

Distr.
LIMITED

E/ICEF/1997/P/L.12
18 December 1996
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



منظمة الأمم المتحدة للطفولة

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثانية لعام ١٩٩٧

١٨-١٩ آذار/مارس ١٩٩٧

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت*

للعلم

موجز استعراضات منتصف المدة وعمليات

التقييم الرئيسية للبرامج القطرية

غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى

موجز

أعد هذا التقرير استجابة لمقرر المجلس التنفيذي ٨/١٩٩٥ (E/ICEF/1995/9/Rev.1) الذي طلب فيه إلى الأمانة أن تقدم إلى المجلس موجزا لنتائج استعراضات منتصف المدة وعمليات التقييم الرئيسية للبرامج القطرية يحدد، في جملة أمور، النتائج المحققة والدروس المستفادة وما إذا كانت هناك حاجة إلى أي تعديل في البرنامج القطري. وسيقوم المجلس بالتعليق على التقارير وتوفير التوجيه للأمانة، إذا كانت هناك ضرورة لذلك. وقد أجريت استعراضات منتصف المدة وعمليات التقييم الرئيسية للبرامج القطرية التي يتناولها هذا التقرير خلال عام ١٩٩٦.

مقدمة

١ - في غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى، أجريت في عام ١٩٩٦ استعراضات منتصف المدة للبرامج التي تدعمها اليونيسيف في بنن وغينيا الاستوائية وموريتانيا. وقامت تشاد ونيجيريا بعمليات تقييم رئيسية للبرامج القطرية السابقة، وإن كان التقرير المتعلق بعملية التقييم التي تمت في نيجيريا لم يوضع في صورته النهائية بعد. وقامت عدة بلدان بعمليات تقييم للبرامج القطاعية.

٢ - وتعكس الاستعراضات وعمليات التقييم المختلفة الظروف المعقدة السائدة في المنطقة. ففي معظم البلدان ما زال الوضع الاقتصادي صعبا، مع انتشار الفقر وانخفاض متوسط دخل الفرد بالنسبة لغالبية السكان. كذلك فإن التنمية البشرية ليست في حالة مرضية، حيث ينتمي ١٩ بلدا من بلدان المنطقة البالغ عددها ٢٣ بلدا إلى فئة بلدان "التنمية البشرية المنخفضة" كما عرفها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. ومعدلات وفيات الأمومة ووفيات الرضع دون الخامسة من العمر مرتفعة بوجه عام، كما أن الأمية شائعة وخاصة بين النساء. فضلا عن ذلك فإن القدرات الوطنية والهياكل الأساسية للخدمات الاجتماعية ضعيفة في كثير من الأحيان. وما زالت عملية التحول الديمقراطي مستمرة، ولكنها لا تستند إلى قاعدة قوية، كما أنه على الرغم من التحسن الذي طرأ على عملية الحكم ما زال عدم الاستقرار السياسي يمثل مشكلة رئيسية في كثير من البلدان. وقد شهدت بعض البلدان حالات طوارئ معقدة في عام ١٩٩٦ (زائير، ليبيريا). كما أن هناك بلدانا تحاول التغلب على آثار ما سبق أن تعرضت له من منازعات مسلحة (تشاد، سيراليون). وهناك بلدان أخرى تندلع فيها من وقت لآخر أعمال العنف لأسباب إثنية أو سياسية، أو يتعين عليها أن تواجه مشاكل اللاجئين التي انتقلت إليها من البلدان المجاورة.

٣ - وعلى الرغم من هذه المشاكل، فإن المنطقة ظلت تحقق تقدما في تعزيز وتنشيط نظم الرعاية الصحية الأولية، مما أدى إلى زيادة مستمرة في التغطية بالتحصين في عدد من البلدان. كذلك يتحقق تقدم هائل في مقاومة مرض دودة غينيا. وأصدرت جميع البلدان، أو هي بسبيل إصدار، تشريعات بشأن معالجة الملح باليود. وفي الوقت الذي انخفضت فيه بشكل عام أو ثبتت على حالها معدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية في بعض البلدان، حققت بلدان أخرى تقدما ملحوظا وخاصة فيما يتعلق بتعليم الفتيات.

٤ - وجميع استعراضات منتصف المدة واستعراضات البرامج القطرية التي تم الاضطلاع بها قد أخذت تؤدي إلى تغييرات في البرامج. ففي بنن وغينيا الاستوائية، ما زالت الاتجاهات الاستراتيجية الرئيسية على حالها، ولكن هناك بعض التعديلات والتعزيزات التي يجري إدخالها. وفي تشاد، يجري إدخال تغييرات أكثر شمولا تستهدف تحقيق تحسين أعم في أداء البرامج وفعاليتها. وفي موريتانيا يتحول التركيز

الاستراتيجي من إعطاء أولوية مطلقة لبقاء الطفل إلى توجيه مزيد من الاهتمام إلى الحق في التنمية وفي الحماية وفي المشاركة.

استعراضات منتصف المدة

٥ - إن البلدان الثلاث التي أجريت فيها استعراضات منتصف المدة في عام ١٩٩٦ هي جميعاً من بين أقل البلدان نمواً، كما أن متوسط دخل الفرد فيها واحد تقريبا، وكلها تشترك في انخفاض مستوى التنمية البشرية. والبرامج القطرية التي جرى استعراضها تغطي الفترة ١٩٩٤-١٩٩٨ وتم وضعها في إطار برامج العمل الوطنية لتحقيق أهداف مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل. وخلال عملية الاستعراض، تمت الاستعانة بمؤسسات وطنية وإقليمية وخبراء استشاريين لإجراء الدراسات والقيام بعمليات التقييم. وقد تم تحليل الأهداف البرنامجية في ضوء اتفاقية حقوق الطفل وغيرها، وتم القيام بعمليات تقييم لتنفيذ الأنشطة البرنامجية وفعاليتها من حيث التكاليف؛ كما تم دراسة الوضع من ناحية التمويل.

بنين

٦ - تعتبر بنين أكثر البلدان الثلاثة سكاناً حيث بلغ عدد سكانها ٥,٣ مليون نسمة في عام ١٩٩٤. وقد هيا التحول الديمقراطي السلمي الذي تم في عام ١٩٩٠ وما صحبه من تنمية اقتصادية مطردة، الأساس لإحراز تقدم في الأوضاع الاجتماعية، وإن كان تخفيض قيمة فرنك الجماعة المالية الأفريقية في عام ١٩٩٤ قد أدى إلى زيادة الأسعار والحد من قدرة الحكومة على دعم القطاع الاجتماعي وإلى تخفيض القدرة الشرائية للأسر المعيشية. وقد تم على نطاق وطني تقبل فكرة تنشيط نظام الرعاية الصحية الأولية وفقاً لمبادئ مبادرة باماكو، وحقق البلد معدلات عالية في التطعيم وحافظ على تلك المعدلات. كذلك فإن معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية مرتفع بالنسبة للأطفال وإن كان متخلفاً جداً بالنسبة للفتيات. وقد أجريت في عام ١٩٩٦ انتخابات متعددة الأحزاب أدت إلى تغيير رئيس الدولة ورئيس الحكومة.

٧ - وقد استند استعراض منتصف المدة إلى استعراض مكثف للبرنامج القطري تم بالنسبة لكل قطاع على حدة وشاركت فيه الحكومة، والمنظمات غير الحكومية على الصعيد المحلي والوطني، والمانحون الثنائيون، ووكالات الأمم المتحدة. وتم قبل إجراء الاستعراض استكمال تحليل الوضع وإعداد ملخص عام لجميع الدراسات وعمليات التقييم التي أجريت في الفترة ١٩٩٤-١٩٩٥.

المنجزات الرئيسية

٨ - الصحة والتغذية. تحقق نجاح كبير بالنسبة لاستراتيجية مبادرة باماكو، حيث أصبح بإمكان ٨٥ في المائة من السكان الانتفاع بالمراكز الصحية، التي يعتبر ٨٧ في المائة منها مراكز مكتفية ذاتياً من حيث تكاليف التشغيل. على أن نسبة السكان الذين يستخدمون هذه المراكز فعلاً لا تتجاوز ٣٤ في المائة. وقد أدى توافر الحد الأدنى من الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية على نطاق واسع إلى زيادة الطلب على أملاح الإماهة الفموية إلى أكثر من ١٠٠ ألف عبوة في الشهر، وإلى زيادة التغطية بالتحصين بالنسبة لجميع

مولدات المضادات إلى أكثر من ٨٢ في المائة من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة، وإلى تقديم المساعدة أثناء الوضع إلى ٥٠ في المائة من الحوامل. كذلك تم معالجة نحو ٧٠ في المائة من مجموع الملح باليود، وتقوم جميع المراكز الصحية في مناطق التوطن بتوزيع كبسولات فيتامين ألف. وقد وافقت الحكومة على تمويل جميع اللقاحات بحلول عام ٢٠٠٠، حيث تبدأ بتحمل ٨ في المائة من التكاليف في عام ١٩٩٦.

٩ - التعليم. أدى المشروع الإرشادي الذي نفذ في ٣٠ قرية لربط المدارس الابتدائية بالمجتمعات المحيطة بها إلى زيادة الالتحاق بالمدارس بنسبة ٣٧ في المائة وزيادة التحاق الفتيات بنسبة ٦٦ في المائة، وإن كان يحد من التوسع في المشروع عدم كفاية البنية الأساسية وعدم كفاية المدرسين وإحجام الآباء والأمهات عن إرسال أطفالهم، وخاصة الفتيات، إلى المدارس.

١٠ - الأطفال الذين يعيشون ظروفًا عصيبة. أدى هذا المشروع إلى زيادة الاهتمام بظاهرة من يطلق عليهم اسم vidomégons (وهم نحو ١٠٠ ٠٠٠ طفل يعملون بالمنازل محرومين عادة من التعليم ومعرضين في بعض الأحيان لسوء المعاملة) ودعا إلى احترام حقوقهم.

١١ - المياه والمرافق الصحية. تأثر هذا المشروع بما حدث في عام ١٩٩٥ من تغيير في الاستراتيجية الوطنية للإمداد بالمياه في الريف. فقد أعطت الاستراتيجية الجديدة الأولوية للمجتمعات المحلية القادرة على الإسهام في تكاليف المياه بدلاً من إعطائها للسكان المصابين بالأمراض التي تنقلها المياه، ومنها مرض دودة غينيا (الذي كان قد انخفض من ٤٠ ٣٧ حالة في عام ١٩٩٠ إلى ٢ ٢٠٠ حالة في عام ١٩٩٥). وقد تسبب البرنامج الجديد، الذي تدعمه الوكالة الدانمركية للتنمية الدولية والبنك الدولي وغيرهما، في إحداث حالات تأخير في تنفيذ البرنامج القطري وإن كان ٤٠ ٠٠٠ من سكان الريف قد أصبحوا قادرين على الحصول على المياه النقية في عام ١٩٩٤.

١٢ - التعبئة الاجتماعية. بذلت جهود كبيرة في الدعوة إلى حقوق الطفل، وإن كانت الاتصالات التي تستهدف تغيير السلوك في القطاعات الاجتماعية قد تخلت.

الدروس المستفادة

١٣ - تسهم الاستراتيجيات البرنامجية في تحقيق عدد من أهداف برنامج العمل الوطني. وكانت الأهداف المتعلقة بالمياه والمرافق الصحية هي الأهداف الوحيدة التي تعينت إعادة بحثها. وينبغي توجيه مزيد من الاهتمام إلى الصحة وسوء التغذية والوقاية من الملاريا على صعيد المجتمع المحلي. وثمة حاجة كذلك إلى إحكام توجيه التدخلات إلى أكثر السكان احتياجاً، وإلى التركيز على مناطق جغرافية معينة، وإلى دعم حد أدنى من الأنشطة المشتركة بين القطاعات التي تستطيع المجتمعات المحلية الاستمرار فيها وتكرارها والتوسع فيها. وتتطلب استراتيجية مبادرة باماكو زيادة إحكام نظام إدارة المجتمع المحلي والتكامل مع القطاعات الأخرى. وينبغي للبرنامج الوطني لإمداد الريف بالمياه أن يتصدى لاحتياجات القرى الفقيرة التي

يتفشى فيها مرض دودة غينيا، كما ينبغي استعراض إسهام اليونيسيف في البرنامج. وينبغي التأكيد في برنامج التعبئة الاجتماعية على تغيير السلوك، مع ربط ذلك بجميع القطاعات لزيادة قابلية البرنامج للاستمرار، كما ينبغي تعزيز الجهود التي تستهدف التعريف باتفاقية حقوق الطفل. ويلزم توفير موارد إضافية لتعزيز برنامج الصحة/التغذية وتأمين الجهود المتعلقة بالمياه والمرافق الصحية.

١٤ - ويجري تنفيذ التوصيات عن طريق تعديل أهداف المشاريع واستراتيجياتها بالنسبة لما تبقى من الدورة البرنامجية. وتشمل الإجراءات المحددة التي يتم القيام بها في هذا الصدد تعديل المناطق المستهدفة والسكان المستهدفين، وتحسين التحليلات المتعلقة بفاعلية التكاليف، وتنقيح البروتوكول المبرم بين برنامج إمداد الريف بالمياه واليونيسيف. ويتيح النجاح الذي تحقق في بنن، وخاصة فيما يتعلق باستراتيجية مبادرة باماكو، فرصاً لوضع "استراتيجية للجيل الثاني" تركز على الروابط الأوسع بين هياكل توفير الخدمات وإدارة المجتمع المحلي وأنشطة تغيير السلوك من ناحية والدعم الوطني ودون الوطني والمؤسسات المرجعية من ناحية أخرى.

غينيا الاستوائية

١٥ - غينيا الاستوائية بلد صغير معزول مر بفترة أزمة طويلة تميزت بالمشاكل الاقتصادية وانتشار الفقر (أكثر من ثلثي السكان البالغ عددهم ٤٠٠ ٠٠٠ نسمة يعيشون في فقر مطلق) والتوترات السياسية، ولكنه شرع في تنفيذ سياسة التغيير المتعمد لتحسين أحوال المعيشة. ويشجع ذلك ما تحقق من زيادات في صادرات النفط ومتوسط نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي وعملية التحول الديمقراطي التي بدأت في عام ١٩٩٢.

١٦ - وقد اشترك مسؤولون من الحكومة مع وكالات الأمم المتحدة وممثلين للمانحين الثنائيين والمنظمات غير الحكومية في إجراء استعراضات قطاعية مكثفة لمختلف المشاريع والبرامج قبل مناقشة النتائج مع كبار المسؤولين الحكوميين واتخاذ القرارات بالنسبة لما يتخذ مستقبلاً من إجراءات. وقد لوحظ تحقيق بعض الإنجازات، ولكن اليونيسيف اضطرت، نظراً لأن الحكومة لا تملك سوى قدرة محدودة، إلى الاضطلاع بكثير من المهام التنفيذية التي هي في الأحوال الطبيعية من مسؤولية الحكومة.

المنجزات الرئيسية

١٧ - الصحة والتغذية. تحقق تقدم في عملية التحصين (حيث ارتفعت التغطية من ٥٠ إلى ٦٣ في المائة)، والعلاج بالإمهاء الفموية (حيث ارتفعت التغطية من ٤٥ إلى ٨٦ في المائة)، والوقاية من الملاريا (تم توزيع ٦ ٠٠٠ ناموسية معقمة). وبالإضافة إلى ذلك، تم تحسين القدرات على مستوى المجتمع المحلي من خلال تدريب ١٦٠ من القابلات التقليديات. وتم إصدار تشريع بشأن استيراد الملح المعالج باليود. على أنه لم يتحقق سوى تقدم محدود فيما يتعلق بمشاركة المجتمع المحلي في قطاع الصحة.

النماء في مرحلة الطفولة المبكرة

١٨ - تم بناء مراكز للتعليم قبل المدرسي تعرف باسم مراكز النماء في مرحلة الطفولة المبكرة من خلال تبرعات مقدمة من المجتمع المحلي، وهي تتسع لنحو ٩ ٠٠٠ طفل تتراوح أعمارهم بين ثلاث سنوات و ست سنوات. وتغطي المجتمعات المحلية حوالي خمس تكاليف التعليم لكل طفل.

١٩ - المياه والمرافق الصحية. تمثل تبرعات المجتمع المحلي عنصرا هاما في هذا القطاع أيضا، حيث تم إقامة ١٥١ مركزا لتوزيع المياه و ٤٩٠ مرحاضا بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية، وتم تدريب ٥١ من الموظفين والتقنيين المحليين، كما تم إنشاء ١٠٣ لجنة لإدارة المياه العامة. على أن قطاع التثقيف الصحي يحتاج إلى تعزيز.

٢٠ - المرأة. كانت أنشطة توليد الدخل للمرأة أكثر تباعدا. فقد تم تدريب ٤٤ مجموعة، ولكن هذه المجموعات لا تشمل سوى ١٦ في المائة من المجموع المستهدف حسب الخطة.

٢١ - التعبئة الاجتماعية والاتصالات. قدم الدعم للبرامج القطاعية وتم القيام بالدعوة لاتفاقية حقوق الطفل. ولم يكن هناك تقييم يذكر لأثر ذلك بالنسبة لتغيير السلوك.

الدروس المستفادة

٢٢ - بالإضافة إلى التوصيات القطاعية المحددة، كانت هناك دروس هامة استفيدت من استعراض منتصف المدة. وينبغي زيادة التركيز على وضع استراتيجيات لضمان توفير الخدمات على نحو مستدام، مع دعم ذلك بالتعبئة الاجتماعية والجهود المبذولة في مجال الاتصالات. ولزيادة الأثر وتحقيق التضافر، ينبغي تحقيق التكامل بين المشاريع المختلفة على نحو أفضل. وينبغي أن تستمر الجهود المبذولة لتعزيز القدرات المحلية وتعزيز مشاركة المجتمع المحلي وتوجيهها على نحو أفضل. وينبغي اتخاذ مزيد من التدابير لنقل المزيد من المسؤوليات إلى الدوائر الحكومية. وأخيرا، يلزم توفير مزيد من الأموال التكميلية لدعم نتائج المشاريع والبرامج.

٢٣ - ويجري تنفيذ التوصيات بطرق مختلفة. فالتوصيات المتعلقة بالبرنامج القطري مباشرة يجري تنفيذها من خلال إدخال تعديلات على خطط عمل المشاريع في عام ١٩٩٧. وذلك بالتشاور مع الحكومة. أما التوصيات المتعلقة بالسياسات والمؤسسات الوطنية فيجري تنفيذها من خلال الدعوة المرتبطة بالهيكل الوطنية المناسبة، وذلك بالتعاون مع الوكالات الأخرى لمنظومة الأمم المتحدة.

موريتانيا

٢٤ - إن أكثر من ثلثي أراضي موريتانيا هي أراض صحراوية، والاقتصاد ضعيف، ومعدل التحول الحضري مرتفع حيث يعيش نصف السكان تقريبا في مناطق حضرية. وقد أجريت انتخابات متعددة الأحزاب في عام ١٩٩٢ وأعلنت الحكومة التزامها القوي بتحسين الظروف الاجتماعية. كذلك أدت الجهود التي بذلت

مؤخرا إلى ارتفاع معدلات التطعيم، وتحقق بعض التقدم في التعليم الأساسي وخاصة بالنسبة للفتيات. على أن معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة ما زالت مرتفعة، كما أن الأمية شائعة وخاصة بين النساء.

٢٥ - وقد أجري استعراض منتصف المدة من خلال التشاور الوثيق في جميع القطاعات بين الحكومة واليونسيف مع اشتراك المنظمات غير الحكومية.

المنجزات الرئيسية

٢٦ - الصحة والتغذية. تم تجديد وتنشيط جميع المراكز الصحية البالغ عددها ٥٢ مركزا و ٥٥ في المائة من المراكز الصحية الفرعية وعددها ٣٠٠ مركز وفقا لاستراتيجية مباداة باماكو (وكانت تكاليف العلاج تقل عما خطط له بنسبة ٣٠ في المائة). وقد أدت الحملات التي قادتها الحكومة إلى أن أصبحت التغطية بالتطعيم ضد الحصبة وضد شلل الأطفال تصل إلى ٩٥ في المائة بين الأطفال دون سن الخامسة. على أن مشكلة صحة المرأة لم يتم التصدي لها بشكل تام، وما زالت اليونسيف تتحمل إلى حد كبير مسؤولية إدارة السوقيات فيما يتعلق بالتحصين. وقد تم تخفيض عدد حالات الإصابة بمرض دودة غينيا من ٢٠٠ ٥ حالة في عام ١٩٩٣ إلى ١٧٠٠ حالة في عام ١٩٩٥، كما تم اعتماد استراتيجية متكاملة تتيح للموظفين الصحيين بالقرى التصدي لبعض المسائل الصحية الأخرى مثل الملاريا.

٢٧ - البرنامج المتكامل للمناطق. تم في إطار المكون الحضري لهذا البرنامج تجربة نهج جديد للإمداد بالمياه يوفر المياه لنحو ٣٠ ٠٠٠ من السكان الفقراء في المناطق المحيطة بالمدن بتكلفة لا تزيد عن ٣٠ في المائة من التكلفة السوقية ويفتح بابا للتعاون مع عدد من المنظمات غير الحكومية والروابط الموجودة بالمجتمع المحلي. ومن ناحية أخرى، فقد كانت نتائج المكون الريفي لهذا البرنامج نتائج محدودة.

٢٨ - التعليم. أسهم هذا البرنامج في تحسين قاعدة المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسات، وكان مكملا لحملة قادتها الحكومة لزيادة الالتحاق بالمدارس الابتدائية (من ٤٥ في المائة في عام ١٩٩٠ إلى ٧٨ في المائة في عام ١٩٩٥) عن طريق تشجيع مشاركة المجتمع المحلي في النهجين الرسمي وغير الرسمي.

٢٩ - الدعوة والتعبئة الاجتماعية. تركز هذا البرنامج على التثقيف الصحي، وخاصة بالنسبة للمرأة، من خلال تقديم الدعم لمحطتي إذاعة ريفيتين.

٣٠ - الرصد والتقييم. شملت هذه الأنشطة تقديم الدعم إلى دراسة استقصائية عنقودية متعددة المؤشرات أسهمت في إقامة قاعدة بيانات القطاع الاجتماعي في البلد، وخاصة في مجال التعليم. على أن قدرات الحكومة في مجال التقييم ما زالت ضعيفة.

الدروس المستفادة

٣١ - تحقق تقدم كبير فيما يتعلق بتقديم الخدمات التي تستهدف بقاء الطفل، حيث تحققت أهداف برنامج الفترة ١٩٩٤-١٩٩٨ إلى حد كبير، ومن ثم يوجد أساس يمكن الاستناد إليه في الانتقال إلى المرحلة الثانية من البرنامج التي يزداد فيها التركيز على حقوق الطفل في التنمية والحماية والمشاركة وفقا لاتفاقية حقوق الطفل. وينبغي تعزيز الدعوة وبناء القدرات على صعيد المجتمع المحلي، حيث ثبت أن المشاريع التي تصاغ بوضوح على أساس "ملكية" المجتمع المحلي هي مشاريع قابلة للاستمرار بينما تصادف المشاريع الأخرى في كثير من الأحيان صعوبات خلال مرحلة التنفيذ. وبالإضافة إلى الرعاية الصحية الأولية، ينبغي توجيه مزيد من الاهتمام إلى التغذية والتعليم والشباب وحماية الطفل والمياه والمرافق الصحية والعادات الصحية.

٣٢ - وقد تم تقبل تنفيذ توصيات استعراض منتصف المدة كمسؤولية للحكومة واليونسيف، يتم الاضطلاع بها من خلال إعداد خطط عمل للمشاريع في عام ١٩٩٧ بالتعاون مع الجهات المانحة الأخرى ووكالات الأمم المتحدة الأخرى والمنظمات غير الحكومية. كذلك سيتم إحكام خطة إدارة البرنامج القطري لمراعاة ما تم من تنقيح في مجال التركيز يشمل تعزيز الدعم المقدم من البرنامج في مجال التعليم. وسيكون من بين الأنشطة الحاسمة تعزيز مهارات النظراء الحكوميين في تخطيط البرنامج القطري وتنفيذه.

عمليات التقييم الرئيسية

٣٣ - كان هناك تركيز متزايد خلال الفترة ١٩٩٥-١٩٩٦ على أنشطة التقييم في المنطقة. فجميع البرامج القطرية التي عرضت على المجلس التنفيذي كانت تشتمل على خطط متكاملة للرصد والتقييم، كما أن معظم بلدان المنطقة قد أجرت دراسات استقصائية عنقودية متعددة المؤشرات لتقييم الإنجاز الوطني لأهداف منتصف العقد بالنسبة للطفل. وقد أسهم التخطيط لهذه الدراسات الاستقصائية والتدريب عليها في بناء القدرات الوطنية. وترد فيما يلي نظرة عامة على بعض النتائج والدروس المستفادة من عمليات التقييم الهامة التي تمت في عام ١٩٩٦ للبرامج التي تدعمها اليونسيف. وتجري متابعة التوصيات التي انتهت إليها عمليات التقييم في تنفيذ البرامج القطرية الجارية أو يستفاد منها في الأعمال التحضيرية للبرامج الجديدة.

تقييم البرامج القطرية

٣٤ - تم في تشاد تقييم برنامج التعاون للفترة ١٩٩٥-١٩٩٠ تقييما أبرز المنجزات ونواحي القصور على السواء. وظروف البرمجة في هذا البلد ظروف بالغة الصعوبة. فالبلد فقير للغاية وعصفت به المجاعات والحروب على مدى عقود كثيرة. والمسافات شاسعة، والهيكل الأساسية غير متوافرة، ونصف البلد يظل لعدة شهور من كل سنة مناطق معزولة لا يمكن الوصول إليها بسبب الفيضانات. ومنذ عام ١٩٩٠، قلت المنازعات المسلحة ولكن البلد مر بفترة من التحول السياسي وعدم الاستقرار كان من مظاهرها التغييرات

المتكررة في الوزراء (٢٠٠ زيرا بالبلد في ست سنوات). وأخيرا أجريت انتخابات متعددة الأحزاب للرئاسة في عام ١٩٩٦.

٣٥ - وقد استند استعراض برنامج الفترة ١٩٩٥-١٩٩٠ إلى بحوث عمليات وعمليات تقييم اشترك فيها ممثلون للحكومة وموظفو المشاريع واللجان المحلية والمستفيدون. وقد أظهر الاستعراض وجود نتائج موجبة وأخرى سالبة. فقد أسهم البرنامج في زيادة وعي صانعي القرارات وفي وضع سياسات قطاعية في مجالات الصحة والتعليم والأطفال الذين يعيشون ظروفًا عصيبة. وكان هناك انخفاض في عدد حالات الإصابة بمرض دودة غينيا من ٢٣١ ١ حالة في عام ١٩٩٣ إلى ٨٠ حالة في حزيران/يونيه ١٩٩٦. كما تحسنت نوعية نظام التعليم، وتم ابتكار حفارة يدوية مبسطة ومنخفضة التكلفة لاستخراج المياه. على أن أثر البرنامج كان محدودا جدا فيما يتعلق بحصول السكان على الخدمات الأساسية عموما والخدمات الصحية بوجه خاص وفي مجال التمكين للمجتمعات المحلية. والواقع أن معدلات التحصين قد انخفضت على الرغم من جميع الجهود المبذولة حيث بلغت ١٦ في المائة في عام ١٩٩٥. وفي مجال التعبئة الاجتماعية، ثبت أن إسهام الإذاعة الريفية إسهام حدي، وخاصة لأن معظم البرامج الإذاعية كانت باللغة الفرنسية وليس باللغات المحلية. ويفسر أوجه القصور في أداء البرنامج التخطيط غير الفعال، والبرمجة غير الفعالة، والأحوال الجوية، وانعدام الأمن، والمشاكل السوقية، وعدم التوسع الكافي في الأخذ باللامركزية وباستراتيجيات المشاركة، وعدم كفاية القدرات الإدارية والتنفيذية، والقيود المفروضة في مجال التمويل.

٣٦ - وقد انتهى استعراض البرنامج إلى التوصية بمجموعة من الإجراءات التصحيحية للمساعدة على تحسين التنفيذ والأداء بالنسبة للبرنامج القطري الجديد للفترة ١٩٩٦-٢٠٠٠. ويجري القيام بتحليل جدوى للبرنامج الجديد لتقييم قدرات الحكومة على تنفيذه تقييما موضوعيا. وسيكون هذا هو الأساس لخطط العمل لعام ١٩٩٧.

عمليات التقييم القطاعية

الصحة

٣٧ - ركزت معظم عمليات التقييم أو دراسات الحالة المتعمقة فيما يتعلق بالصحة على تعزيز وتنشيط مراكز الرعاية الصحية الأولية وفقا لمبادئ مبادرة باماكو. وقد انتهت عمليات التقييم عموما إلى نتائج مشجعة فحواها أن الخدمات الصحية تحسنت وإن كان يتعين إحراز مزيد من التقدم.

٣٨ - وفي توغو، يجري تنفيذ مبادرة باماكو على الصعيد الوطني بدعم من الوكالة الألمانية للتعاون التقني ومنظمة الصحة العالمية واليونيسيف، وكان هناك بوجه عام تحسن واضح في استقلالية المراكز الصحية وفي أدائها لوظائفها. وقد أدى هذا إلى زيادة كبيرة في فرص حصول السكان على الخدمات الصحية الأساسية في المناطق المستهدفة. على أن ثمة بعض المشاكل التي تتعلق بنقص الأدوية الأساسية، وسوء إدارة المراكز للموارد، وضعف مشاركة المجتمعات المحلية، وانخفاض معدل الانتفاع بالخدمات العلاجية بوجه عام. ويوصى بإجراء تقييم آخر لنوعية الخدمات من أجل تحسين أنشطة الإشراف.

٣٩ - وفي غامبيا، يجري تنفيذ مبادرة باماكو في مرافق صحية مختارة في المناطق المتطرفة، وهنا تعمل الترتيبات المالية وغيرها من الترتيبات بطريقة معقولة، كما أن مستوى المشاركة والتحمس من جانب المجتمع المحلي مستوى مرتفع. والمرافق الصحية التي تطبق مبادئ مبادرة باماكو أكثر استخداما من المرافق الأخرى، ولكن توافر الأدوية لم يتحسن. ومن أسباب ذلك أن الموظفين لم يتم تدريبهم تدريباً سليماً على إدارة عملية توفير الأدوية. وللحفاظ على مستوى الحماس المرتفع لأعضاء المجتمع المحلي المشاركين في المبادرة، يوصى التقييم بزيادة التدريب وغيره من أنشطة الدعم المقدم من سلطات المستويات الأعلى. كذلك ينبغي زيادة مشاركة المرأة.

٤٠ - وفي الكونغو، حيث يجري تنفيذ المبادرة في بعض المناطق، تبين أن نوعية الخدمات قد تحسن عموماً كما تحسن توفير الأدوية، وإن كان نظام توفير الأدوية ما زال غير كاف. وكان نظام مشاركة المجتمع المحلي في التكاليف نظاماً فعالاً، ولكن المشاركة كانت ضعيفة في بعض الجوانب الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك، فإن حماس الموظفين الصحيين كان ضعيفاً بسبب عدم تساوي المكافآت وضعف الإشراف. كذلك لوحظ أن المشاركة القوية من جانب الوكالات الخارجية يمكن أن تقوض استمرارية الإصلاح الصحي وأن التوسع في المبادرة يقتضي من الحكومة أن تضاعف جهودها.

٤١ - وقد لوحظ في عملية تقييم أجريت في منطقة ديدوغو في بوركينافاسو وجود منجزات إيجابية كثيرة لنهج مبادرة باماكو، مثل توافر الأدوية الأساسية بجميع المرافق الصحية والمشاركة النشطة من جانب لجان إدارة المراكز الصحية. على أن الإشراف والدعم على مستوى المنطقة سيكونان في المدى الطويل عاملين حاسمين في استمرار حماس أعضاء اللجان.

٤٢ - وفي كوت ديفوار، تمت دراسة مشاركة المجتمع المحلي والتمويل المشترك لأنشطة الرعاية الصحية الأولية في منطقة بوافليه التي ظلت مبادرة باماكو تنفذ فيها لمدة سنتين تقريباً، وتبين أن نظام استرداد التكاليف نظام فعال. على أن الإشراف على مستوى المنطقة لم يكن كافياً كما أن حماس موظفي لجان المراكز الصحية كان ضعيفاً. وعلى ذلك يوصى بزيادة الدعم والتدريب.

٤٣ - ومن العوامل الحاسمة في نجاح تنفيذ مبادرة باماكو نظام الإمداد. ففي غينيا، كان تقييم نظام الإمداد الوطني إيجابياً. فبعد ثماني سنوات، كان يوجد نحو ٣٠٠ مركز صحي يتم التوريد لها بانتظام ملحوظ. على أنه لوحظ وجود بعض المشاكل الهيكلية والتنظيمية على المستوى المركزي، وهي مشاكل يمكن أن تؤثر على قدرة النظام في المدى الطويل في حالة عدم وجود دعم من جانب المانحين.

٤٤ - وفي بوركينافاسو، تبين من تقييم خارجي لعملية إصلاح النظام الوطني للإمداد بالأدوية الأساسية، وهو تقييم قدم له الدعم من جانب مانحين متعددي الأطراف ومانحين ثنائيين مختلفين، وجود عدد من المشاكل. وقد شملت هذه المشاكل بطء الإجراءات، وانعدام التنسيق وتوافق الآراء بين المانحين، وعدم

وضوح المركز القانوني للمخازن الطبية المركزية، وعدم القدرة على مواجهة التقلبات الشديدة في الطلب. وقد تم التأكيد على أن النجاح سوف يتوقف على تحسين التنسيق بين المانحين والحكومة وتحسين تدفقات المعلومات بين الدوائر الحكومية المختلفة. كذلك يلزم توفير أدوات أفضل للرصد والإسقاط والتخطيط. وقد انتهى التقييم إلى ضرورة استمرار المساعدات التقنية الخارجية والمساعدات الخارجية في مجال الإمداد لبعض الوقت.

التعليم

٤٥ - تم في توغو تقييم مشروع يدعم مراكز النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في ٢٧ مجتمعا محليا مختارا بعد ٤ سنوات من التنفيذ. وقد أفادت التقارير بأن رعاية المراكز المجتمعية للأطفال قد أتاحت لأماتهم تخصيص مزيد من الوقت للأنشطة المدرة للدخل. وقد كان المشروع مفيدا في تعبئة الآباء والأمهات وتحسين نوعية حياة الأسر، ولكن النساء قد وجدن من الصعب عليهن دفع المبلغ الصغير الواجب دفعه لمقدمي الرعاية في المراكز المجتمعية. وعلى ذلك يتعين التوصل إلى آليات أخرى لمساعدة المرأة مثل الصناديق الائتمانية الدائرة. ويلاحظ أيضا أن تدريب مقدمي الرعاية في تلك المراكز لا يسمح لهم بإحداث أثر على أداء الأطفال.

٤٦ - وقد أبرز تقييم لمشروع نموذجي يتعلق بتعليم الفتيات في منطقتين من مناطق غامبيا بعض المنجزات، مثل المشاركة النشطة من جانب المجتمعات المحلية والتوسع في تدريب المعلمات. على أن الضغوط الاقتصادية وحالات الحمل المبكر قد أسهمت في انخفاض معدلات البقاء بالمدارس؛ كما أن تكاليف المدارس كانت مرتفعة؛ وكانت المدرسات غير متوافرات بالمناطق الريفية، وخاصة في مراكز المسؤولية، كما لوحظ على جميع مستويات النظام التعليمي وجود نقص في الموظفين المدربين على المسائل المتعلقة بالجنسين؛ ولوحظ أيضا أن مواد التدريس والتعلم تنعكس فيها الأفكار النمطية المتعلقة بالجنسين؛ كما كان التنسيق بين المانحين الخارجيين ضعيفا من جانب السلطات التعليمية. وقد استفيد من هذه التجارب في البرنامج الانتقالي للفترة ١٩٩٧-١٩٩٨، وهو البرنامج الذي يعطي أولوية خاصة لتعليم الفتيات.

المياه، والبيئة، والمرافق الصحية

٤٧ - أجري تقييم خارجي لمشروع سانتو أنتاو المتكامل في الرأس الأخضر حيث لوحظ أن اليونيسيف قد قامت بدور هام في التنسيق والرصد وأسهمت في تحسين إدارة المشروع. وبوجه عام فقد كان للمشروع أثر إيجابي على المجتمعات المحلية التي يتعلق بها الأمر، وإن كان من الممكن أن تكون المكونات الاجتماعية، مثل التثقيف الصحي، أقوى مما كان. فقد ازداد عدد المستفيدين بالمياه المأمونة من ٤٠ إلى ٧٠ في المائة في المنطقة المستهدفة، وأصبحت المجتمعات المحلية تتقبل الآن فكرة المراحيض العائلية. وقد صادف المشروع بعض المشاكل نتيجة لتطبيق اللامركزية في الهياكل الحكومية، ومن ثم أوصي بأن تنسحب اليونيسيف تدريجيا تاركة للنظرء المحليين الحلول محلها خطوة خطوة. ولكن الحكومة لم توافق على هذا الرأي، وتقوم البلديات الآن بتنفيذ المرحلة الجديدة من المشروع بدون مشاركة من جانب اليونيسيف.

٤٨ - وفي دائرة زو في بنين أكد تقييم تم إجراؤه صلاحية الهياكل التي أقيمت في المجتمع المحلي لإدارة مراكز توزيع المياه وقابليتها للاستمرار. فهذه الهياكل لا تكفل استمرار الإمداد بالمياه المأمونة فحسب، لكنها تحقق أيضا بعض الفوائد الأخرى مثل تمويل المبادرات الإنمائية الأخرى والإسهام في مكافحة مرض دودة غينيا. على أن البرنامج قد انطوى على بعض نقاط الضعف، مثل عدم كفاية مشاركة النساء والشباب في لجان المياه، وضعف الإدارة المالية من جانب اللجان، وعدم كفاية التثقيف الصحي لمن ظلوا يستخدمون مصادر المياه التقليدية.

٤٩ - وفي بوركينافاسو، تم تقييم مشروع نموذجي حضري في مجال المياه والمرافق الصحية بعد سنتين من البدء فيه، ولوحظ وجود عدد من المنجزات: فقد تم إنشاء آليات للمشاركة من خلال ممثلين للجماعات وتمت تعبئة قطاعات من السكان؛ وتم تحسين الظروف عموما فيما يتعلق بالعوادات الصحية؛ وتم إدخال المراحيض بالمدارس؛ وتم تدريب موظفات المجتمع المحلي. على أن هذه المنجزات لم ترسخ جذرها بعد ويمكن أن تنتكس في مرحلة لاحقة.

٥٠ - وقامت غامبيا بتقييم برنامج نموذجي للمرافق الصحية البيئية في الريف لنحو ١٥ ٠٠٠ من السكان، وتبين أن التزويد بالمراحيض على أساس تقاسم التكاليف قد أصبح نظاما مقبولا ومقدورا عليه ماليا بالنسبة للمستفيدين. على أن تنفيذ البرنامج قد اتسم بكثير من التشوش والبيروقراطية بسبب كثرة عدد المشتركين فيه. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الإدارات المنفذة المختلفة لم تنسق مدخلاتها، وبذلك تم إهمال التثقيف الصحي والتثقيف في مجال العادات الصحية. وعلاوة على ذلك، فإن موظفي الإرشاد كلفوا بأعمال تفوق طاقتهم بدون أن يحصلوا على الدعم الكافي، كما أن ممرضات المراكز المجتمعية لم يحصلن على الدعم الكافي من المشرفين عليهن.

٥١ - وقد اتضح من تقييم لمواد التثقيف الصحي والتثقيف في مجال العادات الصحية المستخدمة في برنامج المياه والبيئة والمرافق الصحية في نيجيريا أن هذه المواد كانت ذات أثر محدود جدا حيث أن معظم السكان المستهدفين قد سبق لهم تلقي المعلومات من العاملين الصحيين ومنادي البلدة.

الخدمات الأساسية المتكاملة

٥٢ - قاد المكتب الإقليمي لليونسيف تقييما لهذا البرنامج في أغيبه في النيجر قامت بتمويله اللجنة الوطنية الفنلندية. وبوجه عام، فقد حقق البرنامج زيادة في فرص الانتفاع بالرعاية الصحية الأولية، وفي الالتحاق بالمدارس والإمداد بالمياه في المجتمعات المحلية المستهدفة وأدى إلى زيادة رفاه السكان من خلال دعم فصول محو الأمية، وأنشطة توليد الدخل، وإنتاج الغذاء، ومشاتل الأشجار، والتثقيف البيئي. على أنه أوصي بإجراء عدد من التغييرات الهامة، ومنها وقف دعم بعض الأنشطة التي لا تحقق أثرا، وتوجيه مزيد من الدعم إلى التعبئة الاجتماعية للسكان، والتوسع في إعادة توجيه الأنشطة نحو المرأة. وقد تم تغيير البرنامج تغييرا كبيرا بالتعاون مع السلطات المعنية ومع الجهة المانحة.

الاستنتاجات

٥٣ - يمكن ملاحظة وجود فكرة متكررة وهي أهمية زيادة تنمية وتعزيز مشاركة المجتمع المحلي، والتعبئة الاجتماعية، وتغيير السلوك، لجعل التدخلات التي تتم في القطاعات الاجتماعية فعالة وقابلة للاستمرار. وثمة فكرة أخرى قد ظهرت وهي الحاجة إلى تعزيز القدرات المؤسسية المحلية، وخاصة على الصعيد دون الوطني وعلى صعيد المناطق المتطرفة، حتى يمكن مسايرة الاتجاهات التي أخذت تظهر نحو اللامركزية وكفالة توفير الدعم الكافي للهياكل والآليات التي تقام على مستوى المجتمع المحلي. وعلاوة على ذلك، ثمة تركيز كبير على ما يمكن أن يتحقق في مجال فعالية التكاليف والتعاون نتيجة للتكامل القطاعي للتدخلات وخاصة على مستوى المجتمع المحلي.
