

جهود المرأة في مجال الأغاثاة والتنمية" منظمة الصحة العالمية أنموذجاً"

م. م. م. نزيب محمد خلف

مركز دراسات المرأة - جامعة بغداد

الكلمات المفتاحية: منظمة الصحة العالمية، الإغاثاة والتنمية، المرأة

الملخص:

يُسلط البحث الضوء على الدور الجيوستراتيجي للمرأة في مجالي الإغاثاة والتنمية ضمن نظام الحوكمة الصحية الدولية، متخذاً من منظمة الصحة العالمية (WHO) أنموذجاً تحليلياً لتقييم فاعلية العمل الإنساني. تنطلق الدراسة من إشكالية "المفارقة الهيكلية"؛ ففي حين تُشكل المرأة (70%) من القوى العاملة وتمثل فاعلاً محورياً وعنصراً حاسماً لامتنصاص الصدمات ومنع تفكك النظم المجتمعية في بؤر الأزمات المعقدة (كما أثبتت النماذج في غزة، اليمن، إيبولا، وإيطاليا)، إلا أنها تصطدم بـ "سقف زجاجي" وتحديات مؤسسية وأمنية تُحجم وجودها في دوائر صنع القرار السيادي. ويخلص البحث، عبر الدمج بين التأصيل النظري للسياسة الدولية والاختبار الواقعي، إلى أن تفكيك هذه القيود وتمكين الكفاءات النسائية قيادياً لم يعد مجرد مطلبٍ للإنصاف الوظيفي، بل أضحي "ضرورة أمنية دولية" وحجر الزاوية لضمان استدامة السلم والأمن الصحي العالمي.

تنطلق الدراسة من إشكالية "المفارقة الهيكلية"؛ ففي حين تُشكل المرأة (70%) من القوى العاملة وتمثل فاعلاً محورياً وعنصراً حاسماً لامتنصاص الصدمات ومنع تفكك النظم المجتمعية في بؤر الأزمات المعقدة (كما أثبتت النماذج في غزة، اليمن، إيبولا، وإيطاليا)، إلا أنها تصطدم بـ "سقف زجاجي" وتحديات مؤسسية وأمنية تُحجم وجودها في دوائر صنع القرار السيادي. ويخلص البحث، عبر الدمج بين التأصيل النظري للسياسة الدولية والاختبار الواقعي، إلى أن تفكيك هذه القيود وتمكين الكفاءات النسائية قيادياً لم يعد مجرد مطلبٍ للإنصاف الوظيفي، بل أضحي "ضرورة أمنية دولية" وحجر الزاوية لضمان استدامة السلم والأمن الصحي العالمي.

أولاً: المقدمة

شهد النظام الدولي في مرحلة ما بعد الحرب الباردة تحولات بنيوية عميقة في طبيعة التهديدات ومفهوم الأمن، حيث تراجع احتكار "الأمن الصلب" (العسكري) لصالح بروز مفاهيم "الأمن الإنساني" والأمن الشامل. وفي هذا السياق، لم تعد الكوارث الطبيعية، والأوبئة العابرة للحدود، والانهيارات المجتمعية الناتجة عن النزاعات المسلحة مجرد أزمات محلية، بل أمست مهددات صريحة لاستقرار النظام الدولي بأسره. ومن هنا، تعاظم دور المنظمات الدولية

المتخصصة، وفي مقدمتها منظمة الصحة العالمية (WHO) ، كأدوات استراتيجية للحكومة العالمية، تسعى إلى تحقيق الاستقرار من خلال دمج مسارات "الإغاثة" (الاستجابة الفورية للأزمات) و"التنمية" (بناء قدرات الصمود والاستدامة).

في خضم هذه التحولات، برز دور المرأة كمتغير حاكم وفاعل جوهري في نجاح آليات العمل الإنساني الدولي. فلم يعد يُنظر إلى المرأة في حقل العلاقات الدولية بوصفها "متلقية سلبية" للمساعدات أو مجرد رقم ديموغرافي في سجلات التوظيف، بل تحولت إلى أداة استراتيجية وركيزة أساسية للاستقرار البنيوي، تعتمد عليه النظم الدولية لامتصاص الصدمات واختراق المجتمعات المعقدة. يسعى هذا البحث إلى تسليط الضوء على جهود المرأة في مجال الإغاثة والتنمية، متخذاً من منظمة الصحة العالمية أنموذجاً تحليلياً، عبر تتبع المسار النظري والتطبيقي لهذا الدور، ومقاربة التحديات الهيكلية والمؤسسية التي تواجه النساء في خطوط المواجهة الأمامية وفي غرف صنع القرار.

ثانياً: الإشكالية

تتبلور إشكالية هذا البحث في السؤال الجوهري والذي يتضمن حول "المفارقة الهيكلية" في النظام المؤسسي لمنظمة الصحة العالمية والحوكمة الصحية العالمية بشكل عام؛ ففي الوقت الذي تشكل فيه المرأة أكثر من 70% من القوى العاملة وتُمثل "المحرك التشغيلي والميداني" الأواحد القادر على النفاذ السوسولوجي وإدارة الأزمات المعقدة (في بيئات النزاع والأوبئة)، فإنها تعاني من تهميش منهجي في مستويات صنع القرار الاستراتيجي (القيادي)، حيث تواجه القيود الهيكلية المؤسسية فضلاً عن التحديات الأمنية والمؤسسية التي تعيق استثمار كفاءتها الكاملة.

وبناءً على ذلك، ينطلق البحث من التساؤل الرئيس الآتي:

"إلى أي مدى يمكن أن يسهم الدور الوظيفي والميداني للمرأة في تعزيز فاعلية منظمة الصحة العالمية في مجالي الإغاثة والتنمية، وما هي طبيعة القيود المؤسسية التي تحول دون ترجمة هذا الثقل الديموغرافي والتشغيلي إلى نفوذ قيادي استراتيجي في إدارة الأمن الصحي العالمي؟" ويتفرع عن هذا التساؤل الرئيس مجموعة من الأسئلة الفرعية:

1. كيف تُؤصل النظريات السياسية والدولية (كالواقعية، والوظيفية، والأمن الإنساني) لدور المرأة في المنظمات الدولية؟
2. ما هو الدور الذي تلعبه منظمة الصحة العالمية كفاعل دولي في إدارة تقاطعات الإغاثة والتنمية؟
3. كيف أثبتت الاختبارات الواقعية (في إيطاليا، اليمن، إيبولا، وغزة) الفاعلية الاستراتيجية للمرأة في العمل الإغاثي الدولي؟
4. ما هي أبرز التحديات الأمنية والمؤسسية التي تواجه الكوادر النسائية في المنظمة، وكيف تؤثر على مستقبل التعاون الدولي؟

ثالثاً: الفرضية

ينطلق هذا البحث من فرضية رئيسة مفادها:

"إن الفاعلية التشغيلية والنجاح الميداني لمنظمة الصحة العالمية في تحقيق غايات الإغاثة والتنمية وإدارة الأزمات الدولية (كالأوبئة والنزاعات المسلحة) يرتبط ارتباطاً شرطياً بالدور

الوظيفي الاستراتيجي للمرأة. غير أن استدامة هذا النجاح وبلوغ 'الأمن الصحي العالمي' الشامل يظل منقوصاً ما لم يتم تفكيك القيود الهيكلية (المالية، الأمنية، والإدارية) التي تمنع التمكين القيادي الكامل للمرأة داخل بنية المنظمة الدولية."

رابعاً: منهجية البحث

يعتمد هذا البحث على المقاربة الوصفية-التحليلية لتوصيف وتحليل الدور الوظيفي للمرأة داخل المنظمات الدولية، ولا سيما منظمة الصحة العالمية، مع تفكيك أبعاده القيادية والتنفيذية والميدانية، وتحليل التحديات الهيكلية المرتبطة به. كما يوظف المقاربة المقارنة من خلال دراسة حالات تطبيقية مختلفة (كاليمن، إيولا، إيطاليا، وقطاع غزة) بهدف إبراز تباين فاعلية المرأة تبعاً لاختلاف السياقات السياسية والصحية. ويعتمد البحث كذلك على منهج دراسة الحالة لتحليل دور منظمة الصحة العالمية بوصفها فاعلاً دولياً، بالاستناد إلى التقارير الرسمية والأدبيات الأكاديمية ذات الصلة، ضمن إطار نظري يجمع بين المقاربة الواقعية والوظيفية ونظرية الأمن الإنساني.

هيكلية البحث:

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي والنظري لمفهوم الإغاثة والتنمية

المبحث الثاني: منظمة الصحة العالمية بوصفها فاعلاً دولياً

المبحث الثالث: جهود المرأة في منظمة الصحة العالمية

المبحث الرابع: الأبعاد الدولية لمشاركة المرأة في الحوكمة الصحية

الخاتمة

الاستنتاجات والتوصيات

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للإغاثة والتنمية

يمثل مفهوم الإغاثة والتنمية من المفاهيم الأساسية التي يقوم عليها العمل الإنساني الدولي، إذ يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بحماية الإنسان وتلبية احتياجاته الأساسية في أوقات الأزمات، وكذلك بدعم قدراته على تحقيق الاستقرار والازدهار على المدى الطويل. وتكتسب دراسة هذين المفهومين أهمية خاصة في حقل العلاقات الدولية، لكونهما يرتبطان بدور المنظمات الدولية، وفي مقدمتها منظمة الصحة العالمية، في الاستجابة للأزمات الصحية والإنسانية، وفي بناء برامج تنموية تسهم في تحسين حياة المجتمعات. ومن هذا المنطلق، يتناول هذا المبحث المفهومين من حيث الدلالة والأهداف، فضلاً عن بيان موقعهما في السياق الدولي، تمهيداً لفهم دور المرأة في هذا المجال.

المطلب الأول: مفهوم الإغاثة والتنمية وأهدافهما

في ظل التحولات البنوية التي شهدتها النظام الدولي بعد الحرب الباردة، انتقل ثقل الاهتمام من "الأمن الصلب" المرتكز على القوة العسكرية، إلى "الأمن الناعم" المرتكز على الإنسان. ومن هنا، برزت الإغاثة والتنمية كأدوات استراتيجية للسياسة الخارجية والمنظمات الدولية. يسعى هذا المبحث إلى تقديم قراءة لمفاهيم الإغاثة والتنمية، مع استعراض الطروحات النظرية التي تفسر الدور الوظيفي للمرأة داخل الأطر المؤسسية الدولية، وكيف تطورت هذه الرؤية عبر المدارس

الفكرية المختلفة. لذلك لا يمكن فهم العمل الإنساني الدولي دون تفكيك الثنائية الجدلية بين الأغاثة "الاستجابة للاضطراب" والتنمية "صناعة الاستقرار".

أولاً: مفهوم الإغاثة تُعرف الإغاثة أحد أبرز أشكال التدخل الإنساني التي تُمارس في مواجهة الكوارث والأزمات، سواء كانت طبيعية أم بشرية. ويُقصد بها تقديم المساعدات العاجلة للمتضررين بهدف تخفيف المعاناة، وحماية الأرواح، وتوفير الاحتياجات الأساسية مثل الغذاء والماء والدواء والمأوى. وعليه، فإن الإغاثة تمثل استجابة سريعة ومباشرة لحالة الطوارئ، وتُعنى بالجانب الفوري من الأزمة، لا سيما في البيئات التي تشهد انهياراً في الخدمات أو تعرضاً لتهديدات صحية وإنسانية حادة:¹

ويعرّف ألكسندر إس. توماس ولورنس آر. كويتشاك، وهم من أبرز الأسماء التي تناولت مفهوم اللوجستيات الإنسانية بوصفها جزءاً أساسياً من عمليات الإغاثة الدولية وإدارة الأزمات. فيعرفان الإغاثة بأنها: "التدخل اللوجستي والفني العاجل الذي يستهدف حماية الإنسان من الكوارث نتيجة الأزمات الحادة". كما تُعرف في إطار العلاقات الدولية بأنها "إدارة أزمة" تهدف إلى الحفاظ على الحد الأدنى من النظام العام والتماسك الاجتماعي في مناطق النزاع أو الكوارث، وتستند إلى مبادئ القانون الدولي الإنساني، إذ تُعد أداةً لمنع تحول الأزمات المحلية إلى أزمات إقليمية، كتدفقات اللاجئين أو انتشار الأوبئة العابرة للحدود.²

ثانياً: مفهوم التنمية: هي مفهوم أوسع وأشمل، وهي عملية التغيير الإيجابي المستدام في البنية الاقتصادية والاجتماعية والسياسية للمجتمع. وتهدف التنمية إلى رفع مستوى معيشة الأفراد، وتعزيز قدراتهم، وتحسين نوعية الخدمات الأساسية، بما في ذلك الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية. ومن ثم، فإن التنمية لا تقتصر على معالجة النتائج الآنية للأزمات، بل تسعى إلى بناء أسس راسخة تمنع تكرارها أو تخفف من أثارها في المستقبل.³ إما التنمية في حقل العلاقات الدولية فيمكن تعريفها بأنها "التحول البنوي الشامل والمستدام في الأنسجة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية للدولة، بما يضمن رفع كفاءة المؤسسات الوطنية لمواجهة الضغوط الخارجية والداخلية". وهي عملية "تراكمية" تهدف إلى نقل المجتمع من حالة "الارتهاق للمساعدات" إلى حالة "الفاعلية الذاتية"، وهو ما يصطلح عليه في أدبيات السياسة الدولية بـ "بناء الدولة والمجتمع".⁴

أما التنمية في إطار الأمن الإنساني الشامل، فمنذ صدور تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام 1994، لم تعد التنمية تُفهم بوصفها عملية اقتصادية محضة، بل غدت ركناً أساسياً من أركان الأمن والاستقرار الدولي. فغايتها لا تقتصر على تحسين مستوى المعيشة، وإنما تمتد إلى حماية الإنسان من الفقر والمرض والحرمان، بما يمنع تحوّل الدول الهشة إلى بؤر اضطراب تُهدد السلم والأمن الإقليمي والدولي. وانطلاقاً من ذلك، فإن تطوير قطاعات الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية يمثل استثماراً في "القوة الناعمة" للدولة الخدمات الأساسية كالصحة والتعليم ويقلل من احتمالات الانفجار الاجتماعي أو الهجرات القسرية.⁵ ؛ ذلك لأن الدولة التي تمتلك نظاماً صحياً وتعليمياً فاعلاً، وقدرة على تحسين نوعية الحياة، تكون أكثر قدرة على اكتساب الشرعية الداخلية وتعزيز صورتها الإيجابية ونفوذها المعنوي في محيطها الدولي، من دون اللجوء إلى أدوات الإكراه العسكري أو الضغوط الصلبة. كما أن نجاح الدولة في تحقيق

التنمية البشرية يرسّخ الثقة الدولية بها، ويزيد من قدرتها على بناء الشراكات واستقطاب الدعم والتأثير في البيئة الإقليمية والدولية.

وفي هذا السياق، تُصنّف التنمية بوصفها شكلاً من أشكال "الدبلوماسية الوقائية"؛ فبينما تتعامل الإغاثة مع النتائج المباشرة للأزمات، تتجه التنمية إلى معالجة الأسباب البنوية المؤدية إلى هشاشة الدولة وعدم الاستقرار. إذ إن بناء منظومات صحية واجتماعية وتعليمية راسخة يحدّ من احتمالات تكرار الأزمات، ويقلل من كلفة التدخلات الدولية مستقبلاً، الأمر الذي يجعل التنمية مصلحة دولية مشتركة تسهم في ضمان استقرار النظام الدولي واستمرارية تفاعلاته بصورة آمنة ومتوازنة.⁶

وترتبط التنمية في هذا السياق بدور المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية في تعزيز "المرونة المؤسسية". فالتنمية الصحية، على سبيل المثال، ليست مجرد علاج للمرضى، بل هي بناء نظام صحي وطني قادر على كشف الأوبئة والسيطرة عليها قبل تحولها إلى تهديد عابر للحدود، وهو ما يضع التنمية في قلب "السياسة الدولية العليا".⁷

وتكمن العلاقة بين الإغاثة والتنمية في كونهما عمليتين متكاملتين لا متناقضتين؛ فالإغاثة تمثل الخطوة الأولى في مواجهة الأزمة، بينما تُشكل التنمية المسار الطويل الأمد الذي يضمن الاستقرار والقدرة على الصمود. ومن هنا، فإن العمل الإغاثي الناجح لا يكتمل إلا إذا ارتبط ببرامج تنموية تعالج جذور الضعف والهشاشة، وتدفع باتجاه تحقيق الأمن الإنساني بمختلف أبعاده.⁸

وتتحدد أهداف الإغاثة والتنمية في مجموعة من الغايات الأساسية، من أبرزها: "حماية الإنسان من المخاطر المباشرة، وتخفيف المعاناة الإنسانية، وتوفير مقومات الحياة الكريمة، وتعزيز قدرة المجتمعات على التكيف مع الأزمات، فضلاً عن دعم الاستقرار الاجتماعي والصحي. كما أن هذين المفهومين يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بأجندة المجتمع الدولي المعاصر، ولا سيما أهداف التنمية المستدامة التي تؤكد على الحق في الصحة والرفاه والمساواة والعدالة الاجتماعية".⁹

المطلب الثاني: الأطار النظري للدور الوظيفي للمرأة في العمل الإغاثي والتنموي

تعد دراسة دور المرأة في بيئة المنظمات الدولية انعكاساً للتحوّلات النظرية الكبرى في حقل العلاقات الدولية؛ حيث انتقلت وحدة التحليل من "الدولة القومية" والتركيز على القوة العسكرية، إلى "الأمن الإنساني" والتركيز على كفاءة المؤسسات الدولية. وفي هذا السياق، تناوبت المدارس الفكرية في تأصيل هذا الدور وفق رؤى متباينة الأبعاد:

أولاً: المقاربة الواقعية: على الرغم من الطبيعة "الدولانية" للمدرسة الواقعية، إلا أن القراءات الحديثة لواقعية "الجهة الداخلية" أعادت الاعتبار لدور المرأة كمدخل لاستقرار الدولة من خلال:

1. حماية النسيج القيمي والاجتماعي: أن استمرار الدولة في بيئة دولية فوضوية يعتمد على وجود فاعل يحمي "السلام الداخلي"، وفي هذا الصدد أذ تستعرض الباحثة "جان بينكي إلشتين في أطروحتها (Women and War) كيف أن استمرار الدولة في بيئة دولية فوضوية يعتمد على وجود فاعل يحمي "السلام الداخلي". وترى أن المرأة تضطلع بدور "الحافظة للقيم" والمؤمنة للتماسك الاجتماعي، وهو ما يفسر الدور الجوهرى للمرأة في العمل الإغاثي؛

إذ تعمل على منع الانهيار المجتمعي الشامل إبان الأزمات والكوارث، مما يوفر للدولة القدرة على الصمود والبقاء¹⁰.

2. إدارة قطاعات الرعاية كقاعدة استقرار للدولة: أن السياسة الدولية قامت تاريخياً على تقسيم وظيفي غير معلن؛ حيث تدير المرأة عالم الضرورة والذي يتضمن (الصحة، الرعاية، الغذاء)، وفي هذا الصدد توضح "جي آن تكتر" في نقدها للمفاهيم التقليدية للقوة، أذ وصفت أن المرأة بأنها العالم الذي لولاه لما استطاعت الدولة ممارسة أدوارها في "عالم القوة" والسياسات العليا. وبناءً عليه، أصبح عمل المرأة في المنظمات الدولية هو "العمود الفقري" الذي يضمن استدامة المجتمعات وقدرتها على التعافي من آثار النزاعات والكوارث¹¹.

ثانياً: المقاربة الوظيفية: تعد النظرية الوظيفية، كما صاغها "ديفيد ميتزاني"، المدخل الأكثر رصانة لفهم وجود المرأة في المنظمات الدولية (مثل منظمة الصحة العالمية). أذ تفترض هذه المدرسة أن النجاح في إدارة القضايا الدولية يعتمد على إسناد المهام للمختصين بعيداً عن الاستقطاب السياسي. ومن هنا، تبرز المرأة كـ "خبير تقني" يمتلك ميزة تخصصية في قطاعات الرعاية الصحية، الحماية الاجتماعية، والتعليم. أذ إن القدرة الوظيفية للمرأة على النفاذ للمجتمعات المحلية والوصول للفئات الهشة تجعل من حضورها في فرق الإغاثة "شرطاً تقنياً" لرفع كفاءة المنظمة الدولية وضمان دقة تنفيذ برامجها الميدانية¹².

رابعاً: نظرية الأمن الإنساني: يمثل مفهوم الأمن الإنساني الذي تبناه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي عام 1994 "الانقلاب النظري" الأهم؛ حيث لم تعد المرأة مجرد "مستفيدة" من الحماية، بل أصبحت "شريكةً استراتيجية" في إنتاج الأمن. وفي مواجهة الأوبئة والفقر، أذ تبرز المرأة كفاعل في الخطوط الأمامية (ككادر طبي وإداري)، مما يجعل من استقرار وضعها الصحي والاقتصادي ركيزة لبناء "المجتمعات المرنة" القادرة على امتصاص الصدمات الدولية¹³.

يخلص هذا التأصيل المفاهيمي والنظري إلى أن الإغاثة والتنمية ليسا مجرد أنشطة تقنية عابرة، بل هما أدوات استراتيجية في بنية العلاقات الدولية المعاصرة تهدفان إلى صيانة الأمن البشري بمفهومه الشامل. ومن خلال استعراض المدارس الفكرية، يتضح أن دور المرأة قد تطور وظيفياً داخل أروقة المنظمات الدولية؛ فمن "عنصر محايد" في الأدبيات التقليدية، إلى "محرك بنوي" للكفاءة والاستقرار والاستدامة في النظريات الحديثة. إن نجاح المنظمات الدولية في تحقيق أهدافها الإغاثية والتنموية بات رهناً بمدى قدرتها على توظيف الميزة التخصصية للمرأة، باعتبارها الفاعل الأكثر قدرة على الربط بين الاحتياجات الإنسانية العاجلة وتطلعات التنمية المستقرة، مما يمهد الطريق لفهم أعمق لدورها القيادي والميداني في المباحث اللاحقة.

المبحث الثاني: منظمة الصحة العالمية بوصفها فاعلاً دولياً

تُعدّ منظمة الصحة العالمية (WHO) إحدى الوكالات الدولية المتخصصة وهي "هيئة تنشأ بإرادة عدة دول، وتهدف إلى دعم التعاون الدولي في مجال متخصص وغير سياسي"¹⁴، أذ تأسست رسمياً في 7 نيسان/أبريل 1948، وهي وكالة متخصصة تابعة للأمم المتحدة تُعنى بالصحة العامة العالمية. وقد جاء تأسيسها استناداً إلى دستورها والذي تم اعتماده في 22 تموز/يوليو 1946 من قِبل ممثلي 51 دولة عضو في الأمم المتحدة وعشر دول أخرى، ودخل حيّز النفاذ بعد تصديق الدولة السادسة والعشرين عليه. وتعد جمعية الصحة العالمية الهيئة العليا

لصنع القرار في المنظمة، وتشارك في اجتماعاتها وفود الدول الأعضاء البالغ عددها 194 دولة موزعة على ستة أقاليم جغرافية، ويقع مقرها الرئيس في جنيف - سويسرا، إضافة إلى أكثر من 150 مكتباً ميدانياً حول العالم¹⁵.

تتمثل رسالة المنظمة في تعزيز الصحة، وحماية الأمن الصحي العالمي، وخدمة الفئات الأشد ضعفاً، من خلال سياسات وبرامج قائمة على البيانات العلمية. وهي تضطلع بدور قيادي في توسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة، وتنسيق الاستجابة العالمية للطوارئ الصحية، والعمل على تحسين صحة الأفراد في جميع المراحل العمرية، بدءاً من الرعاية السابقة للولادة وصولاً إلى الشيخوخة. كما تُجسّد المنظمة رؤيتها من خلال ما يُعرف بـ "غايات المليارات الثلاثة"، وهي: تمتع مليار شخص إضافي بتغطية صحية شاملة، وحماية مليار شخص آخر بشكل أفضل من حالات الطوارئ الصحية، وتمكين مليار شخص من التمتع بصحة وعافية أفضل¹⁶.

ويستند عمل المنظمة إلى المبادئ الأساسية المكرّسة في دستورها، والذي يقرّ بحق جميع البشر في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة. وبشكّل التعاون مع الحكومات، والمجتمع المدني، والمنظمات الدولية، والمؤسسات الأكاديمية، والكوادر الصحية حجر الزاوية في تحقيق أهدافها، حيث تعمل على تعبئة الطاقات المشتركة للنهوض بالصحة العامة وتعزيز الأمن الصحي عالمياً¹⁷.

أولاً:- النشأة: تعود فكرة إنشاء المنظمة إلى مؤتمر الأمم المتحدة التأسيسي في سان فرانسيسكو عام 1945، حين اقترح ممثلو البرازيل والصين تأسيس منظمة صحية دولية. وقد أوعز المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، في 15 شباط 1946، إلى الأمين العام بدعوة الدول الأعضاء إلى المؤتمر لصياغة دستورها. وعُقدت اللجنة التحضيرية التقنية في باريس بين 18 آذار و5 نيسان 1946، وأعدت مقترحات عرضت لاحقاً على مؤتمر الصحة الدولي المنعقد في نيويورك من 19 حزيران إلى 22 تموز من العام نفسه. وقد أنشأ المؤتمر لجنة مؤقتة لتولي بعض مهام المؤسسات الصحية القائمة لحين دخول الدستور حيز التنفيذ، ثم توقفت هذه اللجنة عن العمل في 31 آب 1948، لتحل محلها منظمة الصحة العالمية رسمياً. ومنذ ذلك التاريخ، يُحتفل سنوياً بيوم 7 نيسان باعتباره "يوم الصحة العالمي"¹⁸.

ثانياً:- التمويل: تعتمد منظمة الصحة العالمية في تمويلها على المساهمات السنوية للدول الأعضاء، والتي تُحتسب حسب قدرات كل دولة على الدفع. ومنذ عام 1951، حصلت على موارد إضافية من برنامج المساعدات الفنية الموسع التابع للأمم المتحدة، مما مكّنها من توسيع نطاق أنشطتها في الدول النامية والناشئة¹⁹.

ثالثاً:- المقر: تتخذ المنظمة من مدينة جنيف بسويسرا مقراً رئيسياً لها، إضافة إلى ستة مكاتب إقليمية حول العالم، هي:-²⁰

1. المكتب الإقليمي لأفريقيا، ومقره برازافيل في الكونغو.
2. المكتب الإقليمي للأميركتين، ومقره في واشنطن.
3. المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا، ومقره نيودلهي في الهند.
4. المكتب الإقليمي لأوروبا، ومقره كوبنهاغن في الدانمارك.
5. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ومقره القاهرة في مصر.
6. المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادي، ومقره مانيل في الفلبين.

رابعاً:- أهداف منظمة الصحة العالمية : تسعى منظمة الصحة العالمية إلى التصدي للقضايا الصحية على المستوى العالمي وضبط أولويات البحث الطبي، وتقديم الدعم الفني للدول الأعضاء، وتعزيز قدراتها في مجالات الأمن الصحي والتنمية المستدامة. وتعمل على دعم وتقوية النظم الصحية الوطنية، وتوفير معلومات صحية دقيقة وموثوقة، وبناء شراكات إستراتيجية مع جهات دولية متعددة لضمان تنفيذ البرامج الصحية بكفاءة واستدامة.²¹

العضوية :- تضم منظمة الصحة العالمية 194 دولة عضواً، وتُمنح العضوية للدول التي تقبل دستور المنظمة وتلتزم بمبادئه. كما يمكن منح عضوية جديدة لدول أخرى شريطة موافقة جمعية الصحة العالمية بأغلبية بسيطة على طلب الانضمام. وتحرص المنظمة على إبقاء الدول الأعضاء على اطلاع دائم بأحدث التطورات في البحوث الطبية والصحية، بما في ذلك مجالات السرطان وتطوير اللقاحات والأدوية والوقاية من الأمراض ومكافحة الإدمان وتحليل المخاطر المرتبطة بالمواد الكيميائية، وذلك عبر قنوات رسمية وتقارير علمية دورية، مما يسهم في توحيد الجهود العالمية نحو تعزيز الصحة العامة.²²

الهيكلية : تُدار منظمة الصحة العالمية عبر هيكل تنظيمي متعدد المستويات، يهدف إلى ضمان فاعلية اتخاذ القرار وتنفيذ السياسات الصحية العالمية. وهم كالآتي:-²³
أولاً:- جمعية الصحة العالمية: هي أعلى سلطة تقريرية في المنظمة، وتنعقد سنوياً بجنييف في شهر أيار، بمشاركة وفود من جميع الدول الأعضاء البالغ عددها 194 دولة. وتتمثل مهامها في:

- تحديد السياسات العامة للمنظمة.
- تعيين المدير العام.
- مراجعة وإقرار الميزانية.
- مراقبة الأداء المالي والإستراتيجي للمنظمة.

أذ انعقدت أولى جلسات الجمعية بتاريخ 24 حزيران 1948، بحضور وفود من 53 دولة، وقررت الجمعية إنهاء عمل اللجنة المؤقتة في منتصف ليل 31 آب 1948، وتولت بذلك منظمة الصحة العالمية مسؤولياتها الكاملة بدءاً من اليوم الموالي
ثانياً:- المجلس التنفيذي: يتكون المجلس التنفيذي من 34 عضواً، ترشحهم الدول الأعضاء وتنتخبهم الجمعية لولاية مدتها 3 سنوات. وتتمثل مهامه في:²⁴

- تنفيذ قرارات جمعية الصحة وسياساتها.
- تقديم المشورة الفنية والإدارية للجمعية.
- تسهيل عمل المنظمة.

أذ يعقد المجلس اجتماعين على الأقل سنوياً: الاجتماع الرئيسي في كانون الثاني، والثاني في أيار بعد اختتام جلسات جمعية الصحة العالمية.

ثالثاً:- المدير العام لمنظمة الصحة العالمية: هو أعلى منصب تقني وإداري في منظمة الصحة العالمية، يُرشحه المجلس التنفيذي، ويتم تعيينه رسمياً من قبل جمعية الصحة العالمية عن طريق الاقتراع السري، ويتولى فيها قيادة عملياتها الإستراتيجية والإشراف على تنفيذ سياساتها وبرامجها العالمية، وتستمر ولايته خمسة سنوات، ويمكن إعادة تعيينه لولاية ثانية مرة واحدة فقط بالمدّة ذاتها. ويساعد المدير العام في أداء مهامه عدد من كبار المسؤولين، من بينهم نائب

المدير العام ومجموعة من المساعدين المتخصصين، ويتولى كل منهم الإشراف على ملفات محددة منها صحة الأسرة والمرأة والطفل، ونُظمت الصحة العامة والابتكار الصحي²⁵. رابعاً:- المهام والاختصاصات²⁶: تستند مهام منظمة الصحة العالمية إلى اختصاصات تولتها منظمات دولية سابقة، أبرزها منظمة الصحة لعصبة الأمم التي تأسست عام 1923، والمكتب الدولي للصحة العامة الذي تأسس عام 1907، وقد شملت هذه المهام مواجهة الأوبئة وتنظيم إجراءات الحجر وتطوير معايير موحدة للأدوية. وتحرص المنظمة على مراجعة أولوياتها القيادية بشكل دوري لمواكبة التحديات الصحية المتجددة. ففي الفترة ما بين 2014 و2019، تركزت جهودها على المحاور التالية:

- دعم الدول في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
 - تعزيز قدرات الدول الأعضاء للامتثال للوائح الصحية الدولية.
 - توسيع الوصول إلى الأدوية الأساسية عالية الجودة وبأسعار مقبولة.
 - معالجة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المؤثرة على الصحة العامة
 - تنسيق الاستجابات للأمراض غير المعدية.
 - تعزيز الصحة العامة والرفاه بما يتماشى مع أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة.
- وأصبحت المنظمة مرجعاً عالمياً للمعلومات الصحية والوبائية، إذ تنشر بانتظام تقارير تحليلية، وإحاطات إعلامية، وتوصيات فنية موجهة لصناع السياسات والسلطات الوطنية والمختصين في القطاع الصحي، إضافة إلى توفير إرشادات عملية محدثة للجمهور العام، ومتابعة التطورات في البحوث العلمية الجارية حول العالم.
- خامساً:- البرامج الإغاثية والتنموية: في عام 1978 أعلنت المنظمة أن هدفها المركزي هو تحقيق "الصحة للجميع"، وهو ما ترجمته عملياً بإطلاق مبادرات تاريخية، أبرزها استئصال مرض الجدري، الذي أعلن القضاء عليه نهائياً عام 1980 بعد تنسيق دولي استمر 12 عاماً. كما أطلقت المنظمة عام 1988 "المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال"، والتي أدت إلى خفض الإصابات بنسبة 99% عالمياً، واعتُبرت أحد أنجح نماذج التعاون الصحي الدولي²⁷. وفي إطار جهودها المستمرة لمكافحة الأمراض، اعتمدت المنظمة في عام 2003 "الاتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ" كأول معاهدة دولية للتصدي لتحديات التبغ الصحية والاجتماعية والاقتصادية. وتهدف الاتفاقية إلى حماية الأجيال الحالية والمستقبلية من عواقب التدخين، وتقليل استخدام منتجات التبغ من خلال سياسات وقائية وتشريعات صارمة والحد من تعرض غير المدخنين لدخان التبغ²⁸، وتبنت لاحقاً في عام 2004 إستراتيجية عالمية لتحسين النظم الغذائية والنشاط البدني والصحي، لمواجهة الأمراض غير السارية.
 - وقادت المنظمة حملات صحية واسعة للحد من الأمراض المعدية تضمنت:
 - دعم برامج التطعيم الوطنية.
 - التوعية بشأن الاستخدام الآمن للمضادات الحيوية والمبيدات.
 - تحسين البنية التحتية للمختبرات والمرافق الطبية.
 - الإسهام في توفير مياه الشرب النظيفة وأنظمة الصرف الصحي.

• نشر التعليم الصحي في المجتمعات النائية والريفية. وقد كان لهذه الجهود دوراً محورياً للسيطرة على أمراض مثل داء فقدان المناعة المكتسبة (الإيدز) والسل والملاريا، وأثبتت المنظمة قدرتها على التنسيق والاستجابة الفاعلة في فترات الأزمات الصحية. وفي مارس/أذار 2020، أعلنت المنظمة أن تفشي فيروس كورونا (كوفيد-19)²⁹، الذي ظهر في مدينة ووهان الصينية أواخر عام 2019، قد وصل إلى مستوى جائحة عالمية، وحينها بدأت مرحلة جديدة من تنسيق الاستجابات الصحية الطارئة عالمياً والذي تم القضاء عليه لاحقاً بتوافر الجهود من قبل المنظمة والدول بتوفير أنواع مختلفة من اللقاحات والتي ساهمت بشكل أو بآخر في التخفيف أو القضاء على هذا الفيروس المسبب للمرض.³⁰

ويبرز البعد الدولي لدور المنظمة من خلال عملها على مفهوم المرونة الصحية، إذ تؤكد وثائقها أن بناء نظم صحية مرنة يتيح للدول أن تمنع التهديدات الصحية، وتستعد لها، وتكشفها، وتتكيف معها، وتستجيب لها، ثم تتعافى منها، مع الحفاظ في الوقت نفسه على الخدمات الصحية الأساسية في الظروف كافة، بما فيها البيئات الهشة والمتأثرة بالزلازل. كما تنص وثائق المنظمة الخاصة بالطوارئ على أن الاستجابة الفعالة لا تتحقق إلا من خلال تعبئة القطاعات المختلفة، وتنسيق الجهود مع الشركاء، وتوحيد المعايير الفنية، وهو ما يضع المنظمة في قلب الحوكمة العالمية للصحة. وبذلك، فإن دورها لا يقتصر على المساعدة الإنسانية، بل يشمل إنتاج المعايير، وتنسيق السياسات، وتوجيه التعاون الدولي نحو أهداف مشتركة.

وعليه، يمكن القول إن منظمة الصحة العالمية تمثل نموذجاً واضحاً للفاعل الدولي الذي يجمع بين الإغاثة والتنمية ضمن إطار واحد. فهي تستجيب للأزمات الصحية العاجلة، وفي الوقت نفسه تعمل على تقوية الأنظمة الصحية، وتوسيع التغطية الصحية الشاملة، وتحسين القدرة على الصمود، بما ينسجم مع متطلبات التعاون الدولي الحديث. ومن ثم، فإن موقعها في نظام العلاقات الدولية لا يُفهم فقط من خلال كونها مؤسسة أممية متخصصة، بل من خلال قدرتها على تحويل الصحة إلى مجال للتنسيق الدولي، وبناء الشراكات، وتعزيز الأمن الإنساني، ودعم التنمية المستدامة.

المبحث الثالث: الدور الوظيفي للمرأة في منظمة الصحة العالمية

تُعد المرأة أحد المرتكزات البنوية في منظومة الحوكمة الصحية الدولية، لا سيما داخل الهيكل التنظيمي لمنظمة الصحة العالمية (WHO)؛ إذ يمكن عدها الفاعل التنفيذي الرئيس لتحقيق الأمن الصحي العالمي. ولدراسة هذا الدور وفاعليته، ينبغي التمييز بين مستويين أساسيين وهما التمثيل النسائي في الملاك الوظيفي للمنظمة كجهاز إداري دولي، ودور المرأة في القطاع الصحي العالمي الشامل الذي تقوده المنظمة.

المطلب الأول: التوزيع الوظيفي للقوى العاملة في ملاك منظمة الصحة العالمية

تكشف التقارير الرسمية الصادرة عن الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الموارد البشرية، عن هيكلية القوى العاملة الرسمية وتوزيعها بين الذكور والإناث وفقاً للمسميات والفئات الوظيفية المعتمدة في المنظمة:

الفئة الوظيفية الرسمية	عدد الإناث	نسبة الإناث	عدد الذكور	نسبة الذكور	إجمالي العدد الكلي
الفئة المهنية والدرجات العليا (Professional and higher categories)	2,492	%49.3	2,563	%50.7	5,055
فئة الخدمات العامة (General Service - الدعم الإداري واللوجستي)	1,481	%54.2	1,251	%45.8	2,732
الموظفون الوطنيون المحترفون (National Professional Officers)	812	%43.6	1,051	%56.4	1,863
المجموع الكلي للملاك الرسمي (All Staff)	4,785	%49.6	4,865	%50.4	9,650

• جدول رقم (1): الجدول من إعداد الباحثة بالأعتماد على التوزيع الرسمي للقوى العاملة في منظمة الصحة العالمية وبحسب الفئة الوظيفية والجنس. نقلاً عن: التقرير السنوي للموارد البشرية الصادر عن الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية. (Update, May 2025) منظمة الصحة العالمية، تقرير الأمانة العامة: قسم الموارد البشرية، جنيف، مايو 2025.

من خلال ما تقدم يمكن القول أن الإحصاءات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية لعام 2025 تُقدم مؤشرات كمية ذات دلالات نوعية حول طبيعة الدور الوظيفي للمرأة وتوزيعها داخل الهيكل التنظيمي للمنظمة. وعلى الرغم من اقتراب النسبة الإجمالية للتمثيل النسائي من نقطة التكافؤ الكامل (49.3%)، إلا أن القراءة الدقيقة لهذه البيانات تتطلب تفكيراً هيكلياً وفقاً لمستويات الأداء الوظيفي الثلاثة: القيادي، التنفيذي، والميداني، وذلك لبيان التباينات الكامنة خلف النسبة الإجمالية. وكالاتي:-

أولاً: المستوى القيادي والاستراتيجي (الفئة المهنية والدرجات العليا)

يعكس هذا المستوى قدرة المنظمة على إشراك المرأة في دوائر صنع القرار والدبلوماسية الصحية. وفقاً لبيانات العام 2025، أذ بلغت نسبة النساء في هذه الفئة (49.3%) أي (بواقع 2,492 موظفة). ويشير هذا الاقتراب الملحوظ من المناصفة إلى نجاح السياسات المؤسسية الرامية إلى تقليص الفجوة الوظيفية في الوظائف التي تتطلب مهارات تحليلية وتخطيطية لرسم السياسات الصحية العالمية. ومع ذلك، فإن التحليل يقتضي الإشارة إلى أن هذه الفئة تدمج بين الوظائف المهنية المتوسطة والقيادات العليا (السيادية)، مما يعني أن هذا التوازن العددي لا ينفي بالضرورة استمرار تأثير "السقف الزجاجي" في أضيق حلقات صنع القرار (كمديري الأقاليم ورؤساء البعثات الدائمة).³¹

ثانياً: المستوى التنفيذي والإداري (فئة الخدمات العامة)

يُشكل هذا المستوى المحرك التشغيلي الذي يضمن استدامة عمل المنظمة من خلال إدارة سلاسل الإمداد، والتنسيق اللوجستي، والدعم الإداري. وتُظهر الإحصاءات أن هذا المستوى يسجل أعلى تركيز للعمالة النسائية داخل المنظمة بنسبة تصل إلى (54.2%)، أي بواقع (1,481 موظفة). ويمكن تفسير هذا التركيز من خلال مفهوم "العزل المهني الأفقي (Horizontal Occupational Segregation)، الذي لا يعني إقصاء المرأة عن سوق العمل أو تقليل أهميتها الوظيفية، بل يشير إلى تركيز النساء والرجال في أنماط مهنية مختلفة داخل المؤسسة الواحدة. فالمؤسسات الدولية تميل غالباً إلى توجيه النساء نحو الوظائف الإدارية والتنسيقية والداعمة، في مقابل توظيف الرجال على المواقع التقنية العليا أو القيادية أو الميدانية ذات الطابع الأمني والاستراتيجي. ومن ثم، فإن الاعتماد الكثيف على العنصر النسائي في هذا المستوى لا يتعارض مع وجود "العزل المهني"، بل يعكس أحد أشكاله؛ إذ إن المرأة، رغم كونها تمثل العمود التنفيذي والتشغيلي الذي تستند إليه المنظمة في إدارة أعمالها اليومية وبرامجها المركزية، تبقى متمركزة بصورة أكبر في وظائف الدعم والإسناد المؤسسي أكثر من تمثيلها في مواقع صنع القرار العليا. وعليه، فإن هذا النمط يكشف مفارقة مؤسسية تتمثل في أن المرأة تُعدّ القوة التشغيلية الأكثر حضوراً داخل المنظمة، لكنها لا تحظى دائماً بالتمثيل ذاته في المستويات القيادية والاستراتيجية.³²

ثالثاً: المستوى الميداني والتشغيلي (الموظفون المحترفون)

يمثل هذا المستوى خط المواجهة الأول للمنظمة، إذ يختص بتنفيذ الاستراتيجيات الصحية على مستويات الأقاليم والدول (العمل الميداني). وتكشف بيانات عام 2025 عن تراجع ملحوظ في التمثيل النسائي ضمن هذه الفئة، حيث سجلت أدنى نسبة بـ (43.6%) أي (بواقع 812 موظفة). ويمكن تفسير هذه الفجوة بمجموعة من المحددات الهيكلية والبيئية؛ إذ يتطلب العمل الميداني التواجد في بيئات قد تنسم بالهشاشة أو التوتر الأمني، فضلاً عن الاصطدام بالمحددات السوسيولوجية والثقافية في بعض المجتمعات المحلية التي تعيق حركة وعمل الكوادر النسائية التابعة للمنظمة. هذا التراجع يمثل مفارقة تنظيمية؛ ففي حين تشكل النساء (67.7%) من إجمالي القوى العاملة الصحية على المستوى العالمي، تنخفض نسبتهن في التوظيف الميداني المباشر التابع للمنظمة نتيجة للعقبات البيئية والمؤسسية المذكورة.³³

نستنتج من قراءة المؤشرات الإحصائية لعام 2025 أن منظمة الصحة العالمية تعتمد على هندسة وظيفية تنسم بالتمثيل النسوي الكثيف في المستويات التنفيذية (الدعم والخدمات العامة). وتقترب من التكافؤ في المستويات المهنية والاستراتيجية، في حين لا تزال تواجه تحديات هيكلية في توطین دور المرأة ضمن المستويات الميدانية المباشرة (الموظفون الوطنيون المحترفون)، مما يتطلب إعادة صياغة لبروتوكولات السلامة والتوظيف القطري لضمان استثمار الكفاءات النسائية في الخطوط الأمامية بكفاءة وفعالية. وهذا ما سيتم التطرق إليه في المطلب القادم.

المطلب الثاني: المحددات والتحديات التي تواجه فاعلية المرأة في العمل الإغاثي والتنموي

على الرغم من الثقل الديموغرافي والتوظيفي لدور المرأة في منظمة الصحة العالمية، إلا أن تحويل هذه الكثافة إلى "فاعلية استراتيجية كاملة" يصطدم بحزمة من المحددات والتحديات المؤسسية والبيئية:³⁴

أولاً: الفجوة القيادية: تعاني الهيكلية الوظيفية في منظمة الصحة العالمية من ظاهرة "السقف الزجاجي*"؛ حيث تواجه الكفاءات النسائية حواجز غير مرئية تمنعهن من الوصول إلى مراكز القرار السيادي داخل الفروع الإقليمية والمركزية للمنظمة، وهو ما يضعف من قدرة المنظمة على الاستفادة من خبراتهن الميدانية في صياغة السياسات العليا.

ثانياً: غياب العدالة المؤسسية وفجوة الأجور: تشير الإحصائيات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية إلى وجود تفاوت مالي ملحوظ، حيث يبلغ متوسط فجوة الأجور في القطاع الصحي نحو (24%) لصالح الذكور (وحتى عند تعديل الفوارق المرتبطة بساعات العمل، تبقى الفجوة عند (11%). هذا التباين يعكس قصوراً في تقييم العائد المؤسسي لعمل المرأة ويحد من التمكين المادي للكفاءات النسائية.

ثالثاً: المحددات السوسيوولوجية والثقافية المحلية: هذا المحدد يظهر عند تنفيذ البرامج الإغاثية في البيئات الهشة والمجتمعات التقليدية، إذ تصطدم الكوادر النسائية التابعة للمنظمة بقيود ثقافية واجتماعية تفرضها البيئة المحلية. هذه المحددات تعيق حركتهن الميدانية، وتحد من قدرتهن على اتخاذ قرارات مستقلة، مما يقلل من سرعة الاستجابة الإغاثية. لذلك تشكل المحددات السوسيوولوجية في المجتمعات التقليدية عائقاً بنوياً يحد من حركية الكوادر النسائية واستقلالية قرارهن الميداني، مما يفرز فجوة إجرائية في سرعة الاستجابة الإغاثية. وفي نموذج مكاتب الشرق الأوسط (مصر)، تُدار هذه الإشكالية عبر استراتيجية "توزيع الأدوار الوظيفية": حيث تمارس المرأة سلطة القرار السيادي من المركز الإداري، بينما يتم تأمين الحركة الميدانية عبر بروتوكولات "الوساطة المجتمعية" التي تضمن القبول المحلي. هذا النموذج يدمج بين الاستقلال المؤسسي للقيادات النسائية وبين الواقعية الثقافية، مما يحول دون صدام المنظمة مع البنى التقليدية، ويضمن في الوقت ذاته استمرارية التدفق الإغاثي بمرونة تتجاوز المعوقات السوسيوولوجية دون التنازل عن دور المرأة القيادي.

رابعاً: ازدواجية الأدوار واستنزاف رأس المال البشري: أذ تتحمل الكوادر النسائية الإغاثية عبئاً وظيفياً مزدوجاً يتمثل في الالتزامات المهنية الشاقة في بيئات العمل الخطرة، جنباً إلى جنب مع مسؤوليات الرعاية الأسرية غير معوضة الأجر. هذا الاستنزاف المضاعف يؤدي إلى ظاهرة "الاحتراق الوظيفي"³⁵ لدى النساء العاملات في منظمة الصحة العالمية، مما يهدد من استدامة عملهن في القطاعات الإغاثية التي تتطلب جاهزية عالية.

خامساً: المخاطر الأمنية وضعف آليات الحماية الميدانية: يُعد العمل الميداني في بعض الدول لا سيما في بؤر النزاعات والأزمات الوبائية، بيئة شديدة الخطورة وتفرض تهديدات أمنية وصحية مباشرة على الكوادر العاملة في منظمة الصحة العالمية لا سيما النسوية منها. وعلى الرغم من تبني المنظمة لبروتوكولات حماية دولية، إلا أن التطبيق الفعلي لسياسات "السلامة المهنية في الدول التي تعاني من الاوبئة والازمات لا يزال يعاني من الهشاشة في مساح العمليات المعقدة، مما يؤدي إلى غياب الغطاء الأمني الكافي لحماية العاملات في خطوط المواجهة الأمامية للإغاثة.

نستنتج مما سبق أن المرأة تمثل العمود الفقري لقدرة التشغيلية لمنظمة الصحة العالمية، والفاعل الميداني الأبرز في ترجمة الأفعال إلى واقع ملموس. فقد أثبتت المؤشرات الكمية والأداء المؤسسي أن إسهام المرأة يمتد من حفظ تماسك النظم الصحية المحلية (التنمية) إلى الاستجابة

الفورية للأوبئة والكوارث (الإغاثة). غير أن استمرار القيود الهيكلية والفجوات المؤسسية يبرهن على أن النظام الدولي ما زال بحاجة إلى تطوير آلياته الإدارية. ومن هذا المنطلق، فإن تعزيز "تكافؤ الفرص" وتمكين المرأة في المواقع القيادية الإغائية ليس مجرد استجابة لمطالب إنصاف وظيفي، بل هو "ضرورة استراتيجية قصوى" لرفع كفاءة الحوكمة الصحية العالمية، وضمان صمود المجتمعات أمام التهديدات المحدقة بالسلم والأمن الدولي.

المطلب الثالث: الاختبار الواقعي للفاعلية الإغائية (دراسة حالة في النزاعات والأوبئة)

أولاً: النموذج الأول - بيئة النزاع المسلح: في مناطق النزاعات الممتدة، حيث تتفكك مؤسسات الدولة وينعدم الأمن الصلب، تواجه منظمة الصحة العالمية تحدياً استراتيجياً يتمثل في صعوبة الوصول الميداني الى تلك المناطق. ففي دول مثل اليمن وفي العام 2027، ونتيجة للمحددات الثقافية والاجتماعية الصارمة، تعجز الفرق الإغائية التقليدية (الذكورية) عن الوصول إلى المنازل لتقديم الرعاية أو إجراء مسوحات سوء التغذية. وهنا، شكلت الكوادر النسائية المحلية التابعة لمنظمة الصحة العالمية الأداة الوحيدة القادرة على عبور نقاط التفتيش العسكرية بحرية نسبية، ودخول المنازل لمعالجة النساء والأطفال. فمن خلال حملات التحصين ضد شلل الأطفال والكوليرا التي قادتها ونفذتها آلاف المتطوعات في منظمة الصحة العالمية، من، تم الحفاظ على "الحد الأدنى من التماسك الحيوي" للمجتمع، ومنع تحول الاتهيار السياسي إلى إبادة بيولوجية شاملة³⁶.

ثانياً: النموذج الثاني - الأزمات الوبائية العابرة للحدود: تُعد الأوبئة الكبرى تهديداً مباشراً للأمن القومي للدول والسلم الدولي. وخلال تفشي وباء إيبولا (Ebola) في غرب ووسط إفريقيا، لاسيما خلال أزمة (2014-2016)، صحیح إن هذا الدور مرّ بمرحلتين: انتقاد ثم تصحيح واستجابة قوية. وعلى إثره واجهت منظمة الصحة العالمية أزمة ثقة حادة مع المجتمعات المحلية التي رفضت بروتوكولات العزل الطبيعي واعتبرتها تدخلاً أجنبياً. الا إنها أدركت أن النجاح الطبي لا يتم دون نجاح سوسولوجي. لذا، تم الدفع بالقيادات النسائية والفرق الميدانية من النساء للقيام بدور "التفاوض المجتمعي". وبفضل دورهن كمقدمات للرعاية داخل الأسرة، تمكنت العاملات الصحيات من إقناع المجتمعات بتغيير طقوس الدفن الخطيرة وطرق العناية بالمرضى، وهو ما أدى إلى كسر سلسلة العدوى³⁷.

يُثبت هذا النموذج صحة "المؤسسية الليبرالية" و"النظرية الوظيفية"؛ حيث أدى إشراك المرأة إلى رفع كفاءة المنظمة الدولية وزيادة شرعيتها وموثوقيتها لدى تلك الدول، مما مكن النظام الدولي من احتواء تهديد صحي كان مرشحاً للانتشار العالمي.

تثبت دراسة هذه الحالات الواقعية أن منظمة الصحة العالمية لا تستخدم المرأة كرقم في سجلات التوظيف، بل كأداة استراتيجية لامتنصاح الصدمات. ففي الحروب، توفر المرأة النفاذ المجتمعي الذي تعجز عنه السياسة، وفي الأوبئة، توفر الثقة التي يعجز عنها الطب المجرد. وهذا يؤكد أن فاعلية العمل الإغائي الدولي مرتبطة ارتباطاً شريطياً بالتوظيف الأمثل للكفاءات النسائية ميدانياً وتنفيذياً

ثالثاً: نموذج أزمة كورونا - (COVID-19) إيطاليا "دراسة حالة

تعتبر الأزمة الصحية في إيطاليا والتي حدثت في العام 2020 المختبر الأول الذي أثبت فيه أن "الأمن القومي" للدولة يعتمد بشكل كلي على "الأمن الصحي" الذي تديره المرأة. أذ تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن النساء شكلن (78%) من العاملين في الخطوط الأمامية في إيطاليا موزعة حول (تمريض، رعاية أولية، خدمات اجتماعية). وفي ذروة الانهيار المؤسسي الإيطالي في العام نفسه، لعبت الكوادر النسوية التابعة للمنظمة دور "الوسيط الاستراتيجي" بين البروتوكولات العالمية والواقع الميداني المنهار. فعندما عجزت الدولة عن توفير الرعاية الكافية، قامت النساء بتفعيل ما يُعرف بـ "شبكات الصمود المجتمعي"، حيث أدرن مراكز العزل المجتمعي وحملات التوعية المنزلية. هذا النموذج أثبت صحة "الواقعية البيولوجية": فالمرأة هي من منعت التحول من "أزمة صحية" إلى "انهيار شامل للدولة"، مما حافظ على بقاء الكيان السياسي الإيطالي في قلب الاتحاد الأوروبي.³⁸

رابعاً: جهود المرأة في القطاع الصحي (قطاع غزة إنموذجاً (2023-2024))

يمثل هذا النموذج قمة "الواقعية السياسية" في العلاقات الدولية، حيث تعمل منظمة الصحة العالمية في بيئة "منعدمة الأمن" تماماً، وتبرز المرأة هنا كقائد تقني وميداني لا يمكن استبداله. أذ قادت منظمة الصحة العالمية حملة تطعيم طارئة في غزة في أكتوبر من العام 2024 بعد ظهور أول حالة شلل أطفال منذ 25 عاماً. وتشير تقارير المنظمة إلى أن النساء العاملات في المنظمة (طبيبات ومتطوعات) كنَّ المحرك الأساسي لهذه الحملة، حيث نجحن في الوصول إلى (560,000) طفل في ظروف قصف مستمر، ففي ظل خروج أغلب المستشفيات عن الخدمة.³⁹

يخلص هذا المبحث إلى أن دور المرأة في منظمة الصحة العالمية يتجاوز التمثيل العددي ليغدو ركيزة أساسية في الأمن الصحي العالمي، وهو ما أكدته خبراتها القيادية والتنفيذية والميدانية في أزمات كاليمين وإيولا وإيطاليا وغزة. ومع ذلك، فإن استمرار السقف الزجاجي وفجوة الأجور وضعف الحماية يكشف مفارقة مؤسسية تعيق الاستفادة الكاملة من هذه الكفاءات. ومن ثم، فإن تمكين المرأة داخل المنظمة لم يعد خياراً إدارياً، بل ضرورة استراتيجية لضمان فاعلية الحوكمة الصحية واستقرار المجتمعات.

الخاتمة:

في ضوء ما تقدم، يتضح أن جهود المرأة في مجالي الإغاثة والتنمية داخل منظومة منظمة الصحة العالمية لم تكن جهوداً هامشية أو تكميلية، بل شكلت عنصراً بنوياً في صناعة الاستجابة الإنسانية وحماية الأمن الصحي العالمي. فقد برهنت التجارب الواقعية في البيئات الهشة ومناطق النزاع والأوبئة أن المرأة تمتلك قدرة فريدة على الجمع بين الكفاءة المهنية، والمرونة الميدانية، والقبول المجتمعي، الأمر الذي جعلها الأكثر قدرة على تحويل المساعدة العاجلة إلى أثر تنموي مستدام، وعلى تحويل التدخل الدولي من استجابة ظرفية إلى بناء طويل الأمد للصمود والاستقرار. ومن ثم، فإن القيمة الحقيقية لمشاركة المرأة لا تتجلى في حجم حضورها العددي فحسب، بل في نوعية ما تضيفه من فاعلية وشرعية واستدامة إلى العمل الدولي. غير أن استمرار القيود المؤسسية، وفجوة الأجور، والسقف الزجاجي، والمخاطر الأمنية، يكشف أن العالم ما يزال يستثمر في المرأة أكثر مما ينصفها. وعليه، فإن تمكينها في مواقع القيادة داخل المنظمات الدولية، وفي مقدمتها منظمة الصحة العالمية، لم يعد خياراً أخلاقياً أو

مطلباً إدارياً فقط، بل أصبح ضرورة استراتيجية لضمان أمن الإنسان، وصون الصحة العامة، وتعزيز السلم الدولي في عالم تتسارع فيه الأزمات وتتداخل فيه التهديدات. وبناءً على ما تقدم من تحليل نظري وتطبيقي، يتضح أن فرضية البحث قد تأكدت، إذ تبين أن فاعلية منظمة الصحة العالمية ترتبط عضوياً بالدور الوظيفي للمرأة، في حين أن القيود الهيكلية تحد من استدامة هذا الدور على المستوى القيادي.

الأستنتاجات:

1. تحولت المرأة في المنظمات الدولية من مجرد منفذة لبرامج الرعاية إلى مدخل إمان استراتيجي يمنع انهيار الدول والمجتمعات وقت الأزمات.
2. يتحمل العنصر النسائي العبء الأكبر من العمل الميداني والتشغيلي بنسبة 70%، في حين لا يزال يعاني من إقصاء مؤسسي واضح في غرف صنع القرار ورسم السياسات العليا.
3. تمتلك الكوادر النسائية قدرة حصرية على نفاذ المجتمعات المغلقة وتجاوز قيود النزاع، حيث تنجح في بناء جسور الثقة وتأمين الوصول الإغاثي للمناطق التي يتعذر دخولها عبر القنوات التنفيذية المعتادة.
4. نجاح الأداء الميداني للمرأة في تحويل المساعدات الإغاثية اللحظية إلى برامج تنموية مستدامة، من خلال بناء ناء آليات استدامة محلية تضمن تعافي المجتمع على المدى الطويل.
5. يعتمد النظام الدولي على النساء كخط دفاع أول في أخطر بؤر التوتر والأوبئة، لكنه يخفق بشدة في توفير الحماية الأمنية الكافية والعدالة المالية لهن.
6. لم يعد تمكين المرأة ووصولها للمناصب القيادية العليا مسألة إنصاف وظيفي، بل ضرورة أمنية وإدارية حتمية لضمان كفاءة العالم في مواجهة كوارث المستقبل.

الهوامش:

* السقف الزجاجي: هو مجموعة من الحواجز غير المرئية التي تنشأ من التحيزات التنظيمية والاجتماعية، وتمنع النساء من الوصول إلى المناصب القيادية العليا رغم امتلاكهن الكفاءة والخبرة اللازمة. وقد صاغت ليندا ويرث هذا المفهوم في دراستها عن النساء في الإدارة، حيث أوضحت أن المشكلة لا تكمن في نقص التأهيل، بل في العقبات غير المعلنة التي تحد من صعود المرأة إلى مواقع القرار. للمزيد يُنظر:-

Wirth, Linda. "Women in Management: Closer to Breaking through the Glass Ceiling?"

International Labour Review 137, no. 1 (1998):p 102.

* الأحتراق الوظيفي: هي حالة من الإفلاس النفسي والبدني الناتجة عن التعرض طويل الأمد لضغوط مهنية وعاطفية تفوق قدرة الفرد على التكيف. وتعرفها "كريستينا ماسلاش" (Maslach) "المرجع الأبرز في هذا المجال—بأنها متلازمة تآكل تدريجي لـ "رأس المال النفسي"، تبدأ بالإرهاك العاطفي، ثم الانفصال عن الواقع المهني، وصولاً إلى فقدان المعنى من الإنجاز الشخصي. للمزيد يُنظر:

Christina Maslach and Susan E. Jackson, "The Measurement of Experienced Burnout," *Journal of Occupational Behavior* 2, no. 2 (1981):p 101

1. The Sphere Project, *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response* (Geneva: Sphere Association, 2018), p 24.
2. Michael Barnett, *Empire of Humanity: A History of Humanitarianism* (Ithaca: Cornell University Press, 2011), p115.
3. Amartya Sen, *Development as Freedom* (Oxford: Oxford University Press, 1999), p36.
4. Francis Fukuyama, *State-Building: Governance and World Order in the 21st Century* (Ithaca: Cornell University Press, 2004), p85.
5. United Nations Development Programmer (UNDP), *Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security* (New York: Oxford University Press, 1994), p22.
6. United Nations and World Bank, *Pathways for Peace: Inclusive Approaches to Preventing Violent Conflict* (Washington, DC: World Bank, 2018), p11.
7. Colin McInnes and Kelley Lee, *Global Health, and International Relations* (Cambridge: Polity Press, 2012), p45.
8. OECD, *The Humanitarian-Development-Peace Nexus: Interim Explanatory Note* (Paris: OECD Publishing, 2021),p 6.
9. United Nations General Assembly, "Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development," Resolution A/RES/70/1 (New York: United Nations, 2015), p14.
10. Jean Bethke Elshtain, *Women and War* (Chicago: University of Chicago Press, 1995), p140.
11. J. Ann Tickner, in *International Relations: Feminist Perspectives on Achieving Global Security* (New York: Columbia University Press, 1992), p31.
12. Francis Fukuyama, "Women and the Evolution of World Politics," *Foreign Affairs* 77, no. 5 (September/October 1998): p33.
13. David Mitrany, *A Working Peace System* (Chicago: Quadrangle Books, 1966), p38.
14. United Nations Development Programmer (UNDP), *Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security* (New York: Oxford University Press, 1994), p24.
15. د.محمد المجذوب، التنظيم الدولي، النظرية العامة والمنظمات العالمية والأقليمية والمتخصصة، منشورات الحلبي الحقوقية، ط8، بيروت 2006. ص565
16. المصدر نفسه

17. Tracking the Triple Billions and delivering results - متوفر على الرابط التالي: https://www.who.int/publications/m/item/tracking-the-triple-billions-and-delivering-results?utm_source=.com
18. Constitution of the World Health Organization متوفر على الرابط التالي: https://www.afro.who.int/publications/constitution-world-health-organization?utm_source=.com
19. <https://www.who.int/ar/about> الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية، متوفر على الرابط التالي:-.
20. How WHO is funded : متوفر على الرابط التالي : [:https://www.who.int/about/funding?utm_source=](https://www.who.int/about/funding?utm_source=)
21. WHO regional offices متوفر على الرابط التالي https://www.who.int/about/who-we-are/regional-offices/?utm_source
22. ما هي منظمة الصحة العالمية وما أهميتها؟ متوفر على الرابط التالي:-. <https://www.ungeneva.org/ar/news>
23. د. خالد سعد أنصاري، الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية، دار الجامعة الجديدة، ط1، الأسكندرية، 2012، ص34.
24. منظمة الصحة العالمية أكبر هيئة صحية في العالم، متوفر على الرابط التالي:-. <https://www.aljazeera.net/encyclopedia/2015/10/30>
25. القرارات والمقررات الأجرائية، الملاحق، لمنظمة الصحة العالمية، جنيف، م ت 136 / 2015، سجلات 1.
26. Election of the WHO Director-General: متوفر على الرابط التالي https://www.who.int/about/governance/election?utm_source
27. Elizabeth Fee PhD, Marcos Cueto PhD, and Theodore M. Brown PhD WHO at 60: Snapshots From Its First Six Decades, WHO at 60: Snapshots From Its First Six Decades, American Journal of Public Health (ajph) October 10, 2011, <https://ajph.aphapublications.org>.
28. Declaration of Alma-Ata, [Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978](https://www.who.int/publications/m/item/report-of-the-international-conference-on-primary-health-care-alma-ata-ussr-6-12-september-1978)
29. WHO Framework Convention on Tobacco Control, <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/9241591013>
30. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic, [:https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19?utm_source=](https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19?utm_source=)
31. منظمة الصحة العالمية أكبر هيئة صحية في العالم:- مقال منشور ومتوفر على الرابط التالي:-. <https://www.aljazeera.net/encyclopedia/2015/10/30>

32. World Health Organization, Human Resources: Update. Report by the Secretariat, Document A78/INF./2 (Geneva: WHO, 2025), p7.
33. International Labour Organization (ILO), r Diversity in the Public Service and International Organizations (Geneva: ILO, 2023),p 42.
34. World Health Organization and International Labour Organization, The Pay Gap in the Health and Care Sector: A Global Analysis in the Time of COVID-19 (Geneva: WHO/ILO, 2022),p 21.
35. Global Health 50/50, Flying Blind: The 2024 Global Health 50/50 Report (London: University College London, 2024), p36.
36. World Health Organization, Immunization in the Context of Conflict: The Yemen Experience (Geneva: WHO, 2021), p14.
37. World Health Organization, Report of the Ebola Interim Assessment Panel (Geneva: WHO Press, 2015), p20.
38. OECD, Women at the Core of the Fight Against the COVID-19 Crisis (Paris: OECD Publishing, 2020), p7.
39. World Health Organization, "Second Round of Polio Vaccination Campaign in Gaza: Summary of Achievement," WHO EMRO Situation Report (Jerusalem/Geneva: WHO, October 2024), p3.

Women's Efforts in Relief and Development: The World Health Organization as a Case Study

Assist Lect. Zainab Mohammed Khalaf

Women's Studies Center

University of Baghdad



Zainab.m@wsc.uobaghdad.edu.iq

Keywords: World Health Organization, Relief and Development, Woman.

Summary:

This study seeks to shed light on the geostrategic role of women in the fields of relief and development within the framework of global health governance, taking the World Health Organization as an analytical model to assess the effectiveness of humanitarian action. The research is grounded in a central problemata referred to as the "structural paradox." While women constitute approximately 70% of the workforce in the health and humanitarian sectors—thus representing the primary operational engine and the frontline safeguard in absorbing shocks and preventing the collapse of societal systems in complex crisis settings (as evidenced in cases such as Gaza, Yemen, Ebola outbreaks, and Italy during COVID-19)—they continue to face a "glass ceiling" alongside institutional and security-related constraints that limit their presence in sovereign decision-making circles.

By integrating theoretical foundations from international politics with empirical analysis, the study concludes that dismantling these structural constraints and empowering women in leadership positions is no longer merely a matter of functional equity. Rather, it has become an international security imperative and a cornerstone for ensuring the sustainability of global peace and health security.