

## سياسات عامة لتحسين صحة الناس وتعليمهم



وفاعلية كلية لتنظيم الأسرة وخدمات المياه والصرف الصحي. وبالتالي، فإن هذه الخدمات تكاملية لإنجاز جميع أهداف التنمية للألفية.

يحاول هذا الفصل أيضاً إثبات أن المساواة بين الجنسين ليست هدفاً بحد ذاته فحسب. بل إنها مركزية في عملية إنجاز سائر الأهداف؛ حيث توضح دورات حياة المتعلمات التداخلات الحاصلة بين قطاعات المجتمع (الرسم 4.1). فالمتعلمات غالباً ما يتزوجن بعد غيرهن - وبخاصة إذا امتدت دراستهن إلى المستوى الإعدادي (التكميلي/المتوسط) وانخرطن في نشاط اقتصادي خارج المنزل. كما أنهن يُنجبن أقل من غيرهن، ويحرصن على نيل الرعاية الصحية لهن ولأطفالهن، ويؤمنن لأولادهن رعاية أحسن ونظاماً غذائياً أفضل<sup>2</sup>. ويخفّض هذا السلوك من احتمال المرض، كما يرجح عيش الأطفال إلى ما فوق سن الخامسة.

مع مرور الوقت، تقود نسبة الوفيات المنخفضة لدى الأطفال إلى تكوين أسر أصغر وإلى استعمال موانع الحمل بصورة أكبر، مما يؤدي في النتيجة إلى تخفيض نسبة الخصوبة الإجمالية. ومع الأسر الأصغر، تتحسن رعاية الأطفال؛ ومع الخصوبة الأدنى، تتقلص الفئة العمرية التي تلتحق بالمدرسة؛ وبالتالي، تترسخ فوائد تعليم البنات من جيل إلى آخر. ولكن، في حين أن تقوية صحة النساء وقدراتهن التعليمية بهذه الطريقة أمر هام، فثمة إجراءات عملية مطلوبة أيضاً من أجل تعزيز دورهن في المجتمع كعوامل تغيير (الإطار 4.1).

كما يدلُّ تعاهدُ التنمية للألفية، فإن الحزمة الأولى من السياسات المطلوبة لتخُصُّ بلدان الأولوية القصوى والأولوية المتقدمة من أشراك الفاقة تشتمل على استثمارات في الصحة والتعليم؛ تساهم في النمو الاقتصادي الذي يغذي التنمية البشرية (أنظر الفصل الثالث). فمجالات التعليم والصحة والتغذية والمياه والنظام الصحي تكمل بعضها بعضاً، إذ يساهم الاستثمار في أي مجال منها في تحقيق نتائج أفضل في المجالات الأخرى. وإحدى التوصيات الأساسية في هذا الفصل هي أنه ينبغي على راسمي السياسات الاعتراف بالتكامل بين النواحي المختلفة في التنمية البشرية، فيما هم يستثمرون في إنجاز أهداف التنمية للألفية.

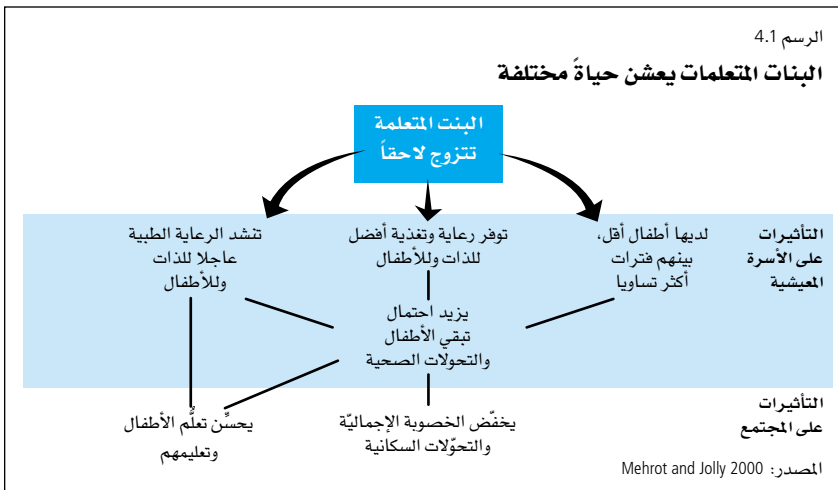
يؤثر التعليم على جميع أنواع النتائج المحصلة من التنمية البشرية، لأنه يتجاوز كونه مجرد مصدر للمعرفة؛ إذ يروج لنظافة صحية أفضل ويزيد من الإقبال على استعمال الخدمات الصحية. كذلك تتحدد المحصلات الصحية بالمياه المأمونة والصرف الصحي الملائم؛ إذ من خلال تخفيضهما الأمراض المعدية، يحسنان الوضع الغذائي للأطفال ويزيدان من قدراتهم التعليمية. وتساهم تدخلات كهذه في إنجاز نقلة صحية - من كون الأمراض المعدية عاملاً رئيسياً يتسبب في معظم ما ينوء تحته بلد ما من أمراض، إلى كون الأمراض المزمنة مصدراً أساسياً لذلك العبء.

يسرع التحول الصحي عملية التحول الديموغرافي، من نسبة مرتفعة للولادات والوفيات إلى أخرى منخفضة. إضافة إلى ذلك، ترتبط مستويات التعليم بتنظيم أفضل للأسرة. فمع ازدياد الأطفال الذين يبقون على قيد الحياة، تخفّض الأسر من عدد أولادها؛ كما يصغر حجم الأسرة المفضل؛ وهي عملية يرفدها توفر موانع الحمل. ومع بقاء المزيد من الأطفال على قيد الحياة، تخفّض الأسر عدد أولادها<sup>1</sup>. ويعتبر هذا المفهوم من التكامل بين الاستثمارات الاجتماعية مركزياً في تقليل الجوع وسوء التغذية والمرض والأمية - وفي تطوير القدرات البشرية.

ولكي يتأمن الحصول على أفضل نتيجة من التكامل بين الخدمات الاجتماعية المختلفة، فإن من الأهمية بمكان التركيز على التعليم الابتدائي الشامل في وقت مبكر، لا سيما للبنات؛ لكن ذلك يتطلب توفرًا

الرسم 4.1

## البنات المتعلمات يعشن حياة مختلفة



سنوات (1953-1962)<sup>4</sup>. وبين 1960 و 1980، زادت بوستوانا النسبة الإجمالية للالتحاق بالمدارس الابتدائية إلى ما يفوق الضعف، من 40 بالمائة إلى 91 بالمائة<sup>5</sup>. وفي زيمبابوي، ارتفعت النسبة الإجمالية للالتحاق بالمدارس الابتدائية من 75 بالمائة في 1960 إلى 124 بالمائة في 1985، أي بعد خمس سنوات من الاستقلال<sup>6</sup>.

وقد جمعت بعض البلدان الرفيعة الإنجاز بين النمو الاقتصادي والتقدم الاجتماعي السريعين - وهي تملك الآن اقتصادات ريفية المستوى (جمهورية كوريا، ماليزيا، موريشيوس). وحققت هذه الأقطار تقدمها الاجتماعي في بداية عملياتها التنموية، حين كانت المداخل القومية لا تزال متدنية؛ موحيةً بتسلسل معين في الاستثمارات. وفي بلدان أخرى ريفية الإنجاز، كان النمو الاقتصادي أبطأ وأقل تماسكاً. ومع ذلك، فإن

يُظهر التقدّم المنجز سابقاً ما هو ممكن حالياً. فقد حققت معظم البلدان النامية خلال الأعوام الخمسين المنصرمة تقدماً في الصحة والتعليم يوازي ما احتاجت الدول الثرية إلى 200 سنة تقريباً لإنجازه. لكن هناك نحو اثني عشر من البلدان النامية أحرزت بشكل خاص تقدماً سريعاً، محققة مؤشرات اجتماعية يمكن مقارنتها بتلك التي بلغت دول ثرية. وتتيح تلك البلدان الرفيعة الإنجاز دروساً في المناهج السياسية التي يمكن أن تستفيد منها بلدان أخرى في بلوغ أهداف التنمية للألفية (الإطار 4.2).

وإذا كان هناك أدنى شك في أن هذه الأهداف يمكن إنجازها خلال أقل من جيل واحد، فلننظر إلى المكتسبات التالية: تمكنت سريلانكا من إضافة 12 سنة إلى متوسط العمر المتوقع خلال سبع سنوات فقط (1945-1952)<sup>3</sup>، وأضافت الصين 13 سنة خلال تسع

#### الإطار 4.1

### قدرات النساء وفعاليتهم - عامل رئيسي لإنجاز أهداف التنمية للألفية

تتحدّد العلاقات بين الجنسين إلى حد كبير بالأطر الاجتماعية والثقافية، فتؤثر القيم الأبوية المغروسة منذ الطفولة على مواقف الإناث والذكور وعلى تطلّعاتهم طوال حياتهم. وغالباً ما تُكرّس هذه القيم في قوانين تبخس المرأة حقوقها ومستحقّاتها - لا سيما تلك القوانين المرتبطة بالزواج والطلاق والاعتصاب والعنف والميراث. وفي كثير من الأحيان، تركز الحركات المطالبة بحقوق المرأة على إصلاح قوانين كهذه.

- على الرغم من اعتبار العمل والتعليم استراتيجيتين أساسيتين لتقوية فعالية النساء وأصواتهن، فإن الفعالية الأقوى لا تتطلّب مجرد:
  - الاعتراف بأهمية التعليم، ولكن أيضاً زيادة مضمونه وتوافره ومردوبيته.
  - خلق المزيد من فرص العمل للنساء، ولكن أيضاً تحسين طبيعة هذا العمل وظروفه؛ بما في ذلك إيجاد موارد رزق مستدامة.
  - زيادة عدد النساء في البرلمانات، ولكن أيضاً زيادة حضورهن في مواقع السلطة ودوائر رسم القرار - من المستويات المحلية إلى القطرية.
- لذلك، يتطلّب تحسين مكانة النساء سياسات تتوجه إلى الاحتياجات العملية (دعم القدرات الأساسية الضرورية للعمل؛ مثلاً من خلال تحسين الأوضاع المعيشية، وزيادة التوظيف والرعاية الصحية وإمدادات المياه المأمونة) وأيضاً إلى الاحتياجات الاستراتيجية (تقوية صوت النساء وفعاليتهم لكي يتمكن من معاودة التفاوض حول أدوارهن في البيت وفي المجتمع، من خلال الحقوق القانونية في الموجودات، ومن خلال القوانين التي تضمن لهنّ الأجور المتساوية والحقوق التناسلية والتحرر من العنف). علاوة على ذلك، يجب دعم هذه السياسات بقوانين تضمن الحقوق المتساوية - للرجال والنساء على حد سواء - في القطاعين الخاص والعام.

أن المعدلات الحالية تشير إلى أن المساواة بين الجنسين في مجال التعليم لن تتحقق قبل العام 2025، أي بعد عشرين سنة من التاريخ الذي حدّته أهداف التنمية للألفية. تصل نسبة الشابات المتعلّمت (بين 15 و 24 سنة من العمر) في البلدان النامية إلى 60 بالمائة، بالمقارنة مع 80 بالمائة عند الشبان. علاوة على ذلك، تعاني النساء أكثر من الرجال من فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز/السيدا). وتشكّل الوفيات الأمومية بعداً آخر من الأعباء الإضافية التي تُثقل كاهل النساء. وعلى الرغم من الأسباب البيولوجية التي تجعل النساء يعشن أطول من الرجال، فالعديد من البلدان والمناطق النامية لديها ملايين النساء «المفقودات» اللواتي يُقتلن عند الولادة، أو خلال عمليات الإجهاض على أساس جنسوي، أو بسبب التمييز الجنسوي المنهجي خلال دورة الحياة (مما يؤدي إلى انخفاض عدد النساء ضمن مجموع السكان. حيث يقلّ عددهنّ عن الرجال ما بين 35 و 37 مليوناً في جنوبي آسيا، و 38 إلى 40 مليوناً في الصين).

وسوف تكون فرص النساء في العمل خارج المنزل، والحصول على مداخل مستقلة، محدودة من دون اتخاذ خطوات لزيادة قدراتهن التعليمية والصحية. ففي التسعينات، شكّلت النساء العاملات خارج الزراعة في البلدان النامية نسبة ثابتة هي 40 بالمائة من العاملين.

ثمة تحديات كثيرة تقوّض المساواة بين الجنسين في العمل والمشاركة السياسية والاجتماعية؛ إذ تشغل غالبية العاملات الفقيرات في البلدان النامية، خارج مجال الزراعة، في وظائف غير رسمية ويتلقين أجوراً متدنية وغير منتظمة. أما على صعيد التمثيل السياسي، فالبرلمانيات حول العالم لا يتجاوزن 30 بالمائة إلا في 7 بلدان فقط. وكثيراً ما ينبغي تحقيق دفع سريع لزيادة المساواة التمثيلية السياسية، من خلال رفع الحصص المخصّصة للنساء.

ما لم تتحسن قدرات النساء وتزد المساواة بين الجنسين، فإن أهداف التنمية الأخرى للألفية لن تتحقق. فتقوية تمثيل النساء وسماع صوتهن أمر ضروري لتعزيز قدراتهن - وتقوية قدراتهن ضرورية لتعزيز فعاليتهم وصوتهم. وعلى الرغم من أن التعليم هو الغاية الرسمية الوحيدة («إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي، المفضّل تحقيقها بحلول العام 2005، وعلى مستويات التعليم كافة بحلول العام 2015»)، المستعملة لتقييم التقدّم باتجاه تحقيق هدف المساواة بين الجنسين، فقد أنشئت مؤشرات عديدة أخرى لرصد الأداء:

- نسبة البنات إلى الصبيان في التعليم الابتدائي والثانوي والعالي.
- نسبة المتعلّمت إلى المتعلّمين بين 15 و 24 سنة.
- حصة النساء المشاركات في العمل المأجور خارج الزراعة.
- حصة النساء في البرلمانات القطرية.
- تساعد المساواة بين الجنسين، في مجال التعليم، النساء على تأمين الوظيفة خارج المنزل وعلى اكتساب القوة السياسية، مما يزيد فعاليتهم في الحقل العام؛ لكن المساواة بين الجنسين ينبغي أن تمتد إلى الحقل الخاص أيضاً.
- تحطّ اللامساواة بين الجنسين اليوم من قدرات النساء في التعليم والصحة، ومع ذلك فقد حصل بعض التقدّم. ففي البلدان ذات التنمية البشرية المتدنية، على سبيل المثال، ارتفعت نسبة المتعلّمت إلى المتعلّمين بين سن 15 و 24 من 70 إلى 81 امرأة لكل مئة رجل في الفترة من 1990 إلى 2001، على الرغم من أنها ارتفعت خلال الفترة ذاتها في البلدان ذات التنمية البشرية المتوسطة من 91 إلى 93 فقط. كما حققت نسبة التعليم الابتدائي تقدماً محدوداً، لترتفع من 86 إلى 92 بنتاً لقاء كل مئة صبي في البلدان النامية بين 1990 و 1999/2000، غير

### دروس في السياسات من بلدان ريفية الإنجاز في الصحة والتعليم

الإنجاز عبر مخصصات مالية من الإنفاق العام للصحة والتعليم فحسب، ولكن أيضاً من خلال الإنصاف في هذه التخصيصات. فقد ركز الإنفاق على الخدمات الصحية الأساسية بدلاً من الخدمات المتقدمة، وعلى التعليم الابتدائي بدلاً من التعليم العالي.

- سبقت إنجازات التعليم الوضع الصحي المتقدم. سعت كل البلدان الريفية الإنجاز في مستهل مسارها التنموي إلى تحقيق التحاق مدرسي عالٍ لكل الأطفال وخصوصاً البنات. وبالتالي، كانت اللامساواة بين الجنسين في مجال التعليم أقل منذ البداية، وضُمَّت الفوارق بينهما على نحو أسرع بكثير مما حدث في البلدان الأدنى إنجازاً. ومع ظهور الاستثمارات في البنية التحتية للصحة العامة، ضمنت مستويات التعليم العالية طلباً مرتفعاً على الخدمات الصحية واستعمالاً فعالاً لها.
- تمكّنت المتعلّمات من القيام بدور فعّال كعوامل تغيير. لا تأتي المحصّلات الصحية والتعليمية لدى الأطفال كنتيجة للخدمات الصحية والاستهلاك الغذائي الملائم فقط، وإنما أيضاً من الرعاية المناسبة للأطفال. وفي هذا المجال، تتخذ قدرات النساء ومواقفهن في الأسر المعيشية والمجتمع أهمية استثنائية. فحين تكون النساء متعلّقات، ومتعلّقات بحقوق الملكية وحرية العمل خارج المنزل وكسب دخل مستقل، يتعرّز رفاه الأسرة كلّها (Drèze and Sen 1995). وفي البلدان الريفية الإنجاز، لا تتمتع النساء بشبه مساواة في التعليم فحسب، وإنما أيضاً بنسب عالية من المشاركة في العمالة للزراعية.

ليس ثمة وصفة كونية لإنجاز أهداف التنمية للألفية، ولا طريقاً مرسوم سلفاً لوضع هذه الأهداف «على الطريق» السوي؛ لأن الظروف الطّورية المتنوعة تتطلب أن تتمي البلدان استراتيجيات مختلفة لإنجاز الغايات الدولية المتعلقة بالصحة والتعليم. لكنّ قصص النجاح غزيرة.

- خطّت بوسطونا خلال الثمانينات خطوات واسعة في التعليم والصحة تتجاوز بكثير المتوقع منها بناء على مستوى دخلها.
- لدى ولاية كيرالا الهندية مؤشرات صحية مماثلة لتلك التي في الولايات المتحدة، على الرغم من أن دخل الفرد فيها أقل مما هو عليه في الولايات المتحدة بنسبة 99 بالمئة، وأن معدل الإنفاق السنوي على الصحة هو 28 دولاراً فقط للفرد الواحد.
- يشكّل دخل الفرد في كوبا كسراً صغيراً من ذلك الذي في الولايات المتحدة، ومع ذلك فإن لدى كوبا نسبة مماثلة من وفيات الرضع؛ وتمكّنت من إبقاء فيروس نقص المناعة/الإيدز تحت السيطرة.
- تُظهر البلدان العالية الأداء في الصحة والتعليم ذاك التقدم المذهل الذي يمكن تحقيقه خلال جيل واحد، وتتيح التشابهات بين قصص النجاح فرصة للتبصّر المفيد في الوسائل الناجحة:
- كان التمويل العام وافياً ومنصفاً. لا يُترجم الالتزام السياسي في البلدان الريفية

المصدر : Chen and Desai 2000; Mehrotra 2000; Drèze and Sen 1995

التنمية للألفية. وفي المقابل، تُخصّص أهداف الجوع والتعليم والصحة والمياه والصرف الصحي، من حجم التحدّيات إلى الإجراءات العملية المطلوبة لحلّها. ثم يقترح الفصل خطة عمل لتعزيز مستوى الإنفاق العام وفعاليتها والإنصاف في توزيعه - وأيضاً نوعية المساعدات التنموية الرسمية وكميّتها - للخدمات الأساسية.

جميع تلك البلدان الريفية الإنجاز تُثبت أنه يمكن من خلال الأولويات والسياسات الحكومية الصائبة إنجاز تنمية اجتماعية ريفية، حتى من دون اقتصاد مزدهر.

يتمحور هذا الفصل حول تحديد الأولويات الصائبة في السياسات الاقتصادية - تلك التي اتبعتها البلدان الريفية الإنجاز - لتحقيق أهداف

### إنجاز الهدف المتعلق بالجوع

إذا أُخذت الإنجازات السابقة في الاعتبار، فإن هدف تخفيض نسبة الجوع إلى النصف بحلول العام 2015 ينبغي أن يكون جاهزاً للإنجاز. وقد حدّد المؤتمر العالمي للغذاء في 1996 غاية مماثلة: تخفيض نسبة الجائعين في البلدان النامية إلى النصف، أي إلى 400 مليون نسمة<sup>7</sup>. يرتفع إنتاج الغذاء في البلدان النامية منذ مطلع السبعينات إلى ثلاثة أضعاف، أي أكثر مما يحتاج إليه النمو السكاني<sup>8</sup>. إضافة إلى ذلك، انخفضت الأسعار الفعلية للمحاصيل البقولية الأساسية 76 بالمئة<sup>9</sup>.

فارتفع الإنتاج الغذائي لكل فرد بين 1980 و 1995 إلى 27 بالمئة في آسيا وإلى 12 بالمئة في أميركا اللاتينية، لكنه انخفض في إفريقيا جنوب الصحراء بنسبة 8 بالمئة<sup>10</sup>. ومع أن الجوع منتشر في جنوب آسيا أكثر من أي مكان آخر، فإنه أخذ في الانخفاض - في حين يعيش قرابة ثلث السكان جائعين في إفريقيا، والرقم هناك إلى ازدياد<sup>11</sup>. وإذا ما وُزِعَ كلّ الغذاء الذي يُنتج في العالم أجمع على نحو متساوٍ، فمن المفترض أن يكون كل شخص قادراً على استهلاك 2,760 سعرة

### أهداف التنمية للألفية وغاياتها

الهدف الأول : استئصال الفقر والجوع الشديدين  
الغاية 1 : بين 1995 و 2015.  
إنقاص نسبة الذين يقل دخلهم عن دولار واحد في اليوم إلى النصف  
الغاية 2 : بين 1995 و 2015.  
إنقاص نسبة الذين يعانون من الجوع إلى النصف

### حجم المشكلة

يجوع كل يوم في البلدان النامية قرابة 799 مليون شخص - أي نحو 18 بالمئة من سكان العالم<sup>13</sup>. ففي جنوب آسيا يجوع واحد من كل أربعة أشخاص، وفي

العواصف الهوجاء أو النزاعات العنيفة<sup>28</sup>. ومن بين البلدان الواحد والعشرين التي عاشت حالة طوارئ غذائية في 2002، تسببت في 15 منها حرباً أو نزاعات مدنية أو آثار مترسبة من نزاعات ماضية<sup>29</sup>.

سوف يتطلب إنجاز هدف التنمية للألفية، الخاص بالجوع، تحسين توزيع الغذاء، وزيادة الإنتاج. وبين الأولويات القصوى لزيادة الإنتاج:

- التركيز على التقانات التي ترفع الإنتاجية الزراعية. سيؤدي ذلك إلى زيادة المدخيل الفردية للأشخاص الذين لا يملكون الكثير من الموجدات سوى أرضهم.

- توجيه المزيد من الموارد نحو الزراعة. أهملت البلدان الفقيرة مجال الزراعة - وهو اتجاه يجب عكسه.

- منع التدهور البيئي. ينبغي على التقانات والسياسات الجديدة الهادفة إلى زيادة الإنتاجية أن تحمي أيضاً الأنظمة البيئية التي تعاني أوضاعاً حرجية.

- فأكثر ما يعاني منه الفقراء ناتج عن التدهور البيئي، لكن الفقر يقود أيضاً إلى هذا التدهور. ففي البلدان

- النامية، غالباً ما تكون الإنتاجية المتدنية سبب تدهور كهذا - على حين أن الإنتاجية العالية في أوروبا وأميركا الشمالية هي السبب.

- التشارك في الموارد بطريقة أكثر إنصافاً. ينبغي أن تحصل النساء اللواتي يُنتجن معظم الغذاء

- المستهلك في إفريقيا جنوب الصحراء وآسيا على منافذ أكثر ضماناً إلى الأرض. وينطبق الأمر نفسه على الأناض الذين لا يملكون أرضاً.

- معالجة الاحترار الكوني وتخفيض التعريفات الجمركية الزراعية والإعانات المالية في البلدان

- الغنية. تؤدي الحماية إلى تهيئة الأسواق الدولية ضد المزارعين في البلدان النامية. وفي خلال ذلك، يمكن

- للاحترار الكوني أن يؤثر بصورة عكسية على أنماط الطقس بالنسبة إلى المزارعين المعتمدين على الأمطار.

- معالجة الاحترار الكوني وتخفيض التعريفات الجمركية الزراعية والإعانات المالية في البلدان

- الغنية. تؤدي الحماية إلى تهيئة الأسواق الدولية ضد المزارعين في البلدان النامية. وفي خلال ذلك، يمكن

- للاحترار الكوني أن يؤثر بصورة عكسية على أنماط الطقس بالنسبة إلى المزارعين المعتمدين على الأمطار.

- معالجة الاحترار الكوني وتخفيض التعريفات الجمركية الزراعية والإعانات المالية في البلدان

- الغنية. تؤدي الحماية إلى تهيئة الأسواق الدولية ضد المزارعين في البلدان النامية. وفي خلال ذلك، يمكن

- للاحترار الكوني أن يؤثر بصورة عكسية على أنماط الطقس بالنسبة إلى المزارعين المعتمدين على الأمطار.

- معالجة الاحترار الكوني وتخفيض التعريفات الجمركية الزراعية والإعانات المالية في البلدان

- الغنية. تؤدي الحماية إلى تهيئة الأسواق الدولية ضد المزارعين في البلدان النامية. وفي خلال ذلك، يمكن

- للاحترار الكوني أن يؤثر بصورة عكسية على أنماط الطقس بالنسبة إلى المزارعين المعتمدين على الأمطار.

- معالجة الاحترار الكوني وتخفيض التعريفات الجمركية الزراعية والإعانات المالية في البلدان

- الغنية. تؤدي الحماية إلى تهيئة الأسواق الدولية ضد المزارعين في البلدان النامية. وفي خلال ذلك، يمكن

- للاحترار الكوني أن يؤثر بصورة عكسية على أنماط الطقس بالنسبة إلى المزارعين المعتمدين على الأمطار.

- معالجة الاحترار الكوني وتخفيض التعريفات الجمركية الزراعية والإعانات المالية في البلدان

- الغنية. تؤدي الحماية إلى تهيئة الأسواق الدولية ضد المزارعين في البلدان النامية. وفي خلال ذلك، يمكن

- للاحترار الكوني أن يؤثر بصورة عكسية على أنماط الطقس بالنسبة إلى المزارعين المعتمدين على الأمطار.

إفريقيا جنوب الصحراء ترتفع النسبة إلى درجة واحد من ثلاثة<sup>14</sup>. وتعتبر الهند موطن أكبر عدد من الجائعين، ويبلغ عددهم 233 مليوناً؛ بينما يوجد في إفريقيا جنوب الصحراء 183 مليوناً من الجائعين، وفي الصين 119 مليوناً، وفي باقي آسيا ومنطقة المحيط الهادي 74 مليوناً، وفي أميركا اللاتينية 55 مليوناً، وفي البلدان العربية 32 مليوناً<sup>15</sup>.

هبطت نسبة الجائعين في البلدان النامية بين 1990-1998 و 2000 من 21 بالمئة إلى 18 بالمئة<sup>16</sup>. وكانت الانخفاضات الأكبر في الصين، مع أن نسب انخفاض جوهرياً أخرى حدثت أيضاً في جنوب شرق آسيا<sup>17</sup>.

ولكن مع النمو السكاني، فإن عدد الجائعين لا ينخفض بالسرعة الكافية. فقد انخفضت نسبة الجائعين حول العالم 20 مليوناً بين 1991 و 1999<sup>18</sup>، غير أن الرقم هبط فقط لأن 80 مليون صيني نجوا من الجوع؛ ففي 25 بلداً نامياً، ازداد عدد الجائعين (الرسم 4.2)<sup>19</sup>.

يسعى هدف الجوع أيضاً إلى تخفيض سوء التغذية لدى الأطفال. وفي هذا المجال عرفت 10 بلدان، من 33

بلداً تتوافر فيها البيانات، ارتدادات أو أنها أخفقت في التحسن خلال التسعينات<sup>20</sup>. ولأن البيانات حول سوء تغذية الأطفال يمكن الوثوق بها أكثر من الأرقام المتعلقة بالجوع، فإن اتجاهات كهذه تثير القلق<sup>21</sup>.

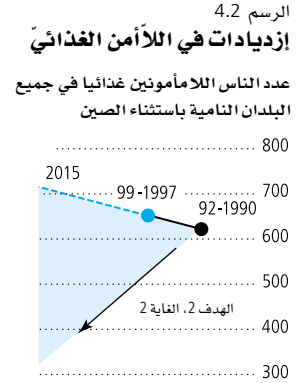
إن أكثر من ثلاثة أرباع الجائعين موجودون في المناطق الريفية للبلدان النامية<sup>22</sup>؛ يعيش نصف هؤلاء في أسر معيشية زراعية على أراض هامشية يهدد فيها الانحطاط البيئي الإنتاج الزراعي<sup>23</sup>، ويعيش قرابة الثلث في أسر ريفية غير زراعية ومن دون أرض، كذلك

المتعمدة على الرعي وصيد الأسماك والحراجه<sup>24</sup>. غير أن صيادي السمك الفقراء يرؤن صيدهم يتدنّى بفعل الصيد التجاري، كما يخسر العاملون في الحراجه حقوقهم في استعمال الغابات مع دخول شركات الأخشاب بامتيازات حكومية. أكثر من ذلك، أن انعدام الأرض يزداد في معظم المناطق الريفية نتيجة لكثافة السكان العاملين في الزراعة وعدم عدالة توزيع الأراضي. فتدنى معدل مساحة الأرض بين المزارعين

الريفيين في الدول النامية بالهكتارات للفرد الواحد من 3.6 في 1972 إلى 0.26 في 1992 - وينتظر أن يتدنّى أكثر من ذلك بحلول العام 2020<sup>25</sup>.

ثمة اتجاه مقلق آخر هو انتقال سوء التغذية إلى المدن<sup>26</sup>، حيث يشكّل فقراء المدن في البلدان النامية اليوم خمس العدد الإجمالي للجوع. لكن هذه النسبة يمكن أن تكون في طور الارتفاع، لأن سكان المدن يتنامون بسرعة أكبر من سكان الأرياف<sup>27</sup>.

وفي كل سنة، يتأثر 5 إلى 10 بالمئة من الجوع بالقحط أو الأوبئة أو الفيضانات أو الثورات البركانية أو



مجاعات واسعة النطاق. ودعمت هذه الجهود زيادة إنتاجية القطن والأرز بفضل الثورة الخضراء، مع تأمين الحبوب والسلع الأساسية (السكر، زيت الطعام) من خلال نظام توزيع عام. إضافة إلى ذلك، يضمن نظام الغذاء لقاء العمل خلال مواسم الجفاف مستويات استهلاك ضرورية للعيش.

إنه لأمر حاسم أن يكون الطعام متوافراً للأسر الفقيرة (وهو أمر أخفقت الحكومة الهندية في فعله خلال السنوات الأخيرة). ومن أسباب الأمن الغذائي بالنسبة إلى الأسر الفقيرة في كيرالا، الولاية الهندية الرفيعة الإنجاز، هو أن محلات التزود بالمؤن توزع الحبوب حتى في المناطق الريفية<sup>30</sup>؛ بينما في أمكنة أخرى من الهند، يتم معظم توزيع الغذاء العمومي في مناطق حضرية. وفي الصين، تتولى المجتمعات المحلية أمر مخزونات احتياطات الغذاء.

حافظت سريلانكا - وهي بلد آخر رفيع الإنجاز في المؤشرات الاجتماعية - على إعانات الغذاء منذ استقلالها في 1947. وفي 1979، استعاضت عن الإعانات العامة للسلع الضرورية (الأرز، الطحين، العدس، السمك المجفف، حليب البودرة) بمخطط غذائي يشمل 40 بالمئة من السكان.

أما في إفريقيا، فلم تستعمل الاحتياطات الغذائية بقدر ما هو متوقع، بالنظر إلى الإنتاجية الزراعية المتدنية والتربة الضعيفة والمجاعات المتكررة في هذه القارة. وكان أحد أسباب المجاعة في بلدان إفريقيا الجنوبية عام 2002 تدني احتياطات الغذاء المحدودة؛ ومن بعض أسباب ذلك، أن القيود الضريبية منعت الحكومات من تخزينها.

إن من الأهمية بمكان للبلدان، وبخاصة المحاطة باليابسة، الاحتفاظاً باحتياطي غذائي؛ لأن انقراض حياة الناس وتفادي المعاناة وتحقيق مكاسب إنتاجية تستحق تكاليف إنشاء المستودعات وإدارتها لتخزين الاحتياطي. وفي البلدان التي لديها مرافق، ينبغي أن توزن تكاليف الحفاظ على الاحتياطي مقابل الفوائد. ولكن حتى في البلدان الساحلية، فإن المخزون الاحتياطي يمكنه أن يخفف من حدة التأثيرات السلبية لأسعار الغذاء المتقلبة.

غير أن سياسات إساءة النصح لإفريقيا كانت تميل إلى الدفع في الاتجاه المعاكس، بحجة أن الأسواق الحرة ينبغي أن تقرّر كيف تغذي القارة نفسها.

ينبغي ألا تؤمن الحكومات التي تواجه عجزاً مالياً إعانات للأسمدة، أو دعماً لأسعار المحاصيل أو قروضاً منخفضة الفوائد. واقترح تقرير صدر أخيراً أن تسمي البلدان الإفريقية الريفية للتصدير محاصيل جالبة للسيولة - كي تخلق دخلاً للمزارعين الفقراء وتؤمن

العملة الأجنبية التي تحتاجها للواردات من الأغذية. وعلى الرغم من أن التقرير يلحظ أن المحاصيل الغذائية الأكبر سوف تساعد بعض المزارعين، فإنه يوحي أيضاً بأن الكثيرين معزولون جداً بحيث يتوجب عليهم أن يزرعوا فقط ما يحتاجونه لأنفسهم بأرخص وسيلة ممكنة<sup>31</sup>.

### الإنصاف - وما ينبغي الفعل حياله

من الممكن أن تزداد المنافذ إلى الغذاء بصورة كبيرة بإجراءات عملية حكومية لضمان الموجودات وزيادة المدخيل لمعظم المجموعات المستضعفة.

#### المجموعات الهامشية

تكون المزارع الصغيرة أكثر إنتاجية من المزارع الكبرى للوحدة الواحدة من الأرض، ولذا يزيد توزيع الأرض الأكثر إنصافاً من فعالية الزراعة ومحصولها. وقد ارتفعت محاصيل الزراعة في بياوي بالبرازيل من 10 إلى 40 بالمئة في الحقول غير المروية، وبنسبة تتراوح بين 30 و70 بالمئة في الحقول المروية، بعد توزيع الأراضي على صغار المزارعين<sup>32</sup>. كما تخفّض الأرض الموزعة بإنصاف من نسبة الفقر وتحسّن توزيع المدخيل. ففي السلفادور، أدت زيادة توزيع الأراضي على الفلاحين بنسبة 10 بالمئة، إلى ارتفاع دخل الفرد بنسبة 4 بالمئة. وعلى نحو مماثل، شهدت الولايات الهندية التي طبقت إصلاح الأراضي انخفاضاً أسرع في الفقر بين 1956 و1992<sup>33</sup>.

ولكي يؤدي الاستثمار في الموارد الطبيعية الضرورية إلى زيادة الإنتاجية، يحتاج الفقراء إلى منافذ آمنة للحصول على تلك الموارد. وفي تايلاند، هناك علاقة وثيقة بين حق الملكية المضمون للأرض وبين الثقة في ممارسة زراعة دائمة<sup>34</sup>.

يستفيد الجياح والفقراء أيضاً من موارد الممتلكات العامة. ففي الخمس عشرة سنة الفائتة، خصصت البرازيل والكاميرون وغامبيا ونيبال وتنزانيا مساحات من الأراضي العامة لاستعمال المجتمعات الأهلية أو للمشاركة في إدارتها. وقوي على نحو مماثل نظام حيازة الأراضي الحرجية في بوليفيا والبرازيل وكولومبيا وإندونيسيا والموزامبيق والفلبين وتنزانيا وأوغندا وزامبيا. وفي الصين وفييتنام، وُزعت أراضٍ حرجية عامة على الأسر. فالاعتراف بالحقوق الأهلية والملكية المجتمعة - والعقلنة الأوسع لحيازة الأحراج العامة - يؤمّنان فرصاً لتحسين أرزاق الملايين من سكان الغابات بشكل جذري. كما ينبغي الاعتراف بحقوق المجتمعات الفقيرة في الحصول على المياه، ليس فقط للاحتياجات المنزلية فقط وإنما أيضاً للرعي المواشي وسقيها<sup>35</sup>.

### يزيد توزيع الأرض الأكثر إنصافاً

### من فعالية الزراعة ومحصولها

ولتوسيع فوائد الأمن الغذائي حتى أكثر من ذلك، يمكن اتباع الغذاء لبرامج كهذه من البلدان النامية، كما يمكن تنظيم التمويل الدولي لمبادرات الغذاء المجتمعي وبنك الغذاء المجتمعي تحت مظلة برنامج الغذاء العالمي كبنك دولي يؤمن الغذاء للجميع<sup>38</sup>.

### زيادة الإنتاجية

تمّ تطوير تقانات عدة لزيادة الانتاجية الزراعية وتخفيض الجوع، كما يركز عدد من التقانات المناصرة للفقراء على الانتاجية الدائمة ومناسبتها للنساء. وتتضمن التهجّج الإدارية المبشّرة بالخير: الحراجة الزراعية، والاستنابات الاستمراري، والزراعة الحمائية، والتثبيت البيولوجي النتروجيني، وفعالية استعمال المياه، والاختيار النوعي في المحاصيل، والتدبير الوياي المتكامل، والتدبير النباتي الغذائي المتكامل، وأنظمة الزراعة المكثفة المتكاملة، والتدبير المتكامل للتربة والمياه<sup>39</sup>.

وبالنسبة إلى العديد من المزارعين الأفارقة، تتمثل الحاجة الأكثر إلحاحاً في تحسين نوعية التربة. ففي مزارع عدة، تستطيع الأسمدة أن تضاعف كمية المحاصيل الغذائية الأساسية إلى مرتين أو حتى إلى أربع مرات<sup>40</sup>. وحتى المزارعين الذين لا يمكنهم الحصول على مدخلات كهذه أو ليس في وسعهم اتباعها، فإن لديهم خيارات عدة لزيادة خصوبة التربة؛ لا سيما في إفريقيا (الإطار 4.3).

ينبغي أن تؤكّد السياسات القطرية على إعادة بناء الممتلكات الطبيعية. فمنذ 1996، أعادت الصين تأهيل خمسة ملايين هكتار من الأراضي المتدنية أو المتوسطة الإنتاجية. وفي بعض المجتمعات الهندية، تم على نحو واسع تبني الأراضي المراحة المحسّنة والمحاصيل البديلة - عبر 145 نظاماً تمّ تحديدها حتى الآن - من جانب مزارعين في الأراضي الهامشية أُجبروا على تخفيض فترات إراحة الأرض<sup>41</sup>. كما يمكن تطوير الأنظمة الزراعية عبر دفع مبالغ مالية للمزارعين وصيادي الأسماك والرعاة والحراجين لقاء أدوارهم في تدبير المنظومة البيئية. ويجري العمل الآن بمخططات كهذه في مناطق عدة؛ حيث وجدت مراجعة أجريت أخيراً أن 75 منطقة تدفع من أجل التغيير في الانبعاثات الكربونية، و 72 تدفع من أجل التنوع الأحيائي و 61 تدفع لخدمات تجميع الأمطار<sup>42</sup>.

يمكن للمبادرات أيضاً أن تعزّز الزراعة المستدامة في مجتمعات المزارعين. فقد اكتشفت دراسة أجريت في 17 بلداً إفريقياً أن 730 ألف أسرة فقيرة في 45 مشروعاً كانت تمارس الزراعة المستدامة - المعرفة

تُنتج النساء معظم الغذاء المستهلك في إفريقيا جنوب الصحراء وفي آسيا (بنسبة أقل)، لكنهنّ نادراً ما يحصلنّ على امتلاك مضمون للأرض التي يستخدمونها. فأقل من واحدة بين كل عشر مزارعات في الهند ونيبال وتايلاند يملكن أرضاً. ومن دون الملكية المأمونة، تفتقر النساء إلى الضمانة الإضافية والمنفذ إلى التسليف والوسائل للاستثمار في تحسينات منتجة - مما يُضِرُّ بصحة أسرهن ونظامها الغذائي<sup>36</sup>. وفي بعض المناطق، تملك النساء حقاً محدوداً في الغذاء داخل الأسر، وهي مشكلة خاصة بالنسبة إلى الحوامل والممرضعات اللواتي يحتجن إلى أسعار حرارية أعلى.

### الفقراء الحضريون

توجد في معظم المدن أرض جاهزة للزرع - وهي شبكة الأمان غير الرسمية للعديد من الفقراء المقيمين في المدن الذين يزرعون الغذاء في المترهات وعلى أسطح البيوت والأراضي المبتلة، وباحات دور العبادة، والمستوعبات، والأراضي المشاعة، وجوانب الطرق، والأراضي المحاذية لسكك الحديد؛ كما يرعون الماشية على التلال والمساحات المفتوحة وجوانب الطرق. وينبغي ألا يُحرم هؤلاء الفقراء من حق استعمال تلك الأراضي لكي يطعموا أنفسهم.

### الناس في الطوارئ الغذائية

يحتاج اللاجئون، بسبب الحروب والكوارث الطبيعية، إلى مساعدة طارئة للاستمرار في العيش. وينبغي أن تستغرق الاستجابة في حالة الحاجة الغذائية الطارئة وقتاً أقصر بكثير، حتى تصل الإمدادات الغذائية إلى الجائعين بسرعة أكبر بكثير. ويمكن أن تساعد في ذلك أنظمة الإنذار المبكر في الأزمات السياسية، كما في الكوارث البيئية، لأن الأزمات السياسية أصبحت السبب الرئيسي للمجاعة.

إضافة إلى ذلك، ينبغي إنشاء صندوق دائم يُمكن الوكالات الدولية من الاستجابة الفورية للكوارث، من دون الاضطرار إلى جمع الأموال قبل الاستجابة. ومن شأن صندوق مكتمل الرساميل تمكين برنامج الغذاء العالمي من القيام بتخطيط استراتيجي أبعد مدى بالنسبة إلى إمدادات الغذاء في الحالات الطارئة ومحاصيل ما بعد المجاعة وشفاء الماشية. وتقدّر منظمة الأغذية والزراعة الدولية أن إطعام الناس الأشدّ جوعاً في العالم، والمقدّر عددهم بـ 214 مليون نسمة، سيكلف خمسة بلايين ومئتي مليون دولار في السنة<sup>37</sup>.

أقل من واحدة بين كل عشر مزارعات في الهند ونيبال وتايلاند يملكن أرضاً

### زيادة خصوبة التربة في إفريقيا جنوب الصحراء

شجيرات تيثونيا ديفورسيفوليا المراكمة للمغذيات، من جوانب الطرق والوشائع إلى حقول الغلال، إلى إضافة المغذيات؛ كما يُضاعف محاصيل الذرة بانتظام من دون إضافة السماد.

تستعمل عشرات آلاف الأسر المزارعة في كينيا ومالاوي وموزامبيق وتنزانيا وأوغندا وزامبيا وزيمبابوي هذه الأساليب التي تؤدي إلى نتائج جيدة؛ وأكثر الممارسات شيوعاً هي الأشجار المُرَاحة المحسّنة. ويجري تناقل المعارف بين المزارعين والقرى والمنظمات الأهلية، وعبر الأبحاث القومية والخدمات التعليمية الإضافية في المعاهد والجامعات، والمنظمات غير الحكومية، ومشاريع التنمية. يكمن التحدي الآن في تسريع عملية تبني هذه التقانات لتصل إلى عشرات ملايين الأسر الزراعية. أما العوائق الرئيسية فهي عدم توفر إمدادات كافية من الجبلات الجرنومية العالية الجودة التي تتيحها الأشجار (مثل البذور والنباتات) وأحجار الفوسفات، إضافة إلى نقص الوعي والمعرفة بالمكوّنات التقنية. لكن استخدام تلك الوسائل التقنية بصورة متزايدة أمرٌ جوهري، لأنه يتيح فرصاً كبيرة لزيادة إنتاجية الغذاء بشكل دائم وجزير. مما يقلل الجوع على نحوٍ يُعزّز قاعدة الموارد الطبيعية.

الأشجار البقلية في المناطق الاستوائية شبه الرطبة من جنوب إفريقيا وشرقها بين غلال الدُّرة في أولى مراحلها، وتترك لتنمو كأشجار مُرَاحة خلال مواسم الجفاف؛ منتجةً بذلك 100 إلى 200 كيلوغرام من النيتروجين لكل هكتار خلال فترة تتراوح بين ستة أشهر و24 شهراً. وهذه الأشجار المُرَاحة سليمة اقتصادياً وبيئياً، وتتناسب جيداً مع عادات المزارعين وبرامج عملهم - ولا عجب في ذلك، ما دام المزارعون أنفسهم قد ساهموا في تطوير هذه التقنية.

- الفوسفات الصخري البلدي. يؤمن استعمال ترسبات الفوسفات الصخري البلدي بديلاً من السوبرفوسفات المستورد. وتساعد الحامضية المعتدلة لمعظم هذه الأتربة (من 5 إلى 6 أيونات في الأس الهيدروجيني، pH) على تذويب الفوسفات الصخري العالي الجودة بنسبة تمكن من إمداد الغلال بالفوسفور لسنوات متعددة. وخلال خمس سنوات، يضاعف استعماله محاصيل الذرة مرتين أو ثلاث مرات، أي بنحو 90 بالمئة من فعالية السوبرفوسفات - وبكلفة أدنى بكثير.
- التحول الأحيائي المكثف لأوراق الشجيرات المراكمة للمغذيات. يؤدي التحول الأحيائي المكثف لأوراق

تقليدياً، يعالج استنزاف مغذيات التربة باستعمال الأسمدة المعدنية؛ لكن كلفة الأسمدة الزراعية الواصلة إلى مدخل المزرعة في إفريقيا تزيد من ضعفين إلى ستة أضعاف على كلفة مثيلتها في أوروبا وأميركا الشمالية وآسيا. غير أن المحاصيل لا تبالي بما إذا كانت النترا والفوسفات التي تتشربها آتية من كيس سماد أو من أوراق نباتية متحللة، وبالتالي فإن المسألة الأساسية هي تزويد التربة بكميات كافية من المغذيات النباتية. أما إذا كان ذلك يتم عبر الأسمدة المعدنية أو المواد العضوية، فهو أمر يتعلق أساساً باقتصاديات المزارع.

والأسلوب الأكثر استحساناً هو الجمع بين استعمال مصدرَي التغذية بوسائل زراعية ناجعة. فقد أظهرت شبكة ساساكاوا غلوبال 2000 ومنظمات أخرى، من خلال عملها في آلاف المزارع الإفريقية، أن بإمكان الأسمدة المعدنية مضاعفة محاصيل المواد الغذائية الأساسية من مرتين إلى أربع مرات. لكن المزارعين، حتى الذين لا يستطيعون الحصول على هذه المواد أو ليس في وسعهم شراؤها، يمكنهم تحقيق زيادات طويلة الأمد عبر أساليب بديلة لبناء التربة وتزويدها بالمواد المغذية.

- الأشجار المُرَاحة للتثبيت النيتروجيني. تُزرع

المصدر : Millennium Project Task Force 2 2003a

الناتج المحلي الزراعي - ويركّز كل الإنفاق تقريباً على الأراضي الرفيعة النوعية والمحاصيل التجارية<sup>47</sup>. ولكي يستفيد المزارعون الفقراء في الأراضي الهامشية، ينبغي أن يدعم البحث الزراعي مبادرات واعدة مثل أنظمة المحاصيل المتعددة والزراعة البيئية والبذور المتعددة الباكورة النضوج ومناهج بناء التربة المتدنية الكلفة.

وإذا توافرت الخدمات الزراعية، فإنها تأتي بشكل أساسي من الشركات الخاصة التي تباع للوزم الزراعية وتقدم النصح الذي غالباً ما يكون غير صحيح ودائماً غير مكتمل. وقد ركّزت خدمات التوسع الزراعي الحكومية على توزيع البذور والأسمدة، مروّجة في كثير من الأحيان لتوزيعات ومعادلات غير متلائمة مع الظروف المحلية.

حين تخصّص معظم الدول النامية إعانات مالية للمدخلات أو تشتري الحبوب، فإنها تدعم امتياز الدخول لكبار المنتجين والمصنّعين أو تؤمّنهم لهم. وغالباً ما تؤدي قواعد هذه الآليات إلى تشويه الأسواق، وتلقي أعباء مفرطة على كاهل صغار المنتجين، وتؤسّس محتكرين رسميين وتضع ضرائب متصاعدة ورسوماً لقاء الخدمات<sup>48</sup>. وينبغي فوراً إصلاح السياسات الحكومية التي تمارس تمييزاً ضد صغار المنتجين، كما ينبغي أن يُعاد توجيه التمويل العام للإعانات نحو دعم صغار المزارعين (الإطار 4.4).

بأنها تتضمن الاستخدام المكثف للأرض، والماشية، والمحاصيل المتنوعة، والاستعمال المتزايد للموارد القابلة للتجديد، ومعايير أخرى<sup>49</sup>. وفي ثمانية بلدان آسيوية، حققت قرابة مليونين وتسعمئة ألف أسرة فقيرة تستعمل الزراعة المستدامة زيادةً في إنتاج الغذاء على 4.9 مليون هكتار<sup>49</sup>. ومن الواجب زيادة هذه البرامج لتشمل عشرات الملايين من الأسر.

غالباً ما يفقر المزارعون في البلدان النامية إلى الطرق والمستودعات والكهرباء والاتصالات المطلوبة لتقريبهم من الأسواق - مما يجعلهم أكثر عرضة للوقوع بأيدي وسطاء يتفاوضون مبالغ عالية على المدخلات، وبأيدي المحتكرين من التجار الذين يعصرون مداخيلهم. ومع ذلك، تُعتبر الزراعة حول العالم أولوية ضئيلة بالنسبة إلى الحكومات والمناخين على حد سواء. فالحكومات، في معظمها، تستثمر في الأراضي الهامشية أقل بكثير مما في مناطق زراعية أخرى أكثر تفضيلاً<sup>49</sup>. وفي إفريقيا، تستثمر معظم البلدان أقل من 5 بالمئة من ميزانياتها في التنمية الزراعية - على الرغم من أن 75 بالمئة من مواطنيها يعتمدون (بطريقة مباشرة أو غير مباشرة) على الزراعة<sup>46</sup>.

إضافة إلى ذلك، يفقر البحث الزراعي بصورة فادحة إلى التمويل؛ حيث لا ينفق عليه العديد من البلدان المتدنية الدخل سوى 0.5 بالمئة من إجمالي

### السياسات المزرعية والأمن الغذائي

يمكن للسياسات العامة أن تخلق رابعين - وخاسرين - متباينين بين المجموعات السكانية المختلفة، كما أظهرت تدخّلات الحكومة الهندية في أسواق الحبوب. لقد صُمّمت أسعار الدعم الدنيا، المحدّدة من جانب شركة الغذاء الهندية التابعة للحكومة، بهدف تثبيت الأسعار ودعم مزارعي الحبوب؛ ولكن، بدلاً من ذلك، ارتفعت الأسعار أسرع بكثير من ارتفاع التضخم المالي. وما يفسّر هذه النتيجة جزئياً هو وجود اللوبيات المزرعية القويّة (لا سيما للأرزّ والقمح) والسياسات الحكومية التي تغطّي تكاليف الإنتاج الاقتصادية للمزارعين. فهذه التكاليف الاقتصادية للإنتاج تُحسب على ضوء تكاليف

المصدر : Kannan, Mahendra Dev and Sharam 2000; India 2002a

لكن تخفيض الفقر في البلدان النامية يتطلّب عملاً دولياً ليس في المعونة فحسب، وإنما أيضاً في قضيتين أخريين أساسيتين في إنتاج الغذاء وإنتاجية المزارع. الأولى، تؤدّي الإعانات الزراعية في البلدان الغنية - البالغة في مجموعها 311 بليون دولار عام 2002 - إلى تثبيط النمو الزراعي في البلدان النامية (أنظر الفصل الثامن).

والثانية، يؤدي الاحترار الكوني، الذي تُسببه انبعاثات غازات الدفيئة، إلى ظروف مناخية متطرفة أكثر تكراراً - الفيضانات، الجفاف، الانزلاقات الوحولية، الأعاصير، الزوايع - مما يزيد أعداد الناس الذين يواجهون طوارئ غذائية. وسوف يؤدي التبدّل المناخي خلال العقود القليلة القادمة على الأرجح إلى زيادة تساقط الأمطار ابتداءً من خط العرض ثلاثين درجة شمالاً إلى ثلاثين درجة جنوباً - أي المناطق التي تتضمن العديد من أغنى بلدان العالم. لكن هطول المطر سينخفض ويصبح أكثر عشوائية في العديد من المناطق الاستوائية وشبه الاستوائية، مسبباً هبوط المحاصيل في بلدان تعاني أصلاً من اللأمّن الغذائي. يتدنّى هطول المطر في إفريقيا منذ العام 1968. إضافة إلى ذلك، فقد اتسعت تقلبات الأمطار عبر القارة، مسببةً فيضانات كاتك التي أحدثت دماراً هائلاً في موزامبيق خلال مارس/آذار 2000. وتعتبر إفريقيا جنوب الصحراء حساسة بشكل خاص للتحوّل المناخي لأن معظم الزراعة فيها تتغذى من الأمطار - تشكل 70 بالمئة من عمالة المنطقة و35 بالمئة من إجمالي الدخل القومي. وبسبب الاحترار الكوني، سوف تصبح إفريقيا معتمدة أكثر فأكثر على استيراد الغذاء.

### المسؤوليات الدولية

بين عاميّ 1971 و1990، زادت نسبة مساعدات الإنماء الرسمية الثنائية للزراعة والحراجة ومصائد الأسماك، لكنها انخفضت بعد ذلك مع انخفاض إجمالي مساعدات الإنماء الرسمية المتعددة الأطراف من بليون ومتي مليون سنوياً في 1973-74 إلى ثلاثة بلايين وستمئة مليون سنوياً في 1981-83، لكنها هبطت خلال العقدين التاليين إلى بليون وأربعمئة مليون سنوياً في 1999-2000. وكحصّة من الإقراض الكلي الذي توفره المؤسسات المتعددة الأطراف، هبطت المساعدة للزراعة والحراجة والمسامك من 15 بالمئة إلى 10 بالمئة من مجموع الإقراض الكلي في 1999<sup>49</sup>.

### أهداف التنمية للألفية وغاياتها

الهدف الثاني : تحقيق التعليم الابتدائي الشامل

الغاية 3 : ضمان كون الأطفال في كل مكان، الصّبيان والبنات على نحوٍ مماثل، قادرين بحلول العام 2015 على إكمال المقرّر التعليمي للمدارس الابتدائية

الهدف الثالث : الحض على المساواة بين الجنسين وتمكين النساء

الغاية 4 : إزالة الفوارق بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي، والمنفضل حدوث ذلك بحلول العام 2005؛ وفي جميع مستويات التعليم خلال فترة لا تتجاوز العام 2015

### إنجاز هدي التعليم

#### حجم المشكلة

من بين الأطفال الذين هم في سن دخول المدارس الابتدائية في البلدان النامية، والبالغ عددهم 680 مليوناً، هناك 115 مليوناً لا يذهبون إلى المدرسة - ثلاثة أخصاسهم من البنات<sup>52</sup>. وفي الهند، هناك 40 مليون طفل ليسوا في المدارس الابتدائية، أي أكثر من ثلث الرقم الإجمالي في العالم<sup>53</sup>.

علاوة على ذلك، فإن الالتحاق بالمدرسة لا يعني إتمام الدراسة. فقراية نصف الأطفال فقط من الذين يلتحقون بالمدارس الابتدائية يُهون هذه المرحلة - وفي

إزداد الالتحاق بالمدارس الابتدائية خلال التسعينات في كل مناطق العالم؛ وفي العديد منها نسبة كبيرة من الأطفال الملتحقين. ففي شرق آسيا والمحيط الهادي، ووسط أوروبا وشرقها، ورابطة الدول المستقلة، وأميركا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، هناك أكثر من 90 بالمئة من الأطفال مسجّلين في المدارس الابتدائية. وفي جنوب آسيا تبلغ النسبة 79 بالمئة. وفي إفريقيا جنوب الصحراء، زاد صافي الالتحاق الابتدائي ثلاث نقاط مئوية خلال التسعينات<sup>50</sup>. ومع ذلك فأقل من 60 بالمئة من الأطفال هم الملتحقون بالمدارس الابتدائية<sup>51</sup>.



**الإنفاق العسكري أم التعليم؟ التضاربات الذاتية في الإجراءات الحكومية**

2.7 بالمئة على التعليم. أما سيراليون فتنفق 3.6 بالمئة من ناتجها القومي الإجمالي على القطاع العسكري، وواحداً بالمئة على التعليم. لقد تمهدت كل الحكومات المصدرة الرئيسية للسلاح بالالتزام بأهداف التنمية للألفية. ومن ثمّ يمكن للحكومات البلدان الغنية أن تساعد في تعديل نسبة الإنفاق هذه، عبر مراجعة صادراتها من الأسلحة. فمجموعة دول الثماني هي من أكثر الدول إمداداً للعالم بالأسلحة التقليدية الرئيسية: الولايات المتحدة (49.2 بليون دولار)، الاتحاد الروسي (15.6 بليوناً)، فرنسا (10.8 بلايين)، بريطانيا (7 بلايين)، ألمانيا (5.6 بلايين)، إيطاليا (1.7 بليون)، كندا (0.7 بليون)؛ أي ما مجموعه 85 بالمئة من صادرات العالم من السلاح. ومن دون إصلاحات يجريها المصدرون والمتلقون للأسلحة، فإن الالتزامات بأهداف التنمية للألفية من الجانبين تبدو موضع شك.

ما الذي يمكن أن تفعله البلدان النامية لزيادة الإنفاق على التعليم، وخصوصاً على التعليم الأساسي؟ أحد السبل إلى ذلك هو تقليص الإنفاق على الأولويات الأخرى (كالتقوات المسلحة). وقد انخفض الإنفاق العسكري في العالم خلال التسعينات - ما عدا في أميركا اللاتينية وجنوب آسيا. فبين 1991 و2000 زاد الإنفاق العسكري في جنوب آسيا 59 بالمئة. إنخفض الإنفاق العسكري في إفريقيا جنوب الصحراء خلال العقد الفائت، من 9.3 بليون دولار في أوائل التسعينات إلى 7.1 بليون دولار عام 1996؛ لكنه ارتفع بحدّة في عاميّ 1999 و2000، ليصل إلى 9.8 بليون دولار كمعدل وسطي. ولا يحيط هذا الاندفاع بالإنفاق العسكري كله في المنطقة، لأن هذه البيانات تُظهر فقط الأرقام الرسمية. ففي العام 2001، أنفقت أنغولا، أحد أكبر البلدان المتلقية للأسلحة التقليدية الرئيسية، 3.1 بالمئة من إجمالي ناتجها القومي على القطاع العسكري؛ بينما أنفقت المصدر: معهد ستوكهولم الدولي لأبحاث السلام (Sipri) 2002.

إفريقيا جنوب الصحراء، واحد فقط من كل ثلاثة<sup>54</sup>. ونتيجةً لهذه النواقص، لا يُلمُّ ربع البالغين في العالم النامي بالقراءة أو الكتابة<sup>55</sup>. وتشكّل النساء نسبة ثلثي الأميين الكبار البالغ عددهم في العالم 879 مليوناً<sup>56</sup>. تواجه البلدان النامية ثلاثة تحديات رئيسية في توسيع نطاق التعليم الابتدائي:

- **الموارد المحدودة.** تنفق البلدان النامية، نسبةً إلى البلدان الغنية، أقلّ بكثير على التلميذ الواحد وأقلّ بكثير من إجمالي ناتجها القومي في جميع المراحل التعليمية.
- **اللاتإنصاف.** حينما يكون الإنفاق متديناً، غالباً ما تكون حصة الأغنياء منه أكبر بكثير من حصة غيرهم - ولذا لا يستفيد الفقراء كثيراً.
- **عدم الفعالية.** يعني الإنفاق غير الفعّال أن حصة مرتفعة من الإنفاق الدوري تذهب إلى رواتب المدرّسين، مما يترك القليل للمواد التعليمية. إضافةً إلى ذلك، يعني التعليم المتدني النوعية أن التلاميذ لا يتعلّمون بالقدر الذي يمكنهم.

**الموارد المحدودة - وما ينبغي الفعل حيالها**

تقوم الحكومات في اقتصاديات بلدان التنمية البشرية المرتفعة بدور أهم بكثير مما تقوم به في البلدان التي تكون فيها التنمية متدينية أو متوسطة. ففي العام 1999، كان متوسط الإنفاق العام 35 بالمئة من إجمالي الناتج المحلي في بلدان التنمية البشرية المرتفعة، بينما كان في بلدان التنمية البشرية المتوسطة 25 بالمئة، وفي بلدان التنمية البشرية المتدنية 21 بالمئة.

**مميزات التعليم الصغيرة**

يندر أن تنفق البلدان الثرية أقل من 4.5 بالمئة من إجمالي ناتجها المحلي على التعليم العام. وفي بلدان التنمية البشرية المرتفعة، يبلغ متوسط الإنفاق على التعليم العام 4.8 بالمئة من إجمالي الناتج المحلي، مقارنة بـ 4.2 بالمئة في بلدان التنمية البشرية المتوسطة، و2.8 بالمئة في بلدان التنمية البشرية المتدنية. أكثر من ذلك، تعني المداخل المنخفضة أن الإنفاق على كل فرد في البلدان الفقيرة أقل بكثير مما هو عليه في البلدان الغنية.

حين يضع الإنفاق العام أولويات متقدّمة في مجالات غير التعليم والصحة، فإن الإنفاق الاجتماعي يعاني. وخدمة الدين هي دائماً مكّون هام غير استثنائي في الإنفاق العام (أنظر الفصل الثامن)؛ لكن الإنفاق العسكري - وهو إنفاق استثنائي - يمكن أيضاً أن يعصر الإنفاق على التعليم (الإطار 4.5).

خلال 1975-1997، قدّمت المناطق النامية أمثلة

مختلفة من الالتحاق بالمدارس العامة والإنفاق الدوري على التعليم الابتدائي<sup>57</sup>. في جنوب آسيا وغرب آسيا وفي إفريقيا جنوب الصحراء، تضاعف تقريباً عدد الطلاب الذين التحقوا بينما زاد الإنفاق الدوري (بسرعة الدولار الأميركي للعام 1995) بشكل متواضع<sup>58</sup>. أما في شرق آسيا وأميركا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، فقد بقيت نسبة التسجيل ثابتة بينما زاد الإنفاق الدوري بسرعة. وهكذا، استثمرت بعض المناطق كميّاً (الالتحاق)، وبعضها الآخر نوعياً (إنفاق أعلى على كل تلميذ). وإن كان للنوعية أن تتحسن في المجموعة الأولى من المناطق، فالضرورة تدعو إلى المزيد من الموارد.

يحاول بعض الدراسات إثبات أن مستويات الإنفاق العام ليست مهمة للمحصّلات التعليمية<sup>59</sup>، لكنها دراسات مضلّة. صحيح أن الإنفاق الكافي ضروري لإنجاز النتائج المرجوة، غير أن حجم الإنفاق مهم أيضاً<sup>60</sup>. وقد يكون أحد أوجه الاستخدام الأساسية لأي موارد إضافية توظيف المزيد من المدرّسين. وبوجود 26 مليون معلّم ابتدائي في البلدان النامية عام 2000، فإن العدد المقدّر للمعلّمين الإضافيين المطلوبين بحلول العام 2015 يتراوح بين 15 و35 مليوناً؛ بما في ذلك ثلاثة ملايين في إفريقيا جنوب الصحراء، مع أكثر من مليون في نيجيريا وحدها.

**الضجوة التمويلية**

بحسب منظمة الأمم المتحدة للطفولة، فإن إنجاز الالتحاق الابتدائي الشامل (لا الإتمام، وهو غاية ثاني

حصة كبرى من الإنفاق العام على التعليم الابتدائي للعشرين بالمئة الأفقر. وليست صدفة أن البلدان الثلاثة كلها خطت خطوات مثيرة للإعجاب في اتجاه التسجيل الابتدائي الشامل.

تكرّس البلدان الجيدة الأداء في التعليم مواردً للتعليم الابتدائي (تصل في المتوسط إلى 1.7 بالمئة من إجمالي الناتج المحلي) أكثر مما تفعل البلدان العادية الأداء (1.4 بالمئة). وتنفق البلدان الرفيعة الإنجاز كذلك المزيد على التعليم الابتدائي، نسبةً إلى مداخيلها للفرد؛ وتخصّص من ميزانياتها التعليمية حصةً أقلّ للتعليم العالي.

على الرغم من التحسينات في التسعينات، تنفق البلدان الأدنى تسجيلاً في المدارس الابتدائية على كل تلميذ في مرحلة التعليم العالي أكثر مما على الابتدائي<sup>68</sup>. وبالتأكيد كلما تدنت نسبة التسجيل الابتدائي، عظم الفرق في الإنفاق<sup>69</sup>. وتحتاج تلك البلدان إلى التركيز أكثر على التعليم الابتدائي، لا أن تنفق أكثر على التعليم العالي. ومع ذلك، فهناك أيضاً حاجة إلى موارد إضافية للتعليم العالي، إذا ما أرادت البلدان بناء قدرة على إنتاج تناقصي في الاقتصاد الكوني؛ ولكن ليس على حساب التعليم الابتدائي. كما أن ميزانيات التعليم بأكملها تحتاج إلى زيادة.

#### تحسين منافذ الفقراء إلى المدارس الابتدائية

تتضمن التكاليف المرتبطة بالتعليم تمييزاً ضدّ الأناس الأفقر، وذلك بالتهاهما حصة كبيرة من ميزانيات الأسر المحدودة<sup>70</sup>. وثمة أدبيات كثيرة تحاول أن تثبت أنه يمكن تخفيض التسرّب المدرسي وعمالة الأطفال عبر تخفيض التكاليف المباشرة وغير المباشرة للدراسة<sup>71</sup>. ففي بوتان وبوركينا فاسو وأوغندا، لا تشجع التكاليف العالية التي تدفعها الأسر على كل تلميذ - والتي تتراوح بين 10 و20 بالمئة من دخل الفرد على الالتحاق بالمدارس الابتدائية، في حين تساهم التكاليف المنخفضة في ميانمار وفييتنام في تحقيق نسبة أعلى من الالتحاق (الرسم 4.3)<sup>72</sup>.

وغالباً ما تشكّل الأزياء المدرسية كبرى التكاليف على الأيوين. ففي ثماني ولايات هندية تضم معاً ثلثي الأطفال الهنود خارج المدرسة، تُعتبر الأزياء المدرسية من أكثر المصاريف التعليمية غير المتوقّرة<sup>73</sup>. وإحدى السياسات التي يمكن اتّباعها في هذا الشأن هي جعل الأزياء اختيارية، وتركّ قرار تطلّبها لإدارات المدارس وجمعيات الأهل والمعلمين.

تُسبّب الرسوم على المستفيد من التعليم سجلاً ساخناً منذ زمن بعيد؛ وفي الثمانينات وبداية

أهداف التنمية للألفية) في البلدان النامية والانتقالية سيكلف تسعة بلايين دولار إضافية أخرى سنوياً حتى حلول العام 2015<sup>61</sup>. يتضمن هذا التقدير متطلبات كلفة رأسمال إضافية وكذلك الاحتياجات إلى تحسين نوعية التدريس - وهو أكبر بأربعة أضعاف مما ينفقه المانجون الآن وأيضاً أكثر بكثير مما تنفقه الحكومات. وينخفض الإنفاق التعليمي بصورة خاصة في البلدان الفقيرة المثقلة بالديون. ثمة تقدير آخر، يأخذ في الحسبان عدداً من المخططات، هو أعلى حتى من السابق<sup>62</sup>.

#### من سيسدّد الفاتورة؟

من غير المرجّح أن يؤمّن النمو الاقتصادي موارد كافية لكي تنجز البلدان النامية إتماماً شاملاً للتعليم الابتدائي بحلول العام 2015. ففي إفريقيا، ينبغي أن يتجاوز النمو الاقتصادي 8 بالمئة سنوياً لكي يؤمّن الموارد المطلوبة، وهذه محصّلة غير واردة<sup>63</sup>. ولهذا، فإن هناك حاجة إلى دعم من المانحين أعظم بكثير<sup>64</sup>.

لكن المساعدات في صيغة هبات للتعليم غير كافية: ففي عام 2000 وصلت في مجموعها إلى 4.1 بليون دولار، منها فقط بليون ونصف للتعليم الابتدائي. وفي التسعينات، انخفضت المساعدة الثنائية للتعليم من خمسة بلايين دولار إلى 3.5 بليون - هابطة إلى مجرد 7 بالمئة من مساعدة الإنماء الرسمية - وهي أدنى نسبة على الإطلاق<sup>65</sup>. وتكرّس فرنسا وألمانيا واليابان وبريطانيا والولايات المتحدة فقط حصصاً مهمة من مساعداتها للتعليم. وينبغي ردم الهوة بين لغة المانحين الطنانة والواقع.

بلغت مساعدة الإنماء الرسمية المتعددة الأطراف من أجل التعليم 954 مليون دولار سنوياً، في 1996-98، وانخفضت إلى 799 مليون دولار في السنة خلال 1999-2001. في 1996-98، كانت التزامات التعليم الأساسي أربعمئة ومليون دولار سنوياً<sup>66</sup>. وانخفضت بحدة في 1999-2001 إلى 222 مليون دولار سنوياً.

#### اللانصاف - وما ينبغي الفعل حياله

من يستفيد من الإنفاق العام على المراحل التعليمية الابتدائية والثانوية والعالية: الفقراء أم غير الفقراء؟ في معظم البلدان، يتلقى العشرون بالمئة الأفقر من السكان أقل من 20 بالمئة من فوائد الإنفاق العام على التعليم - وفي بعض البلدان، أقل من ذلك بكثير<sup>67</sup>. في أثناء ذلك، يستحوذ العشرون بالمئة الأغنى عموماً على أكثر من 20 بالمئة. لكنّ هناك استثناءات تشمل كولومبيا وكوستاريكا، وبخاصة تشيلي - حيث تذهب

في إفريقيا، ينبغي أن يتجاوز النمو الاقتصادي 8 بالمئة سنوياً لكي يؤمّن الموارد المطلوبة، وهذه محصّلة غير واردة

## عدم الفعالية- وما ينبغي الفعل حياله

تعني الفعالية حصولاً على نتائج أفضل من كمية الموارد نفسها، وأتباع سياسات تساعد التعليم أكثر مما تعيقه.

### اللافعاليات العاملة

تتمثل إحدى المشكلات الكبيرة لجميع البلدان النامية تقريباً في جعل الأولاد يعيدون سنواتهم الدراسية، وهو عامل أساسي في النسبة العالية للتسرب المدرسي وهدر كبير للموارد. وقد عالجت البلدان، التي أبلت بلاءً حسناً في التعليم الابتدائي، هذه اللافعاليات؛ حيث أنقصت كوستاريكا في الستينات نسبة الإعادة بمقدار النصف، من خلال الانتقال التلقائي إلى الصف التالي، كما تبنت ماليزيا وزيمبابوي أيضاً الارتقاء التلقائي<sup>79</sup>. وحفاظاً على المعايير، ينبغي أن يرافق الارتقاء التلقائي حدٌ أدنى من حزمة المدخلات، لا سيما في المواد الصفية وتدريب المعلمين.

يحسّن تدريس الأطفال باللغة الملائمة محصّلات التعليم أيضاً، كما تبين تجربة البلدان الرفيعة الأداء. ففي جميع تلك البلدان، استُعملت اللغة الأم لغةً للتعليم في المرحلة الابتدائية؛ لأن الأطفال يتعلمون القراءة بسرعة أكبر حين يُدرّسون باللغة التي يألفونها أكثر من غيرها، ويمكنهم تعلّم قراءة لغة ثانية بسرعة أكبر. وهذه خلاصة هامة، مثلاً، بالنسبة إلى إفريقيا الفرنكوفونية؛ حيث تُستعمل الفرنسية في معظم البلدان لغةً للتدريس في جميع المراحل<sup>80</sup>. ونادراً ما كانت تجربة التدريس المنقرّعة هذه مفضيةً إلى التعلّم. ولبرامج التغذية في المدرسة تأثيرٌ أيضاً في جذب الأطفال إلى المدارس وإبقائهم هناك. وأحد العوامل

التسعينات، أرسلت مؤسسات مالية إشارات متفاوتة حولها. لكن في بداية التسعينات ومنصفها، وبعد انتقادات حادة لمحصّلات التعليم الابتدائي، أعلن البنك الدولي (ولو متأخراً) معارضته للرسوم على التعليم الابتدائي<sup>74</sup>. ومرة أخرى، دلّت البلدان المتقدمة الإنجاز على الطريق. فمن أجل أن تضمن تسجيلاً ابتدائياً شاملاً، وإتمام الدراسة، تجنّبت هذه البلدان في أوائل فترات نموها رسوم التعليم المباشرة - وأبقت التكاليف غير المباشرة متدنيةً أيضاً.

بالتالي، هناك حجة قوية لتخفيض التكاليف التثريّة لإرسال الأطفال إلى المدارس. فقد ألغت سريلانكا رسوم التعليم في 1945 وبدأت تؤمن كتباً مجانية ووجبات غداء مدرسية مجانية في الخمسينات، وأزياء مدرسية مجانية في 1991. وأعطت بوستوانا الالتحاق بالمدارس دفعة قوية من خلال تخفيض الرسوم إلى النصف في 1973 وإلغائها في 1980<sup>75</sup>. كما شهدت ملاوي ارتفاعاً قوياً في التسجيل بعد إلغاء الرسوم التعليمية والأزياء المدرسية في 1994.

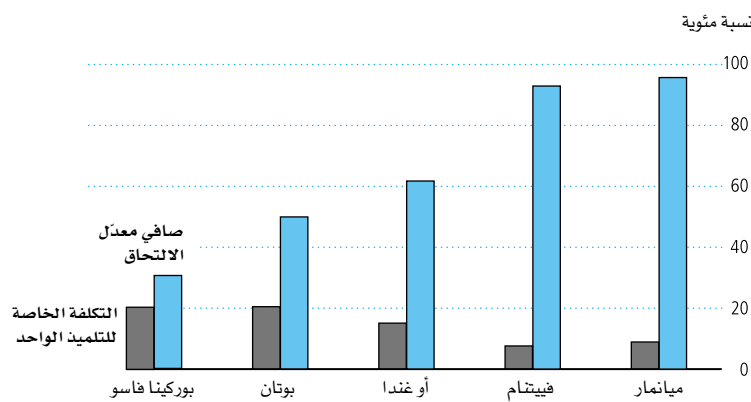
### إنهاء التمييز ضد البنات

يبلغ الفرق بين الجنسين في الالتحاق بالمدارس، والتخلي عن الدراسة، غاية الحدة في جنوب آسيا وإفريقيا جنوب الصحراء. كيف يمكن إذاً إلغاء هذا الفرق في التعليم بين الجنسين بحلول العام 2005 - أي بعد سنتين فقط من الآن - كما تتطلب أهداف التنمية للألفية؟ ثمة دروسٌ متعدّدة تقدّمها البلدان التي ألغت مثل هذه الفروق<sup>76</sup>:

- يتطلّب إدخال الفتيات إلى المدارس وإبقاؤهنّ فيها أن تكون المدارس قريبةً من منازلهن. وفي وسّع التخطيط لكان المدرسة تحديد المواقع الأقل تلقياً للخدمة، بغية المساعدة على إنشاء مدارس متعددة المراحل في مناطق نائية.
- يمنع تخفيض التكاليف التثريّة الأهل من التمييز بين الفتيان والفتيات حين يقررون ما إذا كانوا سيرسلون الأولاد إلى المدرسة - وفي أوقات تدني دخل الأسرة، ما إذا كانوا سيمنعون الأولاد من ترك المدرسة.
- تمكّن البرمجة المرنة لأوقات الدروس الفتيات من المساعدة في الأعمال المنزلية ورعاية إخوتهن<sup>77</sup>.
- يوفر وجود مدرّسات في المدرسة مثلاً أعلى للتلميذات، ويمنح الأهل شعوراً بالأمان حيال بناتهن<sup>78</sup>.

كما شهدت ملاوي ارتفاعاً قوياً في التسجيل بعد إلغاء الرسوم التعليمية والأزياء المدرسية في 1994

الرسم 4.3 التكاليف المرتفعة للأسر المعيشية تؤدي إلى نسب أدنى في الالتحاق بالمدارس الابتدائية



وراء زيادة التسجيل في الهند خلال النصف الثاني من التسعينات، كان برنامج وجبة الغداء الذي شمل جميع الولايات.

### الأنشطة المالية

تواجه 55 من البلدان النامية تقريباً معدل التحاق متدنياً بالتعليم الابتدائي، وتحتاج إلى أبنية ومنشآت جديدة لإنجاز التعليم الابتدائي الشامل<sup>81</sup>. لكن استثمارات رأسمالية كهذه غالباً ما تكون غير فعالة؛ كما أن استخدام شركات البناء التابعة للدولة وكبار المقاولين الخاصين، على نحو واسع، كثيراً ما يؤدي إلى تكاليف متضخمة<sup>82</sup>.

كيف يمكن إبقاء كلفة إنشاء المدارس منخفضة؟ تقضي إحدى الطرق باستعمال مواد بناء محلية لا مستوردة - وهذا نهج تشجع عليه الكاميرون ونيجيريا لرفع مستوى الفعالية<sup>83</sup>. ومنذ 1994، لا تستعمل الهند مواد بناء محلية فقط، وإنما تتعاقد أيضاً مع مقاولي بناء محليين وتطبق تقنيات إنشاء محلية لاحتواء التكاليف في برنامجها للتعليم الابتدائي في المقاطعات. إن تدبير التكاليف الدورية - لإنجاز توازن أفضل بين الإنفاق على الرواتب وعلى غيرها - هو إلى حد بعيد أكثر التحديات المالية تثبيطاً للهمم بالنسبة إلى البلدان المتدنية الالتحاق بالمدارس. فغالباً ما تحتل رواتب المعلمين والموظفين الإداريين 90 بالمائة أو أكثر من الإنفاق الدوري في المرحلة الابتدائية؛ مخفضة بشدة من الإنفاق على غير الرواتب وتاركة القليل من المال لمُدخلات أخرى، كالمواد التعليمية<sup>84</sup>. وأدرجت البلدان الرفيعة الأداء - بوتسوانا وكوبا وسريلانكا - هذه المشكلة، وبدأت تنفق قدرأ معقولاً من المال على المواد التعليمية<sup>85</sup>.

كذلك تجعل الميزانيات المحدودة من الصعب على البلدان أن تزيد عدد معلميها، وهو أمر ضروري للتعليم الابتدائي الشامل. وقد تساعد زيادة الرواتب في ذلك، لكن تغيير بنية الراتب يساعد أيضاً - ربما حتى في تخفيض التكاليف. ويمكن أحد الخيارات في تقليص الفجوة بين رواتب المعلمين الدنيا والقصوى. فالحد الأقصى للراتب الذي يتلقاه المدرس في بلدان منظمة التعاون والإنماء الاقتصادي هو أكبر من الحد الأدنى للراتب بمعدل 1.4، بينما يتراوح المدى في البلدان النامية بين 1.0 و 2.5 للحد الأدنى<sup>86</sup>. وقد أوصت منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) ومنظمة العمل الدولية بأن يستغرق الوصول إلى الحد الأقصى من الأجر من 10 إلى 15 سنة<sup>87</sup>. وثمة خيار آخر يتمثل في فك الارتباط بين رواتب المعلمين وبين المؤهلات المتقدمة؛ وهو نهج يُختبر في جنوب إفريقيا<sup>88</sup>.

من الممكن أيضاً أن يساهم الاستعمال الأفضل لوقت المعلمين، وتوزيعهم على المدارس بشكل أفضل، إسهاماً كبيراً في تدبير تكاليفهم. واختبرت بوتسوانا أسلوب زيادة الدفع للمعلمين لكي يعطوا حصصاً مزدوجة - مضاعفةً بذلك عدد التلاميذ الذين يُدرسون، مع زيادة ضئيلة في كلفة الراتب. كذلك يولد الاستثمار في تقانة المعلومات، لتعقب المعلمين الأشباح ودفعات الرواتب غير الصحيحة، محصلات سريعة إلى حد ما، مثلما تبين الأنظمة القومية للمعلومات الإحصائية الخاصة بالتعليم لبلدان متعددة في إفريقيا جنوب الصحراء.

وقد يؤدي تآكل الرواتب بفعل التضخم إلى تآكل معنويات المعلمين أيضاً، ويدفع بهم إلى شغل وظائف ثانية. ويسبب تغيب المعلمين في جنوبي آسيا وإفريقيا مشكلة كبيرة، يمكن معالجتها جزئياً من خلال توظيف معلمين يقيمون في الأحياء التي يطلب منهم التدريس فيها. وكان المعلمون في اندونيسيا وتايلاند، اللتين أنجزتا تعليماً ابتدائياً شاملاً في وقت مبكر، يوظفون في المعتاد محلياً. لكن رواتب المعلمين غالباً ما تكون سبباً للتغيب.

في العديد من البلدان المتوسطة الدخل، يتقاضى المعلمون رواتب جيدة - خصوصاً في الصين وموريشيوس وتايلاند وأوروغواي - حيث نجحت الحكومات فعلاً في زيادة رواتبهم. لكن رواتب المعلمين تأكلت تدريجاً في العديد من البلدان المتوسطة الدخل، بما في ذلك في كمبوديا وجمهورية إفريقيا الوسطى وقيرغيزستان ومدغشقر ومولدوفا وميانمار وسيراليون وزامبيا. وتجد بلدان كهذه صعوبة في الحفاظ على معنويات المعلمين من دون رواتب أعلى، كما يتعين على بعضها أن تزيد بقوة من عدد المعلمين لإنجاز هدف التنمية للألفية في التعليم الابتدائي الشامل. وتتخذ الهيئات التي تهدف إلى تسديد التكاليف الدورية أهمية بالغة بالنسبة إلى بلدان كهذه، على الأقل لفترة محدودة.

ثمة نقطة أخيرة في مجال رفع مستوى الفعالية التمويلية تتعلق بمساعدات الإنماء الرسمية في مجال التعليم. فمثل هذه المساعدات تحوّل إلى التأكيد الشديد على التجهيز والتدريب في الخارج والمساعدة التقنية. ويُنفق من 60 إلى 80 بالمائة من المساعدة التعليمية في البلدان المتلقية للهيئات، والباقي في البلدان المانحة نفسها - على التعليم والتدريب لتنمية قدرات مواطني البلد النامي، وعلى الاستشاريين والمدرّبين من دول غنية<sup>89</sup>. وليس هذا بالاستعمال الأفضل للتمويلات؛ إذ يمكن للمساعدة التقنية تفويض عمل المؤسسات المحلية، خصوصاً إذا انتهى الأمر إلى إغراق السلطات

فالحّد الأقصى للراتب الذي يتلقاه المدرّس في بلدان منظمة التعاون والإنماء الاقتصادي هو أكبر من الحد الأدنى للراتب بمعدل 4.1، بينما يتراوح المدى في البلدان النامية بين 0.1 و 5.2 للحد الأدنى

التعليمية بدفق من المستشارين الدافعين باتجاه أنظمة مفرطة في تعقيدها. فبين 1994 و1997 أجرت إثيوبيا

ستاً وستين دراسة حول نظامها التعليمي، نصفها ممول من وكالات متعددة للإعانة - ولم تحقق أي نفع يُذكر.<sup>90</sup>

## إنجاز أهداف الصحة

يصعب النقص الفادح في بيانات الاتجاه العام للعديد من البلدان النامية تخميناً أرجحية إنجاز هدف التنمية للألفية المتعلقة بتخفيض الوفيات الأمومية إلى ربع النسبة الحالية بحلول العام 2015. مع ذلك، يعتقد خبراء عديدون أن النسبة العالية الحالية للوفيات في أثناء الحمل أو الولادة - وهذا إخفاق مُخزٍ للتنمية - أخذت في الارتفاع في بلدان عدة. والوضع الأكثر إلحاحاً هو في إفريقيا جنوب الصحراء، التي يحدث فيها نصف الوفيات الأمومية في العالم النامي - حيث واحدة من بين كل مئة ولادة لطفل حيّ تسبب وفاة الأم. يعوق الافتقار إلى البيانات أيضاً إنجاز تقدم نحو هدف إيقاف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيديز/السيدا) بحلول العام 2015. لكن التقدم ممكن، كما في البرازيل والسينغال وتايلاند (الإطار 4.6) وأوغندا وزامبيا.

من الأهداف الصحية الممكنة القياس التي لا يزال العالم بعيداً عن إنجازها، أكثر من أي هدف آخر، هدف تخفيض وفيات الأطفال - بنسبة الثلثين مع حلول العام 2015. وفي هذا المجال، توجد بلدان الأولوية القصوى في إفريقيا جنوب الصحراء وجنوبي آسيا. وتحرز مناطق جنوب آسيا تقدماً، مع انخفاض نسبة الوفيات لدى الأطفال من 12.6 بالمئة إلى نحو 10 بالمئة في التسعينات؛ لكن إفريقيا جنوب الصحراء تقصّر عن ذلك كثيراً، إذ إن 17 بالمئة من أطفالها لا يبلغون سن الخامسة. وبحسب النسب الحالية، فإن هذه المنطقة لن تحقق هدف تخفيض وفيات الأطفال إلا بعد نحو 150 سنة.<sup>91</sup>

## حجم المشكلة

يموت كل يوم ما يزيد على 30 ألفاً من أطفال العالم لأسباب يمكن وضع حد لها - التَّجفاف، الجوع، المرض.<sup>92</sup> ففي سيراليون، البلد ذي الأولوية القصوى العاجلة، لن يشهد 18 بالمئة من الأطفال عيد ميلادهم الأول.

كما تموت إبان الحمل والولادة كل سنة أكثر من 500 ألف امرأة - واحدة كل دقيقة في اليوم. ويزيد احتمال تعرُّض الحامل للموت خلال الحمل والولادة في إفريقيا جنوب الصحراء بمئة مرة عما هو عليه في أحد بلدان منظمة التعاون والإئماء الاقتصادي ذي الدخل العالي.<sup>93</sup>

## أهداف التنمية للألفية وغاياتها

الهدف الرابع : تخفيض نسبة وفيات الأطفال  
الغاية 5 : بين عامي 1990 و2015، تخفيض نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين  
الهدف الخامس : تحسين الصحة الأمومية  
الغاية 6 : بين عامي 1990 و2015، تخفيض معدل وفيات النساء إبان الحمل والوضع بنسبة ثلاثة أرباع  
الهدف السادس : مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيديز) والملاريا وأمراض أخرى  
الغاية 7 : بحلول العام 2015، وقف نهائي لانتشار فيروس نقص المناعة/الأيديز، ومتابعة ما بُدئ في مضادته  
الغاية 8 : بحلول العام 2015، وقف نهائي لمدى حدوث الملاريا وأمراض رئيسية أخرى ومتابعة ما بُدئ في مضادتها

وثمة 42 مليون شخص في مختلف أنحاء العالم مصابون بفيروس نقص المناعة/الأيديز. أكثر من ذلك، فقد قتل هذا المرض حتى الآن الأم أو كلا الوالدين لثلاثة عشر مليون طفل.<sup>94</sup> ويبقى السل، المرض المعدّي الآخر، الأكثر تسبباً في وفاة البالغين في العالم؛ حيث يؤدي بحياة مليوني شخص سنوياً.<sup>95</sup> أما الملاريا، فتقتل مليون شخص كل عام؛ ومن دون تدخل فعّال، فإن هذا العدد قد يتضاعف خلال السنوات العشرين القادمة.<sup>96</sup> يؤذي العديد من الأمراض فقراء الأرياف أكثر مما يؤذي قاطني المدن. فبالنسبة إلى الإصابات الحادة في الجهاز التنفسي، وهي أمراض قاتلة رئيسية للأطفال، يتلقى أقل من نصف أطفال الأرياف فقط عناية صحية في معظم المناطق النامية.<sup>97</sup>

ويمكن تقادي العديد من هذه الوفيات في الحال (الإطار 4.7). فناموسيات الأسيرة، والمضادات الحيوية المعقولة الثمن، والقابلات المدرّبات، والتعليم الأساسي لوسائل النظافة والصحة، قلماً يمكن اعتبارها حلولاً تقانية متطورة. مع ذلك، وكما هو الحال في التعليم، تبقى مثل هذه الحلول، لأسباب جهازية كثيرة، خارج متناول الملايين من الفقراء:

- الموارد المحدودة. لا تتفق الحكومات ما يكفي على الصحة الإجمالية، وتنفق حتى أقل من ذلك على الصحة الأساسية.
- اللانصاف. لا توجد لدى أنظمة الصحة الريفية فرقاً كافية أو موارد كافية، مخصصة للنساء وللأطفال.
- عدم الفعالية. ليست البرامج العمودية لأمراض محددة متكاملة بأنظمة صحية عامة.

هنا تبدو الصلات بين الصحة والتعليم والدخل أوضح حضوراً؛ لأن الفقراء هم الذين لا يتمتعون بقدرة الحصول على المياه والصرف الصحي، والذين لا يستطيعون شراء العقاقير، والذين لا يتلقون التعليم حول الوقاية من فيروس نقص المناعة وحول التنظيم الأسري. والنساء أكثر عرضة للخطر من الرجال. فهن نصف المصابين بفيروس نقص المناعة/الأيديز بين البالغين في العالم؛ لكن نسبة الإصابات بين الشابات أعلى بكثير، وستزداد سوءاً على الأرجح. وفي العديد من بلدان البحر الكاريبي، تكوّن النساء الغالبية من حيث الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة. وفي كثير من البلدان الإفريقية، ازداد تشي فيروس نقص

### نجاح تايلاند في منع فيروس نقص المناعة البشرية /متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيديز/السيدا)

في كل مكان - من لوحات الإعلانات إلى علب حبوب الفطور إلى التلفزيونات، مع إعلانات تثقيفية تبثها التلفزيونات والإذاعات بمعدل دقيقة كل ساعة. وهكذا، ساهمت هذه الرسائل في إزالة وصمة العار المرتبطة بالتعرض لفيروس نقص المناعة.

#### المراقبة والتقويم

هناك ثلاثة أنظمة مراقبة لجمع المعلومات عن فيروس نقص المناعة وأنواع العدوى التي تنتقل جنسياً. وتستخدم هذه المعلومات لرصد التغيرات التي تطرأ على انتشار الأنواع الجديدة من نقص المناعة، وقد استعملها راسمو السياسات لتوجيه جهود السيطرة.

#### الدعم الدولي

تلقت برامج تايلاند لمكافحة الأيدز دعماً مالياً وتقنياً وافراً. مثلاً، كان برنامج الأمم المتحدة المشترك حول الأيدز ناشطاً في جمع التبرعات وتقييم البرامج ومساعدة مرضى فيروس نقص المناعة/ الأيدز. أما أشكال التعاون الثنائي، فتتضمن شراكة مع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والاتحاد الأوروبي، والوكالة الاسترالية للتنمية الدولية.

المصدر : Avert.org 2003; Kongsin and others 1998; Forster-Rothbart and others 2002

الحكومة برنامجاً سُميَ خَفَضُوا عُرضة البنات للإصابة يؤمّن للشابات منجاً لإتمام دراستهن - بهدف محاولة تبيهن عن أن يصبحن مومسات.

#### إستهداف المجموعات المعرّضة لمخاطرة كبيرة

تبيّن في عام 1989 أن 44 بالمئة من المشتغلات بالدعارة في شيانغ ماي يحملن فيروس نقص المناعة. وبدلاً من أن تنكر الحكومة وجود البغاء، ركّزت على تقليص زيارات الذكور إلى بيوت الدعارة وشجعت المومسات على استعمال الواقيات. في 1991، أطلق «برنامج استعمال الواقي مئة بالمئة» الذي يوزع 31 مليون واقي سنوياً على المجموعات المعرّضة لمخاطر كبيرة؛ كما وزعت العيادات 600 مليون واقي إضافي سنوياً.

أسفرت هذه الجهود عن نتائج جذرية: فقد ارتفع استعمال الواقي في بيوت الدعارة بين 1988 و 1992 من 14 بالمئة إلى 90 بالمئة. إضافةً إلى ذلك، هبط عدد الذكور الذين يقصدون أحد هذه الأماكن من أربعة إلى واحد ونصف في اليوم الواحد. ونتيجة ذلك، انخفضت حالات الإصابة بين المومسات من 50 بالمئة في 1991 إلى أقل من 10 بالمئة في 2001.

#### الحملات التثقيفية

رافقت برنامج استعمال الواقي مئة بالمئة حملةً وطنية للمعلومات العامة. فأصبحت المعلومات عن الأيدز متوافرة

يُعتبر ردّ تايلاند على انتشار فيروس نقص المناعة/ الأيدز أحد البرامج الوقائية القليلة الناجحة في العالم النامي. فقد هبطت الإصابات الجديدة، منذ بلوغها الذروة في مطلع التسعينات، بنسبة تتجاوز الثمانين بالمئة. كيف؟

#### الإرادة السياسية

اكتُشف الأيدز في تايلاند عام 1984. وفي العام 1987، أنشأت الحكومة البرنامج الوطني للوقاية منه والسيطرة عليه؛ برئاسة رئيس مجلس الوزراء. واكتملت الإرادة السياسية بالتزامات مالية؛ فبين عامي 1987 و 1991 ارتفع الإنفاق من قبل الحكومة ومناحي الهبات بشكل جذري من 684 ألف دولار أميركي إلى عشرة ملايين دولار. وفي 1997، بلغ إجمالي انفاق الحكومة على برنامج السيطرة على الأيدز 82 مليون دولار سنوياً.

#### التعاون المتعدد الأطراف

عمل مشاركون كثيرون، من مرضى إلى أصحاب مهنة حرة إلى رهبان بوذيين، مع الحكومة القومية في التخطيط لبرامج مكافحة الأيدز وتطبيقها. على سبيل المثال، تؤمّن 150 مجموعة من المصابين بفيروس نقص المناعة/ الأيدز الدعم والمشورة لمرضى آخرين؛ وينسق الائتلاف التايلاندي للمنظمات اللاحكومية حول الأيدز نشاطات المنظمات غير الحكومية المتعلقة بمكافحته. وفي مبادرة مبتكرة، أنشأت

البشرية العالية 5.2 بالمئة من إجمالي الناتج المحلي في العام 2000 - بينما كان في بلدان التنمية البشرية المتوسطة 2.7 بالمئة، وفي بلدان التنمية البشرية المتدنية 2.1 بالمئة. ومن حيث الإنفاق للفرد، يتدنى الإنفاق الصحي العام جداً في معظم البلدان النامية؛ ففي عام ألفين، كان المعدل الوسطي في بلدان التنمية البشرية المتقدمة 1,611 دولاراً، وفي بلدان التنمية البشرية المتوسطة 194 دولاراً، وفي بلدان التنمية البشرية المتدنية 38 دولاراً فقط (من حيث معادل القوة الشرائية)<sup>100</sup>.

توصي مفوضية الاقتصاديات الكبرى والصحة، التابعة لمنظمة الصحة العالمية، بزيادة كبيرة في الهبات المخصصة للصحة في البلدان المتدنية الدخل؛ إلى جانب زيادة الموارد التمويلية المحلية في تلك البلدان. وقدّرت المفوضية أن زيادة الهبات المخصصة للصحة إلى 35 بليون دولار سنوياً بحلول العام 2015 (من 5 بلايين دولار سنوياً في العام 2001) يمكن أن تنقذ حياة ثمانية ملايين شخص سنوياً، وتعطي فوائد اقتصادية تبلغ 360 بليون دولار في العام؛ إذا استثمرت بشكل صائب في مجالات الأولوية المتقدمة (الأمراض المعدية، نقص التغذية، تعقيدات الولادة)، وإذا رافقها إنفاقٌ صحيٌّ أكبر من جانب البلدان نفسها.

ليس لدى معظم البلدان النامية، التي تطبّق برامج للاستقرار الاقتصادي أو تعديله، وسيلة لتوسيع الإنفاق

المناعة لدى الشباب في سن 15 إلى 24 بما يصل إلى ستة أضعافه لدى الشبان<sup>98</sup>.

كذلك فإن الفقيرات معرّضات لفيروس نقص المناعة أكثر من سواهن؛ بسبب سوء تغذيتهن، ومحدودية فرص تعلّمهن وتوظّفهن، ووضعهن الاجتماعي المتدني؛ وعدم قدرتهن بالتالي على التفاوض بشأن الممارسة المأمونة للجنس. وعندما تصاب النساء بالمرض، فمن المرجح أنهن يتفادين البحث عن تلقّي الرعاية أو يوجّلنّه، بسبب القيود الجنسانية؛ كالمسؤوليات العائلية وتكاليف السفر والعلاج. والاستقلالية الذاتية هي مشكلة أيضاً، إذ غالباً ما يقرّر الرجال في جنوب آسيا إن كان على النساء السعي إلى العلاج الطبي أم لا<sup>99</sup>.

#### الموارد المحدودة - وما ينبغي الفعل حيالها

ينفق كل بلد من بلدان منظمة التعاون والإنماء الاقتصادي 5 بالمئة على الأقل من إجمالي ناتجه المحلي على الرعاية الصحية العامة؛ لكن القليل من البلدان النامية يحقق هذه النسبة - وفي أغلب الأحيان، تكون النسبة أقل من نصف ذلك (وتعدّ كوستاريكا - وهي بلد من دون جيش ويحقق إنجازاً رفيعاً في الصحة والتعليم - استثناءً نادراً). فقد كان متوسط الإنفاق العام على الصحة في بلدان التنمية

## أولويات السياسات والتدخلات التقنية

بتدخلات جوهريّة، والبدء بالمعالجة، والإشراف على تحويل الأم والوليد إلى العناية الطارئة عندما تدعو الحاجة إلى ذلك.

**خدمات طوارئ الولادة.** يعاني أكثر من 10 بالمائة من الحوامل، حتى في أفضل الحالات، من تعقيدات يُحتمل أن تُودي بحياتهنّ. ولتخفيف وفيات الأمومة، ينبغي أن تكون القابلات الماهرات قادرات على تحويل الولادات المعقّدة إلى العناية التوليدية الطارئة. وتفتقر البلدان النامية على نحو واسع إلى هذا النوع من العناية الطارئة، حيث يُجرى أكثر من ثمانين بالمائة من الولادات في مناطق لا توجد فيها مثل هذه المنشآت. لذا، ينبغي على البلدان إلزام نفسها بالمؤشر الأول للأمم المتحدة في هذا المجال: أي تأمين منشأة كهذه لكل نصف مليون شخص.

**الرعاية الصحية التناسلية.** يمكن لتوفير موانع الحمل أن يخفّض بشكل كبير من وفيات الأمومة، لمجرّد تخفيضها عدداً المرّات التي تحبل فيها المرأة - وبالتالي تقليل المخاطر من التعقيدات المتعلقة بالحمل. فإذا تأمّنت الحاجة غير المستوفاة لموانع الحمل، وتمكّنت النساء من الحبل في الفترات الفاصلة التي يردنّها، يمكن تخفيض الوفيات بين 20 و35 بالمائة. إضافةً إلى ذلك، تؤدي عمليات الإجهاض غير الآمنة - تلك التي تجري على أيدي أشخاص غير مدربين أو في ظروف غير صحية، أو في الحالتين معاً - إلى قتل ما يقدر بنحو 78 ألف امرأة سنوياً، أو نحو 13 بالمائة من وفيات الأمومة. لذلك، يتطلّب إنجاز الهدف الخامس توسيعاً سريعاً لفرص الحصول على الرعاية الصحية التناسلية.

## الهدف السادس: قلب اتجاه انتشار فيروس نقص المناعة/ الأيدز

في العام 2002، توفي ثلاثة ملايين ومئة ألف شخص بسبب الأيدز؛ ويبلغ عدد المصابين حالياً بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب 42 مليوناً. فقد ضرب الأيدز، وهو من أكثر الأوبئة المُشّلة في التاريخ المعاصر، كل بلد؛ مُجتاحاً العديد من البلدان في إفريقيا جنوب الصحراء. وعلى الرغم من أن ذلك منبّهٌ للهمّة، ففي استطاعة أولى غايات الهدف السادس من أجلول العام 2015 - الاعتماد على خبرة أكثر من عشرين سنة من جهود الوقاية والمعالجة الناجحة. علاوةً على ذلك، تبثّ الجمعية العامة للأمم المتحدة في العام 2001 إعلاناً لا لبس فيه حول خطورة الوباء، يسلّط الضوء على الحاجة إلى خطوات حاسمة لتوجيه السياسات المطلوبة.

من الجوهري لمعالجة فيروس نقص المناعة/ الأيدز وجود قيادة قوية قادرة على التصدي للقصور الذاتي في المؤسسات والتعامل مع القضايا الاجتماعية التي تشكّل وقوداً للوباء؛ بما ذلك الشعور بوصمة العار من هذا المرض، والتمييز ضد المصابين به، وعلاقات القوة غير المتكافئة بين الرجال والنساء. وقد ارتفعت نسبة النساء يتبع في الصفحة التالية

أظهر البحث في هذا الفصل. أخيراً، تُعتبر الإصابات الحادة في الجهاز التنفسي مسؤولة عن قرابة 20 بالمائة من وفيات الأطفال في البلدان النامية؛ مع أنه يمكن الحيلولة بسهولة دون وقوع معظمها. غير أن البيانات المستمدة من 42 بلداً تُظهر أن نصف الأطفال فقط من المصابين بأمراض كهذه يُعرَضون على المسؤولين عن العناية الصحية. وفي غربي إفريقيا، تهبط تلك النسبة إلى الخمس. وكما بيّن هذا الفصل، فإن تأمين نُظمٍ صحيةٍ فاعلة تُوسّع عدد المراكز الصحية في المناطق التي لا تصلها هذه الخدمات، هو أمر حاسم لمحاربة هذا المرض القاتل.

**التمنيع ضد العدوى.** بعد الزيادة لسنوات عدة، توقّعت التلقيحات التمنيعية ضد الأمراض في جنوب آسيا عند مستوى العام 1990 - وفي إفريقيا جنوب الصحراء، شهدت النسبة انخفاضاً. لكن تحقيق مستويات عالية أمرٌ ممكن، كما تُظهر الحملات الدورية لمكافحة شلل الأطفال التي تقوم بها الحكومات المحلية. فبين 1998 و2000 خفّضت الحملة حالات الإصابات بشلل الأطفال بنسبة 99 بالمائة، من خلال حملات التوعية الشعبية الجماهيرية والتلقيحات الروتينية المحسّنة وعمليات المراقبة.

## الهدف الخامس: تخفيض وفيات الأمومة بنسبة ثلاثة أرباع

يموت سنوياً نحو نصف مليون امرأة حول العالم بسبب التعقيدات التي تنشأ عن الحمل والولادة؛ وثمة ثلاثون ضعفاً من النساء الأخريات يعانين الجروح والأمراض وتعقيدات أخرى مرتبطة بالحمل. ولتحقيق خامس أهداف التنمية للألفية - تخفيض معدلات الوفيات الأمومية بنسبة ثلاثة أرباع بين 1990 و2015 - ينبغي أن تزيد البلدان النامية من توفير قابلات ماهرات خلال الولادة، وخدمات طوارئ الولادة، والرعاية الصحية التناسلية؛ على أن تتضافر هذه الخدمات معاً ضمن نظام صحيّ وعلاجي فعّال. وينبغي أن تعالج البلدان أيضاً القضايا الاجتماعية الأوسع التي تكبح النساء عن السعي إلى تلقي الرعاية الصحية.

**قابلات ماهرات خلال الولادة.** توجد قابلاتٌ ماهرات خلال أقل من نصف الولادات في البلدان النامية. وسوف يتطلّب تخفيض الوفيات الأمومية زيادة جوهريّة في أعداد القابلات الماهرات، لا سيما في المناطق التي تعاني من النقص في خدمات النظام الصحي. وتساعد القابلات الماهرات على تقليص نسبة الوفيات بوسيلتين، أولاهما باستعمال تقنيات صحية وأمنة خلال عمليات الولادة العادية، وتحويل الولادات المتعسّرة إلى العيادات والمستشفيات. والثانية عبر التعبير النشط للمرحلة الثالثة من المخاض، مما يمكن أن يخفّض حالات النزيف بعد الولادة؛ وهذا الأمر يتطلّب تدريباً خاصاً يتجاوز توزيع مجموعة الأدوات اللازمة للولادة الآمنة. ويجب أيضاً أن تكون القابلات الماهرات قادراتٍ على إدراك التعقيدات منذ البداية، والقيام

## الهدف الرابع: تخفيض نسبة الوفيات تحت سن الخامسة بنسبة الثلثين

سوف يتطلّب تحقيق رابع أهداف التنمية للألفية - أي تخفيض الوفيات تحت سن الخامسة بنسبة الثلثين بين 1990 و2015 - معالجة الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال. وينبغي أن تركز التدخلات التقنية على سوء التغذية والأمراض الطفيلية والمعدية واللقاحات التمنيعية التي تنفّذ من خلال نظامٍ مقوّمٍ للرعاية الصحية الأساسية.

**سوء التغذية.** غالباً ما يؤدي الوزن المتدني عند الولادة إلى سوء التغذية لدى الأطفال، وهو يرتبط مباشرة بصحة الأم قبل الحمل وخلالها. وبالتالي، فإن توسيع فرص الحصول على رعاية صحية تناسلية، وضمان نظام غذائي ملائم، يعزّزان بشكل كبير صحة الأمهات وأطفالهن. ومما يفيد صحة الرضع كثيراً حصر إطلاعهم خلال الأشهر الأربعة إلى الستة الأولى من حياتهم بالرضاعة الطبيعية. ولكن حين تكون الأم حاملةً لفيروس نقص المناعة، يصعب من الضروري استكشاف بدائل لحليب الثدي. كخطوة أولى، ينبغي على البلدان أن تضمّن قوانينها فوراً القواعد الدولية لتسويق بدائل حليب الثدي (التي أعلنتها منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة).

يمكن أن تعاني صحّة الأطفال بشكل هائل من النقص في المغذيات الصغرى (الفيتامين-أ والحديد والزنك واليود)، وهو نقصٌ من الممكن معالجته بالمواد الإضافية (تَبويد الملح مثلاً). كما يمكن تخفيض نقص الفيتامين-أ بمجرد تأمين حيتين مركّزتين من الفيتامين-أ في السنة. وفي البلدان التي لا تتمتع بأنظمة صحية فاعلة، ينبغي تأمين مكملات الفيتامينات عبر حملات مماثلة لحملات التلقيح الجماعية. وقد مكّنت مناهج كهذه في 1999 البلدان الأقل نمواً من تحقيق تغطية مكملات الفيتامينات بنسبة 80 بالمائة.

**الأمراض الطفيلية والمعدية.** يُتوقّع، مع حلول العام 2010، أن ترتفع نسبة الوفاة تحت سن الخامسة إلى أكثر من الضعف في أسوأ المناطق تَأثراً بفيروس نقص المناعة/ الأيدز. وفي العديد من البلدان، تُعتبر محاربة فيروس نقص المناعة/ الأيدز والمعالجة الصريحة للقضايا المتعلقة بالنساء والأطفال - أولوية قصوى من أولويات التنمية (أنظر الإطار 4.1). وفي غضون ذلك، يقتل مرضُ الملاريا أكثر من 400 ألف طفل سنوياً، مما يجعل محاربة هذا الوباء أولوية أخرى بالنسبة إلى بلدان عدة.

وعلى الرغم من انخفاض نسبة الوفيات تحت الخامسة بسبب الإسهال، خلال التسعينات، فإن هذا المرض مستمر في حصد أرواح عدد كبير من الأطفال. وسوف تعتمد التخفيضات المستمرة للنسبة الحالية على قدرة الأسر في معالجة الإسهال منزلياً (زيادة إمداد الجسم بالسوائل والتغذية المستمرة) واستعمال الخدمات الصحية عند الحاجة إليها. وسوف يساعد الحصول على المياه النظيفة ونظام الصرف الصحي، بصورة متزايدة، على تضييق مدى الإصابة بالمرض؛ كما

### أولويات السياسات والتدخلات التقنية

السيدا، أبرز الأمراض المعدية القاتلة للباليين في أنحاء العالم؛ كما أن عدد ضحاياه أخذ في الإرتفاع. فبين 1997 و1999، ازدادت الإصابات الجديدة بالسلس من ثمانية ملايين حالة إلى ثمانية ملايين وأربعمئة ألف. وإذا استمر هذا الاتجاه، فسيسبق السلس أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الباليين إلى ما بعد العام 2015.

لكنّ مضادّة هذه الاتجاهات أمرٌ ممكن. فقد قامت شراكة إيقاف السلس، التي تشكلت في العام ألفين بخطوات واسعة في رسم خطة تامة مع المتطلبات المالية لإنجاز الغايات الدولية بالحد من انتشار السلس. ويدعو هذا الإطار إلى التوسع والتكيف والتحسين للسلس القاصر للعلاج تحت المراقبة المباشرة (DOTS)، وهو برنامج فعال بصورة لافتة يكوّن فيه العاملون الصحيون روابط وثيقة مع مرضاهم في أثناء الإشراف على حمّيات العلاج.

يتطلّب توسيع علاج كهذا تقوية برامج السيطرة على السلس، وكذلك تقوية النظام الصحي برمته، عبر أربع وسائل:

- زيادة الدعم السياسي لتوسيع «دوتس».
- زيادة الدعم المالي لتوسيع «دوتس».
- تحسين قدرة النظام الصحي لتوسيع «دوتس».
- الحصول على إمدادات مستدامة من العقاقير ذات النوعية الجيدة لتوسيع «دوتس».

وسوف يرتبط التكيف مع برنامج «دوتس»، الهادف إلى مواجهة تحديات مقاومة العقاقير، بالانتقال إلى برنامج «دوتس زائد»؛ وهو حجر الزاوية في معالجة السلس المقاوم للعقاقير المتعددة، والمتطلّب إشرافاً صارماً لحمّيات العلاج. ففي روسيا، ارتفعت نسبة الإصابات بالسلس 300 بالمئة، بين عامي 1990 و1996؛ مع نسبة كبيرة من الحالات التي تقاوم العقاقير. وثمة حاجة طارئة إلى بحوث عيادية، وبائية، جاهزة للعمل؛ بغية إيجاد أفضل الوسائل الفعالة لتطبيق برنامج «دوتس زائد».

تلقي الأعداد المتنامية للإصابات بالسلس، جنباً إلى جنب مع فيروس نقص المناعة/ الأيدز، بتقل كبير على عاتق أنشطة السيطرة على السلس - وهو ثقل يتفاقم بوجود نقص في الأطر الطبية المدربة، والموارد المختبرية، وإمدادات العقاقير. ومن شأن وضع برامج مشتركة للسلس ونقص المناعة/ الأيدز أن يعالج التداخلات بين الوباءين؛ لكن ذلك يتطلب أيضاً إعادة تشكيل جوهري للاتصال بين الوكالات القطرية والمحلية، وتكثيفه.

- وأخيراً، يمكن تطوير «دوتس» عبر زيادة الأبحاث عن: أدوات تشخيص جديدة يمكنها اكتشاف حالات السلس النشطة بشكل أسرع وأدقّ وأسهل.
- عقاقير جديدة لتبسيط حماية العلاج وتحسين التجاوبات ضد السلس والإصابات الكامنة المقاومة للعقاقير المتعددة.
- لقاح أفضل.
- وقد كانت إحدى الخطوات باتجاه تطوير «دوتس» تشكيل «التحالف العالمي لتنمية عقاقير السلس»، الذي سيطور مثل هذه الأبحاث.

النامية. وتتطلب الغاية الثانية من سادس أهداف التنمية للألفية - قلب اتجاه انتشار الملاريا وأمراض رئيسية أخرى بحلول العام 2015 - أن يُحدّد كل بلد نام الأمراض التي تُسبّب الضرر الأكبر لسكانه، ويُعالجها.

**الملاريا.** تُصيب الملاريا كل عام 500 مليون شخص - ما يقرب من عُشر سكان العالم - وتقتل أكثر من مليون إنسان. ويخشى باحثون كثيرون من أن الوضع قد يزداد سوءاً بسبب التبدّل البيئي، والاضطرابات الإقليمية، والنمو السكاني، والسفر الواسع النطاق، وتزايد المقاومة للعقاقير ومبيدات الحشرات. ولكن ظهرت أساليب جديدة للسيطرة على الملاريا، وعزّز الوعي الدولي المتنامي الموارد المُخصّصة لنشاطات الأبحاث والسيطرة. مع ذلك، سوف يتطلب عكس الاتجاه لانتشار الملاريا التزامات مالية وسياسية مستدامة لزيادة البرامج الناجحة والاستثمار في أبحاث يمكنها أن تقوّي جذرياً تلك الجهود.

ولأنّ توزع حالات الملاريا يختلف بشكل كبير بين منطقة وأخرى، فإنه ينبغي تفصيل برامج مكافحتها على قياس الاحتياجات المحلية. ويمكن دمج أشكال مختلفة من التدخل في الاستراتيجيات المحلية، بينها:

- توزيع ناموسيّات معالّجة بمبيدات الحشرات لسكان المناطق التي تعاني من نسبة خطر عالية، وضمان إعادة معالجة الناموسيّات سنوياً.
- تدريب عاملين صحيين من البيئة المحلية لتشخيص الملاريا ومعالجتها من خلال تأمين أدوات تشخيص بسيطة وحمّيات علاجية معدة سلفاً.
- ضمان تلقيّ الأولاد والحوامل علاجاً وقائياً كجزء من التلقيح الروتيني والرعاية الصحية الجنينية (مع أن هذه الأخيرة تقترض نظاماً صحياً فعالاً).
- تأمين عقاقير مضادة للملاريا بالترافق مع تقليص احتمال الطفيليات المقاومة لها.
- استعمال أساليب جديدة لتسهيل عملية إيصال الخدمات إلى السكان، باستخدام خرائط تُعيّن توزّعهم وأماكن المنشآت الصحية وشبكات النقل. وهناك أيضاً أدوات تساعد على التكهن بأوبئة الملاريا - مما يجعل جهود السيطرة في المناطق التي ينتشر فيها الوباء أفضل توقيتاً وأكثر فعالية.
- ثمة حاجة ملحّة أيضاً لرفع مستوى الأبحاث بهدف إيجاد عقاقير ولقاحات جديدة، لأن المقاومة التي طوّرها الوباء للعلاجات الحالية باتت تقلّل من فعاليتها. وقد جمعت الشراكات بين القطاعين العام والخاص، مثل شركة «مشروع العقاقير للملاريا»، بين العلماء والموارد المالية والقدرة الإدارية لتسريع عملية تطوير عقاقير جديدة. أخيراً، ينبغي زيادة الطاقة الاستيعابية للأنظمة الصحية بصورة كبرى لضمان أن العقاقير الموجودة، أو تلك التي يتم تطويرها، يجري إيصالها بفعالية إلى السكان.

**السلس.** لا يزال السلس، بعد نصف قرن من بدء استعمال العلاج الفعّال بالمواد الكيميائية، يقتل نحو مليوني شخص سنوياً - مما يجعله، إلى جانب الأيدز/

المصابات بفيروس نقص المناعة/ الأيدز ارتفاعاً مطّرداً من 41 بالمئة عام 1997 إلى 50 بالمئة في نهاية العام 2002. وفي الجزء الجنوبي من إفريقيا، يزيد احتمال إصابة الشباب بفيروس نقص المناعة على احتمال إصابة الشباب في المجموعة العمرية نفسها بأربع إلى ستّ مرات. لذا، ينبغي أن تتصدى برامج الوقاية من المرض ومعالجته، وبشكل صريح، للأوضاع التي تجعل جماعات معيئة أكثر عرضة للإصابة به وأقل احتمالاً للسعي إلى الرعاية الصحية. وتستطيع القيادة القوية للجماعات المحلية؛ من خلال مناقشة التصرفات والقيم التي تزيد انتشار فيروس نقص المناعة/ الأيدز، مثلاً، أن تساعد على توليد تجاوبات مقبولة محلياً.

كما أن هناك حاجة إلى القيادة القوية لمعالجة النظم الصحية المشوّشة والمرهقة التي تعاني نقصاً هائلاً في التمويل، بهدف تعزيز تجاوبات قطاعات متعددة من المجتمع مع محاربة الوباء، والاستثمار في تقانات وقائية فعّالة (مثل الواقيات الذكرية والإبر الطبية التي تُستعمل مرة واحدة)، وزيادة كفاءة العاملين الصحيين والاجتماعيين عبر تدريب أفضل. وساعد جهوداً كهذه قيام تعاون بين البلدان النامية للسيطرة على فيروس نقص المناعة/ الأيدز؛ حيث تُشرك تايلاند، مثلاً، كمبوديا في خبراتها العملية، كما تشعل البرازيل مع جاراتها.

إضافة إلى ذلك، ينبغي تكثيف جهود الوقاية للحد من انتشار المرض. وعلى الرغم من أن برامج السيطرة سوف تتباين من مكان إلى آخر بناء على الاحتياجات المحلية، فإن هنالك تدخلات فعّالة عديدة متوافرة (أنظر الإطار 4.6)؛ إذ مكّنت الوقاية الفعّالة بلداناً عدة من تحقيق تقدّم مدّهب في تخفيض نسب الإصابة بالمرض. كذلك يتلقّى العلاج الموسّع دعماً كبيراً على نطاق واسع - أبرزه من منظمة الصحة العالمية، التي وضعت العقاقير المعالّجة للفيروسات الدوّارة ضمن لوائح عقاقيرها الأساسية وأصدرت توجيهات للعلاج حيثما تكون الموارد محدودة. لكنّ ثمة قيوداً هامة جداً على رفع مستويات هذه البرامج قائمة فعلاً؛ وينبغي أن يكون الجدول الزمني لتوسيع نطاق المعالجة طموحاً، مع كونه في الوقت ذاته واقعيّاً. وقد أدّى إشراك مجموعات متنوعة في التخطيط والتطبيق إلى إعداد برامج علاجية ناجحة في البرازيل وتايلاند وأوغندا.

تقيّد الأنظمة الصحية الضعيفة عملية توسيع العلاج بصورة فادحة، لأن ضمان مطاوعة المريض لحمّيات العلاج ومراقبة مقاومة العقار سيتطلبان أعداداً أكبر من المهنيين الصحيين المدربين جيداً، وتوزيعاً جديداً للعقاقير وأنظمة الخزن، والمزيد من العيادات والمختبرات في المناطق ذات النسب العالية من الإصابة.

**الهدف السادس: قلب الاتجاه في انتشار الملاريا وأمراض رئيسية أخرى**  
تعدّ الملاريا والسلس من بين الأمراض المعدية الرئيسية المؤدّية إلى وفيات بين الباليين، لا سيما في البلدان



الصحي من دون زيادة العائدات من مصادر أخرى. كما أنه لا توجد لدى البلدان الفقيرة المثقلة بالديون، على نحو خاص، المساحة الضريبية لزيادة الإنفاق الاجتماعي. ومع ذلك، تشكل الخدمات الأساسية في بلدان كهذه أقل من نصف الإنفاق العام على التعليم والصحة<sup>101</sup>. (يوصف دور القطاع الخاص في الرعاية الصحية في الفصل الخامس).

ما الذي يمكن أن تفعله الحكومات في مواجهة القيود الضريبية الصارمة؟ أحد مصادر التمويل الإضافي هو المساعدة الرسمية للتنمية؛ الأخذ في الاعتبار بالنسبة إلى مجال الصحة - مع التزامات بما معدله 3.6 بليون دولار سنوياً في 1999-2001، من 3.3 بليون سنوياً في 1996-1998. مع ذلك، فإن المساعدة الرسمية للتنمية في مجال الصحة تساوي 0.01 فقط من كل مئة دولار في إجمالي الناتج المحلي للدول المانحة - وهي نسبة أقل بكثير حتى مما يكفي لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية في البلدان النامية. في الفترة 1996-1998، أمتت مؤسسات متعدّدة الأطراف ما معدله 872 مليون دولار في السنة للمساعدة الرسمية من أجل التنمية المرتبطة بالصحة، غير أن ذلك انخفض بين 1999 و2001 إلى 673 مليوناً في السنة<sup>102</sup>. لكن الالتزامات بالخدمات الصحية الأساسية كانت 264 مليون دولار سنوياً في 1996-1998، وبقيت إلى حد بعيد على المستوى نفسه (249 مليوناً في السنة) في 1999-2001.

في نهاية التسعينات، ذهب 37 بالمائة من المعونات الصحية، التي قدمها أعضاء لجنة مساعدات التنمية التابعة لمنظمة التعاون والإنماء الاقتصادي، إلى الخدمات الصحية الأساسية؛ 23 بالمائة للصحة العامة، والباقي للصحة التناسلية (الرسم 4.4). بالتالي، وعلى عكس الحالة بالنسبة إلى التعليم، فإن المساعدة الرسمية للتنمية في مجال الصحة تتركز على الخدمات الأساسية - وهذا أمر جيد لتحقيق الأهداف. وقد ارتفعت خلال التسعينات مساعدات الإنماء الرسمية في الصحة التناسلية من 572 مليون دولار إلى 897 مليوناً في السنة<sup>103</sup>.

### اللائنصاف - وما يمكن الفعل حياله

كيف ينبغي أن توزع الميزانيات الصغيرة المخصصة للصحة على الخدمات والمستفيدين منها؟ تُعتبر هذه القضية أساسية في ما يتعلق بالإنصاف، لأن الخاسرين اليوم هم الفقراء. فقد وجدت دراسة استطلاعية حديثة العهد للبلدان النامية أن في كل حالة، في هذا المجال، يحصل أفقر عشرين بالمائة من

السكان على أقل من عشرين بالمائة من فوائد الإنفاق الصحي العام؛ كما يتلقون أقل مما يتلقاه أغنى عشرين بالمائة (الذين يشملون في بلدان عديدة نسبة كبيرة من الطبقة الوسطى)<sup>104</sup>.

لكن الإنفاق على الخدمات الصحية الأساسية يوزع على نحو أكثر إنصافاً مما هو عليه الإنفاق الصحي العام. وفي بعض البلدان، يستعمل الفقراء المنشآت الصحية الأولية بنسب غير ملائمة. ففي كينيا، يتلقى العشرون بالمائة الأشد فقراً 22 بالمائة من الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية الأولية؛ مقارنةً بنسبة 14 بالمائة من إجمالي الإنفاق الصحي. وفي تشيلي - البلد ذي الأداء الرفيع في مجال الصحة - يتلقى العشرون بالمائة الأشد فقراً 30 بالمائة من الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية. في كوستاريكا، البلد الآخر الرفيع الأداء، يتلقى العشرون بالمائة الأشد فقراً 43 بالمائة<sup>105</sup>. وبالتالي، إذا كان المراد إفادة الفقراء، فإن موارد إضافية ينبغي أن تذهب إلى الرعاية الصحية الأولية.

يظهر التأثير القوي للإنفاق الأكثر إنصافاً من خلال النتائج الصحية. ففي البلدان التي يموت فيها أقل من 70 طفلاً في الألف قبل سن الخامسة، يتلقى أفقر 20 بالمائة أكثر من 25 بالمائة من الإنفاق العام على الرعاية الصحية الأولية - بينما في البلدان التي تتجاوز فيها نسبة وفيات الأطفال 140، يحصل العشرون بالمائة الأشد فقراً على أقل من 15 بالمائة. علاوة على ذلك، أن في البلدان ذات النسب المرتفعة من وفيات الأطفال تقل حصة العشرين بالمائة الأشد فقراً من استعمال المستشفيات عن 10 بالمائة، فيما تبلغ حصة العشرين بالمائة الأكثر ثراء نحو 40 بالمائة<sup>106</sup>.

حينما تكون الموارد محدودة، تتحمل المناطق الريفية الأقل نمواً وطأة النقص في العاملين الصحيين. علاوة على ذلك، فإن الجهود التي تُبذل لتوظيف عاملين صحيين في المناطق المحرومة لا تلقى النجاح غالباً. ففي كمبوديا، يعيش 85 بالمائة من السكان في مناطق ريفية؛ لكن 13 بالمائة فقط من فرق العمل الحكومية موجودة هناك. وفي أنغولا، يعيش 65 بالمائة من السكان في مناطق ريفية؛ لكن 15 بالمائة من العاملين الصحيين الحكوميين يعملون فيها<sup>107</sup>. في النيبال، ثمة 20 بالمائة فقط من مناصب الأطباء للأرياف مشغولة؛ بالمقارنة مع 96 بالمائة في المناطق الحضرية<sup>108</sup>.

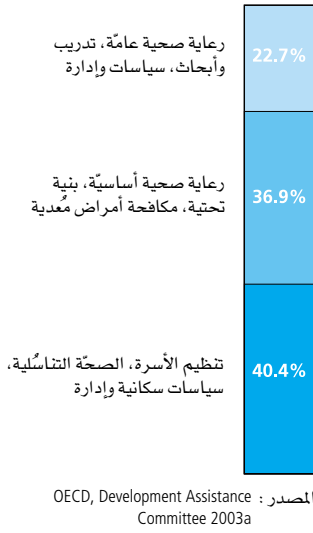
هناك إجراءات متعددة يمكن القيام بها لتدارك اختلال التوازن في تغطية الرعاية الصحية:

- زيادة عدد الممرضات، والمُسعفين، والعاملين الصحيين الأهليين. إن الممرضات والقابلات المدربات

الرسم 4.4

### حصة كبيرة من المعونة للصحة تذهب إلى خدمات أساسية

المعونة للصحة من الدول الأعضاء في لجنة مساعدات التنمية



## عدم الفعالية - وما يمكن الفعل حياله

ما لم يتحسن أداء الأنظمة الصحية، فإن أي تمويلات إضافية قد تُهدر.

### التركيز على التدخلات الضرورية

تقليدياً، حاولت الحكومات المنفردة إلى النقد أن تزيد من الرعاية الصحية بالحد من الميزانيات الأخرى - وليس من خلال توجيه الموارد إلى عِلل أو أمراض محددة. وثمة نهجٌ مختلف في هذا المجال هو تقنين التمويلات، على أساس تدخلات ضرورية. وقد انتهجت المكسيك هذا الأسلوب، وتبدأ كولومبيا وزامبيا الآن في اتّباعه<sup>109</sup>.

### اتّباع نهج متكاملة

أطلقت حملات القضاء على الملاريا والجديري في الستينات تجاهاً عاماً نحو فرض برامج عمودية على الأنظمة الصحية في البلدان النامية، تُحَفِّزها الهياتُ وتنحصر في أمراض محددة. ومنذ الثمانينات - مع إطلاق برامج الضبط البنيوية الضخمة، وبخاصة منذ حملة منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة للحصن على تلقيح شامل لكل أطفال العالم (1985-90) - أمال المانحون التوازن حتى أكثر من ذلك نحو جهود كهذه. ومع التفشي المتزايد للسل والملاريا وفيروس نقص المناعة / الأيدز، تُعزِّز هذا الاتجاه أكثر فأكثر.

تنطوي برامج كهذه على مخاطر، لأن الموارد تتركز في تلك المجالات على حساب النظام الصحي برمته؛ وقد تُتلف جهودُ الرعاية الصحية العامة خارج هيكلية عمودية كهذه. وحتى البرامج العمودية، التي من المكلف الحفاظ عليها، يمكن أن تتهدد إذا ما اخذت تمويلات المانحين. كما أن كلفة البرامج العمودية قد لا تكون محمولةً وحصيفة إلا بالنسبة إلى الأمراض التي توجد احتمالات منطقية باستئصالها خلال فترة منظورة.

ينبغي دمج برامج الأمراض المحددة بالبنى الصحية كلها، كما تُظهر التجربة الناجحة للهند في برنامج السل (الإطار 4.8)؛ لكن خدمات صحة الأمومة والطفولة تصرخ هي الأخرى مطالبةً بالدمج والتكامل. فقد ركزت الرعاية الصحية الأولية في العديد من البلدان على تنظيم الأسرة، على حساب الخدمات الصحية للأمومة والطفولة. ولتفادي وفيات أمومية إضافية، ينبغي ربط الرعاية خلال الحمل، وبخاصة خلال الولادة، بأنظمة موثوقة تضمن توفير علاج متقدم في حالات الولادات الطارئة.

والعاملين الصحيين الأهليين هم أوصال النظام الصحي، إذ يوفرون الامتداد الضروري للخدمات الصحية التأسلية الناجحة. على سبيل المثال، يوجد عادةً في البلدان الرفيعة الأداء - التي تكون فيها متوسطات العمر المتوقع عاليةً، والوفيات دون سن الخامسة منخفضةً، بالنسبة إلى معدلات البلدان النامية - عددٌ أكبر من الممرضات لكل طبيب. قارن بين زيمبابوي (9.5 من الممرضات لكل طبيب في 1990) وتايلاند (4 في 1990) وبنغلادش (1 في 1990). وتؤكد البياناتُ الأحدثُ عهداً هذه الملاحظة<sup>109</sup>.

● استعمال عقود الخدمات للحصول على موظفين طبيين لقضاء عدد من السنوات في الخدمة العامة. طُبِّقت مثل هذه العقود، الشائعة في أميركا اللاتينية، في الفلبين وتنزانيا أيضاً. وفي السبعينات طلبت ماليزيا، البلد الآخر الرفيع الأداء، من كل الحاصلين على شهادات طبية العمل ثلاث سنوات لحساب الخدمات الصحية الحكومية - مما مكَّنها من إرسال أطباء إلى مناطق ريفية كانت مهملة من قبل. إضافة إلى ذلك، ضمنت السياسات أن تتلقى المجموعات الأشد فقراً حصة أكبر من الإنفاق الصحي العام مما تتلقاه الطبقتان الوسطى والعليا<sup>110</sup>.

● ايجاد مانحين لتمويل بعض التكاليف الدورية. أوصت منظمة الصحة العالمية برزمة من الخدمات الصحية الضرورية للبلدان النامية، بما في ذلك الصحة العامة والتدخلات العيادية؛ غير أنه لا يمكن تأمين هذه الرزمة من دون فرق عمل إضافية. لذا، ينبغي أن يغطّي المانحون بعض تكاليف فرق العمل الدورية.

الإطار 4.8

### دمج البرامج العمودية في النظم الصحية العاملة

وما إن يتخذ قرار إطلاق البرنامج في مقاطعة ما، حتى تُشكل وزارة الصحة جمعيةً تُوظف عدداً من العاملين وتضمهم إلى وحدة معالجة السل - لتلبية احتياجات 500 ألف شخص. كما تدرّب حكومة الولاية الأطباء وتوظف تقنيي المختبرات، في حين تؤمّن الحكومة المركزية توجيه السياسات، والعقاقير والمجاهر؛ بمعونة مالية من البنك الدولي والمانحين الشائينين.

ثمة مستويات عديدة من الدعم والإشراف والمراقبة؛ إذ يقوم موظفون من الحكومة ومنظمة الصحة العالمية بزيارة مواقع العمل، كما يؤمّن الدعم لوحدة السل استشاريون تستخدمهم المنظمة ويكونون مزودين بالهواتف الخلوية / المحمولة ووصلات الإنترنت. وتقدم الحكومة تقريراً فصلياً وافياً حول أداء كل ولاية ومقاطعة.

من المرجح أن تُحقّق البرامج المخصّصة لأمراض محدّدة نجاحاً كبيراً لدى دمجها في بنية صحية عاملة، مثلما يظهر ذلك برنامج السل في الهند. فقد تم تدريب أكثر من 200 ألف عامل صحي، وأصبحت هناك فرصة لنحو 436 مليون شخص (أكثر من 40 بالمئة من مجموع السكان) في الحصول على الخدمات الصحية. كما حيل دون وقوع 200 ألف حالة وفاة، مع ادخارات غير مباشرة تزيد على أربعمئة مليون دولار - ما يفوق ثمانية أضعاف كلفة تطبيق البرنامج.

يعتمد برنامج الهند استراتيجية المساق القصير للعلاج تحت المراقبة المباشرة، «دوس»؛ فيستخدم البنية الصحية القائمة لكنه يمدّ أنشطتها بمزيد من الموارد والعاملين والعقاقير، ويؤدّ المرضى بالتشخيص الطبي والعلاج مجاناً.

المصدر : Khatri and Frieden 2002, pp. 1420-25

### ضمانُ العقاقير الجوهريّة للجميع - نجاحُ في بوتان

- تخفيض الهدر ورفع الفعالية، عبر وُزْش تأهيلية للمسؤولين حول الطرق المناسبة لخصن العقاقير والإدارة الملائمة.
- توفير العقاقير واللقاتح الجوهريّة للعموم مجاناً.
- يدير هذا البرنامج منذ العام 1993 فريقُ عملٍ بوتانيّ مع مساعدة ضئيلة جداً من الخبراء الدوليين. وتشمل النتائج:
- إمكانية حصول أكثر من 90 بالمئة من السكان على العقاقير الجوهريّة العالية الجودة، مع توافر 90 بالمئة من العقاقير الجوهريّة الأساسية المطلوبة.
- تخفيض مستوى الأخطاء على مستوى مسك دفاتر العقاقير من 76 بالمئة في 1989 إلى 14 بالمئة في 1997.
- تخفيض الهدر، حيث يُنفقُ 0.75 بالمئة فقط من ميزانية العقاقير على عقاقير تنتهي صلاحيتها قبل استعمالها.
- دفع أسعار أقل بكثير من جانب برنامج العقاقير الجوهريّة (الذي يحصل على 85 إلى 90 بالمئة من العقاقير)، تصل تقريباً إلى نصف معدّل الأسعار العالمية للعقاقير.
- تُظهر بوتان، المملكةُ الآسيوية الصغيرة المحاطة باليابسة، كيف تستطيع سياسة دواءٍ قومية متناغمة ومدعومة بمساعدة دولية منسّفة، أن تحقّق نتائج باهرة في تأمين العقاقير الطبية الجوهريّة. فحتى العام 1986، كانت إمدادات الدواء في بوتان تعاني من الفوضى والتوافرية السيئة، والنوعية المتقلّبة، والوصفات الطبية اللاعقلانية، والتكاليف العالية؛ ثمّ باشر البلدُ في تنفيذ برنامج للعقاقير الجوهريّة، بمساعدة مالية وتقنية مكثفة من منظمة الصحة العالمية وبلدان مانحة. وفي 1987، تمّ تبني سياسة دواءٍ قومية شاملة وتشريع يتيح تطبيق البرنامج. وتشتمل المكوّنات الأساسية للبرنامج على:
- تسهيلات قُطرية للحصول على العقاقير وتوزيعها.
- ضمان النوعية، عبر اختيار مزوديّ العقاقير بعناية واختبار النّشاج.
- وصفات طبية أكثر عقلانية، عبر وضع أدلة للعلاج المعياري يمكن الانطلاق منها؛ ومن خلال تدريب أفضل لتقنيّ الصيدلة والإشراف عليهم.

المصدر : 2 ، p. Stapleton 2000

يحصل كل السكان تقريباً في بلدان التنمية البشرية المتقدّمة على العقاقير الضرورية. وفي بلدان التنمية البشرية الوسطى، هناك مدى واسع جداً؛ في الصين يتلقّى 80 إلى 94 بالمئة من السكان هذه العقاقير (إعتماداً على المنطقة)؛ وفي الهند، من صفرٍ إلى 49 بالمئة. ولدى معظم بلدان التنمية البشرية المتدنية نسبةٌ منخفضة في الحصول على العقاقير (حدّتها منظمة الصحة العالمية بما بين 50 و79 بالمئة). ومع أن بوتان من بلدان التنمية البشرية المتدنية، فإنها نجحت في تأمين العقاقير الضرورية لما بين 80 و94 بالمئة من سكانها (الإطار 4.9).

وسيتطلب العديد من البلدان المنخفضة الدخل تمويلاً تنازلياً من المانحين لتأمين العقاقير الجوهريّة. وقد أمّنت البلدان الرفيعة الأداء هذه العقاقير الجوهريّة في المراكز الصحية العامة - محفّزة الطلب المحلي على خدمات أخرى من تلك المراكز. كذلك يؤدي اهتمام المستفيدين المتزايد بالنظام الصحي العام إلى تحسين الإشراف على العاملين فيه، من خلال مراقبة المجتمع المحليّ لهم.

### تأمين العقاقير الضرورية في العيادات لا يجتذب المرضى

تُعتبر العقاقير الفادحة في عدم ملاءمتها أحدَ الأسباب التي جعلت أنظمة الصحة العامة تعاني من الاختلال الوظيفي. فحين لا يتلقى المرضى عقاقير علاجية شافية، لا يبقى لديهم أيُّ حافز يُذكر لطلب الرعاية الصحية العامة؛ وهذا يقتل بدوره الطلب على الخدمات الصحية، مسبباً تغيّب المهنيين الطبيين والمُسعفين عن عملهم.

تعمل المنشآت الصحية العامة في أربع ولايات هندية - أندرا برادش، كيرالّا، تاميل نادو - بصورة أفضل، لأن العقاقير توزّع عبر شبكة الرعاية الصحية الأولية؛ مما يعطي المرضى سبباً لزيارة المنشآت. وفي بلدان أخرى، يمكن أن يساعد تأمين العقاقير الضرورية عبر منشآت لامركزية على إنعاش الأنظمة الصحية الأولية؛ كما يؤدي توفير الخدمات الشفائية إلى توسيع الخدمات الوقائية.

### إنجاز هدفي المياه والصرف الصحي

يُعتبر الحصول على المياه المأمونة والصرف الصحي الملائم أمراً حاسماً للبقاء على قيد الحياة. فالمياه ضرورية للبيئة والأمن الغذائي والتنمية المستدامة، كما يمكن للصرف الصحي الملائم أن يشكّل الفرق بين الحياة والموت.

### حجم المشكلة

في العام 2000، لم تكن لدى ما لا يقلُّ عن ألف ومئة مليون إنسان في العالم - قرابة واحد من خمسة - فرصة الحصول على المياه المأمونة<sup>112</sup>؛ وكان ضِعفهم

### أهداف التنمية للألفية وغاياتها

- الهدف السابع: ضمان الاستدامة البيئية
- الغاية 9: دمج مبادئ التنمية المستدامة في سياسات البلد وبرامجه، ومضادة خسارة الموارد البيئية
- الغاية 10: بحلول العام 2015، إنقاص نسبة المتدني فرصة الحصول على مياه الشرب المأمونة إلى النصف
- الغاية 11: بحلول العام 2020، تحقّق تحسُّن هامّ في حياة ما لا يقلُّ عن مئة مليون من القاطنين في أحياء فقيرة مكتظة

أهداف التنمية الأخرى للألفية، معالجة الإنصاف بين الجنسين. فالنساء والبنات الإفريقيات يُضن ثلاث ساعات يومياً في جلب المياه؛ صارفات بذلك أكثر من ثلث سعراتهن الحرارية. وتُبقى أعمال منزلية كهذه العديد من البنات خارج المدرسة - وإذا ما ذهبن إليها، فإن استنفاد الطاقة اللازمة للقيام بأعمالهن المنزلية يقوّض أداءهن المدرسي على نحوٍ خطير. علاوةً على ذلك، أنه حين يمرض أفراد آخرون من الأسرة، غالباً بسبب المياه أو أمراض مرتبطة بالصرف الصحي، فمن الأرجح أن تُترك البنات في البيت لرعايتهم. وعندما توجد حاجة إلى المياه في المدارس، تُرسل البنات لجلبها؛ مما يقلص من أوقات لعبهن ودراستهن.

تشتمل أولويات السياسة الخاصة بإنجاز هدفي المياه والصرف الصحي على:

- زيادة الموارد. تتوفّر تقانات منخفضة الكلفة لزيادة فرص حصول الأسر والمجتمعات المحلية على المياه المأمونة والصرف الصحي؛ لكن الحكومات التي يُعوّزها النقد تجد البنية التحتية لمعالجة فضلات المياه باهظة التكاليف للغاية، سواء لتركيبتها أم لصيانتها.
- زيادة الإنصاف. لا يستطيع الفقراء، غالباً، أن يتحمّلوا تكاليف المياه والصرف الصحي، لأن المستعملين الأيسر حالاً لا يدفعون ما يكفي. وفي الأسر الفقيرة، تعاني النساء والبنات، أكثر من غيرهن، صعوبة الحصول على المياه والصرف الصحي.
- زيادة الصيانة المناسبة. في أغلب الأحيان لا تتم صيانة شبكات المياه والصرف الصحي بشكل جيد من جانب الحكومات؛ كما أن هذه الشبكات لا تلبي الاحتياجات المحلية.
- الحد من الضرر البيئي. تتطلب إمدادات المياه المستدامة استعمالاً عقلانياً للمياه - لا سيما في الزراعة.

### تقانات مناسبة للاستعمال الفعال

في إمدادات المياه، تشتمل التقانات الخفيفة والمتدنية الكلفة على التوصيلات المنزلية، والأنابيب الرأسية العامة، والحفر الجوفية، وتجميع مياه الأمطار، والآبار والينابيع المحمية. وهذه التقانات أفضل بكثير من البدائل الأخرى مثل المياه المعبأة، وتزويد المياه بالصهاريج، والينابيع والآبار غير المحمية. فبعض هذه البدائل غير مأمون، في حين أن بعضها الآخر غير ملائم؛ لأن من غير الممكن توفيره بكميات كافية. في الصرف الصحي، هناك حاجة ملحّة إلى تأمين التقانات التي يريد الناس استعمالها؛ لأن القرارات حول الصرف الصحي تُتخذ على مستوى الأسرة. ولا تحتاج الأسر إلى من يقنعها بفضائل البئر

(2.4 بليون شخص) مفتقراً إلى الصرف الصحي المحسّن<sup>113</sup>. ففي آسيا، تبلغ نسبة السكان الذين لا يحصلون على مياه مأمونة 65 بالمئة؛ وفي إفريقيا، 28 بالمئة. أما بالنسبة إلى الصرف الصحي، ففي آسيا 80 بالمئة من السكان محرومون من خدماته؛ وفي إفريقيا، 13 بالمئة<sup>114</sup>.

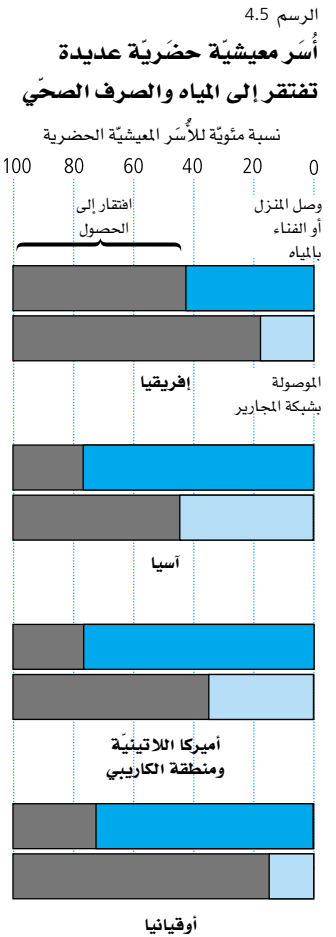
حدثت بعض التطورات الإيجابية خلال التسعينات: فقراءة 438 مليون شخص في البلدان النامية تمكّنوا من الحصول على المياه المأمونة، وقراءة 542 مليوناً في المناطق الحضرية حصلوا على الصرف الصحي المناسب<sup>115</sup>. ولكن بسبب النمو السكاني السريع، ازداد عدد سكان المدن الذين يفتقرون إلى الحصول على المياه المأمونة بما يقارب 62 مليوناً<sup>116</sup>.

في المدن الأوروبية والأمريكية الشمالية الرئيسية، هناك أكثر من 90 بالمئة من مساكن الأسر موصولة بمياه الضخّ ومجري الصرف الصحي؛ لكن الوضع يختلف كثيراً في بقية أنحاء العالم. فإذا اعتُبر الصرف الصحي الملائم مجرد مرحاض موصول بمجرور، فإن هناك نقصاً كبيراً في الصرف الصحي الملائم عبر العالم النامي كله - حتى في المدن الكبرى. كما أن شمولية الصرف الصحي أسوأ بكثير من شمولية المياه في كل إقليم (الرسم 4.5).

تجاوز عدد الأطفال الذين أماتهم الإسهال خلال التسعينات - كنتيجة للماء والصرف الصحي غير المأمونين - عدد الذين قُتلوا في النزاعات المسلحة منذ الحرب العالمية الثانية<sup>117</sup>. علاوةً على ذلك، فإن نصف مستشفيات العالم يشغلها مرضى مصابون بأمراض انتقلت إليهم من المياه؛ مما يعني أن هناك خدمات علاجية مكلفة تُستعمل لمعالجة أمراض كان من الممكن منعها بسهولة.

في جنوب آسيا، تتوفّر فرص الحصول على الصرف الصحي الملائم لنسبة 37 بالمئة من السكان فقط. فثمة مليون وأربعمئة ألف تقريباً من سكان المنطقة لا يزالون يتبرّزون في العراء، أو يستخدمون المراحيض الدلّائية غير المزودة بأسباب النظافة<sup>118</sup>. ويُعتبر الحصول على المياه المأمونة أشدّ المشكلات وطأةً في إفريقيا جنوب الصحراء، إذ لا تتوفّر إلا لمجرّد 57 بالمئة من السكان<sup>119</sup> - وهو معدّل يضعه هوات شاسعةً بين المناطق الريفية والحضرية<sup>120</sup>.

ويعاني سكان الأرياف الفقراء من الافتقار إلى المياه المأمونة أكثر من غيرهم، لأنهم يعتمدون عموماً على موارد الأرض والمياه لاستدامة سبل عيشهم. أما سكان المدن الفقراء، فيُعانون أكثر من عدم ملائمة الصرف الصحي الذي يزداد سوءاً بسبب اكتظاظ المدن. تتطلب زيادة إمكانات الحصول على المياه المأمونة والصرف الصحي أيضاً، كما هي الحال بالنسبة إلى



المصدر: WHO, UNICEF and WSSCC 2000

### خدمات معقولة التكاليف للصرّف الصحي في الهند

صيانته. وهناك أيضاً إمكانية عالية لرفع درجته، لأن من السهل وصله بشبكة للصرّف الصحي؛ عندما تبني مثل هذه الشبكة في المنطقة. ومنذ العام 1970، بُني ما يزيد على مليون مرحاض من هذا النوع داخل المنازل. إضافة إلى ذلك، رُكّب 5500 من المراحيض العامة بالأجرة؛ يعمل في كل منها على مدار الساعة موظف يؤمّن صابون غسل اليدين. وتتضمن المراحيض العامة تسهيلات للاستحمام وغسل الملابس، وتوفّر خدمات أخرى مجانية للأطفال والمعاقين والفقراء. نتيجة لذلك، حصل أكثر من عشرة ملايين شخص على سبيلٍ محسّنة ومنخفضة التكلفة للصرّف الصحي، وتمّ توفير 50 ألف وظيفة. كذلك تؤمّن حملات التوعية، التي تقوم بها سولاب من منزل إلى منزل، تعليماً صحياً مجاناً للملايين الأشخاص. وتدرّب المنظمة السكان المحليين على بناء المزيد من المراحيض بأنفسهم. كما تساعد في إقامة - وصيانة - مراحيض عامة تُستعمل لقاء رسمٍ معيّن في الأحياء الفقيرة ومناطق أخرى.

لا يزال الكثير من التغطّي في الهند يتم في الخلاء؛ لكن العمل الرائد الذي قامت به منظمة سولاب الدولية، وهي منظمة غير حكومية، أظهر أنه يمكن التخلص من القاذورات البشرية بكلّية محمولة وبطريقة مقبولة اجتماعياً. ويبنى نهج سولاب على أساس إنشاء شراكة مع الحكومات المحلية مدعومة بمشاركة أهلية؛ وقد حسّن إلى حد كبير النوعية البيئية في أحياء المدن والأرياف التي يسكنها الفقراء. إن حلّ سولاب هو مرحاضٌ قليل التكلفة، مانعٌ لتسرّب دقّق مياه التنظيف ومزودٌ بحفرتيّ ترشيحٍ للتخلص بسرعة، وفي المكان نفسه، من القاذورات البشرية. ويمكن للفقراء تحمّل تكاليف هذه التقنية، لأنّ التصاميم تناسب مختلف مستويات الدخل. فعملية دقّق ماء التنظيف تتطلب ليترين من المياه، مقارنةً بالمراحيض الأخرى التي تحتاج إلى عشرة لترات. علاوةً على ذلك، فإنّ الجهاز لا يتعطّل إطلاقاً عن العمل لوجود حفرتين؛ يمكن استعمال إحداها بينما يتم تنظيف الأخرى. كما يمكن بناء المراحيض بمواد متوافرة محلياً، ومن السهل

المصدر: WSSCC 2002, 2003

لا يغطّي عادةً إلا جزءاً فقط من رأس المال والتكاليف الدورية للبنية التحتية والخدمات المائية؛ فيما تُغطّي الهوة التمويلية بالعائدات الضريبية وتمويل المانحين. ومع الالتزام السياسي وتوفّر المال، يصبح من الممكن زيادة فرص الحصول على المياه المأمونة؛ كما أثبتت ذلك جنوب إفريقيا في التسعينات (الإطار 4.11).

يكافح العديد من البلدان النامية لتسديد كلفة البنية التحتية للمياه والصرّف الصحي، حيث التمويل من التدفق النقدي لخدمات المياه متقلقل على نحوٍ خاص<sup>122</sup>؛ والرسوم غير الملائمة تمثّل مشكلةً كبرى. لكن من غير الممكن لمدّ أنابيب المياه والصرّف الصحي إلى المساكن أن يتقدّم، في غياب بنية تحتية أساسية. ومن دون مجاري صرفٍ مغطاة ومنشآتٍ علاجية، فإنّ فضلات المياه تتدفق عادةً عبر المجاري والقنوات المفتوحة؛ مسببةً أخطاراً صحيةً وملحقةً أضراراً بالبيئة. لقد تدنّى الاستثمار الدولي الخاص في خدمات المياه بعد بلوغه الذروة في فترة 1996-1999، والسبب الواضح هو أنّ العائدات من هذه الخدمات متدنية للغاية<sup>123</sup>. إضافة إلى ذلك، تتطلب مشاريع المياه استثمارات أولية أضخم مما تتطلبه مشاريع الكهرباء والاتصالات والغاز الطبيعي. وتشكّل تخفيضات قيمة العملة - كما حصل في الأزمة الاقتصادية للأرجنتين منذ عهد قريب - تشبيطاً آخر للعمل.

خلال التسعينات، حُصّص ما معدله ثلاثة بلايين دولار سنوياً من مساعدة الإنماء الرسمية لمشاريع المياه

أو الأنابيب الرأسية، لكنها قد تحتاج إلى من يُقنعها بفضائل الصرّف الصحي في المكان عينه، وإلى من يزودها بتربية ملائمة في الصحة والنظافة. وأفضل طريقة لذلك هي عبر المنتجات التي تلبّي حاجة المستهلك على صعيديّ السعر والنوعية (الإطار 4.10). وتشتمل التقانات المناسبة على مراحيض مزوّدة برشاشات مياه، ومراحيض حفّرية بسيطة، ومراحيض حفّرية مهوّاة، وإمدادات إلى أحواض العفن أو مجارٍ عامة مغطاة. وفي المناطق الريفية، يكون التخلص من القاذورات عبر التسميد مناسباً في بعض الأحيان.

من الممكن أن تتحمل الجماعات الفقيرة كلفة مثل هذه التقانات وصيانتها. وقد اتخذت حكومات في الماضي منهج العمل من الأعلى نزولاً؛ مركّبة مضخّات يدويّة وآباراً أنبوبية وحتى مراحيض حفّرية مهوّاة، بصرف النظر عما إذا كان هناك طلب عليها أم لا. وبتنتيجة ذلك، أهملت المجتمعات عموماً الحفاظ عليها أو اعتمدت على الحكومة للقيام بذلك. ولكن حين تشترك المجتمعات المحلية - ولا سيما النساء - في تزويد المنشآت وتمويلها، وتدرّب على صيانتها، فإنّ الملكية والاستدامة تزدادان.

تُحجّم معظم سلطات المدن عن الاستثمار في الصرّف الصحي الأساسي، من دون معالجة التحديات الأوسع لقنوات الصرّف والتخلص من القاذورات الصلبة. وفي البلدان النامية، قلّمًا تعالج المياه المبتدّلة قبل إعادةتها إلى البيئة؛ لكن معالجة فضلات المياه مكلفةً أكثر بكثير من مجرد تأمين منفذ للمياه المأمونة والصرّف الصحي المنزلي. وهناك بالتالي حاجة إلى إجراء أبحاث عن سبيلٍ عملية ومحمولة التكلفة لخدمات الصرّف الصحي على نطاق شامل.

ربما يكون ضرورياً أيضاً قبولُ زيادة في التلوث البيئي، كخطوة أولى نحو تحسين الصرّف الصحي. ففي أوروبا وأميركا الشمالية، مثلاً، جاء تحسين الصرّف الصحي المنزلي في البدء على حساب تلويث الأنهار ومجاري المياه.

### الموارد المحدودة - وما ينبغي الفعل حيالها

في البلدان النامية، يموّل القطاع العام المحلي 65 إلى 70 بالمئة من البنية التحتية للمياه، والقطاع الخاص المحلي 5 بالمئة؛ كما تؤمّن الجهات المانحة 10 إلى 15 بالمئة، والشركات الدولية الخاصة 10 إلى 15 بالمئة<sup>124</sup>. وفي 90 بالمئة من البلدان النامية، يوفّر القطاع العام خدمات المياه والصرّف الصحي. كما تأتي التمويلات من المستعملين الذين يسدّدون الفواتير للسلطات المحلية - المزوّدة الاعتيادية للخدمات - لكن استرداد التكاليف

## الإلّاإنصاف - وما ينبغي الفعلُ حيااله

لماء جزء من الثغرة التمويلية بُعية إنجاز هدفي المياه والصرف الصحي، يجب تخفيض التكاليف وزيادة العائدات من المستهلكين. ولتخفيض التكاليف، ينبغي للسلطات المحلية أن تحسّن إدارتها - وهو أمرُ ينبغي أن يُرْفَد بدعم إضافي من المانحين وتبادلاتٍ بين البلدان النامية.

بالنسبة إلى العائدات، لا تضع السلطات المحلية عادة تكاليف رأس المال ضمن سياسات استرداد التكاليف - ولا تستردُّ إلاّ جزءاً من التكاليف الدورية. وقد اقترح بأن «الهدف المثالي الطويل الأجل لقطاع المياه والصرف الصحي هو الاسترداد الكامل للتكاليف من المستهلكين»<sup>129</sup>. ففي ظلّ استراتيجية كهذه، يسدّد المستهلكون الحضريون كامل تكاليف الاستثمارات، بينما لا يشارك المستهلكون من سكان الأرياف والضواحي في تكاليف رأس المال. وبالنسبة إلى تكاليف التشغيل والصيانة، يسدّد المستهلكون الحضريون جميع التكاليف، ويفعل المستهلكون من أهل الضواحي ذلك حيثما أمكن؛ فيما يسدّد المستهلكون الريفيون جزءاً من التكاليف الدورية.

لكن نهجاً كهذا لن يكون منصفاً. وما دامت الفوائد الاجتماعية من المياه المأمونة والصرف الصحي الملائم تتجاوز التكاليف بكثير، فثمة حجة قوية على الحاجة إلى سياسةٍ شعير تعكس الاستفادة الأوسع للجميع من نتائج الخدمات؛ مثل تخفيض حدوث الإسهال. ويعني هذا الأمر أن أولئك الذين لديهم تمديدات منزلية مباشرة ينبغي أن يسدّدوا الكلفة كاملة؛ لكنهم هم اليوم الذين يسدّدون ما دون الكلفة - ويتلقّون الإعانات الأعظم. ويمكن لفرض الرسوم الكاملة عليهم أن يؤلّد موارد للقطاع، ويجعل من الممكن تمرير الإعانة إلى المتفقيرين للماء والصرف الصحي المحسّنين؛ أو للذين هم أقل قدرة على السداد. ومثل هذه الإعانات المنتقلة ممكنة أيضاً، إذا ما فُرِضت رسوم أعلى على المستهلكين الصناعيين والزراعيين.

وفقاً لمستويات الفقر في الضواحي والمناطق الريفية، ينبغي أن يكون هناك استردادٌ جزئي للتكاليف الدورية. فالفقراء في مناطق عدة، يدفعون حالياً أسعاراً باهظة لبائعي المياه. وكثيراً ما يكون شكلُ ما من استرداد الكلفة مرغوباً فيه، لا لتوليد الموارد بقدر ما هو لضمان الاستعمال الفعّال. ويجب أن تُشجّع المجتمعات المحلية على تأمين العمالة، لضمان التركيب السريع للمضخات اليدوية والمراحيض العمومية.

كم يصعب على الفقراء تغطية تكاليف البنية التحتية للمياه والصرف الصحي؟ لنأخذ مثلاً على ذلك من بوليفيا، وبعض تقديرات الكلفة على المياه والصرف الصحي من مشروع في إل التوتو:

### جنوب إفريقيا و«الحق» في المياه

- اتبعت الحكومة الجديدة بسرعة برنامجاً لأعمال ذات رأس مال مكثّف، كي تُعالج حاجات المناطق الأكثر حرماناً. وقد استفاد هذا البرنامج من تمويل حكوميّ ضخم ومن دعم أطراف عدة، بما فيها المنظمات اللاحكومية والشركات الخاصة والمجموعات الأهلية.
- أدى نقلُ المسؤوليات إلى الحكومات المحلية إلى منح السلطات المحلية سيطرةً أكبر على المشاريع، مما يسمح بتكييفها وفقاً للاحتياجات المحلية. على الرغم من هذه الانجازات، لا تزال جنوب إفريقيا تواجه عقبات في استدامة فرص الحصول على إمدادات المياه الأساسية وتوسيع نطاقها. وسيكون من الضروري استمرار الدعم المالي والسياسي الحكومي لضمان النجاح المستمر؛ لأن قابلية سياسة تأمين المياه الأساسية المجانية للتطبيق، مثلاً، تعتمد بدرجة كبرى على العائدات الحكومية - أيضاً على العدد المتوافر من الأسر الثرية المستعدة للمشاركة في تقديم العون المالي إلى الأسر الأفقر. إضافةً إلى ذلك، فإن التجارب المتفاوتة مع مشاركة القطاع الخاص جعلت مدى دوره في خدمة التزويد بالمياه غير أكيد في المستقبل.

في العام 1994، ومع وصول حكومة ديموقراطية جديدة إلى السلطة في جمهورية جنوب إفريقيا، كان ما يزيد على 15 مليوناً من مواطنيها يفتقرون إلى فرص الحصول على 25 ليترًا من المياه النظيفة يومياً ضمن مساحة 200 متر من منازلهم. وبحلول العام 2001، انخفض الرقم إلى سبعة ملايين شخص. كيف؟

- كان الدعم السياسي على أعلى المستويات جوهرياً. فدستور جنوب إفريقيا يضمن - كحق من حقوق الإنسان - الحصول على إمدادات المياه الأساسية وبيئة غير ضارّة بالصحة. ونتيجةً لذلك، جرى منذ عهد قريب تبني سياسة تضمن الحصول المجاني على إمدادات المياه الأساسية، وتؤمّن شهرياً لكل أسرة معيشية أول ستة آلاف لتر من المياه مجاناً.
- بيّنت القوانين والأنظمة الواضحة دور السلطات المختصة بالمياه ومزودّي هذه الخدمة. إضافةً إلى ذلك، ساعدت المعايير القطرية والتشريعات المماثلة على تنظيم نوعية المياه ومقايير العرفة المفروضة عليها.

المصدر : Millennium Project Task Force 2003; WSP 2002b

والصرف الصحي. وفي 1996-98، بلغ هذا التمويل السنوي 3.5 بليون دولار، لكنه انخفض في 1999-2001 إلى 3.1 بليون في السنة. وبقيت حصة المياه والصرف الصحي من إجمالي المساعدة الرسمية للتنمية مستقرّة نسبياً خلال التسعينات، مع ستة بالمئة من المساعدة الثنائية، وأربعة إلى خمسة بالمئة من المساعدة الأطراف. وأضاف الإقراض اللاتنازلي، وبخاصة من البنك الدولي، ما بين بليون وبلليون وخمسمئة مليون دولار في السنة. ووافقت اليابان غيرها إلى حد بعيد في أكثر الالتزامات جدية حتى الآن<sup>124</sup>.

كانت حصة تزويد المياه والصرف الصحي ثلاثة أرباع المعونات المرصودة لقطاع المياه بين عاميّ 1997 و2000. ويذهب معظم المعونة للمياه والصرف الصحي إلى شبكات ضخمة<sup>125</sup>؛ في حين أن ثمة عدداً قليلاً جداً من المشاريع التي تقوم على تقانات متدنية الكلفة وتقدّم أفضل الاحتمالات لزيادة إيصال الخدمات إلى الفقراء - المضخّات اليدوية، الأنظمة المغذّاة بالجادبية، تجميع مياه الأمطار، المراحيض<sup>126</sup>. بالتالي، ينبغي تغيير هيكلية المعونة للمياه والصرف الصحي. فعشرة بلدان تؤمّن نصف المساعدة الرسمية للتنمية في المياه، وبلدٌ مانحٌ واحد - اليابان - يؤمّن ثلث مثل هذه المعونة<sup>127</sup>. والأسوأ من ذلك أن 12 بالمئة فقط من المساعدة الرسمية للتنمية في المياه ذهب إلى بلدان، لدى أقل من 60 بالمئة من سكانها منافذٌ إلى مياه مأمونة<sup>128</sup>.

- معدل الدخل الشهري: 122 دولاراً (0.80 دولار في اليوم للفرد).
- تكاليف التوصيلات: 229 دولاراً للمياه التقليدية، 276 دولاراً للصرف الصحي (مع استثناء البنية التحتية للقنوات).
- تكاليف التوصيلات للتقانة المشتركة بمشاركة أهلية. 139 دولاراً للمياه، 172 دولاراً للصرف الصحي<sup>130</sup>. ثمة كلفة إضافية هامة على الأسر الفقيرة هي بناء حمام، أو ما يشبهه في المنزل، يتضمّن مرحاضاً. وكان معدل هذه التكاليف في إل إلتو 400 دولار إضافة إلى 16 يوم عمل. وهذه التكاليف لا تحسب فيها عادةً تكاليف استعمال المياه والصرف الصحي. وحتى مع توافر تمويلات قليلة، كانت التكاليف باهظة على معظم الفقراء؛ لكن تعلم أصول الصحة والنظافة أدى إلى زيادة الطلب على المراحيض بأكثر من ضعفين. وحيثما يكافح الفقراء لتغطية الرسوم، ينبغي مساعدتهم من خلال مخططات للتسليف. فمصرف غرامين في بنغلادش يوفر التسليفات للمياه والصرف الصحي، على أساس جماعي، منذ سنوات عديدة. تواجه النساء مشكلات تتعلق بأعباء العمل، والخصوصية، والسلامة، والنظافة الصحية؛ أكثر مما

يواجهه الصبيان والرجال - وبالتالي فهن أكثر اهتماماً منهم بتحسين الصرف الصحي. لكن النساء غالباً ما تكون لديهن موارد أقل؛ ولذا، فمن المهم إقناع الرجال بأن تحسينات الصرف الصحي تستحق ما يُبدل من أجلها. كما ينبغي أن تكون التحسينات محمولةً مالياً بالنسبة إلى أسر تَعيلها النساء، وغالباً ما تكون أموالها وموارد عملها أقل من الأسر التي فيها رجل وامرأة. وبما أن النساء، على الأرجح، أكثر معرفة بالتصميمات والمواقع المناسبة لاستعمالات النساء والأطفال، فمن الواجب أن يشارك الرجال والنساء في المعلومات واتخاذ القرارات.

تثبت النساء أيضاً أنهن أكثر موثوقية من الرجال في الحفاظ على المعدات، مثل المضخات اليدوية - ويعود السبب في ذلك جزئياً إلى أنهن في العادة مسؤولات عن جلب المياه للأسرة. وبالتالي ينبغي تشجيعهن على التدريب كبنائات وسمكريات، لأنهن في إرشادهن امرأة أخرى إلى الموضوع المناسب لبناء المرحاض في المنزل يكن أكثر ارتياحاً من إرشادهن رجلاً إليه. ومع توافر أعمال للنساء في مجال الصيانة، يصبح من غير المرجح أن يغادرن وسطهن الاجتماعي للبحث عن عمل في مكان آخر.

## في الخدمات الاجتماعية،

## وبخاصة الصحة والتعليم، يميل

## توزيع الموارد إلى الانحياز ضد

## الخدمات الصحية الأساسية

## والتعليم الأساسي

## الأولويات المتداخلة

تركز النقاش حتى الآن على أولويات السياسات القطاعية، بينما ينتقل التركيز هنا إلى أولويات السياسات التي تتداخل مع الأهداف لكل مجموعات البلدان.

## زيادة مستوى الإنفاق العام على الخدمات الأساسية وفعاليتها والإنصاف فيها

في معظم البلدان الغنية، تولد الحكومة أكثر من 40 بالمئة من إجمالي الناتج المحلي - أما في معظم البلدان النامية، فإن النسبة تقل عن 20 بالمئة؛ ومع التنمية، يتوقع أن يزداد حجم الحكومة. وتتطلب التحديات الهائلة، لتخفيض الفقر ومنع الوفيات ومكافحة الأمية، زيادة كبيرة في الإنفاق العام.

لكن من الصعب السير قدماً عبر عمل متعدد القطاعات في البلدان المتدنية الدخل، حيث عائدات الضرائب تساوي عادةً أقل من 15 بالمئة من الناتج المحلي الإجمالي. وسوف يتطلب إنجاز أهداف التنمية للألفية موارد إضافية كبيرة من غير المرجح أن يولدها النمو الاقتصادي للبلدان الفقيرة وحده (أنظر الفصل الثالث). فمواردها الجبائية معصورة بدفعات تسديد

الديون (أنظر الفصلين الثالث والثامن)، كما أن تخصيص ما يتبقى منها موجه بشدة إلى الدفاع (أنظر الإطار 4.5)؛ في حين لا يُخصّص ما يكفي للزراعة - أقل من 5 بالمئة من الميزانيات في إفريقيا - أو للصحة والتعليم.

وفي الخدمات الاجتماعية، وبخاصة الصحة والتعليم، يميل توزيع الموارد إلى الانحياز ضد الخدمات الصحية الأساسية والتعليم الأساسي. لكن قدرة الحكومات في إعادة توزيع الإنفاق على الخدمات الأساسية لمواكبة أهداف التنمية للألفية، يعتمد جزئياً على نقل الإنفاق بعيداً من الدفاع وخدمة الدين؛ وجزئياً على توليد عائدات محلية أكثر. وتصبح الأمور أسهل بكثير، إذا كانت عائدات الحكومة في ازدياد؛ لأن الإنفاق الاستثنائي على كل فرد يمكن أن يرتفع.

والمشكلة التي تواجه العديد من البلدان النامية هي أن العجز الكبير في الميزانيات أجبرها على القيام بتثبيتات وتعديلات في الاقتصاديات الكبرى؛ لكن سياسات التعديل ركزت منذ مطلع الثمانينات على تخفيض الإنفاق العام - أكثر مما على تحريك العائدات الضريبية وغير الضريبية - من أجل تخفيض

العجز. وفي مراجعة خارجية لبرامج التسهيلات الهيكلية المعدلة التي ينفذها صندوق النقد الدولي، خلصت مجموعة من الخبراء المستقلين إلى أن حدود الإنفاق العام غالباً ما كانت تُضيق أكثر مما ينبغي؛ مخلّفة تأثيرات ضارة على رأس المال والنمو البشريين. كذلك كان الأمر في شروط السياسات، المحددة في استجابة صندوق النقد الدولي للآزمة الاقتصادية التي بدأت عام 1997 في شرق آسيا - وهي شروط لم يتم تخفيفها بعض الشيء إلا بعد توجيه انتقادات واسعة النطاق إلى صندوق النقد الدولي حول هذه المسألة وسواها<sup>131</sup>.

تظهر دراسة أخرى أجريت منذ عهد قريب أنه بالنسبة إلى أكثر من اثني عشر بلداً، لم ينخفض الإنفاق العام الحقيقي للفرد على الخدمات الاجتماعية الأساسية (الصحة الأساسية؛ التعليم الأساسي؛ المياه والصرف الصحي) إلا عندما انخفضت نسبة الإنفاق العام من إجمالي الناتج المحلي<sup>132</sup>. بعبارة أخرى، إذا كان الإنفاق العام في حال هبوط أو ركود، فمن المستحيل سياسياً على الحكومات أن تنقل التمويلات إلى الخدمات الاجتماعية - خصوصاً إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية - من دون إثارة غضب الناس الأيسر حالاً.

يمكن القيام بما هو أكثر بكثير لتقوية تحصيل الضرائب بهدف منع التهرب من الضريبة وتفاديها؛ كما يمكن القيام بما هو أكثر بكثير لتعزيز قاعدة الضريبة، عبر توسيع شبكة الضريبة لضبط أولئك الذين يفلتون منها. وتحتاج المؤسسات المالية الدولية إلى أن تأخذ على محمل الجد، أكثر بكثير مما تفعل الآن، متطلبات الدعم التقني للبلدان النامية في مجال إدارة الضريبة وجمعها؛ خصوصاً في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء وأميركا اللاتينية.

#### تحسين البرامج في مختلف جوانب القطاعات

يُشكّل الانتقال من المناهج ذات التوجّه المشاريحي، إلى المناهج المخصّصة لمختلف جوانب القطاعات، خطوة هامة إلى الأمام. فنهج التعامل مع قطاع بأكمله يتجنّب مواطن الضعف للنهج المشروعي؛ وهي الصلات الضعيفة بالقطاعات الأخرى، والعزلة الجغرافية، والافتقار إلى الملكية، ومشروطية المعونة. ومن المفترض أيضاً بناء برنامج متكامل يحدد أهداف النهج السياسي، وهيكلية شاملة للسياسات، وخطة استثمار، وخطة إنفاق، والتزامات الحكومات والمناحين بالتمويل. وتتمثّل الفكرة في وجوب أن تصبح برامج القطاعات الواسعة جزءاً من البيئة الاجتماعية للسياسات - بدلاً من تفادي الهيكلية القطرية، كما تفعل تمويلات المشاريع. وتستطيع هذه البرامج أيضاً أن تضمن التزامات تمويلية واضحة من المناحين، وتحسين تدفقات المعونة غير المتوقعة لمشاريع محددة. وعلى الرغم من أن تطبيق هذه البرامج أمر معقد، لأنه يفترض مسبقاً سياسات نمو وطني وإدارة قطاعية فعالة، غير أنه على الأقل يُشرك المتلقين.

لكن النهج القطاعي واجه مشكلات؛ ولم يحدث بعد، في حالات عديدة، تجميع للموارد. أولاً، يحتاج

العجز. وفي مراجعة خارجية لبرامج التسهيلات الهيكلية المعدلة التي ينفذها صندوق النقد الدولي، خلصت مجموعة من الخبراء المستقلين إلى أن حدود الإنفاق العام غالباً ما كانت تُضيق أكثر مما ينبغي؛ مخلّفة تأثيرات ضارة على رأس المال والنمو البشريين. كذلك كان الأمر في شروط السياسات، المحددة في استجابة صندوق النقد الدولي للآزمة الاقتصادية التي بدأت عام 1997 في شرق آسيا - وهي شروط لم يتم تخفيفها بعض الشيء إلا بعد توجيه انتقادات واسعة النطاق إلى صندوق النقد الدولي حول هذه المسألة وسواها<sup>131</sup>.

تظهر دراسة أخرى أجريت منذ عهد قريب أنه بالنسبة إلى أكثر من اثني عشر بلداً، لم ينخفض الإنفاق العام الحقيقي للفرد على الخدمات الاجتماعية الأساسية (الصحة الأساسية؛ التعليم الأساسي؛ المياه والصرف الصحي) إلا عندما انخفضت نسبة الإنفاق العام من إجمالي الناتج المحلي<sup>132</sup>. بعبارة أخرى، إذا كان الإنفاق العام في حال هبوط أو ركود، فمن المستحيل سياسياً على الحكومات أن تنقل التمويلات إلى الخدمات الاجتماعية - خصوصاً إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية - من دون إثارة غضب الناس الأيسر حالاً.

يمكن القيام بما هو أكثر بكثير لتقوية تحصيل الضرائب بهدف منع التهرب من الضريبة وتفاديها؛ كما يمكن القيام بما هو أكثر بكثير لتعزيز قاعدة الضريبة، عبر توسيع شبكة الضريبة لضبط أولئك الذين يفلتون منها. وتحتاج المؤسسات المالية الدولية إلى أن تأخذ على محمل الجد، أكثر بكثير مما تفعل الآن، متطلبات الدعم التقني للبلدان النامية في مجال إدارة الضريبة وجمعها؛ خصوصاً في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء وأميركا اللاتينية.

وسوف تكون احتمالات تعزيز فعالية الإنفاق (من خلال زيادة توفر الكتب في المدارس، والعقاقير في العيادات الصحية العامة، وما إلى ذلك) وتحسين الانصاف في الإنفاق على الخدمات الاجتماعية، ألمع بكثير إذا ما ازداد الإنفاق. وكما أشير سابقاً، فإن الإنفاق الصحي - حتى في البلدان ذات المداخل الرائدة - يؤثر بقوة على النتائج الصحية. ويصح الأمر نفسه في الإنفاق على التعليم؛ فهو يحسّن النتائج<sup>133</sup>.

#### تحسين الكمية والنوعية لإعانة الخدمات الأساسية

يتطلب بلوغ الأهداف التزاماً حقيقياً بتعاهد التنمية للألفية. وبالنسبة إلى أفقر البلدان المتدنية الدخل، ينبغي أن تأتي حصة هامة من الموارد الإضافية، اللازمة

إذا كان الإنفاق العام في حال هبوط أو ركود، فمن المستحيل سياسياً على الحكومات أن تنقل التمويلات إلى الخدمات الاجتماعية - خصوصاً إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية - من دون إثارة غضب الناس الأيسر حالاً



هذا النهج إلى سنوات لإعداده والوصول إلى نهايته؛ ويُقدَّر أن دورة التخطيط للنهج القطاعي تستلزم في المتوسط ما بين خمسة أعوام وسبعة.

ثانياً، يبقى التعاون التقني (مع موظفين تقنيين مغتربين)، الذي يميل إلى السيطرة على النهج المشروع، مشكلة متلبنة في البرامج القطاعية. وسوف يكون من المفيد تقييم تكاليف الاختيار للفترات الزمنية والاعتمادات المالية المستخدمة للتدريب الذي يموله المانحون.

ثالثاً، تؤدي قيود المانحين التشريعية المختلفة على الإنفاق، والإجراءات القاسية والمختلفة في توزيع الموارد والحاجات الملحة، والقدرة الضعيفة في البلدان المتلقية، إلى الحيلولة دون توافق الأفعال بالكامل. فالحكومة لا تستطيع تولي زمام القيادة إذا بقيت وحدات تطبيق المشروع من المانحين موجودة، ولا يكون للوزارة المعنية سوى القليل من السيطرة عليها.

في زامبيا، لم يوافق المانحون على إطلاق الدفعة الثانية من المعونة إلا إذا أنفقت الحكومة 20 بالمائة على الأقل من ميزانيتها على التعليم<sup>135</sup>. إضافة إلى ذلك، ربطت جميع الوكالات الخارجية المعنية تدفقاتها المالية ببرامج محددة. وفعلاً، أصبح تخصيص التمويلات لعناصر محددة من النهج القطاعية الشاملة أمراً واسع الانتشار؛ وغالباً ما يعتمد على منظورات المانحين للقيادة السياسية المحلية والالتزام في مجالات محددة.

يُدرِك المانحون بعض هذه المشكلات. فإعلان روما حول التوافق، الصادر في فبراير/شباط عام 2003، يدعو المانحين إلى الإلتزام «بتأمين دعم للميزانية أو القطاع أو ميزان المدفوعات، حيثما يكون ذلك الدعم متساوياً مع تفضيل المانح، وعندما تكون السياسات والترتيبات الائتمانية في موضعها الصحيح»<sup>136</sup>.

### تغطية بعض الإنفاق الدوري

أظهر معظم المانحين حتى الآن أنهم مستعدون لتمويل تكاليف الاستثمار (بناء المستشفيات) لكنهم غير مستعدين لتمويل التكاليف الدورية (رواتب الأطباء). وهذا الموقف أخذ في التغير - لكنه يتعين على المانحين أن يكونوا أكثر مرونة في هذا المجال مما كانوا عليه في السابق، من أجل إنجاز الأهداف. فكثيراً ما تكون الحكومات غير قادرة على استيعاب الموارد المتعددة الأطراف لتكاليف رأس المال، كما هو مطلوب غالباً، إذا كان عليها أن تظهر قدرتها على موازنة هذه الإنفاقات في رأس المال باعتمادات مالية لمواجهة التكاليف الجارية للبنية التحتية الناجمة عنها.

وفي الفترة الانتقالية، من الضروري أن يغطى المانحون بعض التكاليف الدورية؛ وبخاصة للأغراض غير الروتينية في مجالات متصلة بأهداف الألفية للبلدان الفقيرة المثقلة بالديون - ما دامت هذه البلدان تُحصّل بعض العائدات من الموارد المحلية. وفي الحالات التي تكون فيها القيود الضريبية بالغة الشدة، قد يكون مطلوباً من المانحين إظهار الاستعداد لتأمين حتى رواتب المعلمين والمساعفين والقابلات المدرّبات خلال فترة انتقالية؛ يمكن خلالها خلق المساحة الضريبية للحكومات كي تتحمل التكاليف الدورية محلياً على أساس مستدام.

### تركيز الأبحاث والتطوير لتقانات خاصة بالفقراء

يمثّل الافتقار إلى التمويل، المخصّص للبحث العلمي في بعض القطاعات، مشكلة خطيرة. مثلاً على ذلك، يذهب 90 بالمائة من الأبحاث العالمية في مجال العقاقير الصيدلانية إلى أمراض توازي 10 بالمائة من العبء المرضي في البلدان النامية. وبالتالي، ينبغي تعبئة الجهود الدولية لمواجهة الاحتياج إلى العقاقير المداوية للأمراض الاستوائية. وإحدى الحالات الواضحة هي الحاجة إلى تطوير واختبار سريعين للقاح ضد فيروس نقص المناعة/الأيديز. وتخطو مبادرة لقاح الأيدز الدولية خطوات واسعة في هذا المجال، محاولة أن تطوّر لقاحات خاصة بمقاومة الصفات الموروثة لفيروس الأيدز السائدة في أجزاء مختلفة من العالم النامي. ومن المتوقع أن تبدأ اختبارات اللقاح قريباً في أوغندا على النزعة الطبيعية للفيروس في ذلك الجزء من إفريقيا - كما تبدأ في الهند عام 2004. لكن مجالات كثيرة أخرى من الأبحاث لا تزال مهملة.

والحل في مجالات عديدة أخرى، ذات صلة بإنجاز الأهداف، هو نشر التقانات الموجودة. فالمحصول الزراعي في إفريقيا جنوب الصحراء، مثلاً، تضرر من الإنتاجية المنخفضة؛ رغم توفر أنواع عالية المحصولية من الذرة والأرز والقطن. كذلك لم تُطوّر أنواعاً عالية المحصولية من الحبوب التي يستهلكها معظم الفقراء، مثل السّرغوم/الذرة السُّكرية والدُّخن/ الجاورس. ويمكن جزء من المشكلة في ندرة التوفر التجاري للسماد اللاعضوي، وفي أسعاره المرتفعة. ومن الأسباب الأخرى، الاستعمال المحدود للسماد العضوي، رغم سهولة صنّعه من موارد محلية. ومن شأن استعمال السماد العضوي أن يزيد الإنتاجية ويعزّز الزراعة المستدامة بيئياً، في منطقة يؤدي فيها التدهور البيئي أصلاً إلى تخفيض المحاصيل الزراعية.

### يمثّل الافتقار إلى التمويل،

### المخصّص للبحث العلمي في

### بعض القطاعات، مشكلة خطيرة

المعززةُ باستراتيجية اتصالات للوصول إلى الفقراء في المناطق النائية. ويمكن لمرحاض سولابح ترويح الصرف الصحي البيئي في معظم المناطق الحضرية المكتظة بالسكان؛ لكن تحقيق ذلك يتطلب أن تتبنى الوكالات الدولية هذا النوع من المرحاض كنموذج للترويج الواسع النطاق في البلدان النامية.

ثمّة مثل آخر هو عدم نشر الناموسيات الملقحة (أو حتى العادية) للسيطرة على الملاريا. وعلى نحو مماثل، يمكن بسهولة منع الوفيات البطيئة بسبب التلوث الداخلي الذي يسببه دخان نيران الطبخ؛ عبر تبني الإنتاج التجاري لأفران غير دخانية. ومن الواضح أن ما يتطلبه إنتاج تجاري كهذا هو المعونات المناسبة،