

Distr.
LIMITED

E/ICEF/1993/P/L.7
2 February 1993
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH/FRENCH

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لاتخاذ اجراءات

منظمة الأمم المتحدة للطفولة
لجنة البرنامج
دورة عام ١٩٩٣

توصية بشأن برنامج قطري*

مالي

يوصي المدير التنفيذي بأن يوافق المجلس التنفيذي على رصد مبلغ ٦٢٥ ٠٠٠ ٢٠ دولار من الموارد العامة، في حدود الأموال المتوفرة ومبلغ ٢٢ ١٢٩ ٠٠٠ دولار من الأموال التكميلية، رهنا بتوافر التبرعات المحددة الغرض لبرنامج مالي للفترة الممتدة من عام ١٩٩٣ إلى عام ١٩٩٧.

* من أجل الوفاء بالمواعيد النهائية لإصدار الوثائق، أعدت هذه الوثيقة قبل أن توضع البيانات المالية الاجمالية في صورتها النهائية. أما التعديلات النهائية، التي ستراعى فيها أرصدة التعاون البرنامجي غير المنفقة في نهاية عام ١٩٩٢، فسترد في "موجز توصيات عام ١٩٩٣ بشأن البرامج الممولة من الموارد العامة والأموال التكميلية" (E/ICEF/1993/P/L.2 و Add.1).

المحتوياتالصفحة

٣	..... حالة الطفل والمرأة
٧	..... التعاون البرنامجي، ١٩٩٣-١٩٨٨
١٠	..... التعاون البرنامجي الموصى به للفترة ١٩٩٧-١٩٩٣

الجداول

١٨	..... ١ - الإحصاءات الأساسية بشأن الطفل والمرأة
٢٠	..... ٢ - النفقات في فترة التعاون السابقة، ١٩٩٣-١٩٨٨
٢١	..... ٣ - النفقات المقررة، ١٩٩٧-١٩٩٣
٢٢	..... ٤ - الصلة بين الميزانية وتكاليف تعيين الموظفين/الموظفين

حالة الطفل والمرأة

١ - تندرج مالي التي يبلغ نصيب الفرد فيها من الدخل السنوي ٢٧٠ من دولارات الولايات المتحدة، ضمن أفقر ٢٠ بلدا في العالم. وبما أن اقتصاد مالي يعتمد أساسا على الزراعة فهي تتسم بشدة الحساسية لتقلبات المناخ. ومن ثم، كان لحالات الجفاف المتكررة التي أصابت بوجه خاص المناطق الشمالية وللتري البيئي أثرهما على الأحوال المعيشية للطفل والمرأة، مما تمثل في عدم توافر الأغذية بشكل مضمون، وازدياد الأسر المعيشية فقرا، وارتفاع عدد النساء اللاتي يتحملن وحدهن أعباء الأسر بسبب هجرة الأزواج بحثا عن العمل، وتضخم حجم العمالة من الأطفال، والتوسع في المناطق الحضرية بصورة عشوائية. فضلا عن ذلك، فمما يثقل على المرأة والطفل ندرة الحطب ونضوب نبوع المياه.

٢ - ويقدر معدل وفيات الرضع بـ ١٠٨ لكل ١٠٠٠ مولود حي، أما معدل وفيات الأطفال الصغار فيقدر بزهاء ٢٢٥ حالة لكل ١٠٠٠ مولود حي. فمن بين كل خمسة أطفال يموت طفل واحد قبل بلوغ ٥ أعوام، أي حوالي ٨٥٠٠٠ طفل سنويا. ويقدر معدل وفيات الأمهات عند الوضع بزهاء ١٠٠٠ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ مولود. وتمثل أمراض الإسهال، والملاريا، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة، مضاعفة بالمشاكل المتصلة بالتغذية، الأسباب الثلاثة الرئيسية لوفيات الأطفال الصغار التي يعزى إليها وحدها ما يربو على ٤٠ في المائة من حالات الوفاة. ويأتي بعدها الكزاز والحصبة. ويرجع استمرار ارتفاع تلك المعدلات، إلى حد كبير، إلى عدم كفاية الخدمات الأساسية (الصحة، والتعليم، والامداد بالمياه الصالحة للشرب والمرافق الصحية)، وانعدام الأمن الغذائي، وضآلة دخول الأسر المعيشية.

٣ - ومثلما هو الحال في بلدان أخرى، يلاحظ أن مرض متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايديز - السيدا) يتفشى على نحو مطرد. فبين الفئات المهددة بذلك الخطر، كان معدل الإصابة ٢٥ في المائة في عام ١٩٨٧ في حين أنه يُقدر حاليا بنسبة ٦٠ في المائة. وفي بعض البلدان الأفريقية تفيد التقديرات بأن الايديز قد يؤدي إلى ازدياد معدل وفيات الرضع بنسبة ٥٠ في المائة خلال الفترة من الآن وحتى نهاية العقد الحالي. ونظرا لارتفاع معدل الإصابة في العديد من البلدان المتاخمة لمالي، فمن المؤكد أنها ستتأثر بهذه المشكلة بشكل متزايد.

٤ - وتعاني مالي من انتشار سوء التغذية حيث تفيد التقديرات بأن ثلث الأطفال الذين يبلغون من العمر ١٥ عاما يعانون منه. أما حالات سوء التغذية الشديدة فهي أكثر تفشيا بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ٢٣ شهرا (١١ في المائة). وقد سجل أعلى معدل لسوء التغذية المزمن في أقاليم تومبوكتو، وغاو، وكيدال وموبتي (٣١ في المائة). وفي مالي بوجه عام، يصل هذا المعدل في المناطق الريفية إلى ٢٧ في المائة، وهو باق على ارتفاعه في البيئة الحضرية (٢٠ في المائة). أما عن الأمراض الناتجة عن نقص مغذيات معينة (الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، وفيتامين ألف، والأنيميا المترتبة على نقص الحديد) فقد اتخذت أبعادا تبعث على القلق ولكن معدل الإصابة بها يتفاوت تفاوتا كبيرا من منطقة إلى أخرى.

٥ - ويبلغ معدل الإلمام بالقراءة والكتابة ١٨ في المائة. وهو يقدر بين النساء بوجه عام بـ ١١ في المائة، في حين أن نسبة نساء وفتيات الريف الملمّات بالقراءة والكتابة لا تتجاوز ٥ في المائة.

٦ - ولا تتجاوز نسبة سكان مالي الذين يعيشون على بعد أقل من ١٥ كيلومترا من أحد المراكز الصحية ٤٠ في المائة. ومن ثم، فلا يستغرب أن تكون نسبة الأطفال دون السنة الواحدة من العمر الذين يتلقون التحصينات اللازمة بالكامل تقل عن الربع. ولأسباب نفسها، فإن ١٥ في المائة فقط من الحوامل يحصلن ولو على استشارة طبية واحدة قبل الولادة. ويبلغ معدل حالات الوضع التي تتم بمساعدة اخصائيين ١٦ في المائة، وهذا هو نفس معدل تغطية برنامج التحصين ضد الكزاز الذي يستهدف النساء اللاتي في سن الإنجاب وهن يمثلن زهاء ١٠ في المائة من مجموع السكان في جميع أنحاء البلد. ولا تصل أنشطة تنظيم الأسرة إلا لـ ١ في المائة فقط من السكان الإناث ممن هن في سن الإنجاب، كما أن رصد نمو الأطفال من سن صفر إلى ٤ أعوام يغطي ١ في المائة بالكاد من هؤلاء الأطفال. وتتحمل ميزانيات الأسر ما يقرب من ٦٠ في المائة من التكاليف المتكررة للخدمات الصحية أما الـ ٤٠ في المائة المتبقية فتُغطى من ميزانية الدولة وبخاصة من المانحين.

٧ - وفي مجال الإمداد بالمياه والمرافق الصحية، يبلغ معدل الوصول إلى المياه على الصعيد الوطني ٤٨ في المائة في المتوسط. ويحجب هذا الرقم أوجه تفاوت شديد بين المناطق (تتراوح بين ٤ و ٦٠ في المائة). فالمناطق الشمالية، حيث الأرض شديدة الوعورة، تعد إلى حد بعيد أقل المناطق تمتعا بتلك الخدمات. ويقدر معدل الوصول الإجمالي إلى المرافق الصحية بزهاء ١٥ في المائة. كما أنه لا يزال هناك الكثير مما ينبغي القيام به في مجال تحسين مخزون المياه وأسلوب استخدامها.

٨ - ويبلغ معدل التحاق الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ أعوام و ١٢ عاما بالمدارس الابتدائية ٢٨ في المائة. ويفوق الأولاد البنات عددا بزهاء الضعف. وتدل الأرقام على تفاوت شديد بين معدل الالتحاق بالمدارس بوجه عام، الذي يصل إلى ٨٩ في المائة في مقاطعة باماكو مقابل ١٩ في المائة في إقليم كاي، من ناحية، وبين معدل التحاق الفتيات بالمدارس الذي يبلغ ٧٩ في المائة في باماكو مقابل ١٢ في المائة في موبتي، من ناحية أخرى. وقصارى القول، إن هناك أوجه تفاوت داخل الإقليم الواحد تبعا للمناطق وذلك من حيث كونها ريفية أو حضرية. أما عن أسباب ضعف معدلات الالتحاق فتتمثل في العوامل التقليدية المتعلقة بعدم ملائمة البرامج المدرسية للمحيط الريفي علاوة على عوامل اجتماعية - ثقافية. وهذه العوامل الاجتماعية - الثقافية لا تشجع، هي وعوامل أخرى، على إلحاق الفتيات بالمدارس.

٩ - وتتحدد ظروف المرأة بدرجة كبيرة تبعا لعبء العمل الذي تنوء به (المنزلي والزراعي)، والحمل المتكرر ووضعها التقليدي، الذي يرجع إليه اقتران ضعف إنتاجية عملها بعدم وجود كوادرنسائية وعدم الحصول على ائتمانات.

١٠ - وثمة أوجه تفاوت شديد بين المناطق وذلك فيما يتعلق بمدى توافر الخدمات الأساسية التي تتضاءل في منطقة السهل. كما أن المعدلات المنخفضة لتنمية موارد البلد والضغط الاجتماعية الثقافية تعد من العوامل التي تؤدي إلى تعذر تذليل ما يعانيه الطفل والمرأة من صعوبات.

١١ - وفي سياق التكيف الهيكلي، لا يمكن الاقتصار في معالجة عدم كفاية الخدمات الأساسية على ما تملكه الدولة من موارد. فعملينا إعادة تشكيل المرافق العامة وخصخصة المؤسسات العامة كثيرا ما تؤثران تأثيرا مباشرا على تلك الخدمات، رغم الاضطلاع بهما في الغالب على يد المجتمعات المحلية. وعلى الصعيد الاجتماعي - السياسي، تمخض تطوع السكان إلى نظام ديمقراطي تعددي وتدهور ظروف المعيشة عن وقوع انتفاضة شعبية في آذار/مارس ١٩٩١ واعتماد دستور جديد كان من شأنه أن أضفى، إثر انتخاب حكومة قائمة على التعددية الحزبية، الطابع المؤسسي على عملية إدارة شؤون البلد بأسلوب لا مركزي بعيد عن تركيز السلطة. وهكذا، فإن إرخاء الدولة لقبضتها تدريجيا ستقابله مشاركة متزايدة من جانب المجتمع المدني في إدارة رفاهه بنفسه.

١٢ - وقد اشتركت حكومة مالي في رئاسة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل وصدقت على اتفاقية حقوق الطفل. ووُضعت خطة عمل وطنية بشأن بقاء ونماء وحماية الطفل اعتمدها مجلس وزراء الحكومة الانتقالية في تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩١.

الأهداف الرئيسية لخطة العمل الوطنية

<u>٢٠٠٠</u>	<u>١٩٩٠</u>	
٧٢	١٠٨	١ - معدل وفيات الرضع لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء
١٢٠	٢٢٥	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل ١ ٠٠٠ من المواليد الأحياء
٥٠٠	١ ٠٠٠	٢ - معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ٠٠٠ من المواليد الأحياء
٢٢	٣٣	٣ - سوء التغذية لدى الأطفال دون الخامسة من العمر (كنسبة مئوية) (نقص الوزن) - في الحالات المعتدلة والشديدة
٧٢	٤٨	٤ - الحصول على مياه مأمونة للشرب (بالنسبة المئوية)
٣٠	١٥	٥ - الوصول إلى وسائل الصرف الصحي (بالنسبة المئوية)
٤٦	٢٣	٦ - التعليم الأساسي معدل الالتحاق بالمرحلة الابتدائية (بالنسبة المئوية)
٣٠	١٥	النسبة المئوية للأطفال الذين يلتحقون بالصف الأول ويكملون مرحلة الدراسة الابتدائية
٥٠	١٩	٧ - معدل الالمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين (بالنسبة المئوية)

التعاون البرنامجي، ١٩٨٨ - ١٩٩٣

١٣ - أثرت الخبرة المكتسبة في عمليات الإغاثة في حالات الطوارئ، بشكل كبير، على إعداد برنامج التعاون للفترة ١٩٨٨ - ١٩٩٢. فقد شددت الاستراتيجيات المعتمدة على أهمية استمرار الأنشطة في ذلك المجال وتحقيق التنفيذ من خلال مجموعة من المشاريع التي أديرت بواسطة هيكل عامة أو مجتمعية على مستوى البلد والمنطقة والناحية والحي.

١٤ - وانقسم العمل في مجال الصحة، وهو المحور الرئيسي للبرنامج، إلى أربعة أجزاء هي: برنامج التحصين الموسع، وتعزيز الخدمات الصحية المقدمة للأم والطفل، وبرنامج مكافحة أمراض الإسهال، والبرمجة الصحية اللامركزية في دائرة جنة. وكانت الأجزاء الثلاثة الأولى بمثابة أنشطة داعمة للخدمات المقدمة على الصعيد المركزي. وفي الوقت نفسه، أتاحت تجربة جنة اختبار نموذج للتخطيط في مجال الصحة وللإدارة المركزية على غرار مبادرة باماكو.

١٥ - وقد استندت البرمجة في دائرة جنة إلى إعداد خطة إنمائية صحية للدائرة تشمل جميع الأنشطة الاجتماعية - الصحية إلى جانب وضع ميزانية لتكاليف الاستثمار والتشغيل. وأنشئ نظام جديد للإدارة يسمح للمراكز الصحية بالتمويل الذاتي عن طريق الحصول على مساهمات مالية من القرى والاعتماد جزئياً على إعانات من الدولة. وحددت أسعار للإقراض. وأدى توافر الأدوية الأساسية وتحسن نوعية الخدمات إلى زيادة ملموسة في معدل التردد على المراكز الصحية. وثبت أن استعادة التكاليف من الأمور الممكنة والمقبولة لدى السكان.

١٦ - وعلى ضوء التجارب من قبيل تجربة جنة، اعتمدت الحكومة سياسة جديدة في مجال الصحة قوامها دمج الخدمات الصحية المختلفة التي كانت تنظم حتى ذلك الحين بأسلوب رأسي يستند إلى السلطة المركزية. وتقضي هذه السياسة بإنشاء مراكز صحية مجتمعية يمولها السكان بالكامل ولكنها تتلقى الدعم التقني من أجهزة الصحة. وبدءاً من عام ١٩٩٠ أعادت اليونيسيف توجيه أنشطتها وفقاً لتلك السياسة الجديدة، وتم إيفاد خبراء استشاريين في مجال الرعاية الصحية الأولية إلى خمس مناطق. وكان لهذه المساعدة التقنية أثرها في تعزيز بداية مشروع الصحة والسكان والطاقة المائية في الريف الذي يشترك في تمويله البنك الدولي واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة وصندوق التنمية الأوروبي، وصندوق المعونة والتعاون الفرنسي والوكالة الألمانية للتعاون التقني.

١٧ - واستهل برنامج التحصين الموسع في مالي في نهاية عام ١٩٨٦. ومن البديهي أن تكون هناك صعوبات تعترض الاستمرار في ذلك البرنامج في بلد يتسم بشدة محدودية هيكله الأساسية. وقد أفضى الهدف المتمثل في تحقيق التغطية الوطنية بأسرع وقت ممكن إلى وضع برنامج يتميز بأسلوب الإدارة المركزية، مما زاد من صعوبة إدامته. وفضلاً عن ذلك تبين أن التوسع في التغطية قد بلغ مداه. وقد أتاحت لامركزية الإدارة التي بدأ تطبيقها في عام ١٩٩١ تحقيق وفورات كبيرة في نفقات التشغيل. وتكفلت لجان

التنمية المحلية بتمويل بعض فئات موظفي الصحة لزيادة معدل التحصين. وقد أدى هذا التطور إلى تدعيم وتوسيع نطاق التغطية في مجال التحصين ضد الحصبة حيث ارتفع المعدل من ٣ في المائة عام ١٩٨٧ إلى ٣٩ في المائة عام ١٩٩١.

١٨ - ويتمثل الهدف من تعزيز الخدمات الصحية المقدمة للأم والطفل في توسيع نطاق التغطية وتحسين نوعية الخدمات. وتحقيقاً لتلك الغاية، اضطلع بعمليات إعادة تنظيم لا سيما على مستوى المراكز الصحية في الدوائر. وعلى النقيض من ذلك لم تشمل تلك الأنشطة إلا عدداً لا يذكر من المراكز الصحية على مستوى الأحياء مما حد من أثرها. وقد وضعت السياسة المنتهجة حديثاً في مجال الصحة البرنامج في إطار أوسع نطاقاً، مما أدى إلى تهيئة الظروف المناسبة لتنفيذ أنشطته.

١٩ - وأنشأ برنامج مكافحة أمراض الإسهال وحدة لإنتاج أكياس أملاح الإماهة الفموية بمستوى يبعث على الارتياح. ويتبين من دراسة أجريت عام ١٩٩٢ أن معدل توافر تلك الأكياس في المراكز الصحية يتسم بالارتفاع في المناطق التي أدخلت فيها سياسة تتعلق بالأدوية الأساسية وتقوم على لا مركزية التخطيط. ويبلغ معدل استخدام الأمهات للإماهة الفموية ٤١ في المائة، و ٢٦ في المائة من هذه النسبة تعتمد على أملاح الإماهة و ١٥ في المائة منها تعتمد على المحلول الملحي - السكري.

٢٠ - وحسنت اليونيسيف في المناطق الساحلية السودانية التي تواجه فيها المجتمعات المحلية صعوبة في الحصول على مياه الشرب، عملية تنقية الماء للسماح باستهلاكه. ومنذ عام ١٩٨٩، تم حفر ٢٦١ بئراً جديدة، وتم تجهيز ٢١٤ منها بمضخات يدوية بفضل التبرعات المقدمة من المجتمعات المعنية. وتم إنشاء شبكة خاصة للصيانة والإصلاح تغطي ٣٠٠ مضخة. ولم يشرع في عنصر الحفظ الصحي والمرافق الصحية إلا ببطء، إلى أن اتضحت السياسة الحكومية في هذا المجال. وفي عام ١٩٩١، وبالتعاون مع الحكومة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مولت اليونيسيف دراسة تقترح فيها حلول مشاكل الحفظ الصحي والمرافق الصحية في المناطق الريفية. وخلال السنة نفسها، مولت اليونيسيف دراسة استقصائية وطنية بشأن داء الحيات وشملت هذه الدراسة الاستقصائية أكثر من ٨٠٠٠ قرية، علماً بأن ١٧٣٠ قرية منها انتشر فيها الوباء. وانطلق في نهاية عام ١٩٩٢ برنامج وطني للقضاء على هذا المرض.

٢١ - ومن أجل وقف انخفاض معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية، وضعت اليونيسيف، بالتعاون مع الحكومة، برامج أكثر مناسبة، ولا سيما في مجال التثقيف الصحي. وتمت تجربة هذا المشروع الأخير في المنطقة الساحلية السودانية. ويشكل تحديد وتطبيق منهجية فعالة للتثقيف على أساس كل هدف وتصميم المواد التربوية وانتاجها، وتدريب المعلمين إنجازات أدمجتها الحكومة في البرامج النظامية للتعليم في عام ١٩٩٢.

٢٢ - واستند مشروع محو الأمية عند الإناث في المنطقة الساحلية السودانية إلى التدريب الأساسي باللغات الوطنية، وتم تعزيز وإدماج هذا التدريب بواسطة مشاريع التنمية المجتمعية. ولوحظ أن عدداً

مرتفعاً من الأطفال غير الملتحقين بالمدارس يترددون على مراكز محو الأمية التابعة للمشروع. وهذه الظاهرة ملفتة للنظر لا سيما وأن المشروع يجري في مناطق تتسم بصرامة التقييدات الاجتماعية - الثقافية غير المؤاتية لالتحاق الأطفال بالمدارس. ودفعت هذه التجربة الحكومة على استحداث برنامج جديد للأطفال الذين لا يلتحقون بالمدارس ويرتكز هذا البرنامج على مشروع محو الأمية عند الإناث.

٢٣ - وتم تنفيذ مشاريع التأمين الغذائي للأسر، وهي مشاريع منبثقة بصفة أساسية عن برنامج الإغاثة الطارئة في المناطق الساحلية السودانية حول مدن تونبوكوتو، وبوريم، وجيني وسيغو. وبالإضافة إلى زيادة توفر الغذاء، تم أيضاً استخدام هذه المشاريع كنقطة التقاء لمشاريع الرعاية الصحية الأولية، وإمدادات المياه، ومحو الأمية عند الإناث. وتم إدخال عنصر إيكولوجي من أجل تشجيع إعادة التشجير. وتولت المجتمعات بصورة مباشرة إدارة نظام يؤمن الإشراف على تغذية الأطفال. وكان مشروع سيغو هو في الواقع البرنامج المشترك لدعم التغذية الممول من الحكومة الإيطالية عن طريق اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية. وأظهر تقييم خارجي أجري عام ١٩٩٢ نتائج إيجابية. وتم التأكيد بشكل خاص على أن جعل الفلاحين يتحملون المسؤولية هو في حد ذاته مكسب لا يقدر بثمن.

٢٤ - وقد همش تطور الحالة في المنطقة الحضرية طبقة متزايدة العدد من السكان أهم ضحاياها هم أطفال الشوارع ونساء الأحياء الفقيرة. وأجريت دراسات من أجل حصر المشكلة على نحو أفضل. وتم التعاون مع منظمات غير حكومية محلية. وهكذا تم إرساء الأسس لوضع برنامج جديد للفترة ١٩٩٧-١٩٩٣.

٢٥ - وتركزت جهود الاتصال والتعبئة الاجتماعية على استحداث نهج يتسم باللامركزية. وأعد البرنامج طرائق لتلبية الاحتياجات الفورية المحددة بحسب المناطق بالنسبة لكل من برامج التحصين الموسع، وصحة الأم والطفل، ومكافحة أمراض الإسهال، والمرافق الصحية، ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). وتمثل التقييد الرئيسي في الحاجة إلى إدماج جهود مختلف الدوائر. غير أن جهود التعبئة من أجل برنامج التحصين الموسع نشرت العلم بالبرنامج وفهمه بين جميع الطبقات السكانية تقريباً، بما في ذلك الرجال. ومنذ عام ١٩٩١، ظهرت صحافة خاصة متعددة الاتجاهات وإذاعات حرة. وأجريت أولى الخطوات من أجل إقامة تعاون وثيق مع وسائط الإعلام هذه.

٢٦ - ودعم برنامج متابعة حالة الأطفال والنساء الإدارة الوطنية للإحصاءات والمعلوماتية من أجل وضع نشرة تصدر بيانات محددة عن المجموعات المستهدفة. وأتاح هذا العمل بإدراك عدم إمكانية استخدام البيانات التي تولدها الدوائر التقنية. وهكذا فإن وضع برنامج العمل الوطني فرض بقوة مجددة ضرورة متابعة حالة الأطفال والنساء. وتم إنشاء لجنة مشتركة بين الوزارات لوضع آلية للمتابعة التشغيلية للمؤشرات.

٢٧ - ومما يستحق الذكر من نتائج التعاون السابق عدد من النقاط التي سبقت الإشارة في استعراض منتصف المدة وتم على أساسها إجراء تكييفات للبرنامج الذي يجري تنفيذه. وأبرزت الخبرة المكتسبة فعالية التخطيط اللامركزي للخدمات الأساسية وأهمية المساهمة المالية أو التنظيمية للمستفيدين بالنسبة

لتطوير التدخلات. ونشأ إدراك متزايد للحاجة إلى إدماج أكثر عملية بين مختلف الأنشطة القطاعية. كما أنه ينبغي أن يوضع التكيف الهيكلي في الاعتبار على نحو أفضل في تخطيط مساهمة الحكومة في برنامج التعاون.

التعاون البرنامجي الموصى به للفترة ١٩٩٣-١٩٩٧

الموارد العامة الموصى بها: ٢٠ ٦٢٥ ٠٠٠ دولار

الأموال التكميلية: ٢٢ ١٢٩ ٠٠٠ دولار

التعاون البرنامجي الموصى به^(أ)

(بآلاف دولارات الولايات المتحدة)

المجموع	الأموال التكميلية ^(ب)	الموارد العامة	
١٣ ٤٨٠	٧ ٣٩٦	٦ ٠٨٤	الصحة
٦ ٣٠٢	٤ ٤٤٧	١ ٨٥٥	الإمداد بالمياه والمرافق الصحية
٦ ٩٦٦	٤ ٢٨٦	٢ ٦٨٠	التغذية
٥ ١٨١	٢ ٥٠٠	٢ ٦٨١	التعليم
٢ ٥٣٠	١ ٥٠٠	١ ٠٣٠	تنمية الطفل في مرحلة مبكرة
١ ٠٠٠	٥٠٠	٥٠٠	مكافحة مرض الإيدز
٢ ٥٣٠	١ ٥٠٠	١ ٠٣٠	التعبئة الاجتماعية والدعوة
٢٢٥	-	٢٢٥	التخطيط/الإحصاءات الاجتماعية
٤ ٥٤٠	-	٤ ٥٤٠	دعم البرنامج
<u>٤٢ ٧٥٤</u>	<u>٢٢ ١٢٩</u>	<u>٢٠ ٦٢٥</u>	المجموع

(أ) ترد في الجدول ٣ تفاصيل النفقات السنوية المقدر.

(ب) هناك أيضا بالإضافة إلى ذلك مشاريع ممولة من الأموال التكميلية المتاحة أصلا، كما هو وارد

في الجدول ٣.

٢٨ - ويعتمد البرنامج الجديد للتعاون بصفة خاصة على تحليل للحالة الراهنة للأمهات والأطفال ويضع في الاعتبار نتائج توصيات استعراض منتصف المدة الذي تم في شهر آذار/مارس ١٩٩١. واضطلعت ستة أفرقة عمل مختلفة مشتركة بين الوزارات بتحليل جديد للحالة. واختتمت هذه الأعمال بتنظيم حلقة عمل وطنية في كانون الثاني/يناير ١٩٩٢، دعت إليها الوكالات الأخرى للأمم المتحدة وبعض المنظمات غير الحكومية. وشرعت الحكومة واليونيسيف منذ ذلك الوقت في صياغة برنامج جديد للتعاون. وتم اجتياز مرحلة أولى بتحديد استراتيجية تتضمن المحاور الرئيسية للبرنامج الجديد والنهج القطاعية التي يتعين اعتمادها. وتلا ذلك وضع الخطة الإطارية وخطط تشغيلية قطاعية، وانتهت هذه المرحلة بعقد اجتماع تأمل في شهر تموز/يوليه ١٩٩٢. وأجريت كل الأعمال بتعاون وثيق بين الحكومة واليونيسيف. وشجعت مختلف الاجتماعات أيضا تبادل وجهات النظر بين الإدارات التقنية والشركاء الآخرين في التنمية. ولم تسمح هذه السلسلة من الاجتماعات بزيادة تعريف التنسيق بين مختلف المشاركين فحسب، بل سمحت أيضا وبصفة خاصة بتقديم الاقتراحات لتدرسها جميع الجهات.

٢٩ - ويضع البرنامج الجديد للتعاون في الاعتبار الخبرة المكتسبة من البرنامج السابق وتطوره. فقد استحدث، أثناء تنفيذه تعديلات من أجل الاستفادة إلى أقصى حد من الموارد والتأثير، والاستجابة على نحو أفضل للتغيرات العميقة في الحالة الاجتماعية - السياسية. ومن ناحية أخرى، فإن عمليات إعادة التوجيه هذه التي يتسم بها البرنامج الجديد تتماشى أيضا مع التوصيات المقدمة في تقييم برنامج اليونيسيف، الذي اشتركت في إجرائه الحكومات الاسترالية والدانمركية والسويسرية والكندية في مالي وفي خمسة بلدان أخرى. وزار فريق التقييم هذا مالي خلال شهر تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩١ وشهر آذار/مارس ١٩٩٢.

٣٠ - وحدد تحليل الحالة الذي أنجز في عام ١٩٩٢ المشاكل المتعلقة بصحة الأطفال والأمهات بوصفها أكثر المشاكل حدة، وعزاها بصفة خاصة إلى عدم كفاية الهياكل الصحية وقصورها. أما العوامل الأخرى، مثل سوء التغذية، وسوء الظروف الصحية، وعدم كفاية التعليم، فإنها تساهم على نحو هام في تعقيد المشاكل الأولى.

٣١ - ويهدف برنامج الفترة ١٩٩٣-١٩٩٧ إلى تجاوز مرحلة حاسمة نحو تخفيض معدل وفيات الرضع والأطفال - الشباب بحيث تبلغ ٧٢ و ١٢٠ في كل ١٠٠٠ ولادة حية على التوالي، من الآن وحتى عام ٢٠٠٠. ويهدف أيضا إلى تحقيق تخفيض هام في معدل وفيات الأمهات. وسيتم تحقيق هذه الأهداف عن طريق ثمانية برامج مشتركة بين القطاعات، يعزز تأثير كل برنامج تأثير البرامج الأخرى، وعن طريق إجراءات يتخذها المشاركون الآخرون مثل وكالات الأمم المتحدة، والجهات المانحة، والمنظمات غير الحكومية.

٣٢ - وستوجه الأولوية التي ستعطى إلى الصحة اختيارات التدخل على المستوى الجغرافي. ونظرا لأهمية هذا القطاع، سيتم الاضطلاع بالأنشطة الصحية في جميع مناطق البلد بالتعاون مع الشركاء الآخرين وبالتكامل

معهم، ولا سيما الشركاء الذين يعملون في مجال المشاريع المتعلقة بالصحة والسكان والهيدرولوية الريفية، بالإضافة إلى عدة منظمات غير حكومية.

٣٣ - وسيستمر تعزيز وتنمية الخدمات الصحية بغية توسيع نطاق شمول الخدمات الصحية للسكان (إمكانية الوصول الجغرافية والانتفاع المالية، وتوافر الخدمات) في إطار السياسة القطاعية الجديدة للحكومة، التي ترمي إلى تعزيز الرعاية الصحية الأولية. وسيتمين أن يتطور مفهوم الهرم الصحي من مفهوم تدرجي واداري إلى مفهوم أكثر اتساما بالطابع الوظيفي، يميز بين مستويات التشغيل والدعم والتوجيه. والدائرة تمثل المستوى التشغيلي، وهي تشكل الوحدة المكلفة بتخطيط التنمية الصحية وميزنتها وكفالة ادارتها.

٣٤ - وعلى الرغم من ضعف القدرة الشرائية للمجتمعات المحلية، فستكون مشاركتها عنصرا أساسيا في ادارة نظام خدمات الرعاية الصحية الأساسية وستسهم في استدامته باتباع الاستراتيجية الأصلية أي مبادرة باماكو. وهذه المبادرة تدعو إلى التمويل الجزئي للخدمات الصحية عن طريق ما يدفعه المجتمع المحلي من اشتراكات لشراء الأدوية.

٣٥ - وفي هذا السياق، ستقدم اليونيسيف دعما تقنيا رفيع المستوى إلى خمس ادارات اقليمية لتنفيذ البرنامج الذي تموله الجهات المانحة الأخرى تمويلا مشتركا. ويرمي هذا البرنامج إلى انشاء ١٢٠ مركزا صحيا مجتمعيًا وتأهيلها، وتنشيط ٢٧ مركزا صحيا في المقاطعات وتعزيز ٢١ جهازا فنيا تابعا للمراكز الصحية في الدائرة. وستساهم المساعدة التقنية والمادية المقدمة من اليونيسيف كذلك في الدوائر الأخرى لهذه المناطق فضلا عن دوائر منطقة سيكاسو، في تنشيط ٧٠ مركزا صحيا من مراكز المقاطعات الاضافية وفي إنشاء ٤٠ مركزا صحيا ومجتمعيًا، بتولي تمويلها تمويلا كاملا. وستوضع مجموعة تتضمن الحد الأدنى من الأنشطة العلاجية والوقائية والاعلامية وتنفذ في جميع المراكز الصحية وستكون في متناول السكان. وتشمل مجموعة الحد الأدنى هذه الأدوية الأساسية.

٣٦ - أما المناطق الشمالية الثلاث، التي لا يشملها مشروع برنامج الصحة والسكان والموارد المائية في الريف، فستستفيد من مشروع اقترحه اليونيسيف وصندوق التنمية الأوروبي، سيتبع نهجا مماثلا. وترجع الظروف السائدة في البيئة والتشتت السكاني اتباع استراتيجية قائمة على التنقل وعلى عدة اتجاهات، تكمل جهد المراكز الصحية الثلاثين التي تقرر تنشيطها في المقاطعات.

٣٧ - أما فيما يتصل بالأنشطة في مجال تنظيم الأسرة، فيزعم برنامج الصحة والسكان والموارد المائية في الريف أن يوسع نطاق خدماته، بحيث تشمل جميع أراضي مالي. ووفقا للسياسة الصحية الجديدة، تشكل هذه الأنشطة جزءا لا يتجزأ من الخدمات التي تقدمها جميع المراكز الصحية. وسيقدم الدعم لهذا الشق من البرنامج وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة.

٣٨ - والبرامج التي كانت ادارتها مركزية، ولا سيما برنامج التحصين الموسع ومكافحة أمراض الإسهال، ستمدمج بصورة تدريجية في الخدمات الصحية الأساسية على صعيد الدائرة والمقاطعة والمجتمع المحلي، عن طريق مجموعة الحد الأدنى. وسيتضمن هذا التطور استدامة البرامج، مع تخفيض تكاليفها المرتفعة، بفضل استخدام أرشد لما لديها من وسائل، ولا سيما الوسائل السوقية.

٣٩ - وعلى الصعيد الوطني، سيجري إعداد استراتيجيات لتخفيف وطأة الأمراض التي هي أكثر الأسباب تواترا لوفيات الأطفال ووفيات الأمهات، المرتفعة جدا في مالي. وتتعلق هذه الاستراتيجيات بمكافحة الملاريا والتهابات الجهاز التنفسي الحادة والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ومشاكل ما قبل الولادة وبعدها. وسيولى اهتمام خاص للمشاكل الصحية للمرأة. ويجب ادراج جميع هذه الأنشطة كذلك في مجموعة الحد الأدنى على صعيد غير مركزي.

٤٠ - ومناطق الشمال، التي لا تقدم فيها سوى خدمات أساسية محدودة، ستبقى مجال الأنشطة المتميز لبرامج الموارد المائية والاصحاح والتعليم. وفي هذه المنطقة نفسها ولكن في نطاق جغرافي أضيق، ستكون أنشطة تأمين الغذاء والتغذية، موضع تكامل جميع هذه الأنشطة. وقد كان تردي البيئة واهتراء نسيج الاقتصاد وضعف السكان في هذه المناطق، وهي أمور أبرزتها موجات الجفاف في الثمانينات، اعتبارات مهمة للأخذ بهذا الخيار. وسيعزز أثر هذه الأنشطة المختلفة آثار الأنشطة الصحية وسيتيح أقصى تأثير على رفاه الطفل والمرأة.

٤١ - ولا يزال تحسين أحوال الصحة العامة وامدادات مياه الشرب من الوسائل التي لا بد منها للتقليل من معدل الاصابة بالأمراض المهلكة للأطفال. وفضلا عن ذلك، فإن حسن توافر المياه يخفف من عبء العمل الواقع على عاتق المرأة. ولا يمكن تحسين الصحة إلا بمعارف ومواقف وممارسات جديدة إزاء إزالة النفايات والصحة بشكل عام. ومن خلال هذا المنظور، سيكون التعليم من أجل الصحة هو المحور الرئيسي لتركيز البرنامج. وفي المناطق التي تتوطن فيها الاصابة بالحييات (الديدان الحبلية الخيطية)، ستكون مكافحة الرامية إلى القضاء عليها المدخل المتميز للتعليم من أجل الصحة، لأنه سيتيح ما يثبت للسكان الأثر الحاسم لممارسات الصحة العامة والاصحاح.

٤٢ - وسيدعو برنامج الموارد المائية القروية الى اتباع أساليب تناول جديدة بالثقة، مستدامة وفي متناول سكان القرى، لتلبية ما للمجتمعات المحلية الريفية في منطقة الساحل من احتياجات إلى ماء الشرب. وسيجري تعزيز الإمداد بقطع الغيار اللازمة للمضخات اليدوية، لكيما يتيسر الاستبعاد التدريجي لليونيسييف من هذه الأنشطة. وسيجري التنفيذ تبعا لنهج متكامل، يقوم على أساس اشراك المجتمعات المحلية الى أقصى درجة، ولا سيما المرأة، في التخطيط للأنشطة وتنفيذها وتشغيل المنشآت وصيانتها، فضلا عن متابعة آثارها وتقييمها.

٤٣ - إن الدراسة في المرحلة الابتدائية التقليدية، وقد كانت، ولا تزال، الركن الأساسي لاستراتيجية الحكومة الرامية إلى رفع مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة في البلد، لا تبدو دائما ملبية لاحتياجات سكان الريف وآمالهم، على الرغم من الاستثمارات الضخمة التي وظيفها في هذا المجال عدة شركاء. ومعدل القيد في المدارس في هذا القطاع يعاني من الركود، بل من الانخفاض، لأسباب، منها معدل الولادة المرتفع. وفي نفس الوقت، يلاحظ أن الالتحاق بالكتاتيب (وهي مدارس التعليم العربي - الاسلامي والخاص في مالي) هو في ارتفاع، فإن عدد التلاميذ، يمثل حاليا نسبة ٢٠ في المائة من التلاميذ المسجلين في المرحلة الأولى من الدراسة الابتدائية. ومن ثم سيجري تعزيز الدراسة الابتدائية بتقديم دعم إلى الكتاتيب. وسيستهدف البرنامج رفع مستوى المدرسين، واعتماد برنامج محسن ومنسق وتعزيز تعليم اللغة الفرنسية.

٤٤ - سيدعم التعليم غير الرسمي عن طريق مراكز للتعليم الأساسي، ستفتح أبوابها للأطفال الذين لا يداومون في مدارس رسمية والنساء ممن هن تتراوح أعمارهن بين ١٦ و ٤٥ سنة وستقدم هذه المراكز حدا أدنى من التدريب الأساسي، الذي من شأنه أن يساعد الشبان على الاندماج في حركة تدريب نشطة، ومساعدة المستفيدات من الكبار على العمل في بيئتهن بصفتهم قائمات بالتنمية، كفيئات للرعاية الصحي والاجتماعي والاقتصادي لأسرهن ولمجتمعاتهن المحلية. وستحدد قنوات انتقال من هذا النوع من التعليم الى التعليم الرسمي للقطاع العام. وسيقدم المشروع الدعم لتدريب المدربين وإعداد برنامج مدرسي ونتاج مواد التعليم. وسيجري إنشاء مكاتب عادية ومكاتب سمعية لتأمين الوسائل اللازمة لتعليم مستديم.

٤٥ - وستجري رعاية صغار الأطفال وحمايتهم والعمل على نماذجهم باتباع نهج غير مؤسسي، يستهدف الأسرة والمجتمع المحلي. وسيكون المستهدفون هم الطفل (المتعلم) والأبوين بوصفهما مربين، والأسرة (الأخوة والأخوات والجدان) بوصفها وسط معيشة وتعلم، والمجتمع المحلي بما هو سند للأسرة ودعم لها. وهذا المفهوم سيساعد الطفل الصغير على النماء بشكل أكمل: النماء النفسي - الحركي، والتغذية، والخدمات الصحية، والحماية البدنية والعاطفية، ومزيد من العلاقات والحب. وسيعنى المشروع بتدريب وتوعية الأبوين والمدرسين والمرشدين المحليين على نهج تربوية مؤاتية لتفتح الطفل الصغير بسرعة. وسيجري دعم الأخذ بأنشطة مبتكرة، قليلة التكاليف، في مراكز أنشطة مجتمعية. وستنفذ الأنشطة على نطاق متواضع في المرحلة الأولى.

٤٦ - ويتصل سوء التغذية الذي يساهم مساهمة قوية في زيادة وفيات الأطفال، اتصالا وثيقا بتوافر الأغذية واستخدامها وبالأحوال الاجتماعية - الاقتصادية للأسر، ولكنه يتصل أيضا بعوامل أخرى لا تقل عن هذه أهمية، مثل ما للأمهات من معرفة ومواقف وممارسات في مجال الأغذية. وفي المناطق التي تؤمن إلى حد بعيد توافر أغذيتها، يعزى سوء التغذية بشكل خاص إلى الممارسات الغذائية وإلى ما يولى من قلة اهتمام إلى تغذية الأطفال والحوامل والمرضعات. أما في منطقة الساحل، فعلى نقيض ذلك، يقوم صميم المشكلة على نقص في الأغذية وافتقار الى الأموال اللازمة لشرائها.

٤٧ - وتزعم اليونيسيف تنفيذ أنشطتها على الصعيد المركزي فضلا عن صعيد المناطق النائية. فعلى الصعيد المركزي، سيعزز البرنامج القدرات الوطنية في مجال رسم السياسات والأنشطة الغذائية. وسينصب التركيز على استخدام البيانات المتعلقة بحالة الطفل من ناحية التغذية وحالات الافتقار إلى العناصر الغذائية الجزئية. أما على الصعيد الإقليمي، فسيجري تنفيذ أنشطة متكاملة تقوم على أساس المجتمع المحلي، تكون الأولوية فيها لصالح المرأة. وستتمحور الأنشطة حول زيادة الانتاج الغذائي وتنويعه، والتعليم من أجل الصحة، وتعليم القراءة والكتابة، والموارد المائية القروية، وتخفيض وقت عمل المرأة وتقييم عملها مالياً.

٤٨ - وفي البيئة الحضرية تفوق الحاجة إلى الخدمات الامكانيات المتاحة. وقد كان لركود هذه الخدمات من حيث الشمول والقدرات، وللفقر والبطالة آثار سلبية واضحة جدا في أحوال معيشة الطفل والمرأة. وظهرت إلى حيز الوجود فئة مهمشية من الأطفال والنساء، يتزايد عدد أفرادها. ويزعم البرنامج تقديم خدماته في ضواحي المدن، ولاسيما في منطقة باماكو ومقاطعة موبتي. وتستهدف هذه الخدمات المرأة والطفل بغية تعزيز وإبراز ما لهما من دور في الحاضر والمستقبل، كأُم ورب أسرة. وستكون الغاية منها هي زيادة قدراتهما على تلبية احتياجاتهما وتحسين حالتهما التعليمية والصحية. ولا بد من أن يكون في ذلك عون على دمجهما في المجتمع.

٤٩ - ولما كانت متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايدز) مرضا سريع الانتشار، فتاكا في كل حين، فقد غدت الوقاية منه ضرورة محتمة. وتقوم الاستراتيجية في هذا الصدد على بعض الملاحظات المرصودة. فإن انتقال عدوى هذا المرض تعززها حركات الهجرة بين مالي وبعض البلدان المتاخمة لها، التي يعتبر انتشاره فيها مهما فعلا. وثمة عوامل أخرى ينبغي مراعاتها في مجال مكافحة الايدز، منها الزيادة المثيرة للقلق وانتشار فيروس نقص المناعة البشرية في مصل الإناث عند بلوغهن الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما بالمقارنة بالذكور ممن هم في نفس الفئة العمرية، ودور الأمراض التي تنتقل عدواها بالاتصال الجنسي.

٥٠ - وتوصي اليونيسيف بدعم البرنامج الوطني لمكافحة متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز/السيدا) في مجالين: تغيير سلوك الشباب الذين يتراوح سنهم ما بين ١٠ سنوات و ١٩ سنة وكذلك الوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ومعالجتها. أما الميادين الأخرى لمكافحة الإيدز/السيدا فستغطيها جهات مانحة أخرى مثل برنامج الأمم المتحدة الانمائي، ومنظمة الصحة العالمية ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، والوكالة الكندية للتنمية الدولية وصندوق المعونة والتعاون.

٥١ - وينبغي أن يعرف صانعو القرارات والجمهور عامة أهداف مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل وأن يؤيدوها. وينبغي أن تنقل إلى المجتمعات المحلية المعرفة بالتدابير البسيطة التي يمكن أن تسهم في تخفيض وفيات الرضع، والأطفال - الشباب، ووفيات الأمهات. وينعكس هذان الالتزامان في التعاون الجديد، في برنامج قطاعي للدعوة والاتصال.

٥٢ - وستتعلق الدعوة، في جملة أمور، بالتشريعات المتصلة بالأطفال والنساء، وخطة العمل الوطنية والمستشفيات الساهرة على رفاه الرضع.

٥٣ - وفي مجال الاتصال يتعلق النشاط بنقل أفضل للمعلومات داخل البرامج القطاعية لصالح المستفيدين. وتحقيقاً لذلك، سيجري الاضطلاع بأنشطة تدريبية في مجال الاتصال، ونتاج المواد المساعدة وتعزيز القدرات الوطنية بهدف تعبئة المجتمعات المحلية. ويهدف تعزيز الجوانب المحددة أساساً إلى إيجاد سلوك بناء عموماً، وخاصة في مواجهة بعض المشاكل المحددة، وتعزيز هذا السلوك، وستستحدث أنشطة فعالة في مجال الاتصال بهدف إحداث تغيير عند الأفراد والأسر يكفل استخدام الخدمات وترويجها بشكل أفضل.

٥٤ - وستجري متابعة حالة الأطفال والنساء بواسطة بعض المؤشرات الأساسية التي وضعها مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. ويجب أن تشكل هذه المؤشرات دليلاً لمختلف البرامج القطاعية بهدف تيسير تحقيق الأهداف التي حددتها مالي لنفسها. هذا هو الشرط الذي سيتيح، في هذه الحالة، قياس أثر الجهود المضطلع بها. وتغطي هذه المتابعة الأراضي الوطنية. وسيكون محورها الرئيسي ترفيع دور الإدارات الإقليمية المقتصر حتى الآن على نقل المعلومات إلى المركز. وسيتيح هذا الترفيع للدوائر البعيدة عن المراكز فرص الوصول المباشر إلى البيانات لمتابعة أنشطتها الذاتية.

٥٥ - ونظراً لأن مالي بلد يستفيد من مساهمات هامة تقدم إليه في مجال التنمية، وسيظل التنسيق مع شركاء آخرين (وطنيين ودوليين وثنائيين ومع المنظمات غير الحكومية) في مجالات شتى أساسياً. وسيسمح هذا التعاون، من جانب، بأنه يبلغ أثر التدخلات حده الأقصى، ومن جانب آخر، بتحقيق تغطية جيدة للاقليم.

٥٦ - ويعبر ادماج فصول محددة تتعلق بالمتابعة والتقييم في برنامج التعاون المشترك بين مالي واليونيسيف وفي البرامج القطاعية عن أهمية مشاركة الحكومة في تحقيق أهداف فترة التسعينات. وتشكل هذه الفصول آلية التوجيه في البرامج/المشاريع وتحدد المؤشرات التي سيجري اختيارها كما ستحدد مدى التكرار ومستوى الملاحظة. ويحدد كل برنامج مشترك بين القطاعات جدولاً زمنياً للتقييمات المتعلقة بالجوانب التي يعتبرها الطرفان ذات صلة بالموضوع. وستسمح هذه التقييمات بتقدير الاستراتيجيات، والتنظيم، واستخدام المواد، والمعدات والأموال، والأساليب المستخدمة، والنتائج المتحققة بالمقارنة بالأهداف المحددة والموارد المستخدمة. وستستخدم نتائج هذه التقييمات في إعداد الاستعراض لمنتصف المدة وفي إعداد تقييم برنامج التعاون. ومن المقرر الاضطلاع بهذا الأخير في نهاية العام الرابع من التنفيذ، حتى يمكن ادماج النتائج في برنامج التعاون المقبل.

٥٧ - وستسهل الادماج الفعال لمختلف الأنشطة المتمخضة عن برنامج التعاون المشترك بين مالي واليونيسيف أو من أية برامج أخرى هياكل التنمية اللامركزية غير الممثلة القائمة حالياً وهي: لجان التنمية الإقليمية والمحلية، وتشجع هذه الهياكل تشغيل العاملين المحليين: تقنيي التنمية المجتمعية والطونيات

(الرابطات القروية التقليدية). وسيستهدف البرنامج بصفة خاصة النساء، ليس كمستفيدات فقط، وإنما أيضا كعاملات ومديرات. وسيكون اشتراكهن أفضل ضمان لهن للأثر المستهدف ولاستدامة النتائج.

٥٨ - وستقوم اليونيسيف، من جانبها، بضمان إدارة برنامج التعاون للفترة ١٩٩٣-١٩٩٧ بواسطة مكتب باماكو وأربعة مكاتب قطاعية في غاو، وتومبوكتو وموبتي وسيغو. وموظفو مكتب باماكو مسؤولون على المستوى المركزي، أما المكاتب الاقليمية فمسؤولة عن البرمجة ومتابعة البرامج التابعة لليونيسيف على المستوى الاقليمي والطرفي. ويشكل هذان الجانبان معظم الدعم المقدم للبرامج. والرابطة بين هذين المستويين لازمة لضمان التناسق بين السياسات الوطنية والتنفيذ على الصعيد اللامركزي. وتدار المكاتب الاقليمية هذه بواسطة فنيين وطنيين. ولهذه المكاتب الاقليمية بالفعل موظفون فنيون دوليون وكذلك متطوعون من الأمم المتحدة في مجالات الصحة، والتغذية والتنمية المجتمعية.

٥٩ - وتم إجمالا تخفيض عدد موظفي مكتب اليونيسيف في مالي تخفيضا طفيفا. ونتيجة لذلك رئي أن من اللازم إجراء تغييرات هامة في تعيين الموظفين لشتى البرامج وفي اسناد المهام. وسيعزز برنامج التعبئة الاجتماعية والاتصال بالموظفين اللازمين حتى يمكنه الوفاء بالمتطلبات الجديدة للبرنامج الناجمة الى حد كبير من خطة العمل الوطنية لمالي. وقد ألغيت خمس وظائف دولية (من الفئة الفنية ومن متطوعي الأمم المتحدة معا) من أجل تعزيز القدرات الوطنية.

الجدول ١ - الاحصاءات الأساسية بشأن الطفل والمرأة

تصنيف اليونسيف القطري				(سنة ١٩٩١ وما قبلها)		مالي
فئة معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: مرتفع جدا				(١٩٩١)	٢٢٥	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
فئة معدل وفيات الرضع: مرتفع جدا				(١٩٩١)	١٠٨	معدل وفيات الرضع
نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي منخفض				(١٩٩١)	٢٨٠ دولارا	نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي
				(١٩٩١)	٩,٥ مليونا	مجموع السكان
المؤشرات الرئيسية لبقاء الطفل ونمائه						
١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٠	١٩٧٠			
٤٨٧	٤٧٢	٣٥٢	٢٨٣	(بالآلاف)		المواليد
٥٣	٥٢	٥٣	٥٤	(بالآلاف)		وفيات الرضع (أقل من سنة)
١١١	١١٠	١١٨	١٢٤	(بالآلاف)		الوفيات دون سن الخامسة
٢٢٥	٢٣٠	٣١٠	٣٨٠			معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)
١٠٨	١١٠	١٥٠	١٩٠			معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) (لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)
مؤخرا						
٣١	١٩٨٠	معتدل وشديد				الأطفال ذوو الوزن الناقص (دون الخامسة) (نسبة مئوية للوزن الى السن، ١٩٨٧)
٩	١٩٨٠	شديد				الأطفال ذوو الوزن المنخفض عند الولادة (نسبة مئوية، ١٩٧٩-١٩٨٢-١٩٨٥)
١٧	١٩٨٠					النسبة المئوية للأطفال الذين بلغوا الصف الأخير من المرحلة الابتدائية (١٩٨٠/١٩٨٨)
٤٠	١٩٨٠					
مؤشرات التغذية						
٨٢/٩٥/٩١	٨٢/٩٦					الرضاعة الثديية من الأم حتى سن ١٢/٦/٣ شهرا (نسبة مئوية، ١٩٨٠-١٩٨٧)
١٦	٢٦					انتشار الهزال (نسبة مئوية، ١٩٨٧)
٣٤	١٩٨٠					انتشار توقف النمو (نسبة مئوية، ١٩٨٧)
٩٦	١٩٨٠					ما يتناوله الفرد من السعرات الحرارية يوميا (نسبة مئوية من الاحتياجات، ١٩٨٨-١٩٩٠)
٩٧	١٩٧٩					الرقم القياسي لنصيب الفرد من إنتاج الأغذية (الرقم القياسي للفترة ١٩٧٩-١٩٨١ = ١٠٠، ١٩٨٠/١٩٩١)
٢٢/٥٧	١٩٨٠	جميع الأغذية/الحبوب				نفقات الأسر المعيشية (نسبة مئوية من مجموع الدخل، ١٩٨٠-١٩٨٥)
المؤشرات الصحية						
١٥	١٩٨٠	المجموع				معدل استعمال أملاح الإماهة الفموية (نسبة مئوية)
١٥	١٩٨٥	حضرين/يفيون				الحصول على الخدمات الصحية (نسبة مئوية من السكان، ١٩٨٥)
٤١	٦	المجموع				الحصول على المياه المأمونة (نسبة مئوية من السكان، ١٩٨٠-١٩٩٠)
٣٨/٥٣	٣٧/صفر	حضرين/يفيون				الحصول على صرف صحي مناسب (نسبة مئوية من السكان، ١٩٨٥-١٩٨٠)
١٩	١٩٨٠	المجموع				الولادات التي تمت تحت إشراف موظفين صحيين مدربين (نسبة مئوية، ١٩٨٧)
٣/٩٠	١٩٨٠	حضرين/يفيون				معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء، ١٩٨٧)
٢٢	١٩٨٠					
٢٠٠٠	١٩٨٠					
التحصين						
١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٥	١٩٨١			

				المحصنون من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم سنة واحدة (نسبة مئوية) ضد:	
٦٨	٨٢	١٣	١٩	السل	
٣٤	٤٢	٢	..	الدفتر يا/السعال الديكي/التيتانوس	
٣٤	٤٢	٢	..	شلل الأطفال	
٣٩	٤٣	١٣	..	الحصبة	
٩	٣١	..	١	التيتانوس	الحوامل المحصنات (نسبة مئوية) ضد:

الجدول ١ (تابع)

البلد مالي

مؤخرا	حوالي ١٩٨٠	مؤشرات التعليم			
١٩/ ٢٤	٢٠/ ٢٧	نسبة القيد في المرحلة الابتدائية (الإجمالي/الصافي) (نسبة مئوية، ١٩٩٠/١٩٨٠)			
٢٤/ ٣٠	.. / ٣٤	ذكور			
١٤/ ١٧	.. / ١٩	إناث			
.. / ..	.. / ٩	المجموع		
.. / ..	.. / ١٣	نسبة القيد في المرحلة الثانوية (الإجمالي/الصافي) (نسبة مئوية، ١٩٩٠/١٩٨٠)		
.. / ..	.. / ٥	ذكور		
.. / ..	.. / ٥	إناث		
٣٢	٨	معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين الكبار، ١٥ سنة فأكثر (نسبة مئوية، ١٩٩٠/١٩٧٠)			
٢٤/ ٤١	٤ / ١١	عدد أجهزة الاستقبال الإذاعي/التلفزيوني (لكل ١ ٠٠٠ من السكان، ١٩٩٠/١٩٨٠)			
١/ ٤٣	.. / ١٥				
مؤخرا		المؤشرات الديموغرافية			
**٢٠٠٠	١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٠	١٩٧٠	
١٣	٩.٥	٩.٢	٦.٩	٥.٥	مجموع السكان (بالملايين)
٦ ٢١٨	٤ ٦٩٥	٤ ٥٢٩	٣ ٤٠٠	٢ ٦٥٣	السكان من سن صفر الى ١٥ سنة (بالآلاف)
٢ ٣٥٨	١ ٨٦٩	١ ٨٠٤	١ ٣١٢	١ ٠٣٣	السكان من سن صفر الى ٤ سنوات (بالآلاف)
٣٠	٢٥	١٩	١٧	١٤	السكان الحضريون (نسبة مئوية من المجموع)
٤٩	٤٥	٤٥	٤١	٣٨	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)
٤٧	٤٤	٤٣	٤٠	٣٦	المجموع
٥١	٤٧	٤٧	٤٣	٣٩	ذكور
٥١	٤٧	٤٧	٤٣	٣٩	إناث
٦.٤	٧.١	٧.١	٧.١	٧.١	معدل الخصوبة الإجمالي
٤٦	٥١	٥١	٥١	٥١	معدل المواليد الأولي (لكل ١ ٠٠٠ من السكان)
١٦	٢٠	٢٠	٢٣	٢٦	معدل الوفيات الأولي (لكل ١ ٠٠٠ من السكان)
مؤخرا	حوالي ١٩٨٠	مؤشرات الاقتصاديات			
٥	١	معدل انتشار وسائل منع الحمل (نسبة مئوية، ١٩٨٧-١٩٧٧)			
٣.٠	٢.١	معدل النمو السنوي للسكان			
٥.٦	٤.٩	معدل النمو السنوي للسكان (نسبة مئوية، ١٩٦٥-١٩٨٠/١٩٨٠-١٩٩١)			
٠.١-	٢.١	معدل النمو السنوي لنصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي (نسبة مئوية، ١٩٦٧-١٩٨٠/١٩٨٠-١٩٩١)			
٣	..	معدل التضخم (نسبة مئوية، ١٩٦٧-١٩٨٠/١٩٨٠-١٩٩٠)			
.. / ..	٤٨/ ٢٧	السكان الذين يعيشون في فقر مدقع (نسبة مئوية ١٩٧٥)			
.. / ..	.. / ..	النسبة المئوية لنصيب دخل الأسرة المعيشية (نسبة مئوية)		
*١٧/ *٤	.. / ..	الإنتاج الحكومي			
*١٧	..	(نسبة مئوية من مجموع الإنتاج، ١٩٨٧)			
*٧/ *٤	٢/ ١	إنتاج الأسر المعيشية			
٤٠.٨	٢٦٧	(نسبة مئوية من مجموع الدخل، ١٩٨٠-١٩٨٥/١٩٨٨-١٩٨٩)			
١٧	٢٢	المساعدة الإنمائية الرسمية:			
٧	٣	(١٩٩٠/١٩٨٠)			
		خدمة الدين (كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات، ١٩٨٠-١٩٩٠)			

* المصدر: المكتب الميداني لليونسيف.

** إسقاطات شعبة السكان بالأمم المتحدة استنادا الى الاتجاهات السابقة والحالية. (أ) تشير الى بيانات تختلف عن التعريف المعياري أو تشير الى جزء من البلد فقط.

الجدول ١ - الإحصاءات الأساسية بشأن الطفل والمرأة

تصنيف اليونسيف القطري				مالي	(سنة ١٩٩١ وما قبلها)
فئة معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: مرتفع جدا	(١٩٩١)	٢٢٥		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	
فئة معدل وفيات الرضع: مرتفع جدا	(١٩٩١)	١٠٨		معدل وفيات الرضع	
نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي منخفض	(١٩٩١)	٢٨٠ دولارا		نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي	
	(١٩٩١)	٩.٥ مليونا		مجموع السكان	
المؤشرات الرئيسية لبقاء الطفل ونمائه					
١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٠	١٩٧٠		
٤٨٧	٤٧٢	٣٥٢	٢٨٣	(بالآلاف)	المواليد
٥٣	٥٢	٥٣	٥٤	(بالآلاف)	وفيات الرضع (أقل من سنة)
١١١	١١٠	١١٨	١٢٤	(بالآلاف)	الوفيات دون سن الخامسة
٢٢٥	٢٣٠	٣١٠	٣٨٠		معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)
١٠٨	١١٠	١٥٠	١٩٠		معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) (لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء)
مؤخرا					
١٩٨٠	١٩٨٠	١٩٨٠	١٩٨٠	١٩٨٠	١٩٨٠
٣١	..	معتدل وشديد			الأطفال ذوو الوزن الناقص (دون الخامسة)
٩	..	شديد			(نسبة مئوية للوزن الى السن، ١٩٨٧)
١٧	١٣				الأطفال ذوو الوزن المنخفض عند الولادة (نسبة مئوية، ١٩٧٩/١٩٨٢-١٩٨٥)
٤٠	٤٥				النسبة المئوية للأطفال الذين بلغوا الصف الأخير من المرحلة الابتدائية (١٩٨٨/١٩٨٠)
مؤشرات التغذية					
٨٢/٩٥/٩١	٨٢/..٩٦				الرضاعة الثديية من الأم حتى سن ١٢/٦/٣ شهرا (نسبة مئوية، ١٩٨٧-١٩٨٠)
١٦	٢٦				انتشار الهزال (نسبة مئوية، ١٩٨٧)
٣٤	..				انتشار توقف النمو (نسبة مئوية، ١٩٨٧)
٩٦	..				ما يتناوله الفرد من السرعات الحرارية يوميا (نسبة مئوية من الاحتياجات، ١٩٨٨-١٩٩٠)
٩٧	٩٧				الرقم القياسي لنصيب الفرد من إنتاج الأغذية (الرقم القياسي للفترة ١٩٧٩-١٩٨١ = ١٠٠، ١٩٨٠/١٩٩١)
٢٢/٥٧		جميع الأغذية/الحيوب			نفقات الأسر المعيشية (نسبة مئوية من مجموع الدخل، ١٩٨٥-١٩٨٠)
المؤشرات الصحية					
١٥	..	المجموع			معدل استعمال أملاح الإماهة الفموية (نسبة مئوية)
..	..	حضرين/يفييون			الحصول على الخدمات الصحية (نسبة مئوية من السكان، ١٩٨٥)
٤١	٦	المجموع			الحصول على المياه المأمونة (نسبة مئوية من السكان، ١٩٨٠-١٩٩٠)
٣٨/٥٣	٣٧/صفر	حضرين/يفييون			الحصول على صرف صحي مناسب (نسبة مئوية من السكان، ١٩٨٥-١٩٨٠)
١٩	..	المجموع			الولادات التي تمت تحت إشراف موظفين صحيين مدربين (نسبة مئوية، ١٩٨٧)
٣/٩٠	../٧٩	حضرين/يفييون			معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء، ١٩٨٧)
٣٢	..				
٢٠٠٠	..				
التحصين					
١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٥	١٩٨١		
٦٨	٨٢	١٣	١٩		المحصنون من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم سنة واحدة (نسبة مئوية) ضد:
٣٤	٤٢	٢	..		السل
٣٤	٤٢	٢	..		الدفتريا/السعال الديكي/التيتانوس
٣٩	٤٣	١٣	..		شلل الأطفال
٩	٣١	..	١		الحصبة
					التيتانوس
					الحوامل المحصنات (نسبة مئوية) ضد:

الجدول ١ (تابع)

البلد مالي

مؤخرا		حوالي ١٩٨٠		مؤشرات التعليم	
١٩/ ٢٤	٢٠/ ٢٧	المجموع	نسبة القيد في المرحلة الابتدائية (الإجمالي/الصافي) (نسبة مئوية، ١٩٩٠/١٩٨٠)		
٢٤/ ٣٠	.. / ٣٤	ذكور			
١٤/ ١٧	.. / ١٩	إناث			
.. / ..	.. / ٩	المجموع	نسبة القيد في المرحلة الثانوية (الإجمالي/الصافي) (نسبة مئوية، ١٩٩٠/١٩٨٠)		
.. / ..	.. / ١٣	ذكور			
.. / ..	.. / ٥	إناث			
٣٢	٨	المجموع	معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين الكبار، ١٥ سنة فأكثر (نسبة مئوية، ١٩٩٠/١٩٧٠)		
٢٤/ ٤١	٤ / ١١	ذكور/إناث	عدد أجهزة الاستقبال الإذاعي/التلفزيوني (لكل ١ ٠٠٠ من السكان، ١٩٩٠/١٩٨٠)		
١/ ٤٣	.. / ١٥				
مؤخرا		حوالي ١٩٨٠		مؤشرات الديموغرافية	
**٢٠٠٠	١٩٩١	١٩٩٠	١٩٨٠	١٩٧٠	
١٣	٩.٥	٩.٢	٦.٩	٥.٥	مجموع السكان (بالملايين)
٦ ٢١٨	٤ ٦٩٥	٤ ٥٢٩	٣ ٤٠٠	٢ ٦٥٣	السكان من سن صفر الى ١٥ سنة (بالآلاف)
٢ ٣٥٨	١ ٨٦٩	١ ٨٠٤	١ ٣١٢	١ ٠٣٣	السكان من سن صفر الى ٤ سنوات (بالآلاف)
٣٠	٢٥	١٩	١٧	١٤	السكان الحضريون (نسبة مئوية من المجموع)
٤٩	٤٥	٤٥	٤١	٣٨	العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)
٤٧	٤٤	٤٣	٤٠	٣٦	المجموع
٥١	٤٧	٤٧	٤٣	٣٩	ذكور
٦.٤	٧.١	٧.١	٧.١	٧.١	إناث
٤٦	٥١	٥١	٥١	٥١	معدل الخصوبة الإجمالي
١٦	٢٠	٢٠	٢٣	٢٦	معدل المواليد الأولي (لكل ١ ٠٠٠ من السكان)
					معدل الوفيات الأولي (لكل ١ ٠٠٠ من السكان)
مؤخرا		حوالي ١٩٨٠		مؤشرات الاقتصاديات	
٥	١	معدل انتشار وسائل منع الحمل (نسبة مئوية، ١٩٧٧-١٩٨٧)			
٣.٠	٢.١	معدل النمو السنوي للسكان			
٥.٦	٤.٩	معدل النمو السنوي للسكان (نسبة مئوية، ١٩٦٥-١٩٨٠/١٩٨٠-١٩٩١)			
٥.١-	٢.١	معدل النمو السنوي لنصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي (نسبة مئوية، ١٩٦٧-١٩٨٠/١٩٨٠-١٩٩١)			
٣	..	معدل التضخم (نسبة مئوية، ١٩٦٧-١٩٨٠/١٩٨٠-١٩٩٠)			
.. / ..	٤٨/ ٢٧	السكان الذين يعيشون في فقر مدقع (نسبة مئوية ١٩٧٥)			
.. / ..	.. / ..	النسبة المئوية لنصيب دخل الأسرة المعيشية (نسبة مئوية)			
*١٧/ *٤	.. / ..	إلنفاق الحكومي			
*١٧	..	(نسبة مئوية من مجموع الإنفاق، ١٩٨٧)			
*٧/ *٤	٢/ ١	إنفاق الأسر المعيشية			
٤٠.٨	٢٦٧	(نسبة مئوية من مجموع الدخل، ١٩٨٠-١٩٨٥/١٩٨٨-١٩٨٩)			
١٧	٢٢	المساعدة الإنمائية الرسمية:			
٧	٣	(١٩٩١/١٩٨٠)			
		خدمة الدين (كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات، ١٩٨٠-١٩٩٠)			

* المصدر: المكتب الميداني لليونسيف.

** إسقاطات شعبة السكان بالأمم المتحدة استنادا الى الاتجاهات السابقة والحالية.

(أ) تشير الى بيانات تختلف عن التعريف المعياري أو تشير الى جزء من البلد فقط.

الجدول ٢ - النفقات في فترة التعاون السابقة، ١٩٨٨ - ١٩٩٣^(أ)

البلد : مالي

آخر موافقة للمجلس : ١٩٨٨

الموارد العامة : ١٨ ٥٥٢ ٠٠٠ دولار

(بآلاف دولارات الولايات المتحدة)

المجموع														البرنامج القطاع/المجال
المجموع (موارد عامة وتمويل تكميلي)		تمويل تكميلي		موارد عامة		المبالغ النقدية الأخرى (فعلي)		موظفو المشاريع (فعلي)		منح التدريب (فعلي)		اللوازم والمعدات (فعلي)		
مخطط	فعلي	مخطط	فعلي	مخطط	فعلي	تمويل تكميلي ممول	موارد عامة	تمويل تكميلي ممول	موارد عامة	تمويل تكميلي ممول	موارد عامة	تمويل تكميلي ممول	موارد عامة	
٩ ٨٥٨	١١ ٥٢٧	٣ ٢٧٠	٤ ٣٩٨	٦ ٥٨٨	٧ ١٢٩	١ ٤٠٨	١ ٨١٤	٧٩٦	١ ٤٧١	١٢٥	٢٠٩	٢٠٦٩	٣ ٦٣٥	الصحة
١٥ ٤٣٣	٥ ٤٨٦	١٤ ٠٤٨	٣ ٦٤٠	١ ٣٨٥	١ ٨٤٦	١ ٢٩٨	٦٣٩	١ ٢٩٠	٦٨١	٣٧	٣٦	١٠١٥	٤٩٠	تأمين الغذاء والتغذية للأسر المعيشية
١١ ٩٧٠	٧ ٤٠٤	٨ ٦٨٥	٤ ٠٠٦	٣ ٢٨٥	٣ ٢٩٨	١ ٣٣٢	٨١٢	٨٦٥	٧٣	١٠٦	١٦	١٧٠٣	٢ ٤٩٧	إمدادات المياه والمرافق الصحية
٣ ٤٢٨	١ ١٢٤	٢ ٠٠١	٢٢	١ ٤٢٧	١ ١٠٢		٣٢٨		٢٢		١٤٤	٢٢	٦٠٨	التعليم
	١٣٣		١٠١		٣٢	٤١	٣١					٦٠	١	تنظيم وتنمية المجتمعات المحلية
٢٢٥	١٨٨	٧٥	٣٥	١٥٠	١٥٣		٥٦			٣٥	٢٧		٧٠	المرأة - برنامج مركز
٥ ٧١٨	٦ ١٤٨		١٥	٥ ٧١٨	٦ ١٣٣	٦	٢ ١٦٥		٣٠٤٢		١٥٨	٩	٧٦٨	التخطيط والإحصاءات الاجتماعية
١ ٦٧٩	٢٨٢	١ ٦٧٩	٢٣٢		٥٠	٢٦						٢٠٦	٥٠	حالات الطوارئ
	٣٨٩		١٩٢		١٩٧							١٩٢	١٩٧	الشحن
٤٨ ٣١١	٣٢ ٦٨١	(ب) ٢٩ ٧٥٨	١٢ ٦٤١	١٨ ٥٥٣	(ب) ٢٠ ٠٤٠	٤ ١١١	٥ ٨٤٥	٢ ٩٥١	٥ ٢٨٩	٣٠٣	٥٩٠	٥ ٢٧٦	٨ ٣١٦	المجموع الكلي

(أ) تشمل النفقات الفعلية النفقات المسجلة اعتباراً من ١٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٢.

(ب) بما في ذلك المخصصات من الصناديق الاحتياطية العالمية من أجل برنامج التمويل التكميلي غير الممول.

(ج) من هذا المبلغ، يوجد مبلغ ٣ ٧٠٠ ٠٠٠ دولار غير ممول.

الجدول ٣ - النفقات المقررة، ١٩٩٣ - ١٩٩٧

(بألاف دولارات الولايات المتحدة)

المجموع	١٩٩٧	١٩٩٦	١٩٩٥	١٩٩٤	١٩٩٣	المركز التمويلي	البلد : مالي الفترة المغطاة: ١٩٩٣ - ١٩٩٧
٦ ٠٨٤ ١ ٨٥٤ ٧ ٣٩٦	١ ٢١٧ ٩٨٧	١ ٢١٧ ١ ٥٨٤	١ ٢١٧ ١ ٥٠٨	١ ١٩٣ ٢ ٣٦٥	١ ٢٤٠ ١ ٨٥٤ ٩٥٢	موارد عامة تمويل تكميلي ممول تمويل تكميلي جديد	الصحة
٢ ٦٨٠ ٧١٤ ٤ ٢٨٦	٥٣٧ ١ ٠٠٠	٥٤٨ ١ ٠٠٠	٥٣٦ ١ ٠٠٠	٥٢٣ ١ ٠٠٠	٥٣٦ ٧١٤ ٢٨٦	موارد عامة تمويل تكميلي ممول تمويل تكميلي جديد	تأمين الغذاء والتغذية للأسر المعيشية
١ ٨٥٥ ٣٠٣ ٤ ٤٤٧	٣٧١ ١٤٧	٣٧١ ٥٠٩	٣٧١ ١ ٠٣٩	٣٧١ ١ ٧٤٦	٣٧١ ٣٠٣ ١ ٠٠٦	موارد عامة تمويل تكميلي ممول تمويل تكميلي جديد	إمداد المياه والمرافق الصحية
٢ ٦٨١ ٢ ٥٠٠	٥٣٥ ٥٠٠	٥٤٩ ٥٠٠	٥٦١ ٥٠٠	٦٠٠ ٥٠٠	٤٣٦ ٥٠٠	موارد عامة تمويل تكميلي جديد	التعليم
١ ٠٣٠ ١ ٥٠٠	٢٠٦ ٣٠٠	٢٠٦ ٣٠٠	٢٠٦ ٣٠٠	٢٠٦ ٣٠٠	٢٠٦ ٣٠٠	موارد عامة تمويل تكميلي جديد	نماء الطفل الصغير
٥٠٠ ٥٠٠	١٠٠ ١٠٠	١٠٠ ١٠٠	١٠٠ ١٠٠	٧٣ ١٢٧	١٢٧ ٧٣	موارد عامة تمويل تكميلي جديد	برنامج متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز/السيدا)
١ ٠٣٠ ١ ٥٠٠	٢٠٦ ٣٠٠	١٨١ ٣٠٠	١٨١ ٣٠٠	٢٠٦ ٣٠٠	٢٥٦ ٣٠٠	موارد عامة تمويل تكميلي جديد	التعبئة الاجتماعية والدعوة
٢٢٥	٤٥	٤٥	٤٥	٤٥	٤٥	موارد عامة	التخطيط والإحصاءات الاجتماعية
٤ ٥٤٠ ٩٠	٩٠٨	٩٠٨	٩٠٨	٩٠٨	٩٠٨ ٩٠	موارد عامة تمويل تكميلي ممول	دعم البرنامج

٢٠ ٦٢٥	٤ ١٢٥	٤ ١٢٥	٤ ١٢٥	٤ ١٢٥	٤ ١٢٥	مورد عملة
٢ ٩٦١					٢ ٩٦١	تمويل تكميلي ممول
٢٢ ١٢٩	٣ ٣٣٤	٤ ٢٩٣	٤ ٧٤٧	٦ ٣٣٨	٣ ٤١٧	تمويل تكميلي جديد
٤٥ ٧١٥	٧ ٤٥٩	٨ ٤١٨	٨ ٨٧٢	١٠ ٤٦٣	١٠ ٥٠٣	

لا يشمل رصيد من مخصصات الموارد العامة الاضافية ١٥٠ ٠٠٠ دولار للتعليم و ٦٤٠ ٠٠٠ دولار لإمدادات المياه

الجدول ٤ - الصلة بين الميزانية البرنامجية وتكاليف تعيين الموظفين/الموظفين
مالي

تكاليف الموظفين ^(أ) (بآلاف دولارات الولايات المتحدة)			الوظائف (أ) و (ب)										الميزانية البرنامجية ١٩٩٢ - ١٩٩٧ (بآلاف دولارات الولايات المتحدة)				الأبواب/المجالات البرنامجية ومصادر التمويل
			المجموع الفرعي			الوظائف الموجودة							المجموع	تمويل تكميلي جديد	تمويل تكميلي ممول	موارد عامة	
المجموع	الفئة المحلية	الفئة الدولية	مجموع الوظائف	خدمات عامة	فنية وطنية	فنية دولية	/ف/ ٢م	/ف/ ٣م	/ف/ ٤م	/ف/ ٥م	مد/ ٦م	مد/ ٧م					
٣٠٧٥	٤٩٥	٢٥٨٠	٩	٥		٤							٦٠٨٤			٦٠٨٤	الموارد العامة الصحة
١٠٦٩	٤٢٤	٦٤٥	٣	١	١	١			١				٢٦٨٠			٢٦٨٠	تأمين الغذاء والتغذية للأسر المعيشية
													١٨٥٥			١٨٥٥	إمدادات المياه والمرافق الصحية
٦٨٤	٩٩	٥٨٥	٢	١		١		١					٢٦٨١			٢٦٨١	التعليم
													١٠٣٠			١٠٣٠	نماء الطفل الصغير
٣٢٥	٣٢٥		١		١								٥٠٠			٥٠٠	برنامج متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز/السيدا)
١٢٨	١٢٨		١	١									١٠٣٠			١٠٣٠	الدعوة والتعبئة الاجتماعية
٤٢٤	٤٢٤		٢	١	١								٢٢٥			٢٢٥	التخطيط والإحصاءات الاجتماعية
٣٨٥٩	٣٨٥٩		٢٣	١٦	٧								٤٥٤٠			٤٥٤٠	دعم البرنامج
٩٥٦٤	٥٧٥٤	٣٨١٠	٤١	٢٥	١٠	٦		١	٥				٢٠٦٢٥			٢٠٦٢٥	مجموع الموارد العامة
٢٦٨٦	٧٥١	١٩٣٥	٨	٤	١	٣			٣				٩٢٥٠	٧٣٩٦	١٨٤٥		التمويل التكميلي الصحة
١٤٦٧	٢٩٧	١١٧٠	٥	٣		٢			٢				٥٠٠٠	٤٢٨٦	٧١٤		تأمين الغذاء والتغذية للأسر المعيشية
١١٦٨	٥٢٣	٦٤٥	٤	٢	١	١			١				٤٧٥٠	٤٤٤٧	٣٠٣		إمدادات المياه والمرافق الصحية

تكاليف الموظفين ^(أ)			الوظائف (أ) و (ب)										الميزانية البرنامجية ١٩٩٣ - ١٩٩٧				الأبواب/المجالات البرنامجية ومصادر التمويل
(بآلاف دولارات الولايات المتحدة)			المجموع الفرعي			الوظائف الموجودة							(بآلاف دولارات الولايات المتحدة)				
المجموع	الفئة المحلية	الفئة الدولية	مجموع الوظائف	خدمات عامة	فنية وطنية	فنية دولية	ف/م ٢	ف/م ٣	ف/م ٤	ف/م ٥	مد/م ٦	مد/م ٧	المجموع	تمويل تكميلي جديد	تمويل تكميلي ممول	موارد عامة	
													٢ ٥٠٠	٢ ٥٠٠			التعليم
													١ ٥٠٠	١ ٥٠٠			نماء الطفل الصغير
													٥٠٠	٥٠٠			برنامج متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز/السيدا)
													١ ٥٠٠	١ ٥٠٠			الدعوة والتعبئة الاجتماعية
													٩٠		٩٠		دعم البرنامج
٥ ٢٢١	١ ٥٧١	٣ ٧٥٠	١٧	٩	٢	٦		٢	٤				٢٥ ٠٩٠	٢٢ ١٢٩	٢ ٩٦١		مجموع التمويل التكميلي
١٤ ٨٨٥	٧ ٢٢٥	٧ ٥٦٠	٥٨	٣٤	١٢	١٢		٣	٩				٤٥ ٧١٥				مجموع الموارد العامة + التمويل التكميلي

													٨٨٣	تكاليف التشغيل		ميزانية الدعم الإداري والبرنامجي	
٢ ١٣٠	١ ٢٠١	٩٢٩	١٩	١٢	٤	٣			١	١	١			تعيين الموظفين ^(ب)		(المقترحة للفترة ١٩٩٤- ١٩٩٥)	
			٧٧	٤٦	١٦	١٥		٣	١٠	١	١					المجموع الكلي (موارد عامة + تمويل تكميلي + إداري)	

عدد الوظائف وتكاليف الموظفين:												
لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق	٥٧	٣١	١١	١٥						- في بداية البرنامج السابق (١٩٨٨)
لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق	٧٧	٤٦	١٦	١٥						- في بداية البرنامج المقترح (١٩٩٣)

تكاليف الموظفين ^(هـ) (بآلاف دولارات الولايات المتحدة)			الوظائف (أ) / و (ب)									الميزانية البرنامجية ١٩٩٢ - ١٩٩٧ (بآلاف دولارات الولايات المتحدة)				الأبواب/المجالات البرنامجية ومصادر التمويل	
المجموع	الفئة المحلية	الفئة الدولية	مجموع الوظائف	المجموع الفرعي			الوظائف الموجودة						المجموع	تمويل تكميلي جديد	تمويل تكميلي ممول		موارد عامة
				خدمات عامة	فنية وطنية	فنية دولية	ف/ م ٢	ف/ م ٣	ف/ م ٤	ف/ م ٥	مد ١/ م ٦	مد ٢/ م ٧					
لا تنطبق	لا تنطبق	لا تنطبق	٨٠	٤٧	١٧	١٦	(للدلالة فقط)						- في نهاية البرنامج المقترح (١٩٩٧)				

(أ) كل وظيفة، بغض النظر عن مصدرها التمويلي، تدعم البرنامج القطري ككل.

(ب) تسري الوظائف اعتباراً من ١ كانون الثاني/يناير ١٩٩٤.

(ج) تمول الوظائف المشارعية لمدة خمس سنوات والوظائف الأساسية لمدة سنتين.
