيات الأطفال وتحسين الصحة الإنجابية (صحة الأمهات) ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا والأمراض الأخرى. يهدف الهدف الثالث من الأهداف الإنمائية للألفية إلى تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

يهدف هذا الموجز إلى المشاركة في الجدل الدائر حول إصلاح القطاع الصحي في اليمن مركزاً على الكوادر العاملة في المجال الصحي من الرجال والنساء؛ ومركزاً أيضاً على حقوق هذه الكوادر واحتياجاتهم إضافةً إلى مسؤولياتهم كصناع سياسات ومخططين للخدمات الصحية ومقدميها. وتتضمن الورقة تحليلاً للعلاقة القائمة بين حقوق هؤلاء الكوادر وبين الاحتياجات الصحية للفئات المستفيدة من الخدمات الصحية في المجتمع.

أولاً. الإطار العام

النظام الصحي

من المعترف به أن النظام الصحي في اليمن يحتاج إلى إصلاح للوفاء بحق جميع المواطنين في الخدمات الصحية وتلبية لاحتياجات النساء والرجال والفتيات والفتيان على قدم المساواة. تدل المؤشرات الصحية الرئيسية على أن هناك الكثير مما ينبغي القيام به تمهيداً لدراسة احتياجات السكان الصحية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨). وفي العام ٢٠٠٦، أظهرت البيانات أن العمر المتوقع عند الميلاد للإناث هو ٦٢ سنة وعند الذكور ٥٩ سنة. وبلغت نسبة وفيات الأمهات في العام ٢٠٠٥ ٤٣٠ لكل مئة ألف مولود حي. وفي عام ٢٠٠٦، بلغ معدل وفيات الرضع ٧٥ لكل ألف مولود حي، ومعدل وفيات الأطفال ما دون الخامسة من العمر هو ١٠٢ لكل ألف مولود حي وتبلغ نسبة الأطفال ناقصي الوزن (تحت سن الخمس سنوات) حوالي ٤١,٣ في المئة خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٦. بالنسبة للأمراض، يصاب سنوياً ٨٠٠,٠٠٠ إلى ٩٠٠,٠٠٠ شخص بالملاريا. ويعتبر السل الذي يبلغ انتشاره ٠,٠٨ في المئة بين السكان أحد الأمراض الرئيسية المعدية حيث يشهد اليمن ٢,٥٠٠ حالة وفاة

^١ تم اعداد هذا الموجز السياسي من قبل الدكتورة ناديا طاهر، خبيرة استشارية مستقلة لمنظمة العمل الدولية في مشروع "تعزيز العمل اللائق والمساواة بين الجنسين"، الممول من الحكومة الهولندية والذي تنفذه الإدارة العامة للمرأة العاملة في وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل. إن هذا الموجز السياسي مبني على المقابلات والتشاورات مع خبراء في الصحة والنوع الاجتماعي؛ وكذلك مع كبار المسؤولين في وزارة الصحة العامة والسكان ومساعدة أعضاء من فريق الإدارة العامة للمرأة العاملة.



مخصصات ميزانية الصحة

القطاع الخاص. وهذا يعني أن نسبة كبيرة من الفقراء من كافة الأجناس والأعمار لا يحصلون على الخدمات الصحية أو يحصلون على القليل منها فقط. ينتج عن ذلك أوضاع خطيرة تزداد خطورتها على ذوي الفقر المدقع حيث تتشابك مغبات ضالة الدخل مع مغبات ضعف الصحة ليدور أصحابها في حلقة مفرغة من العوز والحرمان. تشكل مثل هذه الأوضاع خرقاً لالتزام الحكومة العلني بشأن تأمين الخدمات الصحية لجميع المواطنين وضمان الحد الأدنى من الإنفاق على الصحة.

مبادرات في صدد التنفيذ

لا ريب أن صانعي سياسة القطاع الصحي ومخططي ومقدمي الخدمات على دراية بحقيقة الأوضاع المذكورة أعلاه، وأنهم يبذلون جهوداً كبيرة لمعالجتها ويعملون بطرق متعددة لمواجهةها. على سبيل المثال، يجري حالياً مراجعة القطاع الصحي المشترك لعام ٢٠٠٧ مراجعة تقييمية في سبيل بلورة الرؤية والإستراتيجيات اللازمة لتنفيذ خطة التنمية الخمسية الثالثة في القطاع الصحي (٢٠٠٦-٢٠١٠). إن المراجعة المذكورة مكوّن أساسي في صياغة استراتيجية اصلاح القطاع الصحي التي وضعت، وفي تعزيز الالتزام السياسي به، وتكريس الموارد الكافية لتنفيذه، وضمان إجماع المعنيين به على الآليات والتوجهات اللازمة لتنفيذ هذه الإستراتيجية (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٧). وما هذه الورقة سوى مساهمة في تلك الجهود.

حالة العمال في القطاع الصحي

لإصلاح الرعاية الصحية يجب الأخذ بعين الاعتبار حقوق واحتياجات النساء والرجال العاملين في مجال الرعاية الصحية، وذلك لتمكينهم من التمتع بظروف عمل تحفزهم وتحسّن قدراتهم لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان. على ضوء المعطيات هذه، يمكن طرح الأسئلة التالية:

١. هل تُلبى حقوق النساء والرجال العاملين في القطاع الصحي؟
٢. هل يحصل هؤلاء على فرص تدريب متساوية ومنظمة؟
٣. هل تستفيد النساء من الفرص التي يستفيد منها الرجال في جميع التخصصات الطبية؟
٤. هل يشارك الرجال كما النساء في تحمل مسؤولية الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وتقديم الخدمات؟
٥. هل يشعر العاملون في القطاع الصحي بالأمان لجهة تأمين احتياجاتهم واحتياجات أسرهم الصحية؟
٦. هل تُجرى الأبحاث التي من شأنها تشخيص وتلبية احتياجات النساء والرجال كمستخدمين وكمقدمين للخدمات الصحية في آن معاً؟

على الرغم من التزامات الحكومة تجاه القطاع الصحي، لا تتعدى مخصصات ميزانية القطاع الصحي ٤٢ في المئة من إجمالي ميزانية الحكومة في العام ٢٠٠٥ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨). إن المساهمات خارج نطاق الجيب للمستفيدين من الخدمات الصحية تشكل ٩٥ في المئة من نفقات القطاع الخاص على الصحة، حيث تجاوزت النفقات الحكومية. وقد انخفضت نسبة مجمل الإنفاق الصحي لتصل إلى ٥,١ في المئة من إجمالي الناتج المحلي في عام ٢٠٠٥. تعتبر ضالة ميزانية القطاع الصحي من المعوقات الرئيسية التي تواجه تنفيذ الخطة الخمسية الثالثة. على أن بعض موظفي وزارة الصحة العامة والسكان والخبراء في القطاع الصحي في اليمن يعتبرون أن السبب لا يكمن فقط في شح الميزانية، بل وأيضاً سوء إدارة هذه الميزانية وضعف كفاءة الكوادر وسوء الإنفاق. ومن المهم بأن معظم الموارد يجب أن تتجه إلى القطاع الصحي ومن الضروري أن تتسم بالفعالية والشفافية والمساواة والاستدامة.

نظام غير ملائم من الإحتياجات

يظهر النظر في آليات التخطيط في القطاع الصحي وفي نظام تقديم الخدمات عدداً من الجوانب الداعية إلى القلق تتعلق بمختلف المجالات. فيعاني النظام الصحي في اليمن من مشكلات هامة كضعف التخطيط الإستراتيجي، وضعف التنسيق بين الإدارات، وضعف أنظمة الرقابة والتقييم. وتبين التقارير وجود مشكلات في الموارد البشرية لا سيما بالنسبة للهيكل التنظيمي وتوزيع التخصصات بين المناطق الريفية والحضرية. وهناك أيضاً شعور بعدم الرضى بين العاملين الصحيين بالنسبة للأجور والحوافز وظروف العمل. وتنعكس هذه العوامل سلباً على نوعية الخدمات الصحية وتوفرها وصعوبة نيلها والاستفادة منها. تشير الإحصاءات إلى أن الخدمات الصحية الأساسية تشمل ٣٥ في المئة فقط من السكان في الأرياف مقارنة ب ٨٠ في المئة من سكان المدن علماً بأن التغطية الإجمالية لا تتعدى ٥٨ في المئة من السكان (المتوكل، ٢٠٠٧). تغطي خدمات الرعاية الصحية ٣٠ في المئة من سكان الريف و ٤٥ في المئة من سكان اليمن كافة. يتكون القطاع الصحي العام من حوالي ٢٠٩٩ عيادة صحية يعمل منها ١٧٠٠ وحدة صحية فقط، وهناك ٥٦٩ مركز صحي و ١٠٨ مستشفى يبلغ عدد الأسرة فيها ١٢٢٥٢ سريراً. وهناك طبيب واحد لكل ٢٠٠٠ مواطن. تبرهن هذه الإحصاءات بأن نسبة تغطية الخدمات الصحية مبتدئة جداً في اليمن مقارنة ببلدان العالم (المتوكل، ٢٠٠٧). تُفرض رسوم الخدمة على غالبية المستفيدين من الخدمات الصحية الحكومية على الرغم من تدني جودة هذه الخدمات وافتقارها للأدوية والمعدات الكافية؛ هذا الافتقار يدفع المرضى إلى البحث عن العلاج في

وزارة الصحة من بين ٤ وكلاء في الوزارة ذاتها، و٤ نساء من بين ١٥ مدير عام (منظمة العمل الدولية، ٢٠٠٦). هذا يظهر اللامساواة في ترقية كل من الرجال والنساء إلى مواقع اتخاذ القرار، ويبرز المعوقات التي تواجهها النساء عندما يتواجدن في هذه المواقع. من الواضح أنه نادراً ما تصل النساء ذوات التأهيل العلمي العالي المماثل لتأهيل الرجال إلى مواقع المسؤولية (مارتين، ٢٠٠١). وإذا ما وصلن بحق وجدارة إلى مثل هذه المواقع، فويلن غالباً بمناخ معادي لا سيما من قبل زملائهن الرجال، حيث لا تطبق القواعد والأنظمة التي من شأنها حمايتهن. لا ريب في أن ذلك يضعف من سلطتهن وقدرتهن على التنفيذ (مارتين، ٢٠٠١). إضافة إلى ذلك، غالباً ما تتخذ القرارات الهامة أثناء الاجتماعات غير الرسمية بعد ساعات العمل؛ حيث تستثنى النساء من هذه الاجتماعات التي يشارك غالباً فيها الرجال فقط.

توصيات بخصوص حقوق النساء والرجال الموظفين في القطاع الصحي

- يحصل الموظفون والموظفات على حقوقهم في القطاع الصحي من خلال ما يلي:
- تقوية العلاقة بين قوانين العمل وتفعيلها بصورة تحفظ حقوق كل من النساء والرجال كموظفين في القطاع الصحي؛ توفير فرص متساوية وإجراءات وممارسات شفافة فيما يتعلق بما يلي:
- التوظيف بما فيها الإعلان ومعايير الاختيار والمقابلة
- المرتبات والحوافز
- الترقية والوصول المتساوي إلى مواقع اتخاذ القرار
- تطوير آليات الشكاوى
- تحسين ظروف العمل واحتياجات الموظفين الذكور والإناث فيما يتعلق بضمان الإنصاف في الوصول إلى:
- تأمين المعدات (الكمبيوترات والمعدات الطبية وغيرها)
- حضانات أطفال
- تأمين السكن المريح وغرف الراحة ودورات المياه والكافيتريات الخاصة بكلا الجنسين
- تأمين المواصلات الملائمة

من المتفق عليه أن الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي في حاجة إلى إصلاح. وتشير الخطة الخمسية الثالثة بوضوح إلى التزامها "بخلق هيكل تنظيمي يخدم الأهداف الصحية في البلاد بصورة أفضل" (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٦). وحالياً تكافح وزارة الصحة العامة والسكان لإصلاح هيكلها الإداري وخططها الإجرائية (مارتين، ٢٠٠١). من المظاهر الرئيسية لضعف الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة العامة والسكان عدم وضوح التوصيف الوظيفي لوكلاء الوزارة والمدراء العامون. فالمهام

٧. هل يستفيد صناع القرار من مثل هذه الأبحاث؟

٨. إلى أي مدى يجري الالتزام بأنظمة الرقابة والتقييم؟

ثانياً. المشاكل والفرص

١. هل تُلبى حقوق النساء والرجال العاملين في القطاع الصحي؟

كما هو الحال في جميع القطاعات الحكومية، تنخفض أجور العاملين والعاملات في القطاع الصحي. فمنذ العام ١٩٩٠، والجدل قائم حول ضرورة رفع هذه الأجور. كما ينبغي منح موظفي القطاع الصحي الثقة والتأكد من أنهم يعملون ضمن قوانين واضحة وبنية تنظيمية قوية تمكنهم من تعميم مناخها وتنفيذ بنودها. من المهم كذلك أن يتمتع جميع الموظفين إناثاً وذكوراً بالاحترام والتقدير والعمل في إطار تسوده المساواة والشفافية.

يسود مناخاً عاماً من عدم الرضى بين العاملين في القطاع الصحي بالنسبة لقوانين وأنظمة العمل الحالية المتعلقة بمختلف قضايا التوظيف وإبرام العقود والأمن الوظيفي، والتدريب، والترقية، والحوافز، والعمل الإضافي، والعلاوات. ويكشف الجدل القائم بين العاملين في المجال الصحي عن رؤيتين متباينتين: تعتبر الرؤية الأولى أن قوانين العمل والأنظمة الموجودة واضحة وعادلة ولا تفرق بين الموظفين ولكن المشكلة تكمن في تطبيق هذه القوانين. وتعتبر الرؤية الثانية أن القوانين ذاتها هي المشكلة وأنها تحتاج إلى مراجعة. ورغم التباين، هناك اتفاق بأن صياغة القوانين تتسم بعمومية تتيح مجالات واسعة للتفسير والتأويل والتلاعب مما يؤدي إلى عدم المساواة وإلى تعزيز المصالح الذاتية ومحاباة الأقارب في التوظيف.

هناك شعور عام بأن تطبيق القوانين والأنظمة الحالية يتلزم مع لامساواة بين العاملين، خاصة وأنه لا يوجد إقرار بالمساواة بين النساء والرجال. وتدل عدد من المؤشرات أن سبب ذلك يعود إلى انعدام التسجيل أو التسجيل غير المنتظم، وإلى ضعف مراقبة تنفيذ قوانين العمل مما يعرقل عمليات التوثيق (انظر النقاط ٣ و٧ أدناه).

تمثل النساء ٢٨ في المئة من العاملين في القطاع الصحي، ٢٥ في المئة منهن طبيبات (غالبية مختصات في طب الأطفال والنساء والتوليد)، و٣٩ في المئة ممرضات وقابلات، و٢١ في المئة موظفات فنيات، و١٧ في المئة موظفات إداريات غالبتهن سكرتيرات بمستوى متوسط وما دون الوسط (اللجنة الوطنية للمرأة، ٢٠٠٥). بالنسبة لمواقع اتخاذ القرار، هناك امرأتان في منصب وزير وامرأة واحدة وكيلة في

لتطوير الموظفين، يأتي التدريب غالباً لغرض محدد وبنائج متفاوتة (منظمة العمل الدولية، ٢٠٠٦). من حيث المبدأ فإن التخطيط وبناء القدرات من المسؤوليات الأساسية لإدارة تنمية الموارد البشرية ولمركز التدريب في وزارة الصحة العامة والسكان؛ إلا أن تنفيذ التدريب يتم على مستوى مختلف الإدارات مستهدفاً برامجها الخاصة. كما تنفذ ورش تدريب على المستوى المحلي بصورة مستقلة عن وزارة الصحة العامة والسكان. قد لا تكون هناك مشكلة في أن يكون التدريب لامركزياً إلا أن انعدام التنسيق والتعاون بين الأطراف المعنية به ينتج ازدواجية، ويتسبب في أحيان كثيرة بإهدار الموارد. كما يبدو أن بعض الموظفين، وغالباً أولئك العاملين في البرامج التي يمولها المانحون، هم محظوظون أكثر من غيرهم في المشاركة بهذا التدريب.

توصيات بخصوص تنمية قدرات ومهارات النساء والرجال الموظفين في القطاع الصحي

تطوير قدرات ومهارات العاملين في القطاع الصحي إضافة إلى ضمان ما يلي:

- المساواة في الفرص لكل من النساء والرجال في التدريب.
- المساواة في الحصول على التدريب من خلال المزيد من الاهتمام بالمواقع والتوقيت والمواصلات وجودة السكن بما في ذلك ضمان السلامة والخصوصية.
- تحسين محتوى التدريب على أن يؤخذ في الاعتبار تنوع سبل الوصول والحصول على الموارد واحتياجات أفراد المجتمع المستهدفين بالخدمات الصحية من الجنسين.

إن عدم المساواة في الحصول على التدريب لا يساهم فقط إلى لامساواة في تطوير المعرفة والمهارات بين الموظفين من الجنسين بل إلى لامساواة في فرص الترقية وزيادات الرواتب. وعموماً تبدو الكوادر النسائية في موقف غير مؤاتي عندما يتعلق الأمر بالاستفادة من التدريب. وعلى سبيل المثال، فإن التدريب الأساسي الذي يستهدف مستويات أو تخصصات معينة يهيمن عليه الذكور ويستثنى النساء اللاتي لديهن إمكانية للعمل في هذه المجالات. وفي الوقت الحالي فإن التدريب الإداري الذي يقوم به مركز التدريب التابع للوزارة يستهدف الإداريين من المستوى العالي والذين هم في الغالب من الرجال. من ناحية أخرى تستثنى الموظفات المؤهلات اللواتي يشغلن وظائف إدارية من المستوى الثاني من ورش التدريب المميزة التي تساهم في تطوير جودة العمل وفي التقدم الوظيفي.

تُسند إلى الإدارات لا إلى موظفي هذه الإدارات. هذا يؤدي غالباً إلى تداخل في الصلاحيات والمسؤوليات داخل كل إدارة من ناحية، وبين الإدارات من ناحية أخرى.

وعموماً يتسم توزيع المهام والصلاحيات بالتشوش، مما ينعكس سلباً على العلاقة بين المركز والمؤسسات الإدارية المحلية، وعلى العلاقة بين القطاع العام والقطاع الخاص. وقد أصبحت هذه المشكلات أكثر إلحاحاً منذ إدخال إصلاحات اللامركزية والخصخصة. يوجد محاولات لإصلاح الإدارة التنظيمية، ومن بينها توفير وزارة الصحة العامة والسكان التدريب لكبار الموظفين (انظر إلى النقطة ٢). بالإضافة، يعتبر سوء توزيع الموارد البشرية سبب في تمركز الموظفين في الوزارة وفي المدن بينما تعاني المؤسسات الإدارية على المستوى المحلي (المحافظات والمديريات) من نقص شديد في هذه الموارد، حيث يتولى الخدمة في الأرياف والمناطق النائية عدد قليل من الموظفين. عادةً ما يُبرر خلل توزيع الكوادر على المحافظات برفض الموظفات السفر بعيداً عن سكنهن. وفي حقيقة الأمر ليس هناك دليل يؤكد على أن الرجال لا يترددون هم أيضاً في السفر إلى الأماكن النائية التي تتطلب وجودهم كموظفين فيها بعيداً عن أماكن سكنهم.

هناك مجال آخر حيث لا تلبى حقوق العاملين في مجال الرعاية الصحية من الجنسين وهي في ضعف التسهيلات والخدمات أو عدم وجودها مثل المواصلات وأجهزة الكمبيوتر وتأمين بيئة عمل مريحة. بالإضافة إلى ذلك، يعاني النساء والرجال العاملين في الخدمات الصحية من عدم ملائمة أماكن السكن ومن ندرة وجود غرف الراحة في المستشفيات، ومن ضعف حوافز العمل الليلي. وتواجه النساء وضعاً مستحيلاً عندما لا تُخصص لهن دورات مياه أو غرف لتغيير ملابس منفصلة عن تلك المخصصة للرجال (منظمة العمل الدولية، ٢٠٠٦).

٢. هل يحصل النساء والرجال العاملين في القطاع الصحي على فرص تدريب متساوية ومنتظمة؟

إن بناء قدرات الموظفين حق وحاجة في آن معاً. وكما أشارت الخطة الخمسية الثالثة فإن الحكومة ملتزمة بالتعليم وبالتدريب المستمر وتوفير الكوادر الفنية والإدارية (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٦).

وتبقى الأسئلة قائمة بشأن نوعية ورش التدريب ومحتواها وتكرارها وازدواجية تنفيذها، وبشأن المساواة بين الجنسين في الاستفادة من هذه الورش وفي تأمين الوصول إليها. تظهر التقارير والمقابلات أنه نظراً لغياب خطة شاملة

المثال في المجلس اليمني للتخصصات الطبية. تظهر التقارير والمقابلات أن العاملات في التخصصات التي يهيمن عليها الذكور يشعرون بانعدام الدعم من زملائهن الذكور ومن مسؤوليهم. كما لا يشجعون على أداء دورهن المهني الذي يؤهلن للقيام به.

توصيات بخصوص تعزيز وجود النساء في التخصصات التي يهيمن عليها الذكور

دعم وتشجيع النساء للدخول في التخصصات الطبية التي يهيمن عليها الرجال من خلال الآتي:

- التحاق بمؤسسات التدريس والتدريب.
- خلق آلية تحمي النساء من العراقيل والتمييز عندما يتخصصن في مجالات يهيمن عليها الرجال؛ على سبيل المثال تخصيص نسبة معينة للنساء في التخصصات النادرة.

وهذا يعني أن النساء غير قادرات على الاستفادة الحقيقية من إمكانياتهن، أو على الوفاء باحتياجات المريضات في تلقي المساعدة الطبية. ويذكر أن ٣٥ في المئة من النساء اليمنيات لا يتلقين الرعاية الصحية (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٣). ويرجع السبب الرئيسي في ذلك إلى حد كبير إلى تدني عدد الطبيبات والممرضات (وزارة التخطيط والتعاون الدولي، ٢٠٠٥). في هذا المناخ الذي تضعف فيه الحساسة الثقافية في معالجة الأمور، كيف تبدو فعالية تقديم الخدمة الصحية؟ يلاحظ أن الخدمات الطبية المتوفرة للنساء تتركز في مجالي الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة على حساب الاحتياجات الصحية الأخرى. بغية معالجة هذا الواقع ينبغي زيادة أعداد الكوادر الطبية النسائية وتطوير كفاءاتها في جميع التخصصات. على أنه من المؤكد ضرورة وضع استراتيجية شاملة للتنسيق والتعاون مع المؤسسات ذات الصلة بما في ذلك المعاهد الصحية المسؤولة عن تخريج الكوادر النسائية اللازمة للإيفاء باحتياجات النساء الصحية.

٤. هل يشارك الرجال كما النساء في مسؤولية الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة؟

غياب الرجال كمقدمين لخدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة دليل إضافي على سوء التنسيق بين احتياجات الخدمة الصحية والهيكل التنظيمي، لا سيما بما يتعلق ببناء القدرات وبلورة التوصيف الوظيفي. لا ريب في أن الباحثات في اليمن عن خدمات الصحة الإنجابية يلجأن إلى ممارسات من النساء. ومع ذلك، فمن الضروري أن يُنظر إلى الرجال كمجموعة مستهدفة عندما يتعلق الأمر بخدمات الرعاية الصحية الإنجابية

بصورة عامة، فإن الأعراف الاجتماعية تضيق من قدرة النساء على السفر للتدريب داخل البلاد، وتضيق بصورة أكثر حدة من السفر إلى الخارج؛ وينظر إلى هذه المعوقات من قبل معظم صانعي القرار على أنها خارجة عن إرادتهم وأن مسؤولية إيجاد الحل تقع على النساء أنفسهن. وفي حقيقة الأمر، وحيثما يوجد التزام سياسي بحقوق النساء كعاملات، ينبغي على المؤسسات إيجاد حلول لمشكلات استفادت من التدريب باختيار مواقع يسهل الوصول إليها ويتوفر وسائل نقل وإقامة ملائمة آمنة. وحيث يكون ضرورياً يمكن تعزيز مشاركة المرأة في التدريب من خلال إتاحة الفرصة لمحرر من ذكور الأسرة (زوج، أب، أو أخ) أن يرافق المتدربة. يفتقر محتوى التدريب في أحيان كثيرة إلى رؤية تبرز خلفية النوع الاجتماعي. هذا الافتقار ينعكس على محتوى التدريب وعلى بنود الميزانية وعلى تقديم الخدمات الصحية وعدم ملائمة التوجهات التي من شأنها تأمين الموارد واحتياجات النساء والرجال كمقدمين للخدمات الصحية وكمستخدمين لها في آن معاً.

٣. هل تحصل النساء على فرص متساوية مع الرجال في الوصول إلى جميع التخصصات الطبية؟

تظهر الإحصائيات كما يظهر الرأي العام بأن النساء يتواجدن كما الرجال في المدارس الطبية وفي مختلف المعاهد الصحية ذات الصلة. على أن الأمر ينتهي بالنساء إلى العمل في تخصصات طبية محدودة، إذ تمثل النساء من بين الاختصاصيين ٢٨ في المئة في القطاع العام، و٣٠ في المئة في القطاع الخاص. ومن بين الممارسين العموميين تصل نسبة النساء إلى ٣٠ في المئة في كلا القطاعين. هناك ١٩ في المئة من النساء المتخصصات في التخدير في القطاع العام. وفي الصيدلة تشكل النساء ٢٤ في المئة في القطاع العام؛ بينما تبلغ هذه النسبة ١١ في المئة في القطاع الخاص. وتشكل طبيبات الأسنان ٢٨ في المئة من الأطباء في القطاع العام، أما في القطاع الخاص فتبلغ النسبة ٣٥ في المئة. في مجال التمريض تشكل الممرضات ٣٧ في المئة في القطاع العام، بينما هناك ٦٢ في المئة ممرضات في القطاع الخاص (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٦). وفي ظل الافتقار إلى إحصائيات تتسم بالدقة، يسود اعتقاد عام بأن معظم الطبيبات يتخصصن في أمراض النساء والتوليد والأطفال، والقليل منهن يتخصصن في مجال الجراحة أو الأعصاب أو القلب أو الأورام (منظمة العمل الدولية، ٢٠٠٦).

في واقع الأمر، وعلى الرغم من الحرية الممنوحة للنساء في اختيار مجالات التخصص، إلا أن هناك نظرة سائدة بشأن ما هو "ملائم" كعمل للنساء، ينعكس هذا على واقع تخصصاتهن؛ إذ لا تمنح النساء الدعم المؤسسي للخوض في التخصصات التي يهيمن عليها الذكور. وغالباً ما يبدأ انعدام التشجيع هذا على مستوى الجامعة، ويتضح أكثر فأكثر أثناء التدريب والتخصص، على سبيل

والعلاج في آن معاً. علماً بأن معالجة الزوجات المصابات دون الأزواج المصابين لا يخدم الغرض بصورة قاطعة.

ليس تنظيم الأسرة مسؤولية النساء وحدهن. تظهر الإحصائيات أن معدل الخصوبة الكلية ٦,٢ مولود حي لكل امرأة، ويعتبر هذا المعدل من بين المعدلات الأعلى في العالم. كما أن ١٧ في المئة فقط من النساء يستخدمن موانع الحمل الحديثة (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٣). أما حملات تنظيم الأسرة والتثقيف الصحي ففي معظمها تستهدف النساء. وتتولى خدمات تنظيم الأسرة على وجه العموم مرشدات صحيات (من النساء إلى النساء).

تبرز فرص عدة لتطوير الوضع الراهن. حالياً تقوم وزارة الصحة العامة والسكان بمراجعة قانون الأمومة الآمنة. وفي العام ٢٠٠٧، عُقد مؤتمر في اليمن حول السكان وتنظيم الأسرة تحت عنوان "للرجال مسؤولية". حيث تم إدراج النقاشات والتوصيات التي خرج بها هذا المؤتمر في إصلاح القطاع الصحي. وهناك نقاش بين صناعات السياسة في قطاع الصحة يتعلق بالعقبة التي تشكلها رسوم الخدمات الصحية. وتشمل المقترحات إعادة إدخال الخدمات المجانية للفقراء وتقديم خدمات التوليد مجاناً.

توصيات بخصوص الرجال في الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة

تعزيز دور الرجال كمقدمي خدمات الرعاية الصحية الإنجابية وكمستهدفين لها من خلال:

- توزيع عادل للموارد البشرية بغية رفع فعالية الخدمات؛ تدريب الكوادر الطبية والصحية من الرجال كجزء من المجموعات المستهدفة بخدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة من خلال:

- بناء قدرات ومهارات الكوادر الذكور في تشخيص ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً.

- تكليف موظفين ذكور بنشر التثقيف الصحي بين الرجال لا سيما فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.

- مراجعة التوصيف الوظيفي للقبالات بما يخص تعاملهم مع المرضى الرجال والعمل على تحويلهم إلى أطباء وممرضين عندما يتعلق الأمر بالأمراض المنقولة جنسياً للرجال.

- تصميم حملات للتثقيف الصحي ورفع الوعي باحتياجات الرجال ومسؤولياتهم في الصحة الإنجابية بما في ذلك تنظيم الأسرة وتفادي الأمراض المنقولة جنسياً.

وتنظيم الأسرة والحملات المتعلقة بها. إذ يمكن تحقيق ذلك بصورة جيدة من خلال إشراك مقدمي الخدمات الصحية بتلك الأنشطة. وعلى الرغم من أن الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية للأعوام ٢٠٠٦-٢٠١٠ قد حددت أهدافاً كبيرة لتحسين وضع الصحة الإنجابية في اليمن، فإنها لم تذكر صراحة دور الرجال في هذه العملية ومسؤولياتهم.

حالياً، تعاني خدمات صحة النساء الإنجابية عدداً من المشاكل في التنفيذ. إذ يبين مسح صحة الأسرة أن تغطية الرعاية أثناء الحمل لا تتجاوز ٤٥ في المئة، كما أن ٧٧,٢ في المئة من الولادات تتم في المنازل، وأن التي تتم منها بإشراف كوادر مؤهلة تبلغ ٢٦,٨ في المئة فقط. أما رعاية ما بعد الولادة فقد أعطيت إلى ١٢,٦ في المئة من النساء فقط (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٦).

وتقر الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية للأعوام ٢٠٠٦-٢٠١٠ بضرورة الوضع، وتحدد عدداً من الأهداف لتحسينه. وبحسب تقرير صحة الأسرة اليمنية، تهدف "التنمية الألفية" إلى تخفيض نسبة وفيات الأمهات لتصل إلى النصف بحلول عام ٢٠٢٥ (بعض المصادر الدولية مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وضعت نسباً أعلى بكثير لوفيات الأمومة (٨٧٠ لكل ١٠٠,٠٠٠)).

يتطلب تخفيض نسبة وفيات الأمهات وانتشار الأمراض تأمين نوعية جيدة من الخدمات الصحية الإنجابية وسهولة في الوصول إليها. على أن توفر تلك الخدمات وحده لا يحل المشكلة، ففي معظم الحالات ليس للنساء سيطرة على اتخاذ القرار وغالباً ما تقف العادات الثقافية عائقاً أمامهن في هذا الشأن، وهناك حذر كبير من أن يقوم طبيب بمعاینتهن. فالتقاليد هي التي تملئ عليهن نسبة انتشار الأمراض ومدى الاستفادة من الرعاية الطبية. وبالإضافة لذلك، فإن أولويات الإنفاق لا تلحظ دائماً احتياجاتهن الصحية. ناهيك عن أن استحداث رسوم خدمات صحية يعيق أغلبية النساء الفقيرات من الحصول على الرعاية الصحية.

تظهر الإحصائيات أن ٧,٥ في المئة من النساء يعانين من الأمراض المنقولة جنسياً. ومع ذلك لا تذكر الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية ٢٠٠٦-٢٠١٠ أية إحصائيات تتعلق بنسبة الرجال المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً.

لا توجد خطط استراتيجية تتعلق بالخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وما تحتاجها من حملات توعية تستهدف الرجال. ناهيك عن غياب برامج وافية تستهدف كوادر الذكور لتنفيذ تلك الخدمات. وغالباً ما يترك الإهتمام بهذه القضايا إلى الممرضات أو القبالات. في الوقت الحالي، وعندما تصاب النساء بمرض منقول جنسياً تُترك مسؤولية فحص الأزواج ووصف العلاج غالباً للكوادر النسائية الطبية. وقد تفضي حساسية الموقف إلى تجاهل المرض

٢٠٠٣. وتعتبر هذه المبادرة ممتازة حيث رافقها تدريب على جميع استمارات الأبحاث والتوثيق على مستوى المديريات. ووفقاً لذلك تم التوجه نحو اعتماد الرزم الإحصائية المتقدمة في الكمبيوتر لتحليل البيانات. ونظراً لاستخدام وزارة الصحة العامة والسكان العينات الكبيرة على المستوى الوطني في أبحاثها، فقد تم تحديث مناهجها في جمع البيانات وتحليل الإحصائيات. ويعتبر ذلك مكسباً حقيقياً للقطاع الصحي، ومع ذلك هناك حاجة للمزيد من التحسين.

توصيات بخصوص التأمين الصحي للمخططين الصحيين ومقدمي الخدمات الصحية

تطبيق التأمين الصحي على مختلف موظفي القطاع الصحي لا سيما على مقدمي الخدمات الصحية والعاملين في مجال التخطيط لها. التأكد من أن نظام التأمين الصحي يأخذ في الاعتبار احتياجات الموظفين من الرجال والنساء بصورة متساوية وذلك إضافة إلى احتياجات أسرهم.

وقد أشارت عيّنات من تقارير الأبحاث إلى أن معظم الإحصائيات قد صُنفت بحسب الجنس، دون أن يعمم هذا بصورة مستمرة. على سبيل المثال، فإن الإحصائيات المتعلقة بانتشار الأمراض ليست مفصلة بحسب الجنس. ولا تشمل التقارير تحليلاً معمّماً للوقائع ومضامينها. وتبقى البيانات المفصلة أحد المطالب الأساسية لهذا التحليل. بهذه الطريقة يمكن للبحث أن يقدم مساهمة رئيسية في إيضاح العلاقة بين النوع الاجتماعي والصحة، وأن يساعد في تحديد أفضل للاحتياجات الصحية لكافة أفراد المجتمع وفئاته. كما يمكن تزويد صانعي السياسة ببراهين تتمتع بالمصداقية بشأن العلاقة بين احتياجات المستخدمين والمساهمة التي يقدمها العاملون والعاملات في الصحة. كما يمكن تسليط الضوء على ظروف العمل الملائمة لمختلف العاملين الصحيين من أجل أداء مهامهم ومسؤولياتهم في طرق أكثر فعالية. سترفع مثل هذه الأبحاث من فعالية خدمات تنظيم الأسرة وعدالة توزيعها.

تكمن أهمية الأبحاث التطبيقية في إنتاج المعلومات والتوجهات التي يمكن أن يستفيد منها صناع السياسة والمخططين. لقد أشار موظفو الوزارة والخبراء الصحيون إلى انعدام التنسيق والتعاون بين إدارة الإحصاء والتوثيق وبين صناع السياسة والمخططين في الوزارة. إذ تنظر الغالبية إلى البحث على أنه غاية في حد ذاته بدلاً من أن يكون جزءاً من عملية صنع السياسات.

لا يتم استدعاء الموظفين في إدارة الإحصاء إلى الاجتماعات الهامة التي تعقدها الوزارة في هذا الصدد، مما يقصي هؤلاء عن المساهمة بما لديهم من معلومات. وذكر بعض موظفي الإدارات الأخرى أن إدارة الإحصاء لا تملك القدرة الكافية أو الدقة اللازمة في بلورة نتائج أبحاثها استراتيجياً بحيث تكون قابلة للتعميم وفعالة في التأثير على صنع القرار.

٥. هل يشعر النساء والرجال العاملين في القطاع الصحي بالأمان لجهة تلبية احتياجاتهم واحتياجات أسرهم الصحية؟

التزمت الخطة الخمسية الثالثة "إدخال نظام التأمين الصحي للموظفين". ولا يزال التأمين الصحي للعاملين الصحيين قيد المناقشة، ولم تقدم بعد خطة جادة في هذا الخصوص (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٦). وإذا ما رجعنا إلى المناقشات الواردة في النقطة الأولى أعلاه، فإن تقديم تأميناً صحياً عادلاً وفعالاً للعاملين في القطاع الصحي أنفسهم ولأسرهم، سيساهم بقدر كبير في بناء الثقة ومنح الشعور بأن حقوق هؤلاء واحتياجاتهم تؤخذ بالإعتبار. لذا يجدر بأحكام الخطط والبرامج أن تأخذ بالإعتبار مختلف احتياجات الموظفين من النساء والرجال إضافة إلى احتياجات أفراد أسرهم.

٦. هل جرى الأبحاث وتحليل النتائج بطريقة تخدم راسمي السياسات في التشخيص لتلبية احتياجات النساء والرجال كمستخدمين ومقدمين للخدمات الصحية؟

نستخلص من ذلك أنه ينبغي الإهتمام بنظام المعلومات العائد للعاملين في المجال الصحي، وبالأبحاث التي تجريها وزارة الصحة العامة والسكان في اليمن. فمن أهداف الوزارة "بناء نظام معلومات صحية شامل وحديث" (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٦). وفي واقع الأمر، تتوفر بعض الإحصائيات الأساسية العائدة لعاملتي القطاع الصحي، لكنها لا تجمع ولا تقدم بصورة مفيدة وغالباً ما تكون غير معممة مما يعيق الاستفادة منها. تتوفر في وزارة الصحة والسكان بعض الجداول حول توزيع الموارد البشرية غير أنها لا تبدو كاملة أو متجانسة. وعلى سبيل المثال تتضمن هذه معلومات حول العاملين الصحيين في القطاع العام والخاص بحسب التخصص لا بحسب الدرجة الوظيفية والأجر أو بحسب مكان العمل. وفي الفترة الأخيرة صُنفت معظم البيانات في هذه الجداول بحسب الجنس باستثناء ما يتعلق بموظفي مقر وزارة الصحة العامة والسكان. إن توفر بيانات جيدة وشاملة يرتبط بصورة وثيقة بالقوانين والأنظمة وبتنفيذها الفعلي (انظر النقطة ١ أعلاه). قد تحفظ إدارة شؤون الأفراد وثائق تتعلق بمعلومات أساسية مثل التوظيف والترقية أو تتعلق بحالات تظلم عند حدوثها؛ ومع ذلك لا تجمع هذه المعلومات بطريقة منتظمة ومنهجية تمكن من حسن استخدامها والاستفادة منها أو تقديم بيانات ومؤشرات حول مدى تطبيق القوانين والأنظمة. وإن كان قد أفيد لنا بأنه يمكن جمع هذه البيانات عند الطلب. وفي الحقيقة، إن نظام إخراج تلك البيانات إلى النور وتعميم الوصول إليها مسألة حاسمة في الشفافية وكشف مختلف مظاهر اللامساواة.

بدأت إدارة التوثيق والإحصاء في وزارة الصحة العامة والسكان في إدخال البيانات المفصلة بحسب الجنس منذ عام

ملاحظة

تم إعداد هذا الموجز في العام ٢٠٠٩ بمساهمة من منظمة العمل الدولية - المكتب الإقليمي للدول العربية في إطار حملة التوعية العامة على "المساواة بين الجنسين في قلب العمل اللائق".

المراجع:

المتوكل، م. ع. ٢٠٠٧. النساء العاملات في القطاع الصحي في اليمن، الإدارة العامة للمرأة العاملة في وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، منظمة العمل الدولية. (صنعاء).

حكومة اليمن. ٢٠٠٥. "القرار الحكومي رقم ٧٦، ٢٠٠٣"، دليل قوانين وقرارات القطاع الصحي (صنعاء).

منظمة العمل الدولية. ٢٠٠٦. تقرير مبادرة مناصرة السياسات: تعزيز العمل الكريم ومساواة النوع الاجتماعي في اليمن، الإدارة العامة للمرأة العاملة في وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، منظمة العمل الدولية (صنعاء).

مارتين، ش. ٢٠٠١. ورقة إستراتيجية دمج النوع الاجتماعي في برامج إصلاح القطاع الصحي: الجمهورية اليمنية، أوكسفام/KIT.

وزارة التخطيط والتعاون الدولي. ٢٠٠٥. تقرير تقييم احتياجات اليمن للأهداف الإنمائية للألفية، تقرير خاص باليمن، الجمهورية اليمنية (صنعاء).

وزارة الصحة العامة والسكان. ٢٠٠٧. مراجعة القطاع الصحي المشتركة ٢٠٠٧، الجمهورية اليمنية (صنعاء).

_____ ٢٠٠٦. الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر ٢٠٠٦-٢٠١٠، قطاع التخطيط، الجمهورية اليمنية. (صنعاء).

_____ ٢٠٠٦. الخطة الوطنية للصحة الإنجابية ٢٠٠٦-٢٠١٠، قطاع السكان، الجمهورية اليمنية (صنعاء).

_____ ٢٠٠٣. مسح صحة الأسرة، الجمهورية اليمنية (صنعاء).

اللجنة الوطنية للمرأة. ٢٠٠٦. التقرير الوطني السادس حول مستوى تنفيذ معاهدة الحد من جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المجلس الأعلى للمرأة، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/ منظمة الأمم المتحدة للسكان، الجمهورية اليمنية (صنعاء).

_____ ٢٠٠٥. تقييم احتياجات المساواة بين الجنسين وأهداف الإنمائية للألفية: حالة اليمن، المجلس الأعلى للمرأة، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/ منظمة الأمم المتحدة للسكان، الجمهورية اليمنية (صنعاء).

برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. ٢٠٠٥. التقييم المشترك لليمن. (صنعاء).

منظمة الصحة العالمية. ٢٠٠٨. إحصاءات الصحة العالمية ٢٠٠٨ (جنيف).

توصيات بخصوص البحوث ورسم السياسات والمراقبة والتقييم

تقوية أنظمة البحوث والدراسات والإحصاء في وزارة الصحة العامة والسكان من خلال:

■ تعزيز دمج النوع الاجتماعي في البحوث والدراسات والإحصاء ونظم المعلومات من خلال:

- تصنيف جميع البيانات بحسب الجنس؛
- رفع قدرة الموظفين العاملين في البحوث لتشمل المهارات التحليلية المتعلقة بالنوع الاجتماعي والبحوث؛

● وضع مؤشرات صحية مصنفة بحسب النوع الاجتماعي وتطبيقها؛

● التزام مسؤولي وزارة الصحة العامة والسكان بجمع وتصنيف المعلومات حسب منهجية تراعي النوع الاجتماعي وتأمين سبل تعميم هذه المعلومات على المعنيين بها.

■ تعزيز الآليات التي تدعم إدارة الإحصاء والبحوث في وزارة الصحة العامة والسكان وتعميم البيانات المصنفة بحسب النوع الاجتماعي على صناع السياسة والمخططين في الوزارة من أجل ما يلي:

- تصميم سياسات وخطط وبرامج تلبي الاحتياجات الصحية الحقيقية لأفراد المجتمع من إناث وذكور مع مراعاة الإنصاف والعدالة بين الجنسين؛

● وضع سياسات تنظيمية وقوانين وخطط إجرائية والعمل على تطبيقها بحيث تلبي الاحتياجات الفعلية للنساء والرجال الموظفين في القطاع الصحي.

■ إنشاء نظام رصد وتقييم يراعي الفوارق بين الجنسين للرعاية الصحية:

- وضع آليات للرصد والتقييم لتدرس العلاقة بين احترام الحقوق المتساوية للعاملين والعاملات وأداءهم لتلبية الاحتياجات الصحية لكافة أفراد المجتمع وفئاته؛

● وضع عملية وضع ميزانية حسب النوع الاجتماعي لرصد توزيع الموارد في قطاع الصحة.

لمزيد من المعلومات:

في لبنان

منظمة العمل الدولية
المكتب الإقليمي للدول العربية
سنتر أريكو، الطابقين ١١ و ١٢
شارع جوستينيان، القنطاري
بيروت، لبنان - beirut@ilo.org
هاتف: +٩٦١-١-٧٥٢٤٠٠
فاكس: +٩٦١-١-٧٥٢٤٠٦
<http://www.ilo.org.lb>
<http://www.ilo.org/gender>

في اليمن

الإدارة العامة للمرأة العاملة
وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل
ص.ب.: ٢٨٩٠ - الطاهير
صنعاء - الجمهورية اليمنية
هاتف: +٩٦٧-١-٢٧٤٩١٥
فاكس: +٩٦٧-١-٤٨٢١٧١
Gdww2005@y.net.com
<http://mosaldgww.org>