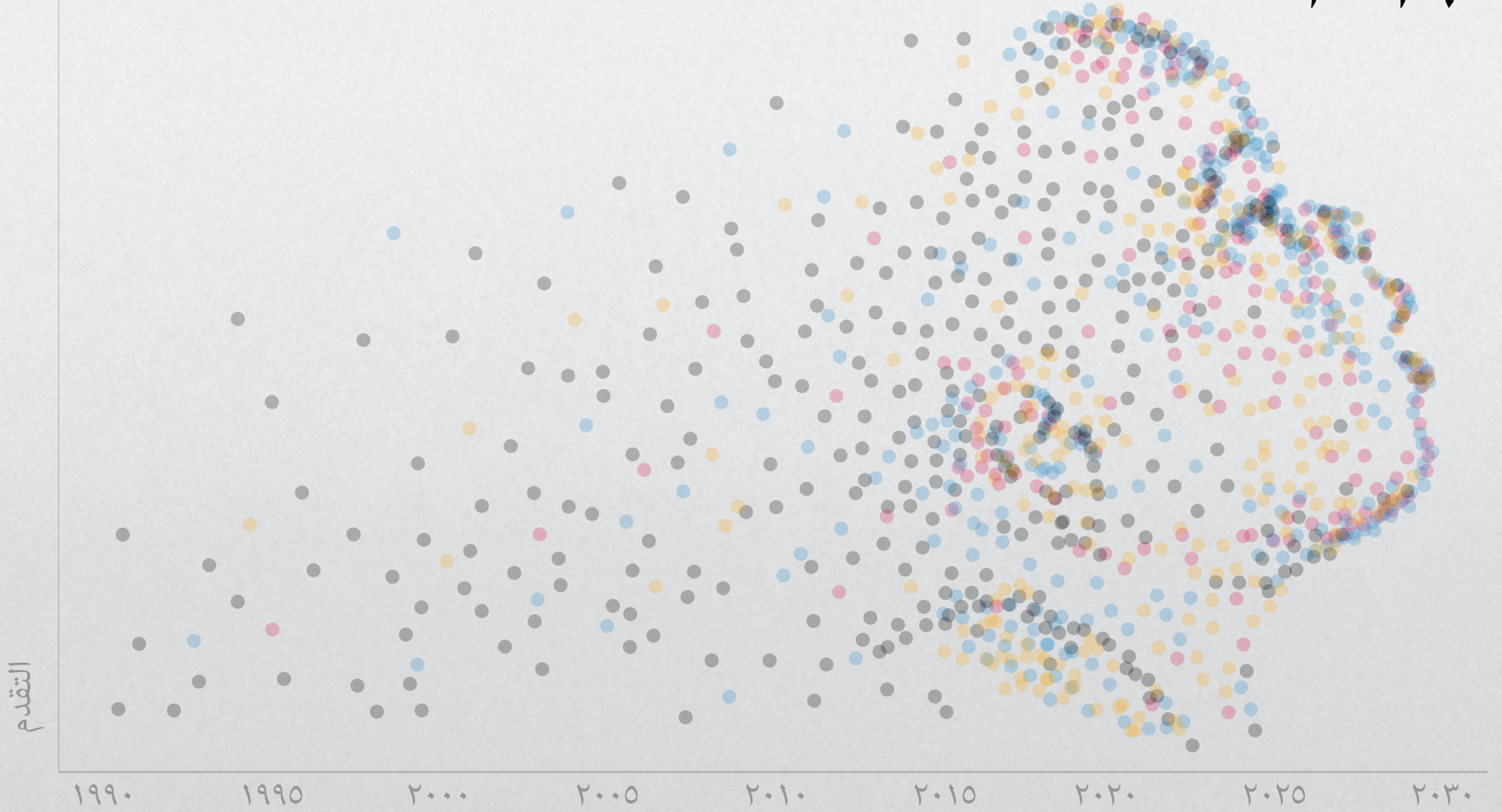


دراسة عدم المساواة

٢٠١٩





٠٢

دراسة عدم المساواة

٢٠

الرعاية الصحية الأولية

٢٦

الإدماج الرقمي

٣٢

التكيف مع المناخ

٣٨

استكشاف البيانات

المحتويات

دراسة عدم المساواة

الجغرافيا والجنس عاملان قد يكونان في صالحك (أو ضدك)

في الجانب الآخر من هذه الخطوط الفاصلة. فبالنسبة لمئات الملايين من الناس تكاد الصعوبات تكون أمراً حتمياً.

ونعتقد أن ذلك ليس صواباً. فمن المفروض أن يحظى الجميع بفرص متساوية من أجل حياة صحية ومنتجة.

منظمة الأمم المتحدة ببلوغها بحلول عام ٢٠٣٠. ونحن نكتب هذه السطور، من المتوقع أن يعجز مليارات الأشخاص على بلوغ تلك الأهداف التي اتفقنا جميعاً على أنها تمثل حياة كريمة. إذا كنا نأمل في تسريع التقدم يجب علينا أن نعالج مسألة عدم المساواة الذي يفصل بين الفئات المحظوظة والفئات غير المحظوظة.

طبقات عدم المساواة

العوامل الديمغرافية

العوامل الاقتصادية والاجتماعية

الجغرافيا

الخدمات والهشاشة

الحكومة

نشرت الأمم المتحدة العام الماضي رسماً بيانياً مفيداً يوضح مدى تعقد مسألة عدم المساواة، ويحتوي على خمس فئات متداخلة، يمكن تقسيم كل منها إلى فئات فرعية. سنركز في هذا التقرير على الجغرافيا والجنس، وهي فئة فرعية للعوامل الديمغرافية.

على مدار العشرين عاماً الماضية، استثمرنا في الصحة والتنمية في البلدان ذات الدخل المنخفض، لأن أسوأ حالات عدم المساواة التي رأيناها تتعلق بوفيات الأطفال الناجمة عن أسباب يمكن الوقاية منها بسهولة. في الولايات المتحدة، استثمرنا بشكل أساسي في التعليم، لأن المدرسة الجيدة هي مفتاح النجاح، لكن فرصك في الالتحاق بمدرسة جيدة ضئيلة جداً إذا كنت من ذوي الدخل المنخفض أو طالباً من غير البيض أو كنت تنتمي إلى كلا الفئتين.

إن تقرير مناصري الأهداف (Goalkeepers) هو بمثابة تقريرنا السنوي عن التقدم المحرز في العالم نحو بلوغ أهداف التنمية المستدامة والتي تتألف من ١٧ هدفاً التزمت الدول الأعضاء في

بيل ومليندا غيتس
الرئيسان المشاركان لمؤسسة بيل
ومليندا غيتس

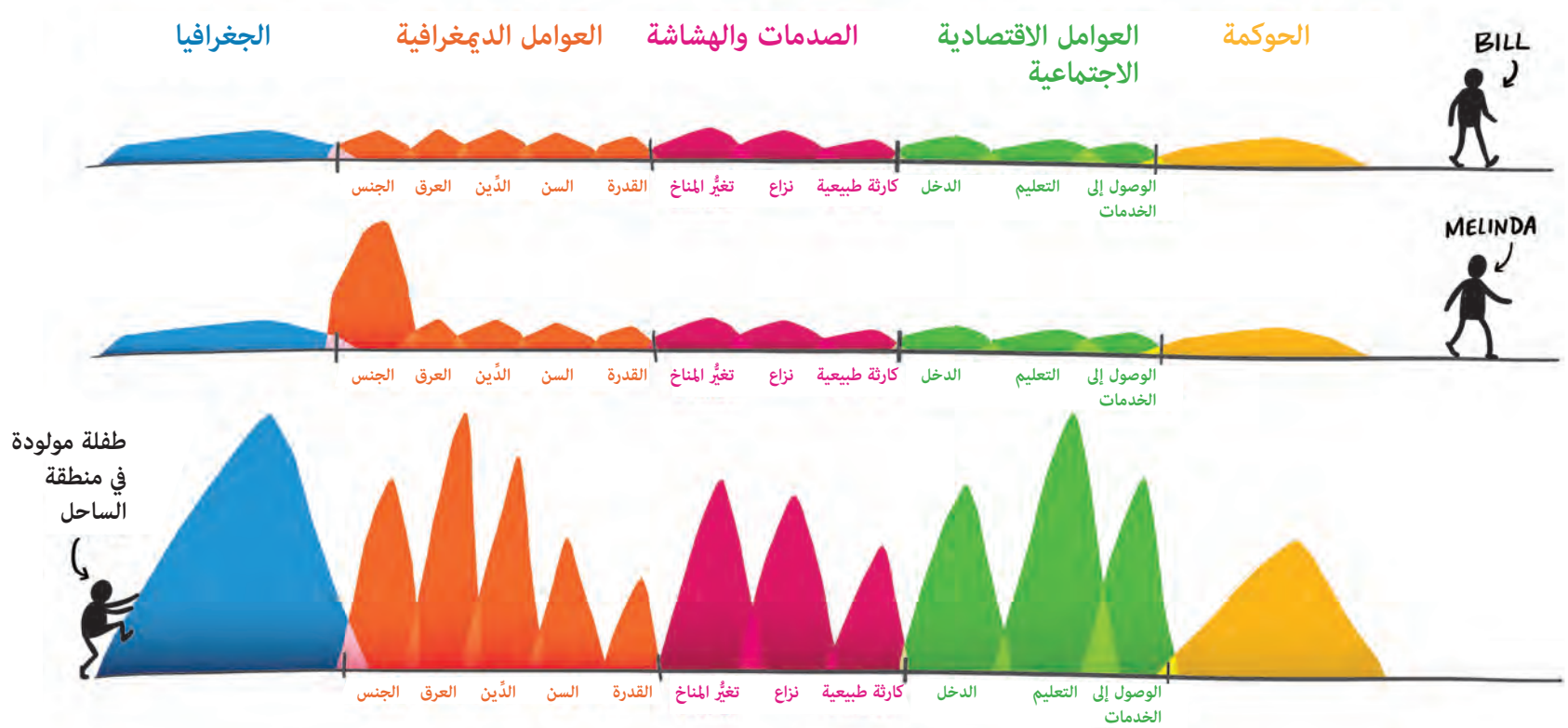


لقد ولدنا في بلد غني لأبوين أبيضين وثرين كانا يعيشان في مجتمعات مزدهرة وكانا قادرين على إرسالنا إلى مدارس ممتازة. ولهذه الأسباب، وغيرها من العوامل الكثيرة الأخرى، كنا في وضعية مواتية لتحقيق النجاح.

غير أن هناك مليارات من الأشخاص الذين يعيشون

الانطلاق في الطليعة

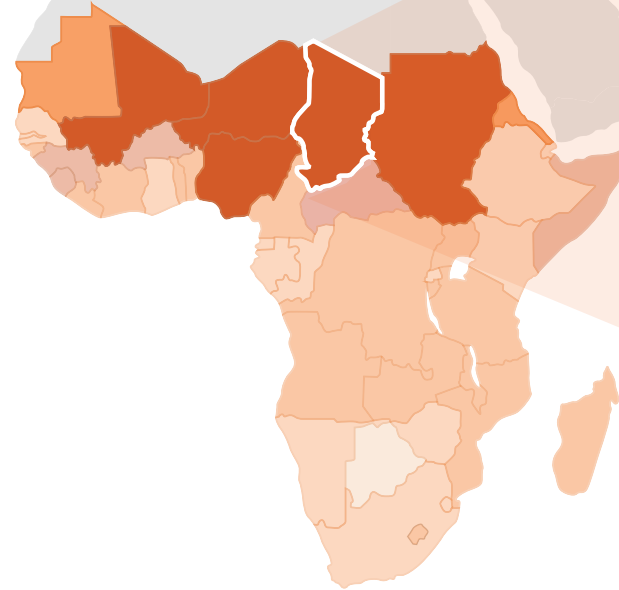
إذا كنت ترى الحياة كرحلة، فمن شأن كل عائق أن يجعل الرحلة أكثر صعوبة. كما يوضح الرسم التوضيحي أدناه، كان طريقنا خالٍ من العقبات تقريباً. أما بالنسبة إلى طفلة ولدت في منطقة الساحل، وهي من أفقر المناطق في العالم، فإن الوصول إلى حياة صحية ومنتجة يتطلب منها اجتياز العقبة تلو الأخرى.



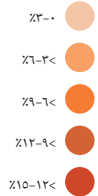
لنلق نظرة فاحصة على مختلف طبقات عدم المساواة

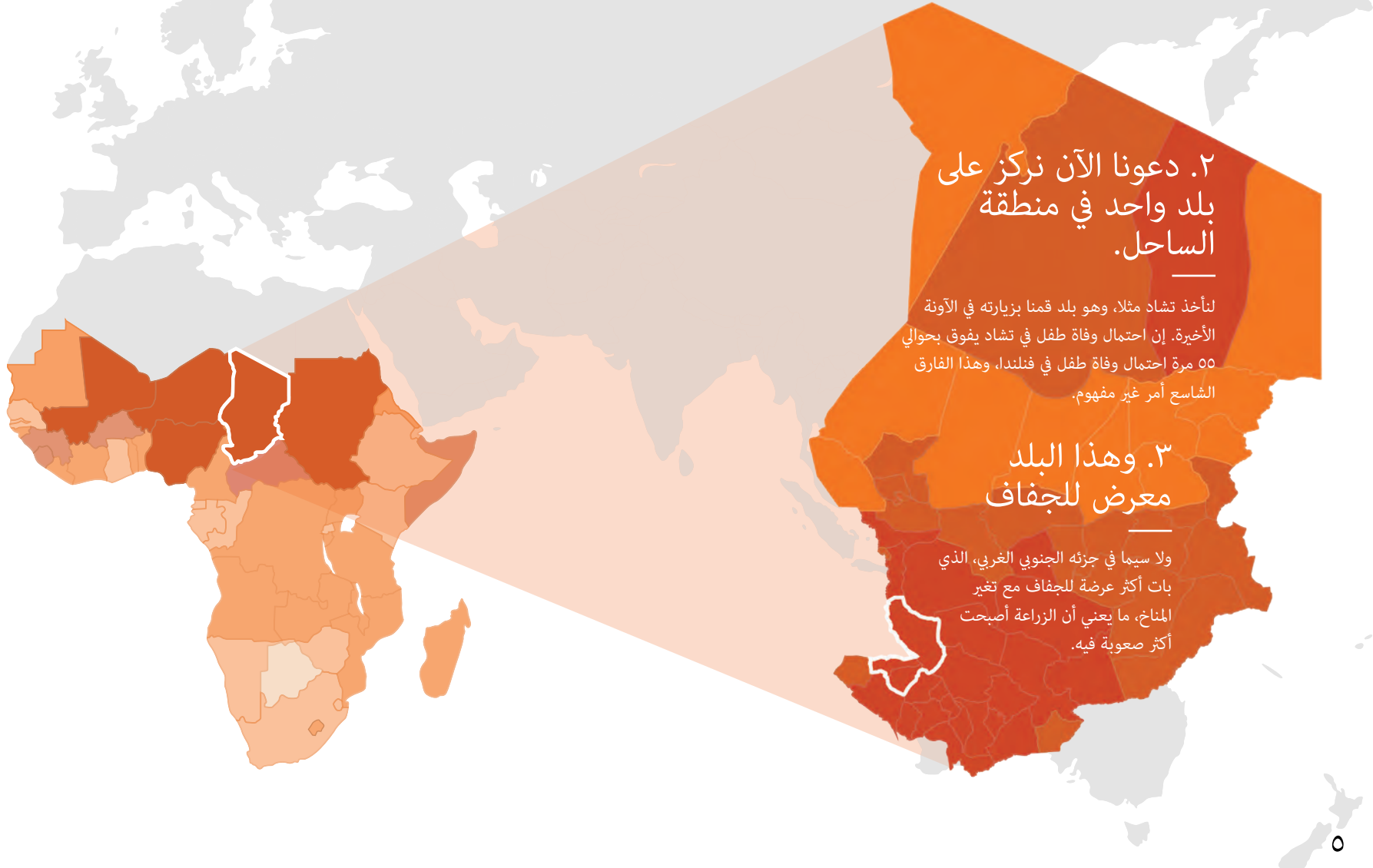
١.

يمثل هذا الشريط الضيق المحاذي لشمال إفريقيا منطقة الساحل حيث تعد نسبة وفيات الأطفال (إضافة إلى أغلب مظاهر المعاناة الأخرى) الأسوأ في العالم. لقد زرنا العديد من بلدان الساحل والتقينا مسؤولين حكوميين ملتزمين بتحسين حياة مواطنيهم، وأخبرونا عن الأهداف التي وضعوها لبلدانهم وعن العراقيل التي تقف في طريقهم.



معدل وفيات الأطفال
الأطفال دون سن الخامسة





٢. دعونا الآن نركز على بلد واحد في منطقة الساحل.

لنأخذ تشاد مثلا، وهو بلد قمنا بزيارته في الآونة الأخيرة. إن احتمال وفاة طفل في تشاد يفوق بحوالي ٥٥ مرة احتمال وفاة طفل في فنلندا، وهذا الفارق الشاسع أمر غير مفهوم.

٣. وهذا البلد معرض للجفاف

ولا سيما في جزئه الجنوبي الغربي، الذي بات أكثر عرضة للجفاف مع تغير المناخ، ما يعني أن الزراعة أصبحت أكثر صعوبة فيه.

٤. وهناك في هذه المنطقة الجافة

مجموعة عرقية مهمشة عادة، وهي واحدة من بين
مجموعات عديدة.

٥. ويوجد ضمن هذه المجموعة طفلة مقيدة

بالأعراف الاجتماعية التي تحصر دورها في المستقبل في خدمة زوجها وإنجاب الأطفال.

(جليندينغ، تشاد)

وعندما يحين الوقت لتلد، من المحتمل أن تقوم بذلك وحدها.

إنها تستحق حياة أفضل. ونعتقد أن ذلك ممكن إذا ما فهم العالم الصعوبات الكثيرة التي تواجهها وعمل من أجل معالجتها.

كيف هي حياتها؟ بحسب البيانات، من المحتمل أن تكون قد أوشكت على الموت جوعاً مرات عديدة. ومن المرجح أنها لم تحظ بالقدر الكافي من المغذيات التي يحتاج إليها دماغها وجسمها للنمو نمواً كاملاً. ومن المرجح أنها لا تتقن القراءة والكتابة وأنها ستحمل قبل أن تبلغ سن العشرين، رغم أن جسدها لن يكون مستعداً لتحمل قساوة الولادة.

كلما تعمقنا في النظر وجدنا طبقة أخرى من الصعوبات. ليس من الضروري أن تتراكم هذه الصعوبات لتصبح الحياة صعبة، لكن إذا حدث ذلك، كما هو الأمر مع تلك الطفلة المهمشة في تشاد، تكون العواقب قاسية.

(كال أمين كييليه، إثيوبيا)

مكان ولادتك أكثر أهمية في تحديد مستقبلك من أي عامل آخر

إن الاستثمار في رأس المال البشري اليوم سيساعد الناس على زيادة دخلهم في المستقبل. لكن إذا غاب رأس المال البشري يكاد يكون من المستحيل على الأشخاص الذين يفتقرون إلى الصحة والتعليم الفرار من قبضة الفقر.

الاقتصاديون رأس المال البشري والذي وصفناه في تقرير مناصري الأهداف للسنة الماضية بأنه "أفضل طريقة لبلد ما لإطلاق عنان الإنتاجية والابتكار والحد من الفقر وخلق الفرص وتحقيق الازدهار."

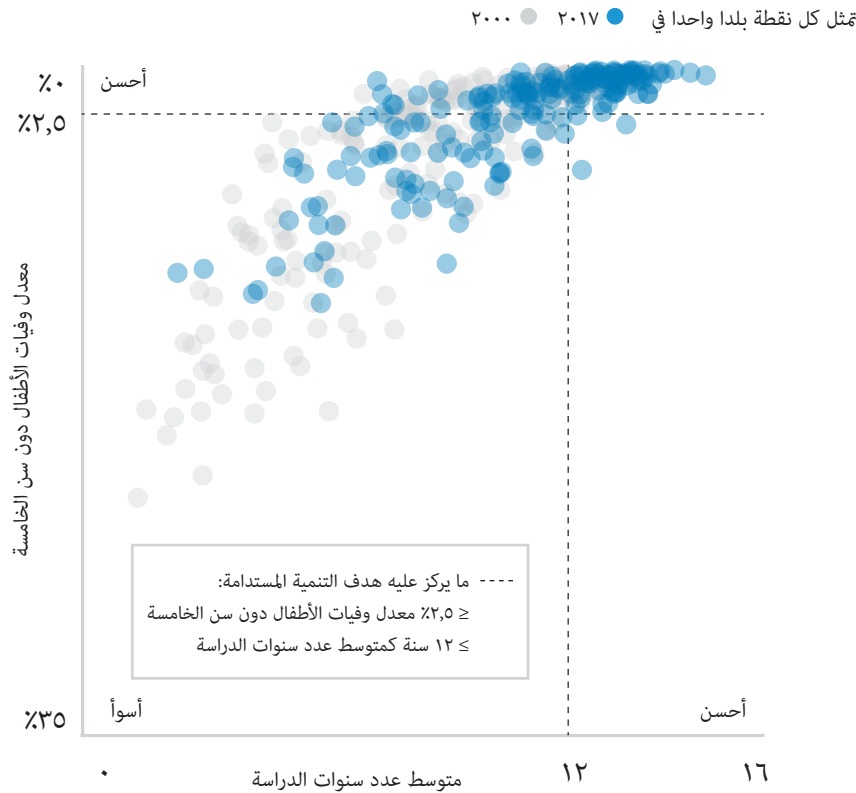
تخبرنا سلسلة الرسوم البيانية التالية الكثير عن الجغرافيا وعدم المساواة.

لقد وضعنا رسوماً بيانية تتعلق بالصحة والتعليم لأنهما العاملين الأساسيان فيما يطلق عليه الخبراء

الصحة والتعليم في تحسن في كل أنحاء العالم

أول شيء يمكننا رؤيته هو التقدم المحرز على مستوى العالم. لنأخذ على سبيل المثال البلد الذي يعاني من أكبر قدر من الصعوبات. أصبح الناس هناك يتمتعون بصحة أفضل ومستوى تعليمي أعلى مقارنة بالماضي.

نسبة التقدم المحرز على الصعيد القطري في مجالي وفيات الأطفال والتعليم، ٢٠١٧-٢٠٠٠



كيفية قراءة هذا الرسم البياني

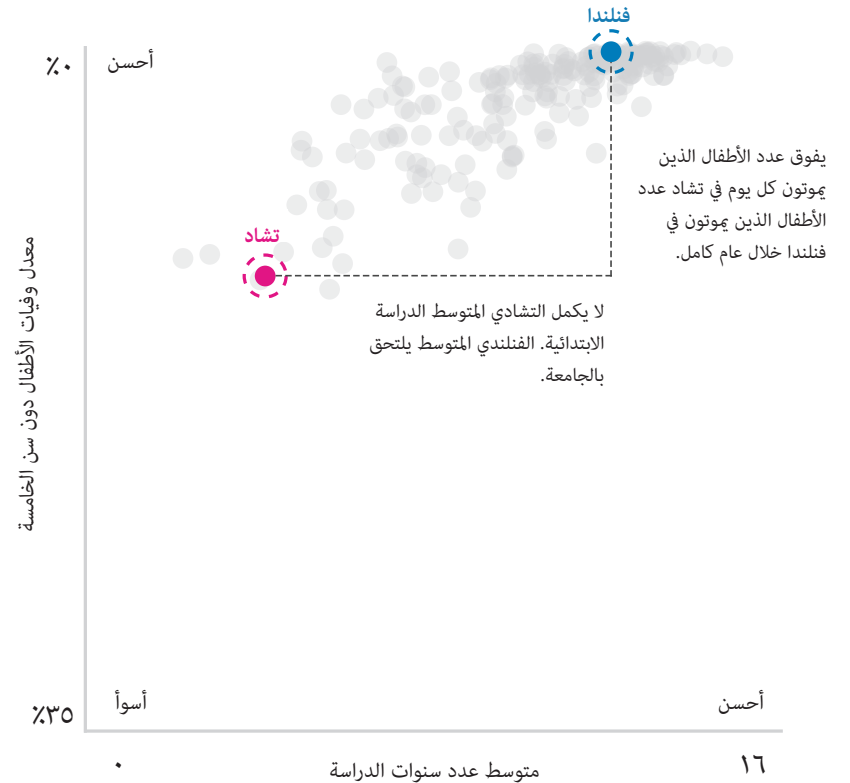
يبين المحور الرأسي معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، أما المحور الأفقي فيبين متوسط عدد سنوات الدراسة بالنسبة للفئة العمرية ٢٠-٢٤ عاماً. تمثل كل نقطة معدل وفيات الأطفال بالنسبة لعدد سنوات الدراسة في بلد معين. وتمثل كل نقطة رمادية هذا البلد في سنة ٢٠٠٠. وتمثل كل نقطة زرقاء البلد ذاته في عام ٢٠١٧، وهو آخر عام لدينا بشأنه بيانات.

عدم المساواة بين البلدان في انحسار لكنه يظل شاسعاً

والشيء الثاني الذي يمكننا رؤيته هو أن الظروف المعيشية تحسنت في كثير من البلدان لكنها مازالت سيئة. والهوة التي تفصل بين تشاد وفرنلندا تشهد انحساراً لكنها تظل واسعة. فعدد الأطفال الذين يموتون في يوم واحد في تشاد أكبر من عدد الأطفال الذين يموتون في فنلندا خلال سنة كاملة.

وفيات الأطفال وتعليمهم في تشاد وفرنلندا، ٢٠١٧

تمثل كل نقطة بلداً واحداً في ٢٠١٧



الفجوات موجودة داخل البلدان أيضاً

والشيء الثالث الذي يمكننا أن نراه هو أن هذه الحالة، أي التقدم الكبير المحرز والهوة الواسعة، توجد أيضاً داخل البلدان. لأول مرة في التاريخ، لدينا بيانات متعلقة برأس المال البشري على مستوى المقاطعة. (قد تختلف تسمية هذا التقسيم الإداري من بلد لآخر. ففي الولايات المتحدة يُدعى "منطقة" وفي الهند يطلق عليه اسم "مقاطعة" أما في نيجيريا فيسمى "منطقة الحكم المحلي").

شهد رأس المال البشري زيادة في أكثر من ٩٩ في المائة من المقاطعات في الدول النامية خلال الـ ١٧ سنة الماضية. ومهما سمعت من كلام يعارض ذلك فإن الظروف المعيشية أصبحت أفضل حتى في الدول الأكثر فقراً.

غير أن هناك تفاوت شاسع بين المقاطعات داخل البلدان. لنأخذ الهند كمثال. في مقاطعة كولام بولاية كيرالا، يموت ١ في المائة من الأطفال الصغار، ويتلقى الشخص العادي تعليماً لمدة تفوق ١٤ سنة، وهو ما يضاهاه معظم الدول المتقدمة في العالم. وعلى سبيل المقارنة، في مقاطعة بودان، ولاية أتر برديش، يموت أكثر من ٨ في المائة من الأطفال، ويتلقى الشخص العادي ستة أعوام من التعليم تقريباً. وتجدر الإشارة إلى أن مقاطعة بودان ليست صغيرة الحجم، حيث يعيش فيها حوالي ٤ ملايين نسمة.

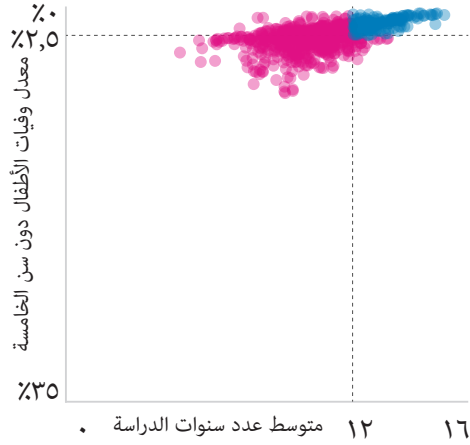
في نيجيريا، تشير البيانات إلى نفس الحالة: إنجازات تطابق المستوى العالمي بجانب حرمان شديد. على سبيل المثال، في مدينة أدو إكيتي، ولاية إكيتي، يتلقى الشخص العادي أكثر من ١٢ عاماً من التعليم، بينما لا يتلقى الشخص العادي في منطقة غاركي بولاية جيغاوا، إلا خمس سنوات من التعليم. وإذا وضعنا نموذجاً للتوقعات المستقبلية، نلاحظ بأن وضعية مناطق العالم المشابهة لتشاد وبودان وغاركي لا تستدرك تأخرها بالسرعة الكافية.

والعديد من المقاطعات لا تواكب الوتيرة اللازمة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة

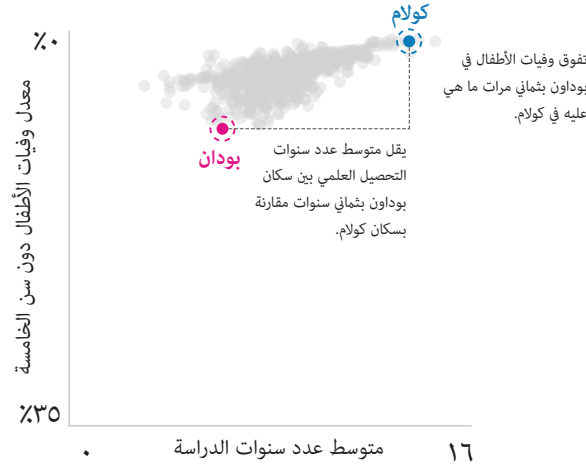
تمثل كل نقطة مقاطعة واحدة في الهند أو منطقة حكم محلي في نيجيريا في ٢٠٣٠

- لا يتوقع أن تُحقّق هَدَفِي الصحة والتعليم
- يتوقع أن تحقّق كلا الهدفين

الهند



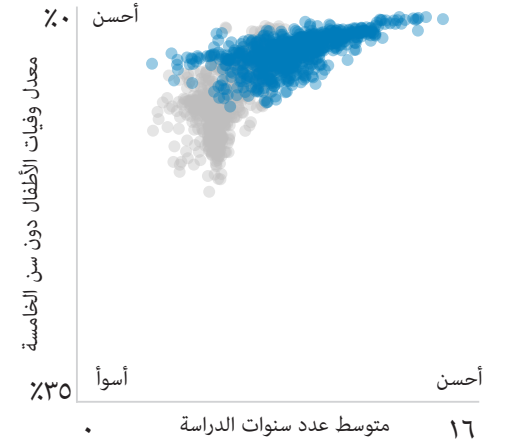
الهند



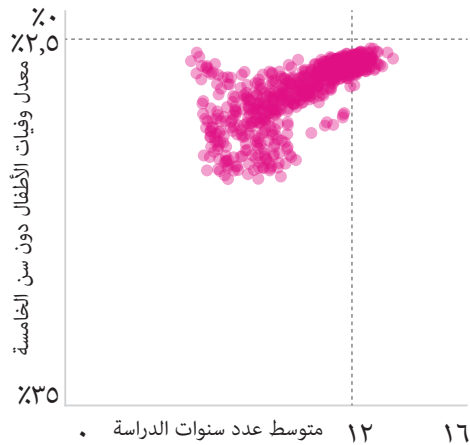
تحقق المقاطعات تقدما مطردا

تمثل كل نقطة مقاطعة واحدة في الهند أو منطقة حكم محلي في نيجيريا في ٢٠١٧ ● ٢٠٠٠ ●

الهند



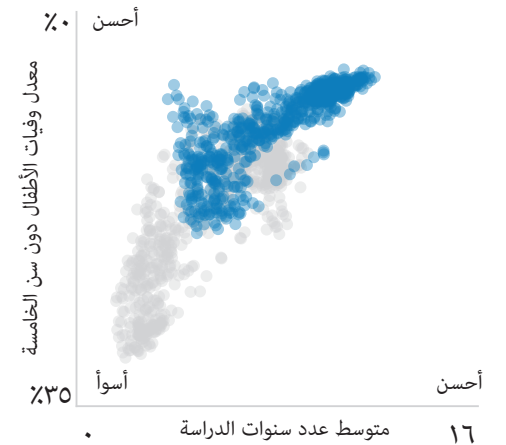
نيجيريا



نيجيريا



نيجيريا

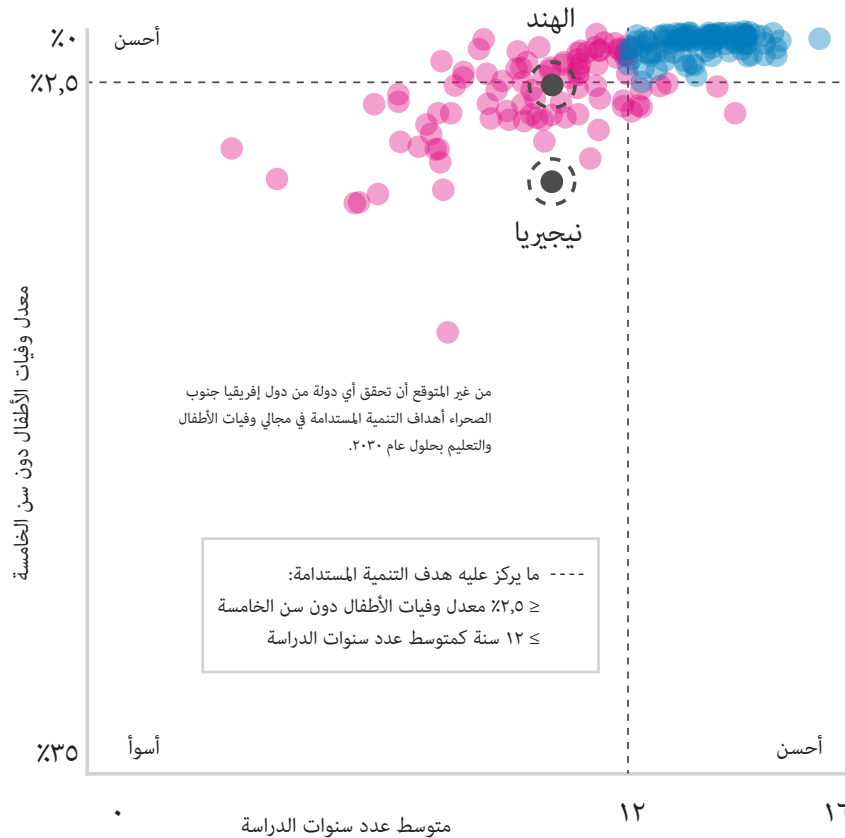


الفجوات ستستمر في المستقبل

التقدم المتوقع إحرازه بحلول عام ٢٠٣٠

تمثل كل نقطة بلدا واحدا

● لا يتوقع أن تحقق هدي الصحة والتعليم
● يتوقع أن تحقق كلا الهدفين



قلة من البلدان فقط ستبلغ هدي التنمية المستدامة المتعلقين بالصحة والتعليم بحسب التوقعات. يعيش ما يقرب من ثلثي الأطفال في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل من الشريحة الدنيا في مقاطعات لن تبلغ هدف التنمية المستدامة المتعلق بوفيات الأطفال بحلول عام ٢٠٣٠، إذا ما استمر معدل تقدمها على الوتيرة الحالية. ويعيش ثلث الأطفال في تلك البلدان في مقاطعات لن تبلغ ذلك الهدف بحلول عام ٢٠٥٠.

إذا كنا جادين بشأن أهداف التنمية المستدامة فعلينا أن نسرع في إزالة عدم المساواة الجغرافية وجعل مزيد من المقاطعات تحقق درجة عالية من التقدم على غرار كولام وأدو إكيتي.

مهما سمعت من
كلام يعارض ذلك فإن
الظروف المعيشية
أصبحت أفضل، حتى في
الدول الأكثر فقراً.



سوشيل وساكشي
(قرية كامراوان، الهند)

يشكل عدم تكافؤ الفرص بين الجنسين عقبة أمام نصف البشرية

ويلتحقون بالثانوية أو الجامعة أو يحصلون على منصب عمل، ما يجعلهم على اتصال مع المجتمع الأوسع.

وتمثل مرحلة المراهقة نقطة الافتراق في تحديد مستقبل الفتيات والفتيان. فمن جهة تتوسع آفاق الفتيان، إذ هم أقل اعتماداً على أبويهم، وأكثر ميولاً إلى المغامرة بعيداً عن البيت،

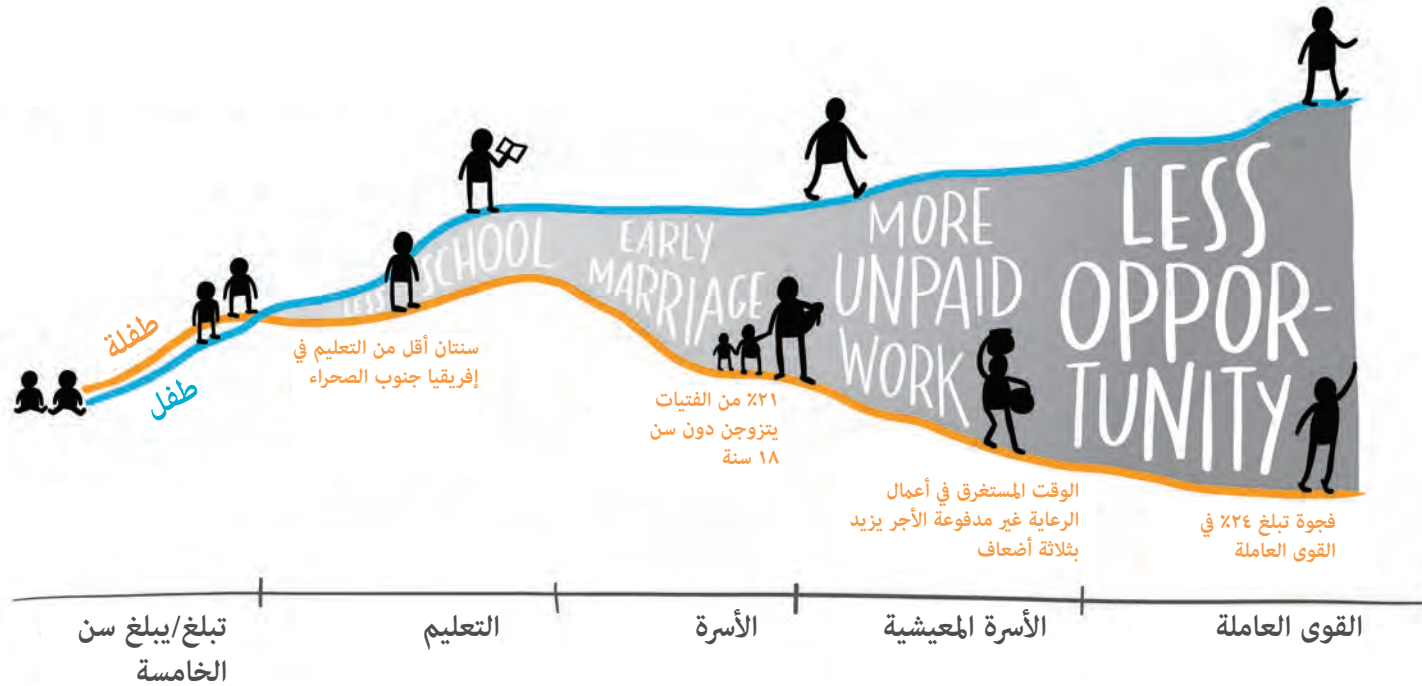
تنتشر أوجه عدم المساواة بين الجنسين في كل بلدان العالم بلا استثناء. إذا وُلدتِ أنثى، فحياتها ستكون أصعب أياً كان مكان ولادتها. وستكون حياتك أصعب بكثير إذا وُلدتِ في بلد فقير أو مقاطعة فقيرة.

تزيد بالضعف عندما يبلغن الخامسة عشر من العمر. وفي سن الرشد تقضي المرأة العادية أربع ساعات كل يوم في القيام بأعمال منزلية غير مدفوعة الأجر. أما الذكور فيقضون ما يربو على ساعة فقط يوميا في القيام بالأعمال المنزلية في المتوسط.

العودة إلى البيت لتكريس حياتهن للطهي والتنظيف وتربية الأطفال.
إن نسبة الفتيات اللواتي يقمن بساعتين على الأقل من العمل المنزلي غير مدفوع الأجر كل يوم تكاد

ومن جهة أخرى فإن آفاق الفتيات تعاني من الانحسار، إذ هن ينتقلن من خدمة أبويهن إلى خدمة أزواجهن، وفي سن مبكرة في بعض الحالات. حتى وإن تمتعن بقسط من الحرية خلال مرحلة التعليم الابتدائي، يُنتظر منهن

الفجوة بين الجنسين



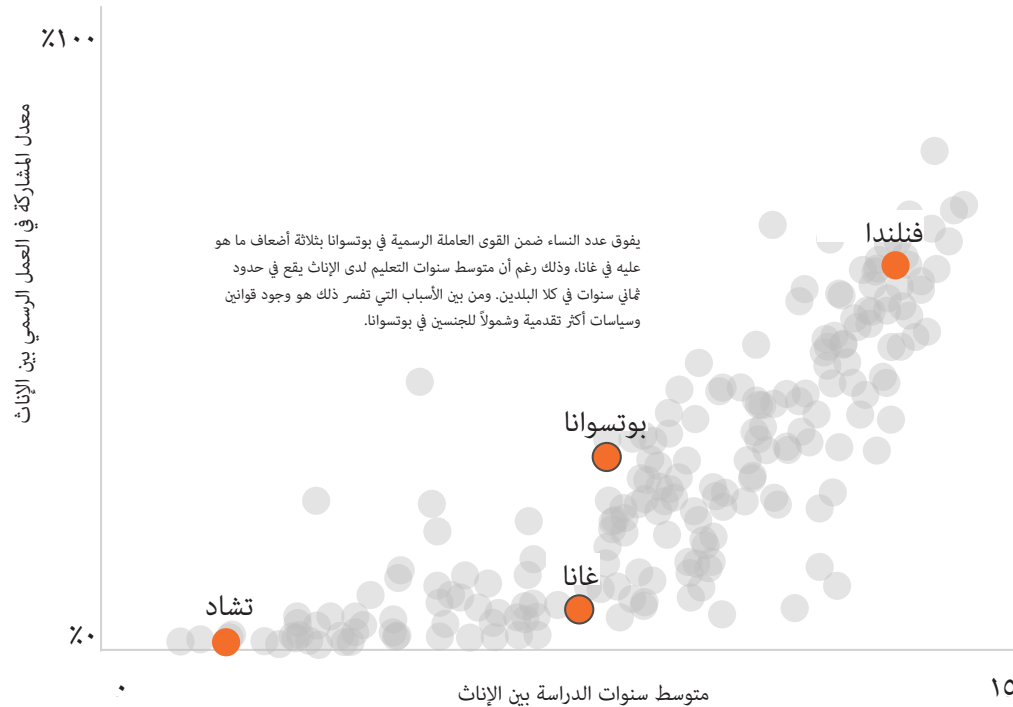
ويؤدي هذا الافتقار إلى التعليم وفرص العمل إلى نتائج مدمرة للجميع. كما يُبقي النساء في حالة ضعف ويحد من حظوظ أطفالهن في البقاء على قيد الحياة، ويؤدي إلى تباطؤ النمو الاقتصادي.

الفتيات متعلّقات تعليماً جيداً، تكون فرص انتقالهن من الدراسة إلى العمل ضمن القوى العاملة الرسمية أقل بكثير. وعلى الصعيد العالمي، تبلغ الفجوة بين الرجال والنساء في المشاركة في القوى العاملة ٢٤ نقطة مئوية.

وتعد هذه الالتزامات المنزلية مثلاً واحداً من الأعراف الاجتماعية التي تساهم في التقليل من فرص الفتيات كلما اقتربن من سن الرشد. ففي بلدان إفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، يقل متوسط السنوات التي تقضيها الإناث في الدراسة بستين مقارنة بالذكور. وحتى إذا كانت

التعليم ضروري ولكنه غير كاف لسد الفجوة بين الجنسين في الفرص الاقتصادية

أول شيء يخرننا به هذا الرسم البياني هو أنه من الأرجح أن تحصل الفتيات، في المتوسط، على وظائف أفضل كلما طالّت مدة بقائهن في المدرسة. غير أنه يخرننا أيضاً أنه حتى وإن كانت الفتيات في بعض البلدان يتمتعن بمستوى تعليمي جيد على الأرجح، فإن مشاركتهن في القوى العاملة تبقى ضعيفة. وبعبارة أخرى، لن تتمتع المرأة بالمساواة في الوصول إلى فرص عمل عالية الجودة ما لم نحل مشكلة المعايير والسياسات التمييزية.



قرية سونداري باكاتولي، الهند



الاستفادة من النماذج

في تحقيق النمو الاقتصادي في البلدان الفقيرة. وفي تقريرنا لهذا العام، نؤكد على أن الاستثمارات في مجال رأس المال البشري ينبغي أن توجه نحو البنات وأن تعطي الأولوية للبلدان والمقاطعات الأكثر حاجة إلى استدراك تأخرها.

المجتمع الإنمائي أن يشرع في العمل بطريقة مختلفة.

لقد أكدنا في تقرير مناصري الأهداف للسنة الماضية على أن لرأس المال البشري أهمية حاسمة

تثبت الفجوات الواسعة والمستمرة بين البلدان وبين المقاطعات وبين الأولد والبنات أنه على الرغم من أن استثمارات العالم في التنمية توثق ثمارها، فإن حياة المحظوظين وغير المحظوظين لا تتقارب بسرعة كافية. نعتقد أنه يتعين على

قد يكون من الصعب حتى رؤية المعايير الضارة، ناهيك عن تغييرها، لكن الدول تتخذ خطوات لمساعدة النساء على مواجهتها.

ويتمثل جزء كبير من الحل في السياسات التي تساعد النساء والفتيات على شق مسارات جديدة لأنفسهن. فعلى سبيل المثال، في بلد مثل بروندي حيث يحق للنساء امتلاك أراضٍ وممتلكات أخرى ويسهل عليهن الحصول على وسائل منع الحمل بما يسمح لهن بتنظيم أسرهن، تشهد مشاركة النساء في القوة العاملة تزايداً. وكتب أرشي آدل، وهو خبير في الإدماج المالي الرقمي، لاحقاً في التقرير، عن الإصلاحات السياسية في الهند التي لا تعمل على تحسين الخدمات الحكومية لصالح الفقراء فحسب، بل تزعزع أيضاً الأسس التي يقوم عليها تفوق الذكور.

جعل جميع المدارس توفر تعليماً عالي الجودة. هناك أساليب أثبتت نجاحها في تعليم القراءة والكتابة والحساب في فصل دراسي واحد، ولكن لا يوجد حتى الآن إجماع حول ما ينبغي القيام به من أجل تحسين المهارات الأساسية على نطاق واسع يشمل كل طفل وكل مدرسة وكل بلد. سلط هذا لتقرير الضوء في السنة الماضية على الابتكارات الواعدة التي يتم تجربتها في كل من كوت ديفوار والهند وزامبيا علاوة على النجاح الذي حققته فيتنام على الصعيد الوطني.

حتى لو تم تسخير كل رأس المال البشري في العالم، لن يؤدي ذلك إلى تحقيق المساواة والازدهار إذا كانت الفتيات اللاتي يتمتعن بالصحة الجيدة والتعليم الجيد خاضعات للأعراف الاجتماعية التي تحرمهن من التمكين.

وليس هذه مهمة سهلة. فمسألة عدم المساواة، كما قلنا من قبل، معقدة للغاية. لا يوجد حل سحري من شأنه أن يجعل الجغرافيا والجنس وغيرهما من العوامل العشوائية عديمة الأهمية. غير أن ضمان استفادة جميع الأطفال من نظامي الصحة والتعليم الجيدين يعد انطلاقة جيدة في هذا الاتجاه. وليس مجرد طموح أخلاقي، بل نعتقد أنه هدف قابل للتحقق.

في مجال الصحة، يجب أن تعطى الأولوية للرعاية الصحية الأولية. إذا كانت أنظمة الرعاية الصحية الأولية مصممة بشكل جيد وممولة بالكامل، فستكون متاحة للجميع وستلبي الغالبية العظمى من احتياجات الناس الصحية.

في هذا التقرير، يصف لنا غيشنجي غيتاهي، والذي يدير أكبر منظمة غير حكومية معنية بالصحة في إفريقيا الخطوات الصحيحة التي تقوم بها بلدان مثل إثيوبيا ورواندا وتايلاند في مجال توفير الرعاية الأساسية لكافة مواطنيها ويشرح لنا ما يمكن للبلدان الأخرى أن تتعلمه من تجاربها.

في مجال التعليم، وإلى غاية وقت ليس بالبعيد عنا، كان التفكير السائد يقضي بأن الأطفال الفقراء ليسوا بحاجة إلى تلقي أي تعليم. ولقد تراجع هذا التفكير في جميع مناطق العالم خلال الخمسين سنة الماضية، وباتت معظم البلدان في العالم تقترب من تعميم التعليم الابتدائي. وتتمثل الأولوية اليوم في

ربحية، كوكاوا، وحسان
(مركز أوموجا الصحي في نيروبي، كينيا)




تغيير التوقعات

وعندما يتحقق ذلك لن تكون التوقعات المستقبلية قائمة على عوامل عشوائية مثل المكان الذي ولدت فيه أو الجنس. في الواقع لن يتم توقع المستقبل، بل سيقوم كل واحد ببناء مستقبله معتمداً في ذلك على الرغبة والعمل الدؤوب لتحقيق أحلامه.

وهناك شيء نعلمه علماً يقيناً، وهو أنه لا ينبغي أن تكون حياة أي شخص مرهونة بالخطأ. هل ولدت محظوظاً مثلنا؟ أم أنك واحد من بين مليارات الأشخاص الذين ولدوا غير محظوظين؟ هدفنا هو جعل الجميع متساوين في الخطأ.

يعرض تقرير مناصري الأهداف بضعة من الطرق فقط التي من شأنها أن تخلق عالماً أفضل وأكثر مساواة. ولحسن الحظ، هناك الكثير من المناصرين الذين يفكرون حالياً في مسألة عدم المساواة لا ابتكار حلول لها. لم يتوصل أي أحد بعد إلى عمق المشكلة لكننا نقرب من الهدف.

A woman with a purple headband and a striped top is carrying a baby in a colorful patterned sling. The background is a lush green forest. The image is overlaid with several semi-transparent geometric shapes in shades of yellow, orange, red, and green. The text is positioned in the lower right quadrant.

أمثلة عن التقدم المحرز

الرعاية الصحية الأولية

عندما أنشأنا مؤسستنا ركزنا على اكتشاف وتطوير أدوات وتقنيات جديدة. وأدركنا بسرعة أننا بحاجة أيضاً إلى التركيز على تقديمها إلى الأشخاص الذي هم بحاجة إليها. تعد الرعاية الصحية الأولية إلى حد بعيد أهم نظام لتقديم الخدمات الصحية في العالم. فإذا توفّر نظامٌ قوي للصحة الأولية فمن شأنه أن يشمل الجميع، بما في ذلك الفئات الأكثر فقراً والأكثر ضعفاً، وأن يقدم للغالبية العظمى من السكان الخدمات التي يحتاجها الشخص للحفاظ على صحته. نعلم أنه مع زيادة استثمار الحكومات في أنظمة الرعاية الصحية الأولية، تتحسن النتائج الصحية الإجمالية، لكن لسوء الحظ، لا تتفق البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل إلا ٣٦ في المائة من ميزانياتها المخصصة لقطاع الصحة على الرعاية الصحية الأولية. وتعطي بعض الحكومات الأولوية للرعاية الصحية المتقدمة الموجهة لأقلية من المواطنين، مما يجبر غالبية المواطنين على الإنفاق من جيوبهم من أجل تلبية احتياجاتهم الأساسية. ويؤدي هذا عدم المساواة هذا إلى استمرار الحلقة المفرغة للفقر والمرض. ولكسر هذه الحلقة المفرغة نحتاج إلى المزيد من الاستثمارات في الرعاية الأولية ويجب أن تكون تلك الاستثمارات أكثر فعالية.

Bill & Melinda

أقضي الكثير من وقتي في محاولة التوفيق بين فكرة كبيرة وعدد صغير.

الدكتور غيثنجي غيتاهي

الرئيس التنفيذي العالمي،
المؤسسة الطبية والبحثية الإفريقية
(Amref Health Africa)

والرئيس المشارك لمنظمة UHC٢٠٣٠



"للظروف المثالية" هو بلد يحصل على ٢٠ في المائة من ناتجه المحلي الإجمالي من جمع الضرائب وينفق ١٥ في المائة من ميزانيته على الصحة. غير أن واقع الأمر في معظم البلدان الإفريقية أبعد ما يكون عن المثالية).

لأكون واضحا، أنا لا أقول إن معظم البلدان تنفق حاليا ٥١ دولارا للشخص (هي لا تفعل ذلك)، أو أنه إذا كانت تفعل، فسيكون ذلك كافيا (لن يكون كافيا). ما أحاول أن أبرهن عليه هو أنه في حين تستطيع البلدان الأكثر ثراءً إنفاق آلاف الدولارات للفرد في مجال الصحة، يتعين على البلدان الإفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى أن تجد وسيلة لتحقيق ذلك بإمكانيات مالية

تتمثل الفكرة الكبيرة في أن الصحة لا ينبغي أن تكون ترفا، وأنه يجب أن يتلقى جميع الناس الرعاية التي يحتاجونها دون المعاناة من ضائقة مالية. ويدعى هذا "التغطية الصحية الشاملة". تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام ٢٠١٢ قرارا يدعو الدول الأعضاء إلى إعطاء الأولوية للتغطية الصحية الشاملة، وقد اكتسبت الفكرة زخماً منذ ذلك الحين.

أما العدد الصغير فهو ٥١. هذا العدد هو الحساب التقريبي الذي قمت به شخصيا لمقدار الدولارات التي يمكن أن تتوفر لدى بلد متوسط في إفريقيا جنوب الصحراء لينفقها على الرعاية الصحية لكل شخص في ظل ظروف مثالية. (إن تعريفي

العاملون في مجال الصحة المجتمعية هم الذين يقصدون الناس وليس العكس. وهم لا يتكفون بالتفاعل مع الناس عندما يكونون مرضى فحسب. بل يشجعونهم أيضاً على تبني سلوك صحي (مثل النظام الغذائي السليم والنظافة الصحية) ويوفرون الرعاية الوقائية (مثل التطعيمات) أو يروجون لها كخطوة احترازية لتجنب الإصابة بالأمراض. إضافة إلى ذلك، يتم تدريبهم بطبيعة الحال على علاج الأمراض الشائعة (مثل الإسهال والملاريا)، وتوفير خدمات تنظيم الأسرة الأساسية، وإحالة المرضى إلى المرافق الصحية إذا كانوا بحاجة إلى رعاية أكثر دقة.

ونتيجة لهذه الاستثمارات، باتت إثيوبيا ورواندا من بين رواد المنطقة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال. وبالمناسبة، فإن نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في كلا البلدين أقل بكثير من المتوسط الإقليمي.

وما زالت العديد من البلدان الإفريقية الأخرى بحاجة إلى القيام بالاستثمارات اللازمة. بلدي، كينيا، أغنى بكثير من إثيوبيا ورواندا، لكن نظامه الخاص بالرعاية الأولية أضعف (رغم أن هناك أخيراً التزام سياسي رفيع المستوى بتعزيزه). ما يهم هو الخيارات التي يقوم بها السياسيون.

ضعيفة. بناء على ما سبق، كيف يمكن للبلدان أن توفر تغطية صحية شاملة إذا كان لديها أقل من ٥١ دولاراً للإنفاق؟ الجواب هو: من خلال الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية، أي الخدمات الأساسية بالقرب من المكان الذي يعيش ويعمل فيه الناس. إن نظام الصحة الأولية الجيد يكون عادلاً ومنصفاً، ويكون متاحاً للجميع بسهولة، ولا يجعل الفقراء يدفعون أي شيء من جيبيهم، ويلبي معظم من احتياجات الناس الصحية مدى الحياة. وغايته الحفاظ على صحة الناس، لأن المرض مكلف سواء بالنسبة للفرد والأسرة والمجتمع والدولة!

عندما أفكر في الرعاية الصحية الأولية، أتذكر عندما كانت تقودني والديني إلى المستوصف المحلي في ريف كينيا، والذي كان على بعد حوالي كيلومتر واحد. هذا هو المكان الذي تلقيت فيه التطعيم، وتلقت فيه والديني رعاية ما قبل الولادة عندما كانت حاملاً بأختي الأصغر. وهو المكان الذي كان يقصده جميع الذين كنا نعرفهم لتلقي العلاج أو للاستشارة.

منذ مطلع الألفية، استثمرت عدة دول أفريقية في بناء أنظمة صحية أولية واسعة النطاق وعالية الجودة. على سبيل المثال، جندت إثيوبيا ورواندا عشرات الآلاف من العاملين في مجال الصحة المجتمعية، من بينهم نساء تم اختيارهن من قبل جيرانهن وتدريبهن من قبل الحكومة لرعاية صحة الناس.

إفريقيا جنوب
الصحراء

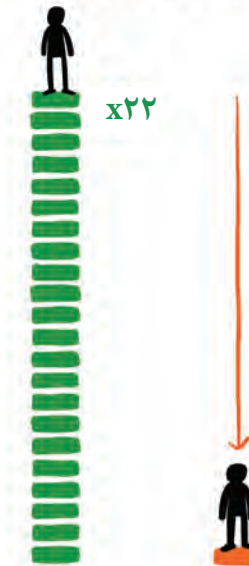
الناتج المحلي الإجمالي



السكان



توزيع خدمات الصحة
العامة للفرد الواحد



فيما يلي ثلاثة خيارات يمكنهم من خلالها تحقيق نتائج أفضل في مجال الصحة بميزانيات محدودة

١ زيادة قليلة في الإنفاق

في عام ٢٠٠١، التزمت جميع الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي البالغ عددها ٥٤ دولة بإنفاق ١٥ في المائة من ميزانياتها على الصحة. لم تف بهذا الالتزام إلا قلة من تلك الدول، ويمكن عد الدول التي تفي به في كل عام على أصابع اليد الواحدة. يجب على الحكومات أن توازن بين أولويات لا حصر لها، وبالتالي فإن إيجاد المزيد من الأموال لإنفاقها على الصحة ليس بالأمر السهل. ولكن عندما يكون عليك أن تعمل بميزانيات ضئيلة بهذا الحجم، فإن كل دولار إضافي يدخل في الحساب. تنفق كينيا حالياً ٣٦ دولاراً لكل شخص سنوياً، أو ٧ في المائة من ميزانيتها على الصحة. إذا ارتفع ذلك المبلغ إلى ٥١ دولاراً مثلاً، فسيوسع حيز الممكن بشكل كبير. ووفقاً لتحليل يستند إلى بيانات منظمة الصحة العالمية، يمكن لحكومات البلدان منخفضة الدخل تمويل الرعاية الصحية الأولية بالكامل إذا أنفقت ٨٦ دولاراً لكل شخص.

٢ الإنفاق على الأولويات الصحية

تنفق العديد من الدول على ما يعرف بالرعاية من المستوى الثاني والثالث أكثر مما تنفق على الرعاية الأولية. هذا أمر منطقي من ناحية، لأن التصوير بالرنين المغناطيسي، والأشعة السينية، والعديد من الميزات الأخرى للرعاية من المستوى الثاني والثالث باهظة الثمن. لكن الحكومات الإفريقية لا تستطيع إنفاق معظم أموالها لتلبية بعض احتياجات بعض الناس. في تايلند، التي تحظى بواحد من أفضل أنظمة الرعاية الصحية الأولية في العالم، قامت الحكومة مؤقتاً بإعادة تخصيص جميع ما تنفقه على البنية التحتية الصحية للمناطق الريفية لأن الفجوة بين المناطق الريفية والحضرية في مجال الصحة كانت كبيرة جداً. وأصبح يوجد الآن مركز صحي واحد على الأقل في كل قرية تايلندية. يتعين على الحكومات الإفريقية أن تقول: "سوف نعمل بالقدر المتوفر لدينا من أموال من أجل الرعاية من المستوى الثاني والثالث إلى أن نتأكد من أن الرعاية الصحية الأولية تحظى بالقدر اللازم من الاستثمار." إنه موقف يصعب اتخاذه، لكن هذا ما ينبغي أن تفعله الدول التي تهتم بالتغطية الصحية الشاملة عندما تكون الأموال المتاحة لديها قليلة.

٣ الإنفاق بشكل أكثر فعالية

يمكن لأنظمة الرعاية الأولية أن تفعل الكثير لزيادة مردود الأموال التي تنفقها. على سبيل المثال، يمكن الاستثمار في الصحة الرقمية، وخاصة السجلات الطبية الإلكترونية. أو يمكن التركيز على الابتكارات الإدارية، كوضع طرق جديدة تسمح لقارة تضم العديد من البلدان وذات مساحة جغرافية كبيرة بتجميع عمليات الشراء وتحسين سلاسل التوريد. ومن شأن ذلك أن يضمن اقتناء المنتجات المناسبة بأسعار مناسبة وتسليمها إلى الأماكن المناسبة في الأوقات المناسبة.



(مستوصف إلوداريك
في كيسريان، كينيا)

وأخيراً، من الضروري الاعتماد على البيانات للإجابة على سؤالين رئيسيين حول التغطية الصحية الشاملة: ماذا ومن؟

إذا كنت تعلم أنه لا يمكنك تقديم كل خدمة، فإن اختيار ما يجب تقديمه من خدمات يحدث فرقاً كبيراً. بالنسبة للبلدان الإفريقية، أنصح وبكل جرأة بإعطاء الأولوية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. ولكن يبقى أن تحدد المكان الذي ستضع فيه مواردك، ليس على أساس حسابات عامة ولكن على أساس الظروف الفعلية على أرض الواقع. على سبيل المثال، قد تبدو عملية قطع القناة المنوية فعالة من حيث التكلفة على الورق، وهي جيدة ومحبذة، ولكن العائد سيكون أقل في بلد لا يوجد فيه سوى عدد قليل من المختصين

الذين يمكنهم إجراء تلك العملية، وحيث الرجال رافضون لها، أو لأن التحدي الأكبر يتمثل في الازدياد الكبير لعدد المراهقين.

ثانياً، من؟ للتأكد من عدم تعرض أي شخص لضائقة مالية، يجب دعم الفئات الأكثر تهميشاً وضعفاً، بما في ذلك النساء والأطفال والفتيات، إضافة إلى المعوزين. غير أنه يصعب تحديد الأشخاص المنتمين إلى فئة المعوزين في البلدان التي يعمل فيها معظم الناس في الاقتصاد غير الرسمي وحيث البيانات غير موثوقة. تقوم كينيا، والتي يعمل ٨٠ في المائة من سكانها بشكل غير رسمي، بتطوير منهجيات صارمة لاستهداف الخدمات بشكل أكثر فعالية. ومن الناحية المثالية، عندما تبدأ أنظمة الصحة الأولية في الحصول على النتائج

نفسها مقابل أموال أقل، فإنها ستستثمر ما تبقى من أموال للحصول على نتائج أفضل.

عندما كنت في السابعة من عمري، أعلنت جمعية الصحة العالمية التزامها بـ "الصحة للجميع". والمأساة هي أنه عندما تبين أنه من الصعب دفع تكاليف ذلك، توقف العالم عن التفكير في الموضوع ولو كمبدأ أخلاقي. أما اليوم وأنا في التاسعة والأربعين من العمر، أصبحنا نؤمن بالصحة للجميع من جديد. ومع الحوار العالمي الجاري حول التغطية الصحية الشاملة، نفكر أيضاً بطريقة عملية حول كيفية تحقيق ذلك. وبعبارة أخرى، لدينا فرصة ثانية. والآن يتعين على القادة في إفريقيا وحول العالم اغتنام هذه الفرصة.

أمثلة عن التقدم المحرز

الإدماج الرقمي

يحذر بعض المتشائمين من أن التكنولوجيا ستقودنا إلى مستقبل بائس. فيما يتوقع بعض المتفائلين الساذجين بأنها ستقودنا إلى عالم مثالي. لكن الحقيقة تقع في مكان ما بين هذا وذاك. من طابع التكنولوجيا أن تخلق تغييرات، وتحتاج البلدان إلى الاستثمار لزيادة الجانب الإيجابي من تلك التغييرات والتقليل من جانبها السلبي.

قليلة هي البلدان التي استخدمت التكنولوجيا الرقمية بطريقة مبتكرة ومدروسة لجعل حياة الناس أفضل مثل الهند. لقد أدركت الحكومة في وقت مبكر أن التكنولوجيا جعلت من الممكن التواصل مباشرة مع المواطنين بدلاً من العمل من خلال طبقات عديدة من البيروقراطية. ثم بدأت في وضع سياسات ذكية قائمة على التكنولوجيا الرقمية أدت إلى تحسين جودة الخدمات الحكومية وتوسيع نطاقها. يوضح هذا المقال الذي يصف الإصلاح الذي أجري على سياسة دعم غاز الطهي، كيف يمكن أن يؤدي التوفيق بين التكنولوجيا والسياسة إلى آثار متعاقبة على نحو غير متوقع.

Bill & Melinda

هذه قصة دعم غاز الطهي في الهند على مدى ثلاثة أجيال.

أرشي آديل

مديرة في شركة

MicroSave Consulting



بمن فيهم الأغنياء، كانوا يستفيدون منه. (وفقاً لصندوق النقد الدولي، حصلت أغنى ١٠ في المائة من الأسر الهندية على دعم يفوق بسبعة أضعاف ما حصلت عليه أفقر ١٠ في المائة). لم يكن هذا الدعم فعالاً، لأن الكثير من الغاز المدعوم كان يباع في السوق السوداء للفنادق والمطاعم وغيرها من الشركات التي كان من المفروض أن تشتريه بسعر السوق. وأخيراً، كانت التكلفة باهظة. إذ كانت مختلف أنواع دعم الغاز تكلف الحكومة ما يصل إلى حوالي ١٠ مليارات دولار سنوياً، وفقاً للسعر العالمي للغاز.

الأمر يتعلق بغاز الطهي فقط بالمعنى الضيق للعبارة. أما بالمعنى الأوسع، فالمقصود هو كيف ساعدت التكنولوجيا الرقمية حكومة الهند على وضع جملة من السياسات المبتكرة التي مكنت ٧٥ مليون امرأة مهمشة. وبالمعنى الأوسع بكثير، يتعلق الأمر بالكيفية التي يمكن من خلالها للحكومات أن تخدم مواطنيها بشكل أفضل.

على مدى عقود، كانت الأسر الهندية تشتري الغاز النفطي السائل لاستخدامه في الطهي بسعر ثابت ومنخفض تضمنه الحكومة. لكن هذا الدعم الحكومي لم يكن موجهاً بشكل دقيق، لأن الجميع،



ثالوث JAM

في العالم التقليدي، كانت الإعانات الحكومية تصل إلى الفقراء من خلال شبكة غير فعالة من الوسطاء. أما في العالم الرقمي المدعوم من ثالوث JAM يمكن للحكومة الوصول إلى الناس مباشرة، كما يمكن للناس الوصول إليها مباشرة أيضاً.



المطالبة بالحصول على الدعم، غادر ١٠ ملايين هندي آخر القائمة، مما أدى إلى جعل الدعم يستهدف الفئات المحتاجة إليه بشكل أفضل. نتيجة لذلك، قلص نظام PAHAL العبء المالي الذي كانت تتحمله الحكومة؛ رغم أن التقديرات تختلف، فإن الحكومة تقدر المبلغ الذي تم توفيره في حدود ٩ مليارات دولار منذ إطلاق نظام PAHAL.

لكن الحكومة لم تكتف بادخار ذلك المبلغ. بل استخدمته لإنشاء برنامج جديد من الجيل الثالث لغاز الطهي، مدعوم أيضاً من ثالوث JAM، ويدعى "Ujjwala". وصمم هذا البرنامج بعناية لمساعدة النساء الفقيرات على تغيير حياتهن بصفة عميقة.

ابتداءً من عام ٢٠١٢ ولغاية عام ٢٠١٥، اعتمدت الحكومة على ثالوث JAM للانتقال تدريجياً من دعم سعر الغاز إلى تحويل الأموال مباشرة إلى حسابات الناس البنكية بعد أن يقوموا بشراء الغاز بسعر السوق. ويعد نظام الدعم هذا الذي أعيد تصميمه بالكامل، والذي أطلق على مستوى البلاد باسم "PAHAL" في عام ٢٠١٥، أكبر برنامج تحويل نقدي في العالم.

وبفضله تمت معالجة المشاكل الكبرى الثلاث التي كانت مقترنة بالنظام السابق للدعم. واعتماداً على برنامج Aadhaar، توصلت الحكومة إلى إزالة ٣٦ مليون مستلم مزدوج أو غير موجود من القوائم، مما قلل من القيمة المحولة إلى السوق السوداء وعزز الكفاءة بصفة عامة. وبعد حملة حكومية شجعت الأشخاص الميسورين على التخلي عن

والآن نصل إلى نقطة التحول في هذه القصة: تقود الهند مبادرة رائدة تعرف باسم "JAM trinity" أي ثالوث JAM. حيث يرمز حرف J إلى "Jan Dhan Yojana"، وهو برنامج هندي لمساعدة الفقراء على فتح حسابات بنكية. وحرف A يرمز إلى "Aadhaar"، وهو برنامج يهدف إلى توفير بطاقة هوية شخصية لكل مواطن هندي تعتمد على القياسات الحيوية المحددة للهوية مثل بصمات الأصابع. أما حرف M فيرمز إلى "mobile phones" أي الهواتف النقالة، والتي أصبحت تنتشر بسرعة كبيرة في الهند. بفضل الحسابات البنكية وبطاقة الهوية والهواتف يمكن للحكومة أن تودع الأموال مباشرة في الحسابات البنكية للأشخاص والتحقق من هوية المستلمين. وهذا بدوره يمكن الحكومة من أن تكون أكثر دقة وأكثر طموحاً في عملية صنع السياسات.

الجيل الأول

أغنى ١٠ في المائة من
الأسر تحصل على إعانات
تزيد بسبعة أضعاف

الجيل الثاني

تم توفير ٩ مليارات
إلى حد الآن

الجيل الثالث

٧٥ مليون امرأة ريفية
فقيرة تستفيد من إعانة
لشراء موقد يعمل بالغاز



معظم الأسر الفقيرة، خاصة في المناطق الريفية، لا تطبخ بالغاز. إذ حتى وإن كان سعره مدعوماً، يظل الغاز أغلى من الخشب أو روث الحيوانات. غير أن استخدام الخشب وروث الحيوانات للطهي يملأ المطابخ بالدخان المضر بالصحة (يتسبب تلوث الهواء المنزلي في وفاة حوالي ٥٠٠,٠٠٠ شخص سنوياً في الهند). ولمواجهة هذه الأزمة، يقدم برنامج Jijwala للأسر الريفية المؤهلة دعماً بنسبة ٥٠ في المئة لتكلفة الإيصال بالغاز وشراء موقد. (يمكن سداد النصف الآخر بالتقسيط). إلى حد الآن، استفادت حوالي ٧٥ مليون امرأة من برنامج Jijwala. وتفكر الحكومة الآن في إدخال إصلاحات إضافية لتشجيع المستفيدين من برنامج Jijwala على إعادة ملء عبوات الغاز التي بحوزتهم، وهو ما قد لا يكون في متناولهم.

لكن فوائد برنامج Jijwala لا تظهر في مجال الصحة فحسب. إذ إنه يساعد أيضاً النساء على التخلص من الأعراف الاجتماعية التمييزية التي تحد من آفاقهن. علاوة على ذلك، اتخذت الحكومة قراراً مهماً بشأن كيفية تقديم الإعانات، وهو ما من شأنه أن يزعزع بيئة السلطة التقليدية في المنزل. فخلافاً للبرامج التقليدية الخاصة بالإعانات في الهند، فإن النساء - وليس أزواجهن - هن المؤهلات للاستفادة من برنامج Jijwala. لتلقي دعم الغاز، تحتاج النساء إلى فتح حساب بنكي.

وامتلاك حساب بنكي واستخدامه يكفي في حد ذاته لتغيير حياة المرأة، لأن ذلك يمنحها سلطة

اتخاذ القرار بشأن الشؤون المالية للأسرة. أظهرت تجربة تحكم عشوائية لبرنامج إعانات اجتماعية هندية مختلف، وهو برنامج لضمان العمل، أنه عندما تتلقى النساء مدفوعات مباشرة على الحسابات البنكية الخاصة بهن (بدلاً من الحسابات المفتوحة باسم أزواجهن) ويتلقين تدريباً على كيفية استخدام الحسابات، فإنهن يعملن أكثر ويكسبن المزيد. كما قال أزواجهن إنهم أكثر ارتياحاً لكون زوجاتهم يعملن خارج المنزل. وبعبارة أخرى، فإن مساعدة النساء على التحكم في الموارد المالية تجعل كل واحد يغير طريقة التفكير في نفسه وفيما يمكنه القيام به.

هناك طريقة أخرى تقوم من خلالها السياسات المصممة حول ثالوث JAM بتمكين الفقراء،

وتتمثل في جعل الحكومة أكثر مساءلة. على سبيل المثال، مع نظام الدعم الجديد لغاز الطهي، يتلقى المسؤولون الحكوميون في ٦٤٠ مقاطعة هندية تقارير مرحلية يومية عن برنامج PAHAL. وتشمل عدد المدرجين في القوائم والتحويلات النقدية ونسبة الأخطاء، بما يسمح لهم بتحديد المشكلات ومعالجتها بمجرد ظهورها.

تقوم ولايات متعددة أيضا بتجربة طرق لمعرفة آراء المواطنين بشكل استباقي كلما تفاعلوا مع الحكومة. ففي إحدى الولايات، على سبيل المثال، يتلقى المستفيدون مكالمة آلية تلتزم تعليقاتهم بشأن جودة الخدمة: هل كان التعامل مع الزبونة حسنا؟ هل حصلت على الإعانات التي كانت تتوقعها؟ هل حصلت عليها دون الحاجة إلى دفع رشوة؟ ثم ترسل الردود السلبية إلى نظام بشري لتوليد شكاوى رسمية.

إن ثالث JAM لا يفعل الكثير وحده. بل يجب إقرانه بسياسات وخدمات ذكية مؤيدة للفقراء تعتمد على التكنولوجيا الرقمية. وحتى في تلك الحالة، فإن السياسات والخدمات القائمة على التكنولوجيا الرقمية في حد ذاتها لن تقضي على الفقر وعدم المساواة بين الجنسين. إذ يجب أن ترافقها إصلاحات خارج المجال الرقمي من قبيل تغيير القوانين والسياسات التمييزية. لكن عندما تجتمع كل هذه العناصر، يمكن للوضع الراهن أن يتغير بسرعة.



سانغيتا (قرية تارغوون، الهند)

أمثلة عن التقدم المحرز

التكيف مع المناخ

غالباً ما يركز النقاش المتعلق بتغير المناخ العالمي على كيفية الحد من انبعاثات الكربون. ما زلنا ننتظر الإنجازات التكنولوجية والسياسية الكبرى التي نحتاج إليها. وفي غضون ذلك، يتغير المناخ بالفعل. إنه لظلم رهيب أن يكون الأشخاص الذين يعانون أكثر من غيرهم هم أفقر المزارعين في العالم. لم يفعلوا أي شيء تسبب في تغير المناخ، لكنهم أول من يتضرر منه وذلك لأنهم يعتمدون على المطر في كسب عيشهم. ولم يبقَ لهؤلاء المزارعين أي هامش للخطأ. ليس لديهم الموارد اللازمة للتكيف مع الجفاف والفيضانات، وتفشي الأمراض بين قطعانهم، أو آفات جديدة تلتهم حصادهم. في إثيوبيا، نظمت الحكومة مع ملايين المزارعين دورة مكثفة مثيرة للإعجاب من أجل بناء القدرة على التكيف، وقد كُلت بالنجاح. وكما كتب وزير الدولة كابا، فإن حجم الأضرار التي خلفها جفاف عام ٢٠١٥ بعيد كل البعد عن الوفيات والدمار الذي تسبب فيه جفاف عام ١٩٨٤ الأليم. نجاح إثيوبيا يبعث على الأمل. نحن بحاجة إلى مزيد من الاستثمار في جميع أنحاء العالم لتطوير وتوزيع أنواع المحاصيل المُحسَّنة التي هي أكثر تحملاً للحرارة الشديدة أو الفيضانات. يحتاج نظام البحوث الزراعية العالمي إلى مزيد من الدعم.

Bill & Melinda

مجاعة عام ١٩٨٤ محطة سوداء في تاريخنا.



الدكتور كابا أورغيسا

وزير الدولة المكلف بالموارد
الطبيعية والأمن الغذائي بوزارة
الزراعة، إثيوبيا



الجفاف الذي تسبب في مجاعة عام ١٩٨٤، لكن العالم لم يسمع عنه شيئاً لأننا بنينا أنظمة أفضل لمساعدة المزارعين على التصدي له.

يعد قطاعنا الزراعي المزدهر أحد الأسباب التي تفسر النمو الاقتصادي العام لإثيوبيا والذي بلغ وتيرة مثيرة للإعجاب، وسير بلدنا على الطريق الصحيح ليصبح في مصاف الدول ذات الدخل المتوسط بحلول عام ٢٠٢٥. لكن ثمة شيء يمكنه أن يعرقل مسيرتنا: تغير المناخ. إن تغير المناخ ناتج عن تصرفات الدول الأكثر ثراء، لكن أضعف الناس في البلدان الفقيرة يتأثرون به أولاً.

لكن، حتى وإن كان يبدو من الغريب قول ذلك، قد تولد الفرص من رحم الأزمة. بعد مرور وقت قصير على المجاعة، وضعنا سياسة لإدارة الكوارث وأنشأنا احتياطات غذائية حتى يتسنى لنا على الأقل إنقاذ حياة مواطنينا عندما يحدث الجفاف.

ومع مرور السنين، استثمرنا بكثافة في إنتاجية قطاعنا الزراعي وقدرته على التحمل. كان لا بد لنا أن نفعل ذلك، لأن أكثر من ٨٠ في المئة من شعبنا يعيشون في المناطق الريفية. في عام ٢٠٠٣، اجتمع الاتحاد الإفريقي في مابوتو، في موزمبيق، والتزمت الحكومات حينها بإنفاق ١٠ في المائة من ميزانياتها على الزراعة. أما نحن فننفق أكثر من ذلك. وفي عام ٢٠١٥، عانينا من جفاف شديد تماماً مثل

الأخضر القادر على التكيف مع تغير المناخ، والتي تسلم بأن ازدهارنا المستقبلي يعتمد على الإدارة السليمة لبيئتنا.

لا يمكننا منع الجفاف من الحدوث. لكن يمكننا أن نحقق الازدهار على الرغم منه.

تجعل المزارعين الإثيوبيين يستخدمون الأسمدة أو البذور المحسنة أو الري أكثر من المزارعين الآخرين في العديد من البلدان المجاورة.

وليس لدينا أدنى شك في المشكلة التي نواجهها. قبل عدة سنوات، أطلقنا استراتيجية الاقتصاد

منذ أن كنت طفلا ارتفعت درجة الحرارة بحوالي ١ درجة مئوية. غير أن الأمطار مشكلة أكبر. بصفة عامة، انخفضت كميات الأمطار بنسبة ٢٠ في المائة في بعض المناطق. أما الكميات الأخرى من الأمطار فيصعب التكهّن بها. وهي تأتي متأخرة وتتوقف مبكرا. وعندما يأتي المطر يهطل بغزارة مدمرة. كل الحسابات التي يقوم بها المزارع يعتمد فيها على الطقس. والمزارعون من أصحاب الحيازات الصغيرة يتقنون عملهم للغاية، لكنهم قضا حياتهم في تعلم أشياء عن مناخ لم يعد له وجود.

لحسن الحظ، فإن العمل الذي قمنا به على مدار العشرين عاما الماضية سيساعد المزارعين على الاستجابة للمناخ المتغير في العشرين عاما القادمة. في عام ٢٠٠٥، أطلقنا برنامجا واسع النطاق يكافئ الناس مقابل العمل في مشاريع الأشغال العامة المتعلقة بالزراعة. وينتج عن ذلك أثر مزدوج: يصبح لدى الفقراء الإمكانات اللازمة لشراء المواد الغذائية وغيرها من المواد الضرورية أثناء حالات الطوارئ، ويقومون بأعمال لفائدة المجتمع المحلي مثل بناء مصاطب وحواجر وسدود صد وخنادق عميقة وأحواض صغيرة تخزين المياه وتمنع تآكل التربة وتساهم في نهاية المطاف في زيادة المحاصيل. بعد ثلاث سنوات، أطلقنا برنامجا آخر لتشجيع حركة جماعية حول الإدارة المستدامة للأراضي.

كما قمنا بتوظيف أكبر مجموعة من المرشدين الزراعيين في العالم. وهم يقدمون معلومات في الوقت المناسب. فعلى سبيل المثال، يطلقون إنذارات مبكرة بشأن الجفاف ويقدمون نصائح للمزارعين بخصوص كيفية التكيف مع الوضع. ويركزون أيضا على التعليم طويل الأمد. وتعد شبكتنا من المرشدين الزراعيين أحد الأسباب التي



(ألبا كويتو، إثيوبيا)

الطقس في منطقتنا تحركه إرادة الله.

ميتسيلا تيكيلي تيسفاي

مزارعة إثيوبيا



لكن رغم أن الطقس بات أسوأ، فإن زراعتنا أفضل بكثير الآن. عندما كنت صغيرا في مزرعة والدي، تعرضت أرضنا للدمار. ولم يحصل على أي مساعدة من الحكومة. وعندما حدثت المجاعة في عام ١٩٨٤، لم يكن هناك أمام العائلة أي خيار سوى الرحيل إلى السودان.

أما الآن، فنحصل على معلومات ونتلقى تعليما من الخبراء الزراعيين الذين يأتون إلى مجتمعنا المحلي. في السابق، لم نكن نستخدم البذور الحديثة. أما اليوم، فأستخدم أفضل بذور القمح. أزرع قمحا يصبح جاهزا للحصاد في وقت مبكر، لذلك يكون أكثر قدرة على التحمل في حالة الجفاف. لم نكن نستخدم الأسمدة أو مبيدات الأعشاب أو المبيدات الحشرية من قبل. أما اليوم يمكنني أن أستخدمها

قبل عشرين عاما، عندما بدأت في زراعة هذه الأرض، كان الطقس أفضل. لكنه يزداد حرارة باستمرار. من المفروض أن يكون يوليو شهرا باردا لكنه أكثر حرارة من المعتاد هذا العام. أما الأمطار فلا يمكن الاعتماد عليها. قد تهطل أمطار جيدة في سنة ما، وفي العام التالي يحدث جفاف. وعادة ما يبدأ هطول الأمطار في أواخر مايو أو أوائل يونيو. هذا العام، يوشك شهر يوليو على الانتهاء ولم تمطر بعد. ما زلنا ننتظر. نحاول أن نزرع في أفضل الأوقات، لكن لا يمكننا التحكم في المطر. إذا لم يبدأ هطول الأمطار حتى يوليو ويتوقف قبل أكتوبر، فلن نحصل على أي شيء من حقولنا. وإذا ساءت الأمور، لدي بعض الأغنام التي يمكنني بيعها مقابل ثمن أو بالمقايضة. وأفكر في الاستثمار في خلايا النحل لجني العسل.

نحاول التكيف مع الظروف السائدة هنا والتغلب عليها.



ميتسيلا (كال، إيجين كيبيليه، إثيوبيا)

ملتحقون بالمدرسة. ويجب أن أضمن لهم الطعام. إذا قمت بزراعة القمح في وقت مبكر من هذا العام، فسوف أزرع الشعير بدلا منه خلال الموسم الزراعي القادم لأنني أريد أن يأكل أبنائي الشعير. فهم لا يستطيعون التعلم والدراسة وبطونهم خاوية. كل القرارات التي أتخذها مرتبطة بما تحتاج إليه أسرتي.

استنادا إلى مقابلة

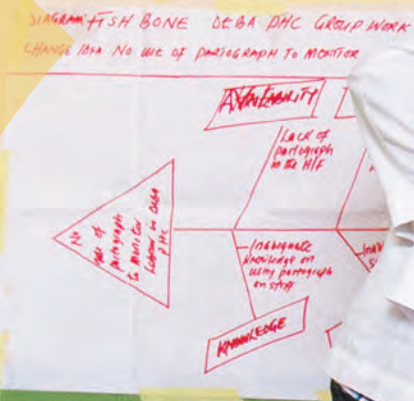
وحفر الخنادق والحرث وإصلاح الأخاديد. عندما تبدأ أمطار قليلة في الهطول، تعمل كل أسرة جاهدة لضمان بقاء مياه تلك الأمطار في التربة. لا يبقى أحد جالسا في بيته إذا هطل المطر.

إننا نحاول التكيف مع الظروف السائدة هنا والتغلب عليها. وأريد أن يحصل أطفالنا على التعليم. أنا لم أدرس عندما كنت طفلا. لم أذهب إلى المدرسة إطلاقا. لكن جميع أطفالنا الثلاثة

جميعها. وأعرف كيف أزيل الأعشاب الضارة، وكيف أحمي حقلي من الجفاف بفعل أشعة الشمس. وازدادت محاصيلي بالضعف تقريبا.

هذا العام، قيل لنا أن الأمطار ستكون أقل، لكننا تلقينا تدريباً على ما يجب القيام به. نقوم بتجميع مياه الأمطار ونخزنها لنستخدمها في وقت لاحق. ونحاول بكل ما أوتينا من قوة أن نبقى الأرض رطبة. نفعل ذلك بعدة طرق مختلفة: وضع المهاد

ISSUES/PROBLEMS	
ISSUES/PROBLEMS	NUMBER
1. INADEQUATE APPRENTICES ON ANC BY COM-MEMBERS	5
2. NO DUTIES SHIPPING DUTY	4
3. LACK OF MONITORING DELIVERY USING PARAGRAPH	4
4. CLIENT WAITING TIME	3
5. LOW DELIVERY RATE	2
6. EARLY DISCHARGE OF MOTHERS BEFORE DUTIES AFTER DELIVERY	2



استكشاف البيانات



IDENTIFY AT PHC DEBA	CUMULATIVE FREQUENCY	CUMULATIVE FREQUENCY
5	5/20 = 25%	
9	9/20 = 45%	
13	13/20 = 65%	
16	16/20 = 80%	
18	18/20 = 90%	
20	20/20 = 100%	



KEEP YOUR CLIENT WAITING TIME AT PHC DEBA
PRE-CARD COMPARISON

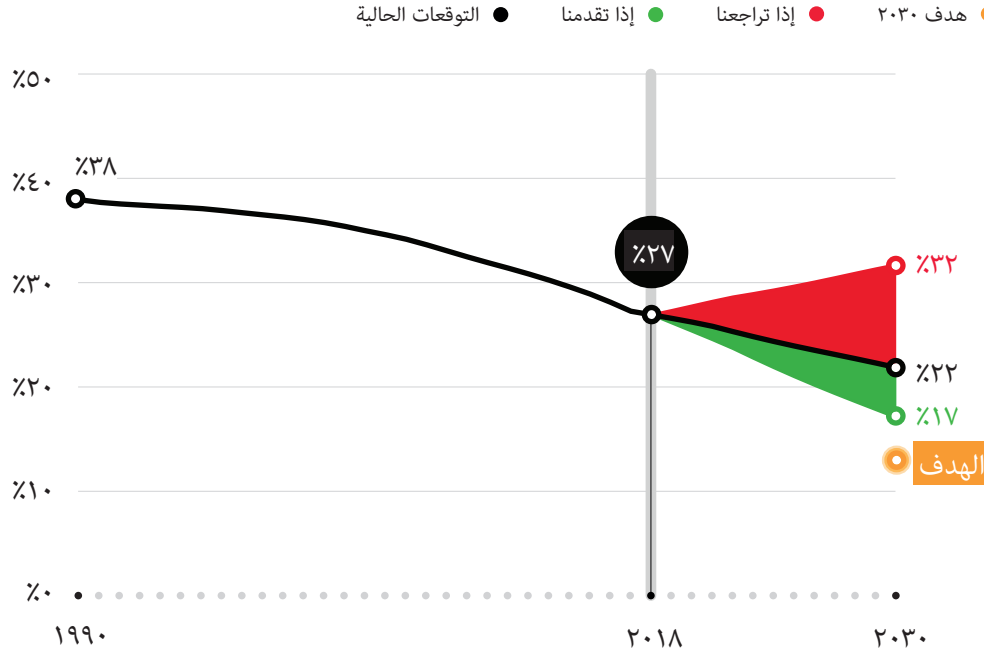


بدأنا في كتابة تقرير مناصري الأهداف لتتبع التقدم المحرز في سبيل تحقيق أهداف التنمية المستدامة. ونعتقد أن تسليط الضوء على الجوانب التي يحقق فيها العالم النجاح سيلهم القادة لبذل المزيد من الجهد، بينما من شأن تسليط الضوء على الجوانب التي يخفق فيها العالم ستجعلهم يركزون اهتمامهم. لذا وعدنا بأن ننشر في كل عام أحدث البيانات العالمية المتعلقة بـ 18 مؤشراً هي الأقرب إلى العمل الذي نقوم به. هذا العام، وبالنظر إلى موضوعنا، حاولنا التأكيد على دور التفاوتات في عرقلة السعي نحو بلوغ أهداف التنمية المستدامة. كما استكشفنا وفيات الأمهات والتقزم والأمراض المدارية المهملة بمزيد من التفصيل، لأن تلك القصص تقدم معلومات مفيدة عن عدم المساواة وكيفية مكافحتها.

Bill & Melinda

التقزم

انتشار التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة



ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: وضع حد لجميع أشكال سوء التغذية، بما في ذلك تحقيق الأهداف المتفق عليها دولياً بحلول عام ٢٠٢٥ بشأن التقزم والهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة. الهدف الموضح على الرسم البياني مؤقت وقد تم استقراؤه بناءً على الهدف المرسوم حالياً لعام ٢٠٢٥.

الشريحة الأفقر. وهناك الآن فجوة أكبر بين الفقراء وكل الشرائح الأخرى.

التقزم حسب الشريحة الخمسية للثراء بين عامي ١٩٩٦ و٢٠١٦. رغم تحسن كل شريحة خمسية، بقدر كبير، تحسنت الشريحة الأغنى أكثر من

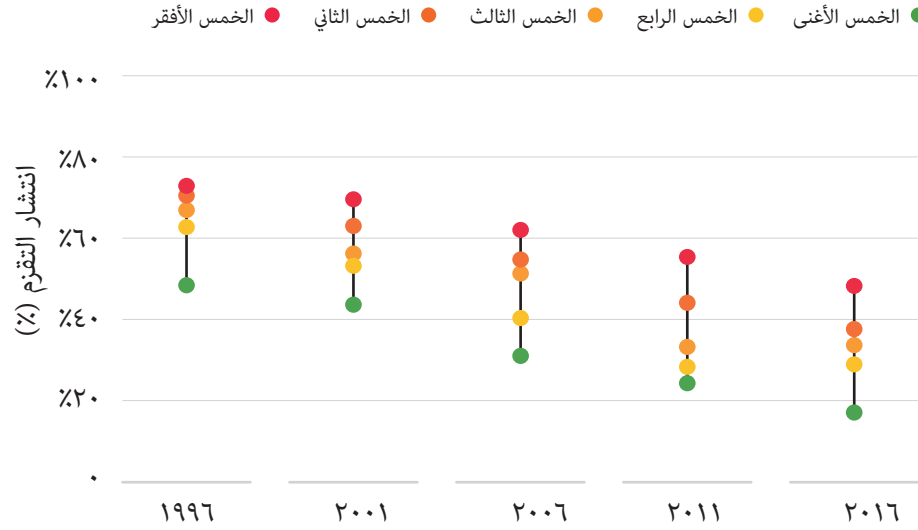
التقزم مشكلة معقدة. لا توجد وسيلة وحيدة تسمح بالتصدي لهذه المشكلة، بل يجب الاعتماد على وسائل عديدة في آن واحد لتحقيق تقدم كبير. قد يكون هذا هو السبب الذي يجعل معدل التقزم في العالم ينخفض على نحو أبطأ من بعض المؤشرات الأخرى. ولعله يشير أيضاً إلى أن تراجع حالات التقزم هو بمثابة دليل واضح على التطور الجيد.

وتكمن إحدى طرق تسريع وتيرة التقدم في دراسة النماذج، أي البلدان التي حققت تقدماً هائلاً مثل نيبال.

في عام ١٩٩٦، كان يعاني اثنين من كل ثلاثة أطفال من التقزم، وكان ذلك أعلى معدل في العالم. وبحلول عام ٢٠١٦، تراجع هذا المعدل إلى طفل واحد من كل ثلاثة أطفال. ويعود الفضل في إحراز هذا التقدم إلى الاستثمارات في مجالات الصحة والتغذية والتعليم. على سبيل المثال، تضاعفت النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي يتلقين الرعاية قبل الولادة من مقدمي الرعاية المؤهلين ثلاث مرات منذ بداية الألفية (إلى ٨٤ في المائة)، فيما ارتفع معدل الالتحاق بمدارس الابتدائية ليلبلغ ٩٧ في المائة اليوم.

إذا ألقينا نظرة فاحصة على البيانات يتبين لنا أنه على الرغم من أن نيبال قد خففت عبء التقزم، إلا أن ذلك لم يجعلها أكثر مساواة. يبين الرسم البياني الذي يظهر على اليمين انتشار

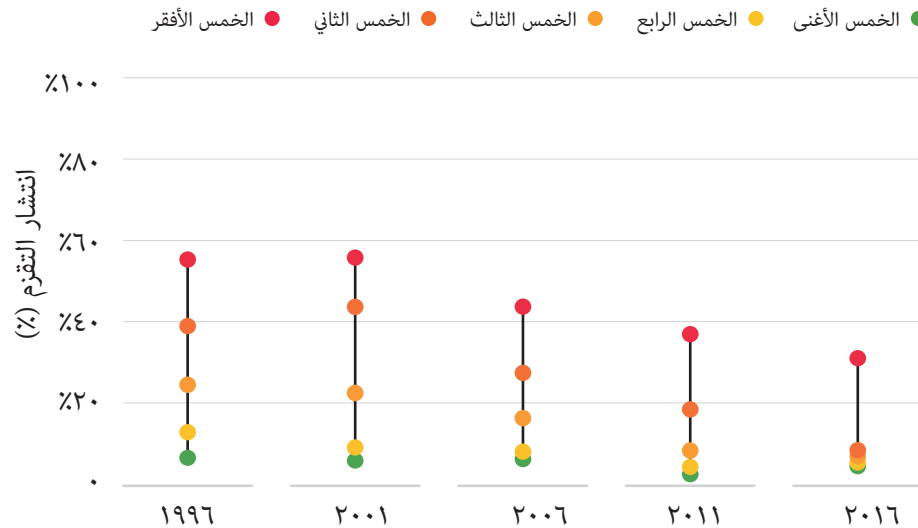
انتشار التقرّم حسب الشرائح الخمسية المقسمة وفقاً لمستوى الثراء في نيبال



بالنسبة إلى نيبال، فإن الأولوية الآن هي سد الفجوة. ويمكن لنيبال أن تسترشد في ذلك بما قامت به بيرو.

يظهر نفس الرسم البياني الخاص ببيرو، البلد النموذجي الذي كان فيه عبء التقرّم في عام ٢٠٠٠ يضاها ما هو عليه الآن في نيبال، أن الفجوة بين أفقر وأغنى الشرائح الخمسية تقلصت بمقدار النصف في غضون ١٥ سنة فقط. وهذا التقدم المحرز في سبيل المساواة أمر خطط له: أنشأت حكومة بيرو نظام تأمين صحي للفقراء، ونفذت برنامج تحويل نقدي مشروط لتشجيع النساء في المجالات الرئيسية على استخدام خدمات الصحة والتغذية والتعليم، وحددت تدخلات أساسية في مجالي الصحة والتغذية لضمان إعطاء الأولوية للفئات السكانية الأكثر حاجة إليها.

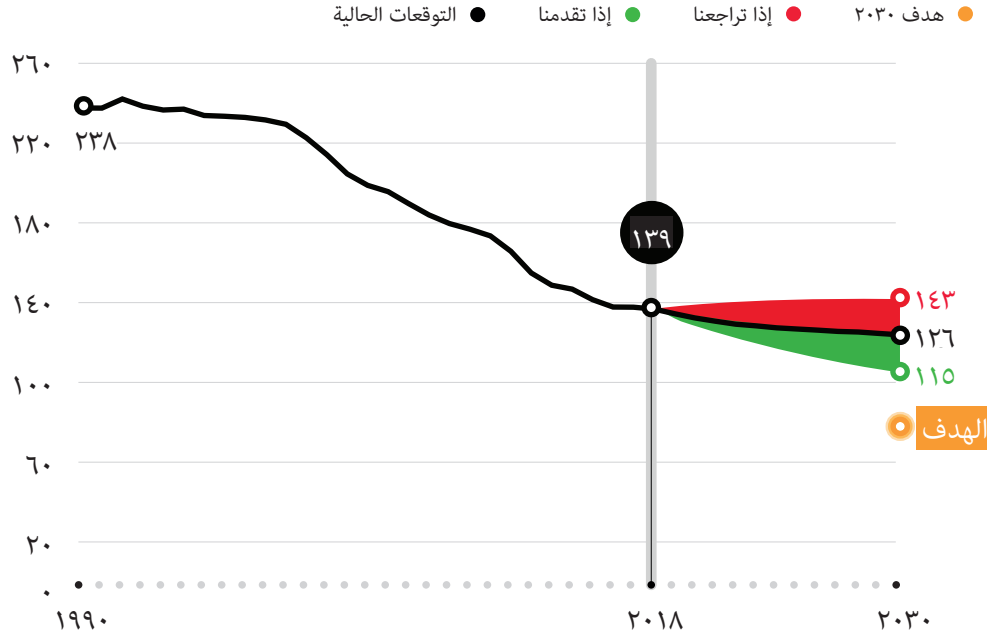
انتشار التقرّم حسب الشرائح الخمسية المقسمة وفقاً لمستوى الثراء في بيرو



إن ما حققته نيبال وبيرو بشكل مثالا يمكن للبلدان أن تحتذي به في كل مرحلة من مراحل مكافحة التقرّم.

وفيات الأمهات

وفيات الأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي



ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: خفض معدل وفيات الأمهات في العالم إلى أقل من ٧٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي.

لقد أفضت هذه المشاريع الرائدة في الرعاية الجماعية السابقة للولادة إلى نتائج مذهلة.

أولاً، كانت الرعاية أفضل. في كل من كينيا ونيجيريا، ازدادت احتمالات استفادة النساء

ثلاثين مرة أكثر مع أحد مقدمي الرعاية الصحية والذي تمكن من معرفتهن شخصياً. وعلاوة على ذلك، تعرفن على بعضهن البعض، وأنشأن شبكة دعم استمرت حتى بعد انقضاء مدة الحمل.

يمكن تفادي معظم وفيات الأمهات باستخدام الأدوات المتوفرة لدينا. ويكمن العامل الأساسي في توفير رعاية عالية الجودة للأمهات طيلة مدة الحمل وأثناء الولادة.

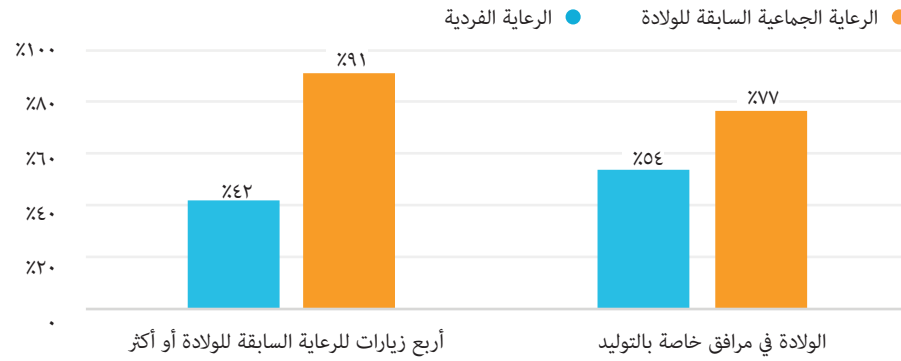
ومن المؤسف أن العديد من الأمهات لا يتلقين أي رعاية على الإطلاق. ومن أشد صور عدم المساواة أملاً أن تكون هناك امرأة شابة تلد وحدها.

ولحسن الحظ فالعديد من الحكومات وشركائها يبتكرون الحلول للقضاء على هذه الصورة النمطية. فعلى سبيل المثال، يقوم شركاؤنا في برنامج جونز هوبكينز للتعليم الدولي في طب النساء والتوليد Jhpiego بإعادة تصميم طريقة تفاعل النساء الحوامل مع النظام الصحي.

تقضي معظم النساء الحوامل بضع دقائق في تلقي الرعاية من ممرضة أو قابلة عدة مرات أثناء الحمل. الحصول على رعاية فردية شيء جيد، إلا أن هذه اللقاءات عادة ما تكون غير شخصية وتجري على عجل.

لذا، دعت منظمة "Jhpiego" مجموعات مكونة من ١٥ إلى ٢٠ امرأة في مراحل مماثلة من الحمل لحضور سلسلة من الجلسات الجماعية الخاصة بالرعاية السابقة للولادة تدوم ساعتين، في ٢٠ منشأة صحية في كينيا ونيجيريا. وقضين مزيداً من الوقت (بمقدار قد يصل إلى

التغير في لجوء الأمهات إلى الخدمات الصحية في مواقع الرعاية الجماعية السابقة للولادة (G-ANC) النيجيرية



المشاركات في الرعاية الجماعية السابقة للولادة من التدخلات والمعلومات الرئيسية المتعلقة بكيفية رعاية أنفسهن وأطفالهن حديثي الولادة.

ثانياً، أصبحت النساء ينظرن إلى تلك التجربة باستحسان، مما يوحي بأنه من الأرجح أن يواصلن استخدام النظام الصحي. وأصبح من المرجح أكثر أن تلد النساء النيجيريات اللاتي شاركن في الرعاية الجماعية السابقة للولادة في مرافق صحي، حيث يمكن للموظفين إدارة حالات التوليد الطارئة.

ثالثاً، تحسن مستوى النساء من حيث التمكين وفق تقييم شامل، مما يشير إلى أن الرعاية الجماعية السابقة للولادة يمكنها أن تؤثر ليس فقط على صحة الأم بل أيضاً على غيرها من أولويات التنمية المهمة.

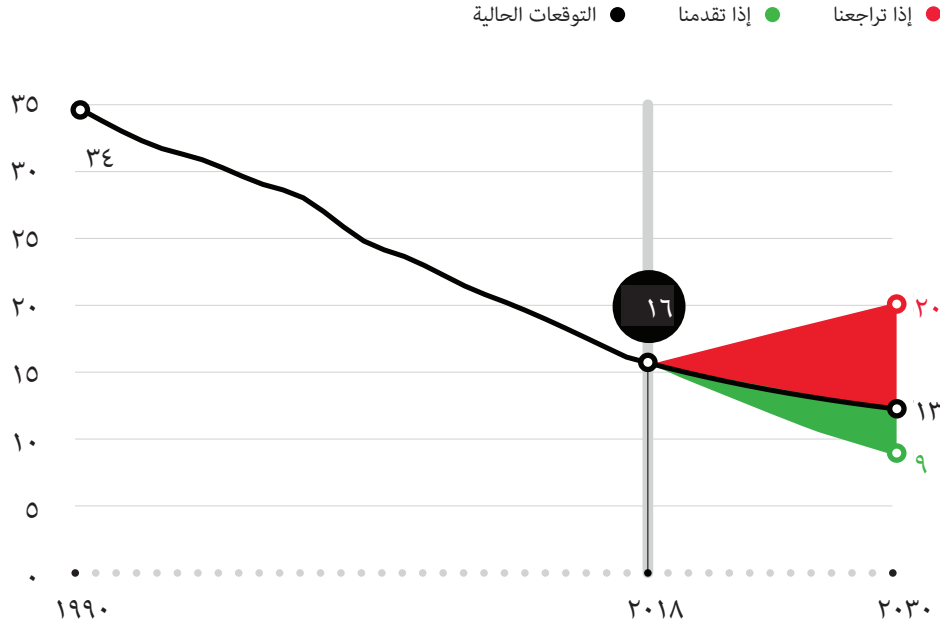
على الرغم من أن المشروع توقف في عام ٢٠١٧، استمرت جميع مواقع الاختبار العشرين في تقديم الرعاية الجماعية السابقة للولادة بمفردها، ويعزى ذلك جزئياً إلى أن مقدمي الرعاية والأمهات طلبوا ذلك. وتتمثل الخطوة التالية في توسيع نطاق هذا المشروع ليشمل المقاطعات والبلدان الأخرى بحيث يبدأ منحى وفيات الأمهات في النزول بشكل أسرع.



لادي ولامبي، لوسي وغودوين
(أغياراغو ياكوبو، نيجيريا)

الأمراض المدارية المهملة

معدل انتشار الأمراض المدارية المهملة هو ١٥ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص (ألف حالة)



ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: وضع حد لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة.

عشرات الآلاف من القرى النائية. إذا ظلت تغطية تقديم الدواء على نطاق واسع مرتفعة لمدة تقارب ١٥ عاما، ستموت الديدان البالغة في أجساد الناس ويتوقف انتقال العدوى.

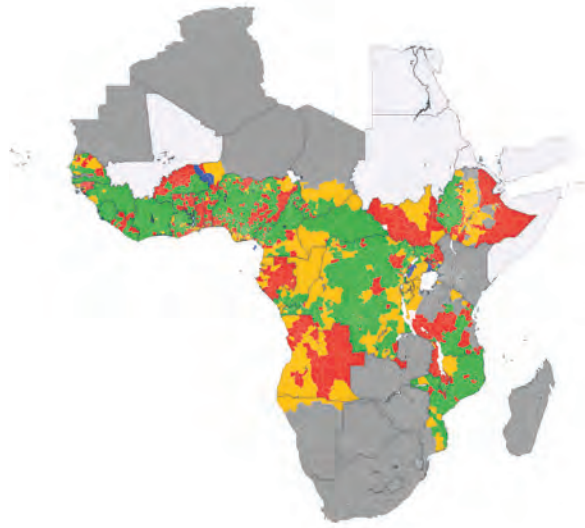
في ضوء هذه التحديات، يستند القضاء على داء كلابية الذنب إلى تقديم الدواء على نطاق واسع: كل عام، يقوم عاملون متطوعون في مجال الصحة بإعطاء الإيفرمكتين لجميع السكان القاطنين في

في عبارة "الأمراض المدارية المهملة"، تشير صفة "المهملة" إلى مجموعة تضم ما يقرب من ٢٠ مرضا، لكن يمكنها أيضا أن تنطبق بسهولة على ١,٥ مليار شخص مصاب بها. ويتطلب كسب المعركة ضد الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي تعلم كيفية تلبية احتياجات الأشخاص الذين لم تلبى احتياجاتهم من قبل.

لنأخذ مثلاً مرض كلابية الذنب، وهو مرض طفيلي يسبب حكة فظيعة، وفي الحالات الشديدة قد يؤدي إلى العمى (ويعرف أيضا باسم العمى النهري). ينتقل داء كلابية الذنب عن طريق الذباب الأسود الذي يتكاثر بالقرب من الأنهار سريعة التدفق. ونتيجة لذلك، اضطر بعض من أفقر المزارعين في العالم إلى التخلي عن أخصب الأراضي الواقعة في أحواض الأنهار ومحاوله الحصول على لقمة العيش من أراض قاحلة.

والخبر السار هو أن داء كلابية الذنب يمكن علاجه بالإيفرمكتين، وهو دواء تقدمه شركة ميرك مجاناً منذ عام ١٩٨٧. لكن لسوء الحظ، إذا كان الإيفرمكتين يقتل اليرقات التي تسبب الأعراض، فإنه لا يقتل الديدان البالغة - التي يمكن أن تستمر في التكاثر لمدة تصل إلى ١٥ عاماً. علاوة على ذلك، فإن ٢٠٠ مليون شخص في القرى النائية المنتشرة في جميع أنحاء إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى معرضون لخطر الإصابة بالمرض.

حالة برامج القضاء على داء كلابية الذنب (الأنكوسركية) في إفريقيا حسب المقاطعة



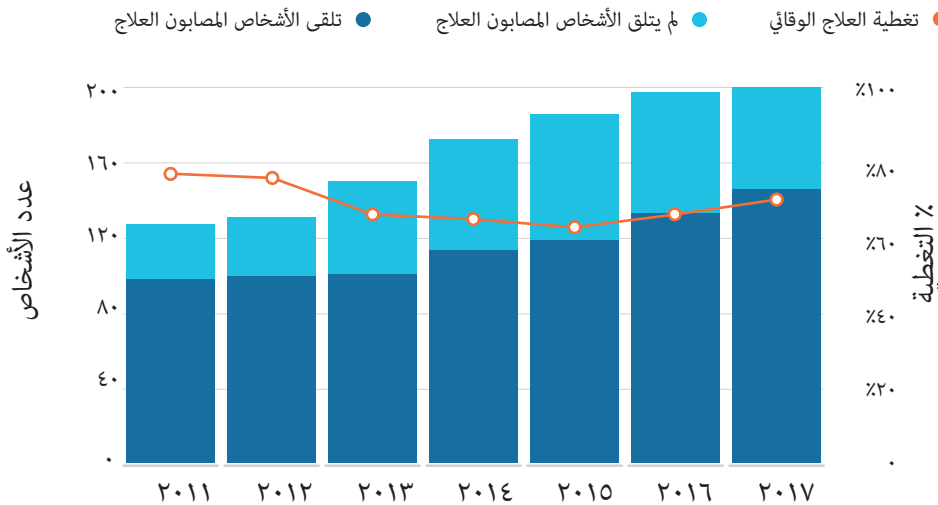
- انعدام توزيع الدواء على نطاق واسع أو تغطية بنسبة أقل من ٦٥ في المائة
- تم توزيع الدواء على نطاق واسع
- غير متوطن
- لا توزيع للدواء على نطاق واسع لأنه تم بلوغ عتبة القضاء على الداء
- لا توزيع للدواء على نطاق واسع بسبب انتشار منخفض للداء (هذا لا يعني بالضرورة أنه تحت عتبة القضاء عليه)

لكن كلما زاد نجاحنا زادت صعوبة العمل. أولاً، لأن الأشخاص الذين تناولوا دواء لمدة ١٠ سنوات متتالية، وإذا لم يكونوا على الأرجح مصابين بمرض، لا يرغبون في مواصلة تناوله. ثانياً، الاختبارات التشخيصية ليست حساسة بدرجة كافية لتحديد الأماكن التي اختفى منها المرض تماماً أو التي مازال فيها المرض منتشرًا لكن بمستويات منخفضة جداً فقط. وبالتالي، لا نعرف متى يكون من الآمن التوقف عن تقديم الدواء على نطاق واسع.

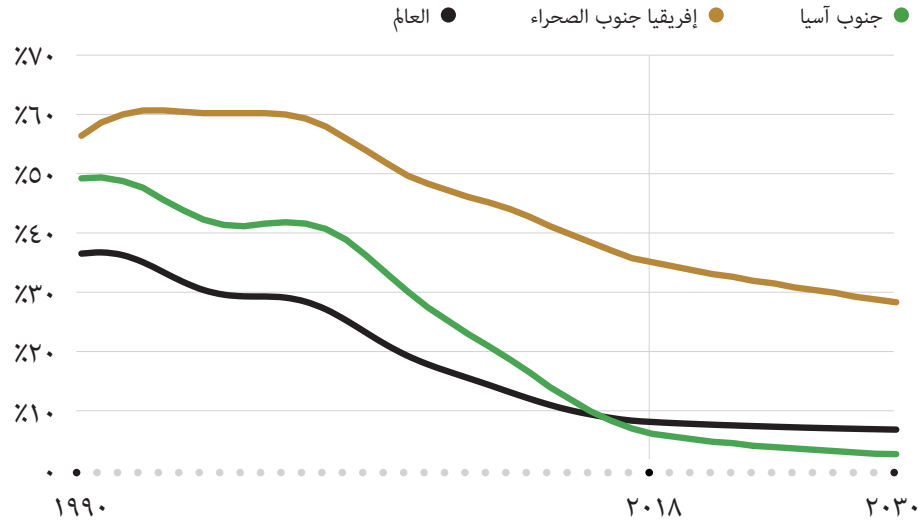
مازالت جهودنا متواصلة في سبيل تحسين التشخيص والأدوية، لكننا نعتمد على بعض النظم الصحية الأكثر هشاشة في العالم لتوفير الخدمات اللوجستية الهائلة وعالية الجودة لحملات تقديم الدواء على نطاق واسع عاماً بعد عام. وكثيرون هم الذين يتصدون لهذا التحدي. توقف انتقال داء كلابية الذنب في ولايتين نيجيريتين وأجزاء من مالي والسنغال والسودان وأوغندا. علاوة على ذلك، ففي بلدان مثل مالايو وسيراليون، حيث الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد أقل من ١٠٠٠ دولار، تجاوزت تغطية تقديم الدواء على نطاق واسع لمكافحة الأمراض المدارية المهملة بنسبة ٧٥ في المائة ثلاث سنوات على التوالي.

وتتمثل المهمة الآن في أن يحرز كل بلد هذا المستوى من التقدم ويحافظ عليه في كل مكان تكون فيه الأمراض المدارية المهملة متوطنة حتى يتم السيطرة عليها أو القضاء عليها تماماً.

الأشخاص الذين يتلقون العلاج الوقائي ضد داء العمى النهري (مليون شخص)



نسبة السكان الذين يعيشون تحت الخط الدولي للفقر (١,٩٠ دولار في اليوم)

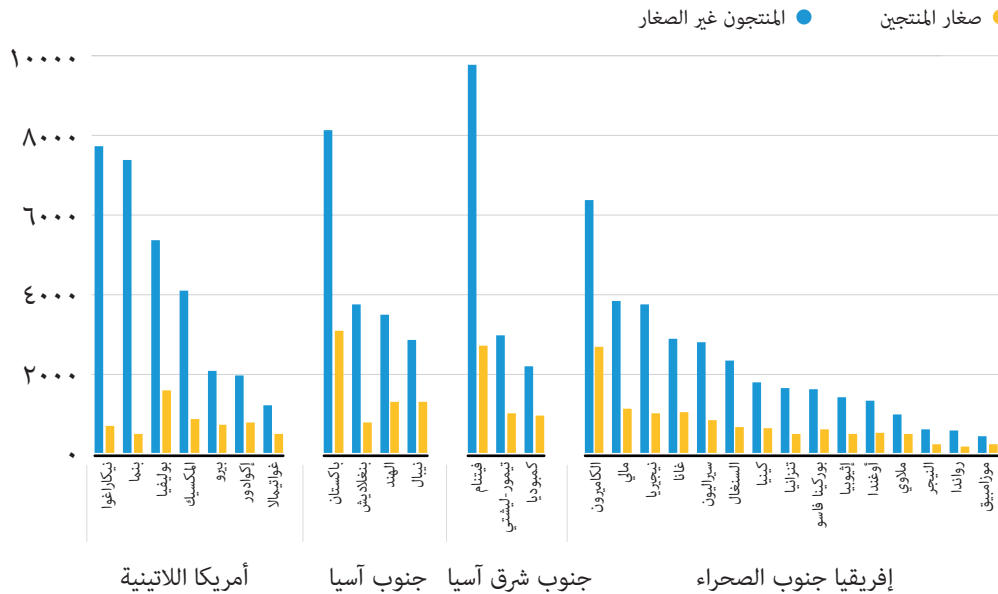


الفقر

أكثر ما يثير القلق في هذا الرسم البياني هو انحدار منحني إفريقيا جنوب الصحراء. في أفضل الأحوال، يفترض أن تسير إفريقيا جنوب الصحراء على خطى جنوب آسيا، مع انخفاض حاد في الفقر، لكن بدلاً من ذلك، من المتوقع أن يكون التقدم في المنطقة بطيئاً نسبياً بين الآن وعام ٢٠٣٠. إن مفتاح الحد من الفقر في إفريقيا جنوب الصحراء على المدى الطويل هو توجيه الاستثمارات في الصحة والتعليم على نحو يجعلها تشمل الأشخاص الذين يهتمون عادة.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: القضاء على الفقر المدقع بالنسبة لجميع الناس وفي كل مكان.

متوسط الدخل السنوي من الزراعة، حسب تعادل القوة الشرائية (بالقيمة الثابتة للدولار الدولي لعام ٢٠١١)



الزراعة

في السابق، كان علينا أن نضع "بيانات غير كافية" في الجزء المخصص للإنتاجية الزراعية. لا يقيس هذا الرسم البياني هدف التنمية المستدامة في حد ذاته، لكنه يمثل إنجازاً كبيراً لأنه لدينا لأول مرة بيانات ذات صلة قابلة للمقارنة فيما بين البلدان. يفوق عدد صغار المنتجين إلى حد كبير كبار المنتجين في جميع هذه البلدان تقريباً، إلا أن ما يكسبونه لا يمثل إلا جزءاً بسيطاً فقط من الدخل، لأنهم يفتقرون إلى إمكانية الحصول على الخدمات المالية والمدخلات المحسنة مثل البذور والأسمدة، والمعارف الزراعية فضلاً عن نقص فرص الوصول إلى الأسواق الفعالة. إضافة إلى ذلك، غالباً ما يكسب المنتجون الصغار والكبار على حد سواء في إفريقيا جنوب الصحراء أقل مما يكسبه المنتجون في المناطق الأخرى.

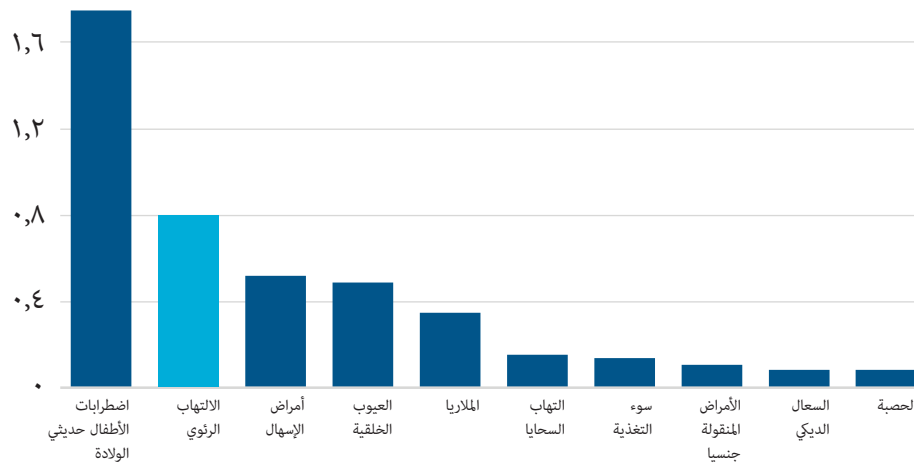
ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: مضاعفة الإنتاجية الزراعية ومدخيل صغار منتجي الأغذية، ولا سيما لدى النساء والشعوب الأصلية والأسر المزارعة والرعاة والصيدادين.

وفيات الأطفال دون سن الخامسة

بعد الالتهاب الرئوي السبب الرئيسي لوفيات الأطفال، ويحتل المرتبة الثانية خلف اضطرابات الأطفال حديثي الولادة في قائمة أسباب وفيات الأطفال الإجمالية. ومع ذلك، فإن ٣ في المائة فقط من الإنفاق العالمي على البحث والتطوير و٦ في المائة فقط من الإنفاق العالمي على المساعدات الخارجية لمكافحة الأمراض المعدية تخصص للالتهاب الرئوي. وعلى الصعيد العالمي، فإن أقل من نصف الأطفال حصنوا باللقاح الرئيسي ضد الالتهاب الرئوي. هناك لقاح أقل تكلفة قد يصبح متوفرا عن قريب، وهو ما سيجعل مزيدا من الدول قادرة على حماية المزيد من الأطفال وتخفيض عدد وفيات الأطفال على الصعيد العالمي.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: وضع حد لوفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها، مع عمل جميع البلدان على خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى ٢٥ حالة على الأكثر لكل ١٠٠٠ مولود حي.

عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب سبب الوفاة (مليون حالة)

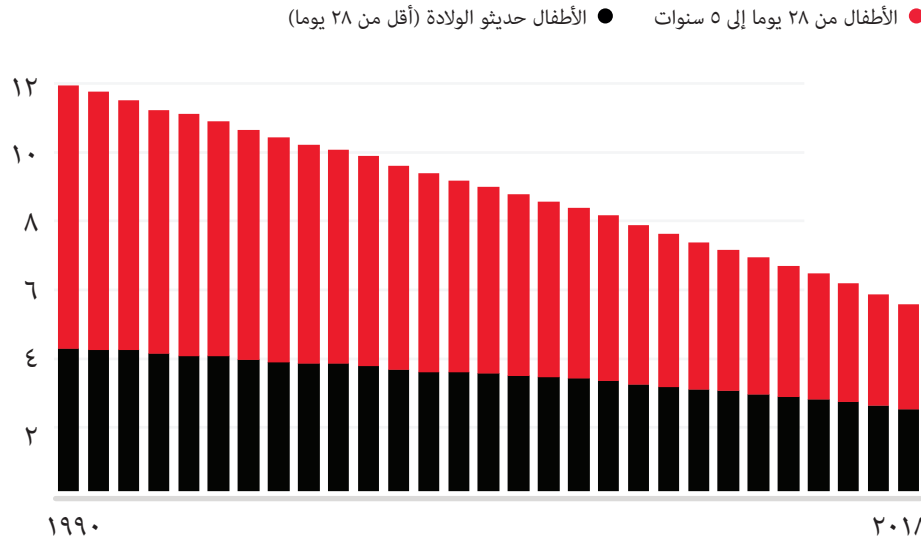


وفيات المواليد

انخفض عدد الأطفال الذين يموتون دون سن الخامسة بشكل مطرد. كما انخفض عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة (من ١٠ إلى ٢٨ يوما) ولكن بوتيرة أبطأ وبالتالي فإن وفيات الأطفال حديثي الولادة كنسبة مئوية من إجمالي وفيات الأطفال في ارتفاع. ما يقرب من نصف جميع وفيات الأطفال تحدث الآن في أول ٢٨ يوما من الحياة. ويتطلب إحراز التقدم مستقبلا في مجال بقاء الأطفال على قيد الحياة تجديد التركيز على صحة الأطفال حديثي الولادة. بالإضافة إلى تقديم مجموعة من التدخلات الأساسية التي أثبتت جدواها، من الأهمية بمكان بالنسبة للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أن تضمن توفير رعاية متخصصة للأطفال الصغار والمرضى في المرافق التي تلد فيها الأمهات.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: وضع حد لوفيات الأطفال حديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها، مع عمل جميع البلدان على خفض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى ١٢ حالة على الأكثر لكل ١٠٠٠ مولود حي.

الاتجاه العالمي في توقيت وفيات الأطفال دون سن الخامسة (مليون طفل)

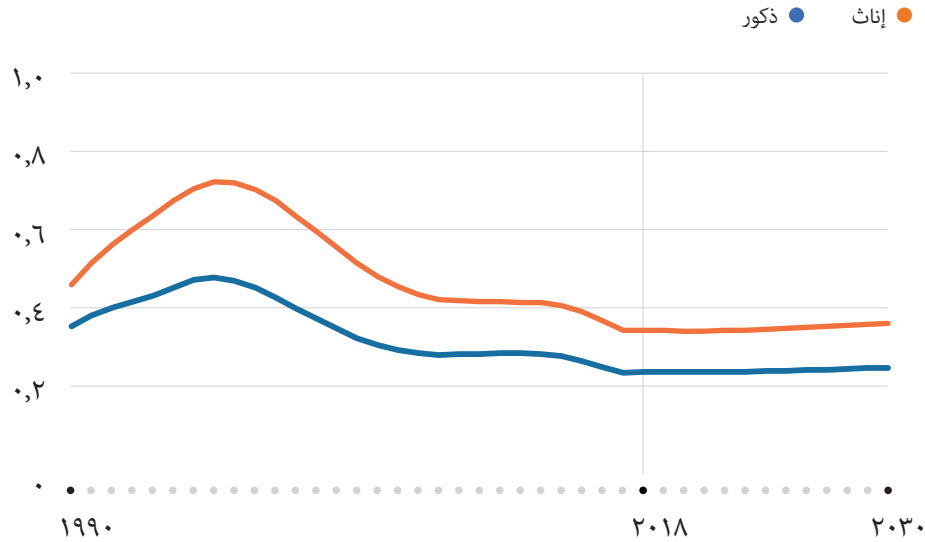


فيروس نقص المناعة البشرية

بين سن ١٠ و٢٤ سنة، تكون الإناث أكثر عرضة من الذكور للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. (يجدر الذكر أن العكس يحدث بعد سن ٢٤ عاماً). إن النساء الشابات معرضات للإصابة لأسباب عديدة. على سبيل المثال، تؤدي حالة الضعف التي تكون فيها المراهقات في العلاقات الحميمة إلى إقامتهن لعلاقات جنسية محفوفة بالمخاطر، ولا يسعين إلى الحصول على (أو لا يتلقين) رعاية صحية إيجابية كافية خوفاً من الوصمة الاجتماعية. هذه الفجوة تثير القلق بوجه خاص بسبب تزايد أعداد الشباب: إن عدد الفتيات اللاتي يبلغن السن التي يكن فيها أكثر عرضة للخطر في نمو مستمر.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: وضع حد لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة.

بين البالغين من العمر ١٠-٢٤ سنة لكل ١٠٠٠ شخص

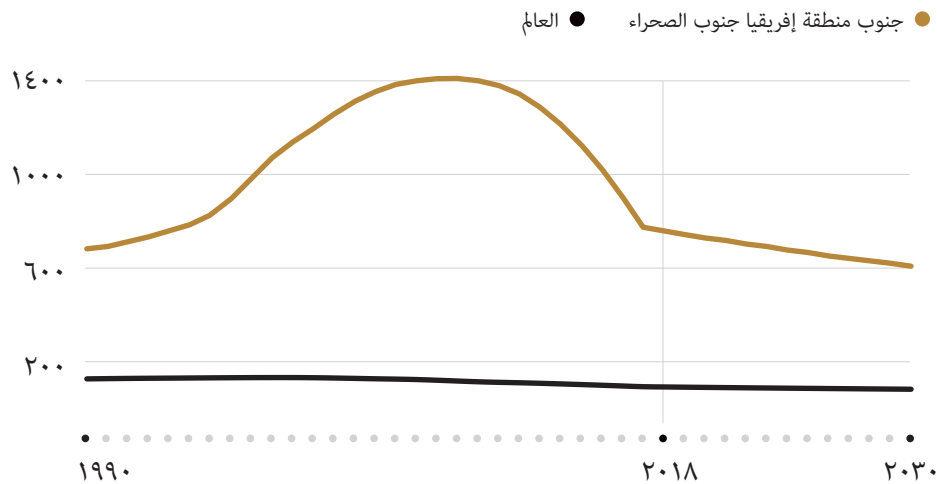


داء السل

إن الارتفاع المفاجئ في حالات السل في إفريقيا جنوب الصحراء خلال العقد الأخير من القرن الماضي والعقد الأول من الألفية الجديدة يشكل دليلاً إضافياً على مدى الدمار الذي تسبب فيه وباء فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. ففيروس نقص المناعة البشرية يجعل الناس أكثر عرضة للإصابة بالسل، وهو ما يفسر ارتفاع حالات الإصابة بالسل في المنطقة. غير أن تراجع عدد الإصابات بالحدة ذاتها بعد عام ٢٠٠٨ يمثل دليلاً على مدى نجاح جهود مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية في إفريقيا. وتتمثل الأولوية التالية بالنسبة لإفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا في تشخيص وعلاج جميع حالات السل وسد الفجوة مع المناطق الأخرى.

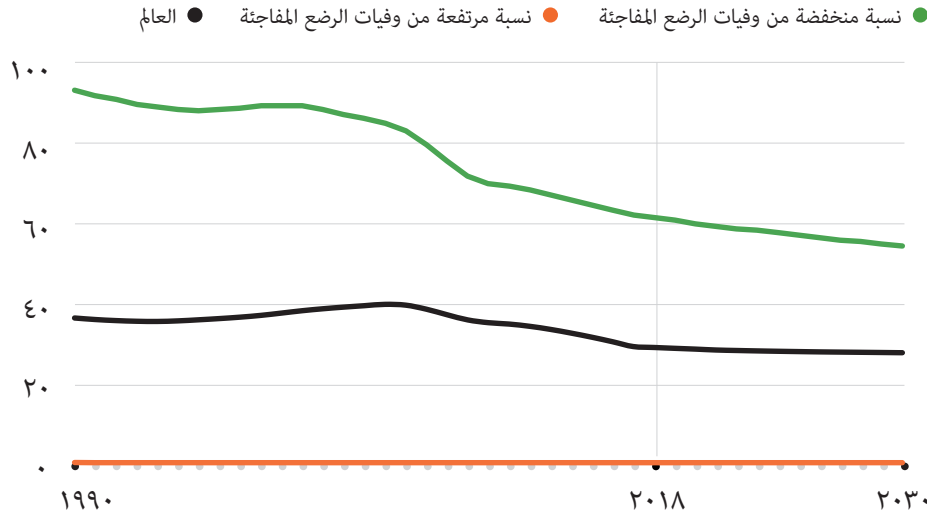
ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: وضع حد لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة.

حالات الإصابة بداء السل لكل ١٠٠ ألف شخص



الملاريا

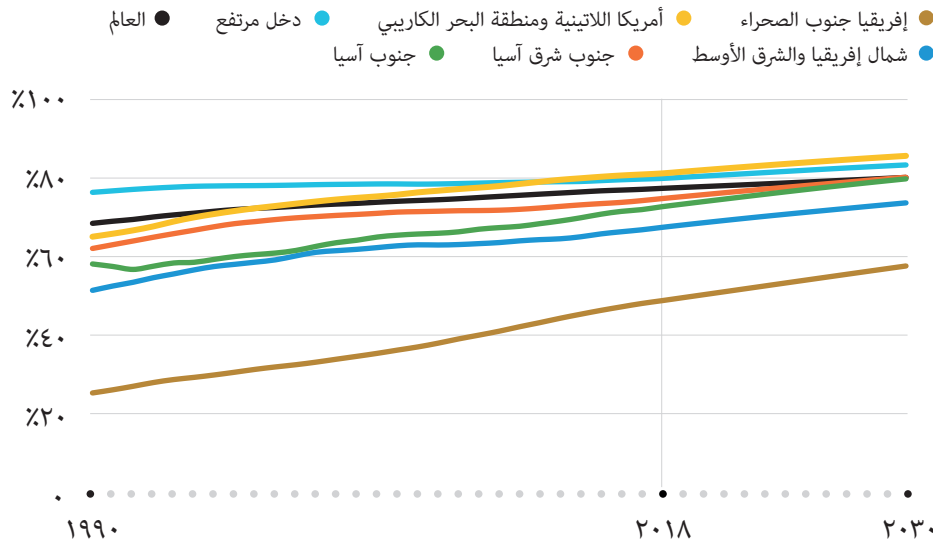
الإصابات الجديدة بالملاريا لكل ١٠٠٠ شخص



توضح السطور التالية كيف أن الملاريا هي بمثابة مثال للتفاوت في مجال الصحة على الصعيد العالمي. فالبلدان ذات الدخل المنخفض تتحمل العبء العالمي، بينما تكاد تنعدم حالات الإصابة بالملاريا في البلدان ذات الدخل المرتفع. هناك اختلافات كبيرة من حيث تحمل العبء داخل البلدان أيضاً، إذ إن أكثر المجتمعات المحلية عزلة وأشدّها فقراً هي التي تعاني أكثر. على الصعيد العالمي، انخفض العبء بشكل مطرد، لكن النجاح لن يتحقق إلا إذا كافحنا التفاوتات في مجال الملاريا داخل البلد الواحد وبين بلد وآخر. ومن المرجح أن تكون الأماكن التي تحمل العبء الأكبر هي آخر من ستقضي على المرض، لذا كلما أسرعنا في معالجة التفاوتات، اقتربنا من هدف إزالة الملاريا من على وجه الأرض.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: وضع حد لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة.

النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ عاماً) اللواتي لبيّن حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بالأساليب الحديثة، حسب المنطقة.



تنظيم الأسرة

عندما يتعلق الأمر بتنظيم الأسرة، فإن منطقة إفريقيا جنوب الصحراء تمثل حالة منفردة. كل المناطق الأخرى في العالم تظهر في الجزء العلوي من الرسم البياني، ثم هناك فجوة، وتحت الفجوة تأتي إفريقيا جنوب الصحراء. من المتوقع سد الفجوة ولكن على نحو تدريجي. إذا تمكنت بضعة بلدان فقط في إفريقيا جنوب الصحراء من تسريع وتيرة تحسين التغطية في مجال تنظيم الأسرة، سوف تحقق المنطقة أهدافها العالمية الخاصة بتلبية احتياجات النساء إلى وسائل منع الحمل والصحة الإنجابية.

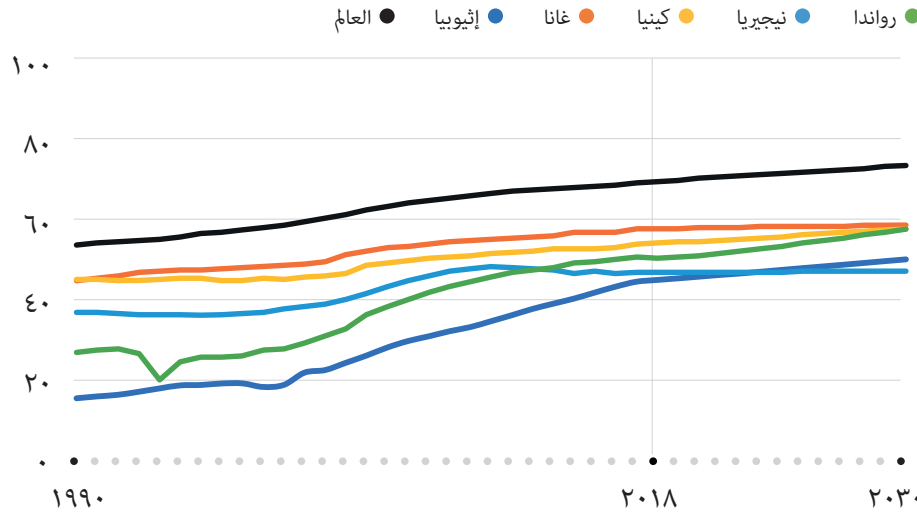
ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة.

التغطية الصحية الشاملة

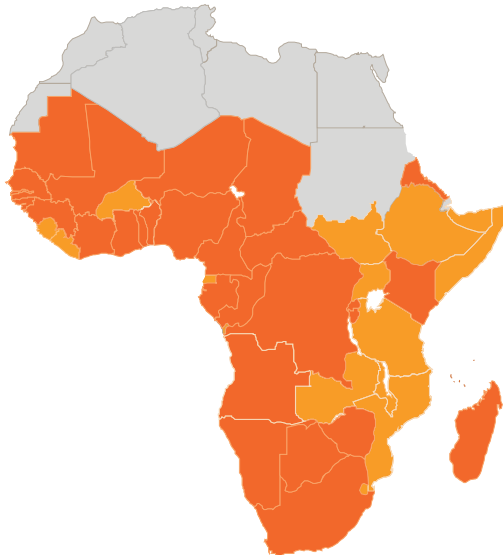
مع التغطية الصحية الشاملة، يمكن لجميع الناس في أي بلد الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية دون الخوف من مواجهة ضائقة مالية. من المرجح أن تكون البلدان ذات الدخل المرتفع أقرب إلى إرساء التغطية الصحية الشاملة من البلدان ذات الدخل الضعيف، لكن هذا الرسم البياني يظهر أن بعض البلدان ذات الدخل المنخفض تحصل على نتائج أفضل بكثير من غيرها. على الرغم من أن رواندا وإثيوبيا أكثر فقرا من البلدان الأخرى، فقد استثمر كلا البلدين بكثافة في الرعاية الصحية الأولية القائمة على المجتمعات المحلية. وكنتيجة لذلك، تحسن أداء تغطيتها الصحية الشاملة بشكل كبير.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: تحقيق التغطية الصحية الشاملة للجميع.

تقييم تغطية الخدمات الصحية الأساسية



معدلات التدخين ووسط الفتيات ووسط النساء في ثلاثين بلدا في إفريقيا جنوب الصحراء



- ينتشر التدخين بمعدلات أعلى بين الشباب (من ١٠ سنوات إلى ١٩ سنة)
- ينتشر التدخين بمعدلات أعلى بين الإناث البالغات سن الرشد (٢٠ سنة فما فوق)

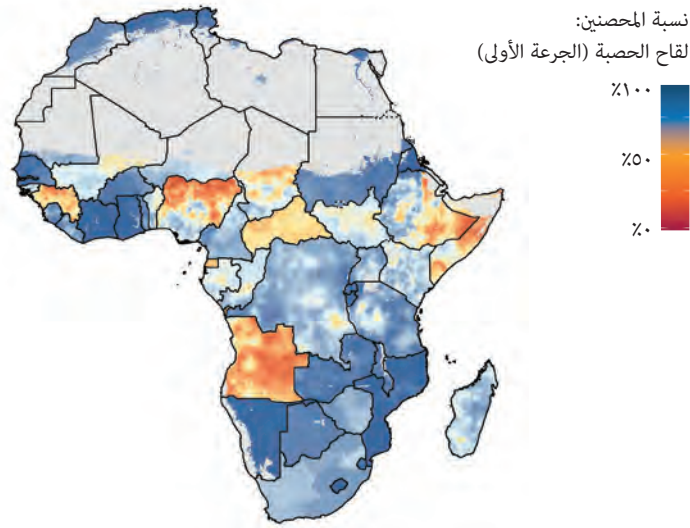
التدخين

في ثلثي البلدان الإفريقية الواقعة جنوب الصحراء، من المرجح أن تدخن الفتيات أكثر من النساء البالغات. الرجال هم الذين يدخنون عادة في إفريقيا، لكن هذا الوضع قد يتغير. ويمكن للبلدان عكس هذا الاتجاه المثير للقلق من خلال اعتماد استراتيجيات أثبتت فعاليتها في الحد من التدخين. من بين أكثر الوسائل فعالية، خاصة بالنسبة للشباب، هو رفع سعر السجائر من خلال زيادة الضرائب المفروضة على التبغ. وتؤدي هذه الضرائب إلى انخفاض التكاليف الصحية الإجمالية عن طريق الحد من التدخين مع توليد إيرادات يمكن للحكومات أن تنفقها على أولويات أخرى.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: تعزيز تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في جميع البلدان.

اللقاحات

تغطية التحصين باللقاح المضاد للحصبة (الجرعة الأولى) على المستوى دون الوطني في ٢٠١٧

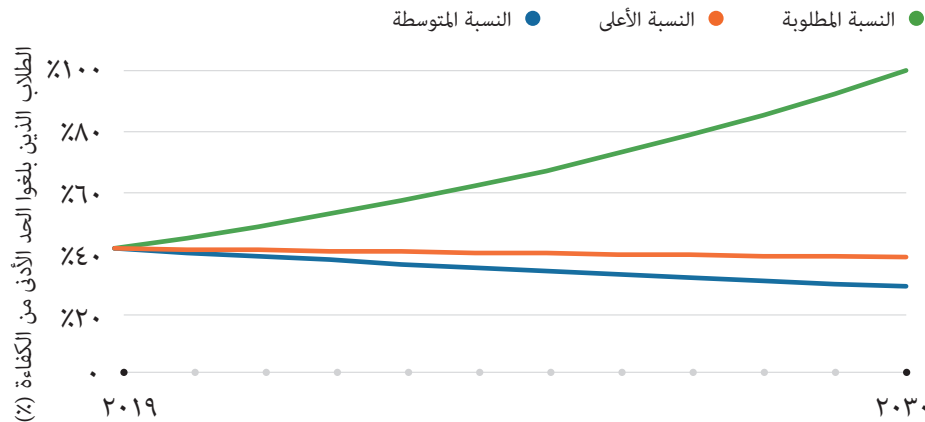


يعد تفشي الحصبة في الولايات المتحدة هذا العام أسوأ حالة عرفها الجيل الحالي. أما على الصعيد العالمي، فقد حدثت حالات تفشي أكبر في تشاد وجمهورية الكونغو الديمقراطية ومدغشقر. تجعل وبائيات الحصبة من الضروري تطعيم نسبة عالية للغاية من الأطفال، ولكن كما توضح هذه الخريطة، يعيش أكثر من نصف الأطفال البالغين من العمر عاما واحدا في إفريقيا في مقاطعات تقل فيها نسبة التطعيم بلقاح الحصبة عن ٨٠ بالمائة. غير أنه من المحتمل أن يكون الوضع في تحسن في المناطق الجغرافية الحرجة. وفقاً للبيانات الأولية الواردة من المنطقة الشمالية الغربية لنيجيريا، فإن تجديد الحكومة التزامها بتقديم لقاح الحصبة وغيرها من اللقاحات الروتينية قد أتى ثماره مع وجود علامات تشير إلى زيادة سريعة في التغطية على مدار العامين الماضيين.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية الخاصة بالأمراض المعدية وغير المعدية والتي تمس في المقام الأول البلدان النامية، وإتاحة الوصول إلى الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة، وفقاً لإعلان الدوحة بشأن الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة والصحة العامة، الذي يؤكد على حق البلدان النامية في الاستخدام الكامل للأحكام الواردة في الاتفاق المتعلق بجوانب حقوق الملكية الفكرية المتصلة بالتجارة فيما يتعلق بمواطن المرونة التي من شأنها حماية الصحة العامة، ولا سيما توفير إمكانية الوصول إلى الأدوية للجميع.

التعليم

تغطية التحصين باللقاح المضاد للحصبة (الجرعة الأولى) على المستوى دون الوطني في ٢٠١٧

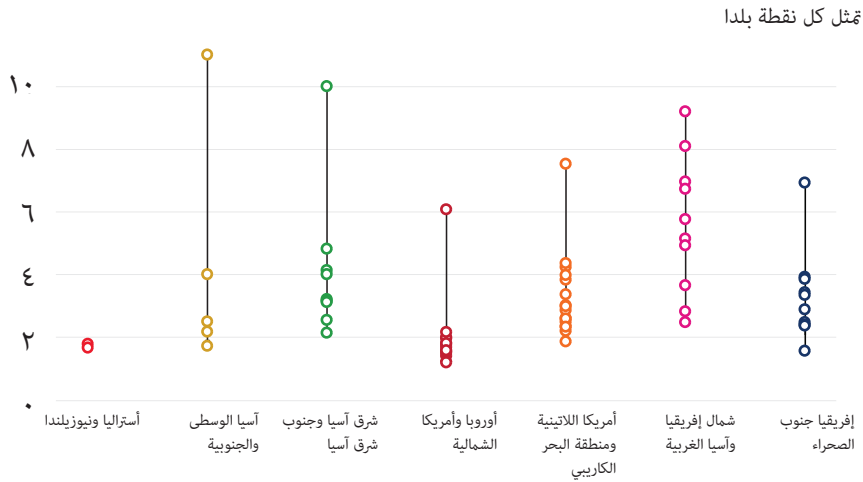


شهد الجيل الماضي زيادة هائلة في معدل الالتحاق بالمدارس. غير أنه مع التحاق عدد أكبر من الطلاب بالمدارس يتبين أنه من الصعب توفير تعليم جيد بصورة مستمرة. فأكثر من نصف طلاب الصف السادس في ١٠ دول إفريقية ناطقة بالفرنسية لم يبلغوا الحد الأدنى من الإلمام بالرياضيات والقراءة حالياً. بل إن الوضع في تدهور: ما لم يتغير شيء، فإن ثلثي الطلاب في المدرسة في عام ٢٠٣٠ لن يتقنوا المعارف الأساسية. ولتفادي ذلك، يجب على المسؤولين في قطاع التعليم أن يعطوا الأولوية لتعلم القراءة والحساب في الصفوف المبكرة.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: ضمان إكمال جميع الفتيات والفتيان التعليم الابتدائي والثانوي المجاني والمنصف والجيد بحلول عام ٢٠٣٠ ما سيؤدي إلى نتائج تعليمية مناسبة وفعالة.

المساواة بين الجنسين

نسبة الوقت الذي تقضيه الإناث في القيام بالرعاية والأعمال المنزلية غير مدفوعة الأجر حسب المنطقة مقارنة بالذكور. آخر عام تتوفر بيانات بشأنه.

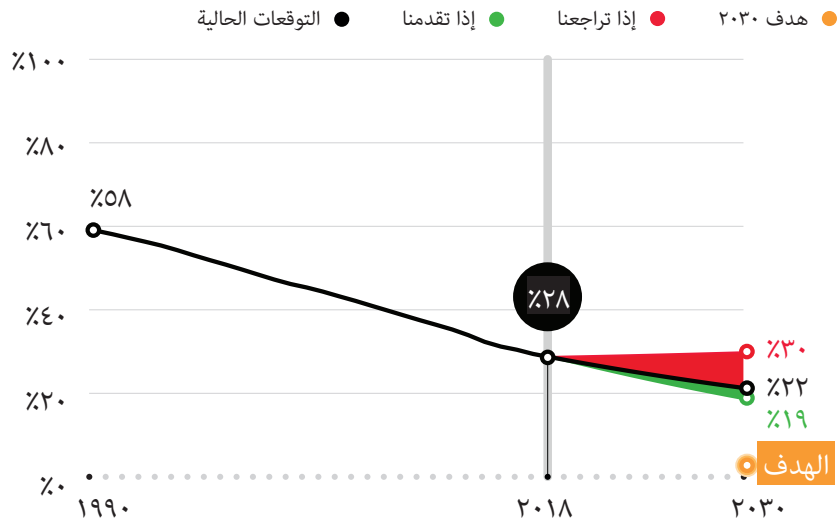


على الصعيد العالمي، تقوم النساء بأعمال رعاية غير مدفوعة الأجر ثلاث مرات أكثر من الرجال. والفجوة أكبر في شمال إفريقيا وغرب آسيا، لكنها موجودة في كل منطقة. تقدر قيمة هذا العمل حالياً بـ ١٠ تريليونات دولار سنوياً، لكن هذا العدد وحتى وإن كان هائلاً لا يشمل إلى حد الآن كامل طاقات النساء الاقتصادية التي تذهب هباءً. في عام ٢٠١٣، تم تعديل التعريف الدولي "للعمل" ليشمل الرعاية غير مدفوعة الأجر، ومنذ ذلك الحين، وضع شركاؤنا إرشادات لتقدير عمل المرأة بصورة أفضل في الدراسات الاقتصادية حول العالم. وتعد هذه خطوة حاسمة في سبيل تقليص الفجوات بين الجنسين في العمل سواء كان مأجوراً أو غير مأجور.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: الاعتراف بأعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر والعمل المنزلي وتقديرها من خلال توفير الخدمات العامة والبنى التحتية ووضع سياسات الحماية الاجتماعية وتعزيز تقاسم المسؤولية داخل الأسرة، حسبما يكون ذلك مناسباً على الصعيد الوطني.

الصرف الصحي

نسبة السكان الذين يستخدمون مرافق صرف صحي غير آمنة أو غير محسنة

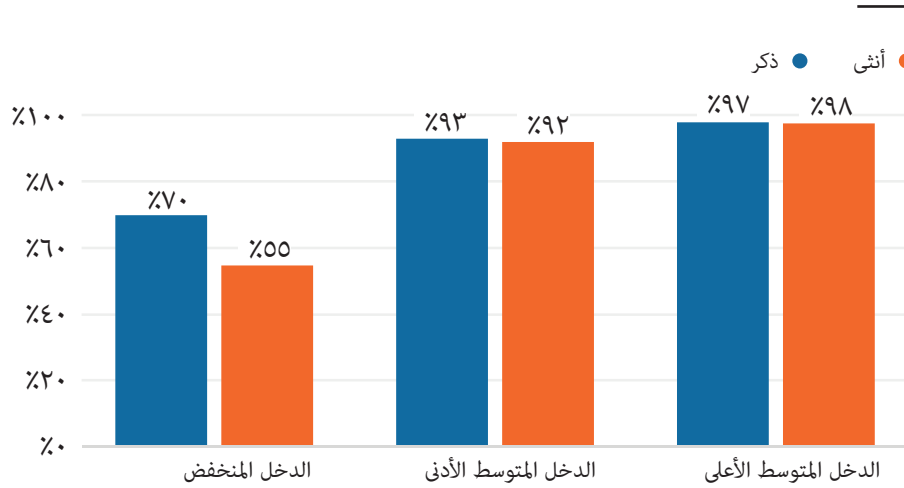


يظهر هذا الرسم البياني شيئاً خاطئاً: إنه يشير إلى أن التقدم لن يتحقق إلا من خلال شبكات الصرف الصحي ومحطات معالجة مياه الصرف الصحي وغيرها من البنى التحتية باهظة الثمن وغير العملية في العديد من الأماكن. وأدرج ضمن أهداف التنمية المستدامة عن حق هدف جديد "للإدارة الآمنة" للصرف الصحي بما يكفل تتبع وتحسين أنظمة الصرف الصحي التي يستخدمها مليارات الأشخاص في البلدان المنخفضة الدخل. وتكمن المشكلة في أن القادة ليس لديهم بعد ما يكفي من البيانات لقياس الصرف الصحي المدار بأمان أو استهداف مجالات رئيسية لتحسينها. إذا كانت البلدان جادة بشأن الهدف السادس من أهداف التنمية المستدامة، فمن الأهمية بمكان أن يشرع المزيد منهم في تقديم التقارير إلى برنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: ضمان حصول الجميع على خدمات الصرف الصحي والنظافة بشكل كافٍ ومنصف، وإنهاء التغوط في العراء، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات النساء والفتيات ومن يعيشون في أوضاع هشّة.

الخدمات المالية للفقراء

النسبة المئوية لحاملي بطاقة هوية حسب فئة الدخل والجنس



أن تكون قادراً على إثبات هويتك شرطاً أساسياً للوصول إلى الخدمات المالية والاجتماعية وكذلك لضمان الحقوق (مثل التصويت) واغتنام الفرص الاقتصادية (مثل تسجيل أعمالك التجارية). ومع ذلك، هناك مليار شخص يفتقرون إلى وثيقة تثبت الهوية، وهناك ما يقرب من نصف سكان العالم يفتقرون إلى بطاقة هوية تتفق بها السلطات وتقبلها عادة. علاوة على ذلك، هناك فجوة بين الجنسين من حيث امتلاك بطاقة هوية في البلدان ذات الدخل المنخفض، إذ إن ٥٥ في المئة فقط من النساء قادرات على إثبات هويتهن مقارنة مع ٧٠ في المئة من الرجال.

ما يركز عليه هدف التنمية المستدامة: تعزيز قدرة المؤسسات المالية المحلية على تشجيع وتوسيع نطاق إمكانية الحصول على الخدمات المصرفية والتأمينية والمالية للجميع.

المصادر والملاحظات

عرضت هنا قائمة مصادر البيانات بشأن الحقائق والأرقام الواردة في التقرير حسب الأقسام. وتم إدراج ملاحظات منهجية موجزة متعلقة بالتحليلات غير المنشورة. يمكن الاطلاع على الاستشهادات الكاملة وروابط المصادر ومراجع إضافية على موقع Goalkeepers.

دراسة التفاوتات

طبقات عدم المساواة

الرسم البياني في الصفحة ٤ مقتبس من النسخة الأصلية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي الموجودة في "What Does It Mean to Leave No One Behind?" A UNDP discussion paper and framework for 2018 implementation, July.

الجغرافيا

قدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة والتحصيل التعليمي على مستوى مساحة تقدر بـ ٥ × ٥ كيلومترات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مما في ذلك الاتجاهات للفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٧. تستند هذه التقديرات إلى أساليب سبق وصفها بالتفصيل بالنسبة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة (Golding and Burstein et al., 2017) وبالنسبة للتعليم (Graetz et al., 2018). بالإضافة إلى ذلك، وضع معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي سيناريوهات مستقبلية لهذه المؤشرات لاستكشاف احتمال أن تحقق البلدان والوحدات دون الوطنية، على سبيل المثال المقاطعات، الغايات المرتبطة بأهداف التنمية المستدامة. أعد معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي ثلاثة سيناريوهات مستقبلية: سيناريو مرجعي يستند إلى الاتجاهات السابقة والعلاقات مع الدوافع الرئيسية، وسيناروهين بديلين أحدهما يتعلق بـ "التقدم" والآخر بـ "التراجع" لتسليط الضوء على إمكانات التقدم بشكل أسرع وفحص احتمالات الحد من عدم المساواة في الصحة والتعليم.

لتوليد السيناريوهات المرجعية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة ومستوى التحصيل التعليمي على مستوى مساحة تقدر بـ ٥ × ٥ كيلومترات، قام معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي بحساب المعدل السنوي للتغير خلال الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٧ لكل خلية من خلايا الشبكة الموافقة لمساحة ٥ × ٥ كم. بالنسبة لمستوى التحصيل العلمي، قام معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي بحساب المعدل السنوي للتغير باستخدام تحول نصف لوغاريتمي يحدد متوسط سنوات التحصيل العلمي بين ٠ و ١٨ سنة كما يعرض المعدل السنوي الأوسع للتغير الذي تمت معاينته في المستويات الوسيطة الأدنى للتعليم. تم استخدام كل معدل سنوي للتغير مرتبط بخلية من خلايا الشبكة الموافقة لمساحة ٥ × ٥ كم لإنتاج تنبؤ بشأن وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومستوى التحصيل التعليمي لجميع خلايا الشبكة من ٢٠١٨ إلى ٢١٠٠. بعد ذلك، تم توسيع نطاق التقديرات الأولية على مستوى ٥ × ٥ كم لتتطابق مع السيناريوهات المرجعية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة ومستوى التحصيل التعليمي على الصعيد الوطني. تدرج هذه السيناريوهات المرجعية على الصعيد الوطني مزيداً من البيانات المستقبلية والأساليب في التوقعات المستقبلية. على سبيل المثال، بالنسبة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة يتم إدراج الاتجاهات المستقبلية المقدرة في العوامل المحركة مثل متوسط دخل الفرد وعوامل الخطر مثل سوء تغذية الأطفال، والتدخلات مثل التغطية باللقاحات.

لتوليد سيناريوهات "التقدم" و"التراجع"، حدد معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي النسبتين ٨٥ و ١٥ للمعدل التغير السنوي المرصود على صعيد المقاطعة للفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٧. يتم تطبيق المعدلات السنوية للتغير على جميع المناطق في المستقبل إلا إذا كان السيناريو المرجعي

الخاص بمقاطعة معينة أفضل من سيناريو التقدم أو إذا كان السيناريو المرجعي الخاص بمقاطعة معينة أسوأ من سيناريو التراجع. في هذه الحالات، يحل السيناريو المرجعي محل سيناريو التقدم والتراجع البديلين.

الجنس

راجع المصادر التالية بالنسبة لنقاط البيانات التي أدرجت في الرسم التوضيحي "الفجوة بين الجنسين": البيانات المتعلقة بالفجوات بين الجنسين في التعليم وبالمشاركة في القوى العاملة صادرة عن معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي، ٢٠١٩. بيانات الزواج المبكر صادرة عن قاعدة بيانات اليونيسف العالمية (٢٠١٨) بناءً على المسح السكاني للصحة، والدراسة الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، والمسح الوطني، ٢٠٠٠-٢٠١٧. بيانات أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر صادرة عن هيئة الأمم المتحدة للمرأة، ٢٠١٩.

الرعاية غير مدفوعة الأجر انظر هيئة الأمم المتحدة للمرأة، ٢٠١٩، ومنظمة العمل الدولية، ٢٠١٨.

المشاركة في القوى العاملة يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي النسب المئوية لمجموع العمالة إلى مجموع السكان (نسبة السكان المستخدمين) اعتماداً على الانحدار الزماني المكاني للعملية الغاوسية (ST-GPR) حسب كل فئة عمرية من خمس سنوات والجنس، للفئة العمرية من ١٥ إلى ٦٩ سنة. بيانات المدخلات صادرة عن تعداد الأسم المعيشية، والدراسات الاستقصائية، وجدول منظمة العمل الدولية. لكي يعتبر المصيب عاملاً يجب أن يبلغ أنه قد عمل ساعة واحدة على الأقل في الأيام السبعة السابقة مقابل أجر، أو عمل لحسابهم الخاص، أو كمتدرب، أو لحساب شركة عائلية، أو يجب عليه أن يبلغ بأنه تغيب مؤقتاً عن عمله

حاليا في دراسة العبء العالمي للأمراض: داء المثقبيات الأفريقي البشري، داء شاغاس، مرض المشوكات الكيسي، داء الكيسات المدبنة، حمى الضنك، الأمراض التي تنقلها الأغذية، دودة غينيا، الديدان المنقولة بالتربة، داء الليشمانيات، الجذام، داء الفيلاريات الملغية، داء كلابية الذنب، داء الكلب، داء البلهارسيا، الدودة الشصية، داء المشعرات، داء الأسكارس، والتراخوما. تستند التقديرات إلى ٢٠١٧ GBD، مع توقعات خاصة بالفترة ٢٠١٨-٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر ٢٠١٧ Causes of Death Collaborators, ٢٠١٨, SDG Collaborators ٢٠١٧ GBD, ٢٠١٨.

أخذت خريطة برامج القضاء على داء كلابية الذنب في إفريقيا من المشروع الخاص الموسع للقضاء على الأمراض المدارية المهمة، ٢٠١٦.

اقتبس الرسم البياني الشريطي من موقع "الاتحاد من أجل مكافحة الأمراض المدارية المهمة" (Combat Neglected Tropical Diseases)، استنادا إلى بيانات منظمة الصحة العالمية.

الفقر

تقيس معدلات الفقر المدقع نسبة سكان بلد يقدر أنها تعيش بأقل من ١,٩٠ دولار في اليوم الواحد، محسوبة بالدولار المعدل على أساس تعادل القوة الشرائية. استخرجت البيانات التي تمثل الواقع على الصعيد الوطني بشأن معدلات الفقر المدقع من البنك الدولي للفترة الزمنية من ١٩٨٠ إلى ٢٠١٨. غير أن هذه البيانات لا تحتوي على سلسلة زمنية كاملة لمعدلات الفقر لكل بلد. لتقدير سلاسل زمنية كاملة لجميع البلدان، استخدمنا طريقة طورتها دراسة العبء العالمي للأمراض واستخدمتها على نطاق واسع: spatio-temporal Gaussian process (ST-GPR regression). تم اختيار طريقة ST-GPR لأنها تقوم بالتنبؤات استناداً إلى البيانات عند توفرها ومعززة قوتها اعتماداً على الزمن والجغرافيا والمتغيرات المشتركة التنبؤية (الناتج المحلي الإجمالي للفرد، وتعليم الإناث واستهلاك السعر الحراري) عندما لا تتوفر البيانات. قُدِّر الفقر المتوقع للفترة ما بين ٢٠١٨ و ٢٠٥٠ عبر تقدير التغير في معدل الفقر على أساس سنوي باستخدام نموذج المجموعة. لمزيد من المعلومات، انظر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي، ٢٠١٩.

استكشاف البيانات

بالنسبة للمؤشرات الصحية، يقوم معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي بتوليد ثلاثة سيناريوهات مستقبلية. "التوقعات الحالية" تستند إلى الاتجاهات السابقة. لتوليد سيناريوهات "التقدم" و"التراجع"، حدد معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي النسبتين ٨٥ و ١٥ لمعدل التغير السنوي المرصود للمؤشر أو العوامل المحركة له عبر السنوات والبلدان للفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٧.

التقدم

قام معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي بقياس انتشار التقدم على اعتبار أنه قصر القامة بالنسبة للعمر بأكثر درجتين دون المتوسط المرجعي في منحنى النمو الذي يأخذ في الاعتبار التناسب بين القامة والعمر بناءً على معايير النمو لمنظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٦ للأطفال من ١٠ إلى ٥٩ شهرا. تستند التقديرات إلى ٢٠١٧ GBD، مع توقعات خاصة بالفترة ٢٠١٨-٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر ٢٠١٧ Risk Factor Collaborators, ٢٠١٨.

الأبحاث والرسوم البيانية الخاصة ببيرو ونيبال قدمها فريق الأبحاث حول نماذج الحد من التقدم التابع لمؤسسة SickKids، لعام ٢٠١٩.

وفيات الأمهات

يُعرف معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي وفاة الأم بأنه أي وفاة لامرأة أثناء الحمل أو خلال سنة واحدة بعد نهاية الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل والمكان، جراء أي سبب مرتبط بالحمل أو تفاقم نتيجة له أو نتيجة لإدارته، وليس جراء حادث أو أسباب عرضية. تتراوح الأعمار بين ١٥ و ٥٤ سنة. تستند التقديرات إلى دراسة العبء العالمي للأمراض (GDB) لعام ٢٠١٧، مع توقعات خاصة بالفترة ٢٠١٨-٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر ٢٠١٧ Causes of Death Collaborators, ٢٠١٨.

الأمراض المدارية المهمة

يقيس معهد القياسات الصحية والتقييم مجموع انتشار ١٥ من الأمراض المدارية المهمة لكل ١٠٠,٠٠٠، والتي تقاس

في الأسبوع السابق. ثم يستخدم معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي طريقة ST-GPR لنمذجة نسبة السكان العاملين الذين هم عمال غير رسميين كما حدده منظمة العمل الدولية باستخدام بيانات من جداول منظمة العمل الدولية. يتم استخدام النتائج لتحديد نسبة إجمالي السكان العاملين في وظائف رسمية.

التعليم يقدر متوسط سنوات الدراسة بين الإناث المنتميات إلى الفئة العمرية من ١٥ إلى ٦٩ سنة. الشكل في الصفحة ١٦ مبن بمقياس لوغاريتمي.

أمثلة عن التقدم المحرز

الرعاية الصحية الأولية

الرسم البياني في الصفحة ٢٣ مستمد من إجمالي الناتج المحلي وتقديرات السكان الصادرة عن البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية، ٢٠١٨. التقديرات بالقيمة الحالية للدولار الأمريكي.

الهدف المقدر بـ ٨٦ دولارا للفرد في النفقات الصحية الحكومية اقتبسه Gitahi من Chatham House, ٢٠١٤. هذا التقدير مستمد من التحليل الأولي الذي قامت به فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بالتمويل الدولي المبتكر للأنظمة الصحية (HLTF, ٢٠٠٩)، وهو بقيمة الدولار الأمريكي لعام ٢٠١٢.

الإدماج الرقمي

لمزيد من المعلومات، راجع المصادر التالية: Anand et al., ٢٠١٣, Field et al., ٢٠١٦, Gelb & Diofasi, ٢٠١٥, Ministry of Petroleum and Natural Gas, ٢٠١٥, Mittal, Mukherjee, ٢٠١٩ Government of India, July & Gelb, ٢٠١٧, Muralidharan et al., ٢٠١٦.

التكيف مع المناخ

لمزيد من المعلومات بشأن جفاف عام ٢٠١٥ في إثيوبيا، انظر FEWS NET, ٢٠١٥. لمزيد من المعلومات بشأن نمو القطاع الزراعي في إثيوبيا وقدرته على التحمل، انظر Dorosh & Rashid, ٢٠١٥, Bachewe et al., ٢٠١٥.

الزراعة

انظر منظمة الأغذية والزراعة، Rural Livelihoods Information System (RuLIS)، تاريخ الاطلاع على الوثيقة يوليو ٢٠١٩. هذه أحدث البيانات المتاحة لبلدان مختارة، تتراوح بين ٢٠٠٥ و٢٠١٦، انظر RuLIS للحصول على معلومات إضافية. لمعرفة المنهجية انظر منظمة الأغذية والزراعة، ٢٠١٨.

وفيات الأطفال دون سن الخامسة

يُعرف معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بأنه احتمال الوفاة بين الولادة والسن الخامسة. يتم التعبير عنها كعدد الوفيات لكل ١٠٠٠ مولود حي. تستند التقديرات إلى النتائج الأولية لـ GBD ٢٠١٩، مع توقعات للفترة من ٢٠١٩ إلى ٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر GBD Mortality ٢٠١٧ Collaborators, ٢٠١٨.

وفيات الأطفال حديثي الولادة

يُعرف معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة بأنه احتمال الوفاة في أول ٢٨ يوماً مكتملة من الحياة. يتم التعبير عنها كعدد الوفيات لكل ١٠٠٠ مولود حي. هناك شرح مفصل للأساليب المتاحة في معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي يعرف معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة على أنه عدد الوفيات خلال أول ٢٨ يوماً مكتملة من الحياة لكل ١٠٠٠ مولود حي في سنة أو فترة معينة. تستند التقديرات إلى النتائج الأولية لـ GBD ٢٠١٩، مع توقعات للفترة من ٢٠١٩ إلى ٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر GBD Mortality ٢٠١٧ Collaborators, ٢٠١٨.

فيروس نقص المناعة البشرية

يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي المعدل القائم على العمر الموحد لحالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل ١٠٠٠ نسمة. تستند التقديرات إلى GBD ٢٠١٧، مع توقعات خاصة بالفترة ٢٠١٨-٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر GBD Mortality ٢٠١٧ Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, ٢٠١٨.

داء السل

يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي حالات السل الجديدة والانتكاسات التي تم تشخيصها خلال سنة تقويمية معينة باستخدام بيانات من عمليات المسح الخاصة بانتشار المرض والإشعارات بوقوع إصابات وتقديرات الوفيات حسب الأسباب كمدخلات في نموذج إحصائي يعزز الاتساق الداخلي بين التقديرات. تستند التقديرات إلى GBD ٢٠١٧، مع توقعات خاصة بالفترة ٢٠١٨-٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر GBD ٢٠١٧ Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, ٢٠١٨.

الملاريا

يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي المعدل القائم على العمر الموحد لحالات الملاريا لكل ١٠٠٠ نسمة. تستند التقديرات إلى GBD ٢٠١٧، مع توقعات خاصة بالفترة ٢٠١٨-٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر GBD ٢٠١٧ Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, ٢٠١٨, and Weiss et al, ٢٠١٩.

تنظيم الأسرة

يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ عاماً) اللواتي تم تلبية حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بالأساليب الحديثة. تشمل وسائل منع الحمل الحديثة الاستخدام الحالي للتقويم الذكري أو الأنثوي، والواقى الذكري أو الأنثوي، والعازل الأنثوي، ورغوة أو جيلي المضادة للحيوونات المنوية، والحبوب الهرمونية المتناولة عن طريق الفم، والزرع، والحقن، والوسائل منع الحمل الرحمية، أو وسائل منع الحمل الطارئة. تستند التقديرات إلى النتائج الأولية لـ GBD ٢٠١٩، مع توقعات للفترة من ٢٠١٩ إلى ٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر GBD ٢٠١٧, SDG Collaborators, ٢٠١٨.

التغطية الصحية الشاملة

يعرف معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي مؤشر التغطية الصحية الشاملة بأنه تغطية تسعة تدخلات تتبع ومعدلات وفيات على أساس معايير خطر موحدة ناجمة عن ٣٢ سبباً يمكن إخضاعها للرعاية الصحية الشخصية. تشمل تدخلات التبع تغطية نظام التطعيم (تغطية الجرعات الثلاث للقاح ضد الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس، والقاح ضد الحصبة، والجرعات الثلاث للقاح القموي المضاد لشلل الأطفال أو لقاح شلل الأطفال المعطل)؛ تلبية الحاجة لوسائل منع الحمل الحديثة؛ تغطية الرعاية السابقة للولادة (زيارة واحدة وأربع زيارات)؛ تغطية القابلات الماهرات؛ معدلات التوليد داخل المؤسسات الصحية؛ وتغطية العلاج المضاد للفيرسوات الرجعية بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. تشمل الأسباب الـ ٣٢ التي يمكن إخضاعها للرعاية الصحية الشخصية: السل، وأمراض الإسهال، والتهابات الجهاز التنفسي السفلي، والتهابات الجهاز التنفسي العلوي، والدفتيريا، والسعال الديكي، والكرز، والحصبة، والاضطرابات الصحية التي تصيب الأم، والاضطرابات الصحية التي تصيب المواليد، وسرطان القولون والمستقيم، وسرطان الميالينوما، وسرطان الثدي، وسرطان عنق الرحم، وسرطان الرحم، وسرطان الخصية، وسرطان الغدد الليمفاوية، وسرطان الدم، وأمراض القلب الروماتيزمية، أمراض القلب الإقفارية، والأمراض الوعائية الدماغية، وأمراض القلب الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم، ومرض القرحة الهضمية، والتهاب الزائدة الدودية، والفتق، والمهارة والأمراض الصفرافية، والصرع ومرض السكري، وأمراض الكلى المزمنة، والتشوه الخلقي في القلب، والآثار السلبية للعلاج الطبي.

ثم قام معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي بتوزيع ٤١ مدخلاً على سلم من ٠ إلى ١٠٠، حيث يمثل ٠ أدنى المستويات التي تم رصدتها بين ١٩٩٠ و٢٠١٦ و١٠٠ أفضل تلك المستويات. قاموا بأخذ الوسيلة الحسابية لهذه المؤشرات الـ ٤١ لرصد مجموعة واسعة من الخدمات الصحية الأساسية المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل؛ والأمراض المعدية؛ والأمراض غير المعدية؛ وقدرة الخدمة الصحية وإمكانية الوصول إليها. تستند التقديرات إلى GBD ٢٠١٧، مع توقعات خاصة بالفترة ٢٠١٨-٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر GBD ٢٠١٧ SDG Collaborators, ٢٠١٨.

التدخين

يقيس معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي للتعاطي الحالي للتبغ المدخن. يقوم معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي بجمع المعلومات من جميع الدراسات الاستقصائية المتاحة التي تتضمن أسئلة حول تواتر تعاطي التبغ (على سبيل المثال، يوماً أو أحياناً)، سواء حالياً أو خلال الثلاثين يوماً الأخيرة، ومعلومات عن نوع التبغ المدخن (هما في ذلك السجائر والسيجار والغليون والشيشة، وكذلك المنتجات المحلية). يحول معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي جميع البيانات إلى تعريفها الموحد بحيث يمكن إجراء مقارنات ذات مغزى عبر الأماكن والزمن. تستند التقديرات إلى النتائج الأولية لـ GBD ٢٠١٩، مع توقعات للفترة من ٢٠١٩ إلى ٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر Risk Factor ٢٠١٧ GBD Collaborators, ٢٠١٨.

اللقاحات

إن قياس تغطية أنظمة التطعيم الذي يجريه معهد القياسات الصحية والتقييم يقدم بيانات عن التغطية المتعلقة باللقاحات التالية بشكل منفصل: اللقاح بثلاث جرعات ضد الخناق والكرزاز والشاهوق (DTP٣) والجرعة الثانية للقاح ضد الحصبة (MCV٢) واللقاح الثلاثي المزدوج لداء المكورات الرئوية (PCV٣). تستند التقديرات إلى النتائج الأولية لـ GBD ٢٠١٩، مع توقعات للفترة من ٢٠١٩ إلى ٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر SDG ٢٠١٧ GBD Collaborators, ٢٠١٨.

تم وضع التقديرات المتعلقة بالأهواط المحلية للتغطية باللقاحات الصادرة عن معهد القياسات الصحية والتقييم الصحي باستخدام طرق النمذجة الجغرافية المكانية كما وصفت في Mosser et al, ٢٠١٩. في وقت نشر تقرير مناصري الأهداف لعام ٢٠١٩، لم يتم نشر تقديرات الحصبة بعد.

التعليم

تستند توقعات اليونسكو على الفروق على أساس السنة بين متوسط برنامج تحليل نتائج الأنظمة التعليمية لمؤتمر وزراء التربية في البلدان الناطقة بالفرنسية في عام ٢٠٠٦ مقابل عام ٢٠١٤. تجدر الإشارة إلى أن الاختبارات التي أجريت في كل عام لم تكن قابلة للمقارنة من الناحية السيكمومترية، حتى وإن

غطت محتوى مشابهاً إلى حد كبير. اعتمد معهد اليونسكو للإحصاء تعريفاً مكافئاً للحد الأدنى من الكفاءة عبر التقييمات في كل عام لإنشاء مقياس منسق للأداء لم يتم بعد إثبات صحته بالتجربة نظراً إلى طريقة تصميم التقييمات. لمزيد من المعلومات، انظر اليونسكو، ٢٠١٩، ومعهد اليونسكو للإحصاء، ٢٠١٩.

المساواة بين الجنسين

اقتبس الرسم البياني من هيئة الأمم المتحدة للمرأة، ٢٠١٩. البيانات هي الأحدث المتوفرة في ٨٨ دولة ومنطقة (٢٠٠١-٢٠١٧). الفئة العمرية هي ١٥ سنة فما فوق (١٨ سنة فما فوق في غانا). في عدد من الحالات، تتعلق البيانات بالذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ فما فوق و١٢ عاماً فما فوق. في حالة تايلند (٢٠١٥)، تتعلق البيانات بالذين يبلغون من العمر ٦ سنوات فما فوق، وفي جمهورية تنزانيا المتحدة (٢٠١٤) بالذين يبلغون من العمر ٥ سنوات فما فوق. تتعلق بيانات بلغاريا والدنمارك ولاتفيا وهولندا وسلوفينيا وإسبانيا بالوقت المستغرق في الرعاية غير مدفوعة الأجر بين الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ و٧٤ عاماً فقط. في حالة قطر، شملت التغطية المناطق الحضرية فقط في التحليل. ينبغي توخي الحذر في تفسير الاختلافات بين البلدان، نظراً إلى عدم التجانس بين الدراسات الاستقصائية والبلدان فيما يتعلق بالتعاريف والمنهجية وتغطية العينات. انظر قاعدة بيانات مؤشرات أهداف التنمية المستدامة التابعة للشعبة الإحصائية بالأمم المتحدة لمزيد من المعلومات عن البيانات القطرية.

النظافة الصحية

قام معهد القياسات الصحية والتقييم بعمليات قياس شملت الأسر التي تتوفر على صرف صحي عبر الأنابيب (موصلة بالمجاري)، الأسر التي لديها مرافق صرف صحي محسنة غير موصلة بالمجاري (مرحاض حفرة، مرحاض محسّن مع تهوية، مرحاض حفرة مع بلاطة، مرحاض تسميد) والأسر التي ليس لديها مرافق صرف صحي محسنة (مرحاض بخزان ماء غير موصول بالمجاري أو بخزان الصرف الصحي، مرحاض حفرة بدون بلاطة أو حفرة مفتوحة، دلو، مرحاض معلق، مرافق مشتركة، انعدام المرافق)، على النحو المحدد في برنامج الرصد المشترك لإمدادات المياه والصرف الصحي. تستند التقديرات إلى GBD ٢٠١٧، مع توقعات خاصة بالفترة ٢٠١٨-٢٠٣٠. للاطلاع على شرح مفصل للأساليب، انظر Risk ٢٠١٧ GBD Collaborators, ٢٠١٨.

Factor Collaborators, ٢٠١٨.

الخدمات المالية للفقراء

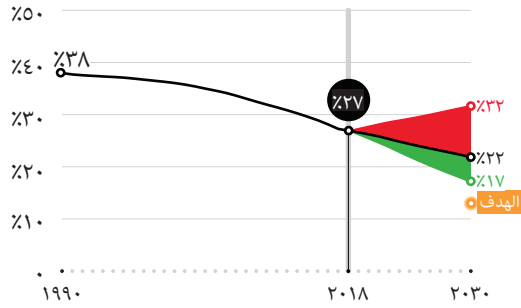
انظر World Bank Group, Identification for Development, تاريخ الاطلاع على الوثيقة يوليو ٢٠١٩. البيانات هي الأحدث المتوفرة في ٩٩ دولة، وتم جمعها في عام ٢٠١٧ من خلال استطلاعات Global Findex. لمعرفة المنهجية انظر ID٤D, ٢٠١٨.

الصور

الصور تنتمي إلى أرشيف غيتس، مع الإضافات التالية:
الصفحتان ٦ و٧ (صور بترخيص من The Carter Center/
Emily Staub)
الصفحة ١٤ (صورة بترخيص من LightRocket عبر Getty Images /SOPA Images/Marcus Valance)
الصفحة ٣٥ (صورة بترخيص من Corbis عبر Getty Images/
Art in All of Us/Eric Lafforgue)
الصفحة ٤٣ (صورة بترخيص من Jhpiego/Paul Joseph
Brown)

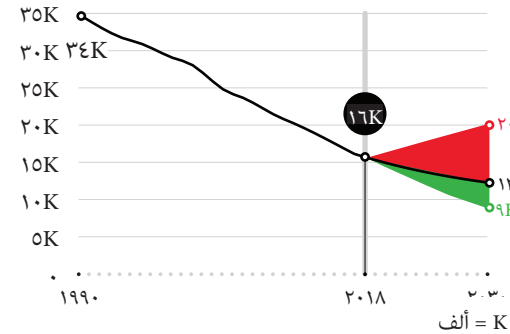
التقزم

انتشار التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة



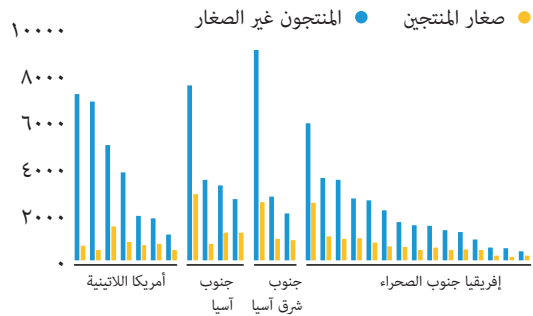
الأمراض المدارية المهملة

معدل انتشار الأمراض المدارية المهملة هو ١٥ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ شخص



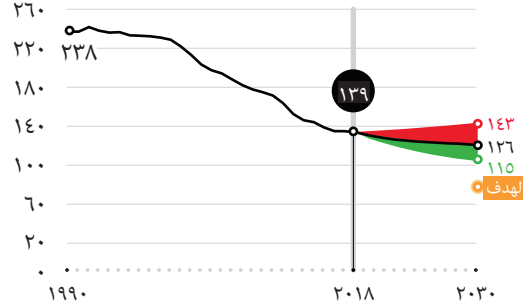
الزراعة

متوسط الدخل السنوي من الزراعة، حسب تعادل القوة الشرائية (بالقيمة الثابتة للدولار الدولي لعام ٢٠١١)



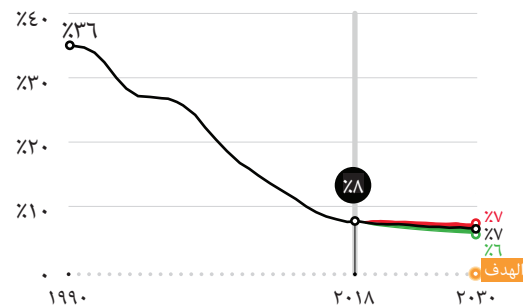
وفيات الأمهات

وفيات الأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي



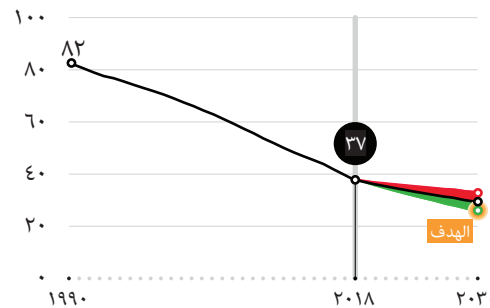
الفقر

نسبة السكان الذين يعيشون تحت الخط الدولي للفقر (١,٩٠ دولار في اليوم)



وفيات الأطفال دون سن الخامسة

وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ١٠٠٠ مولود حي



لمحة عن المؤشرات الـ ١٨ التي تم تتبعها في التقرير

بدأنا في كتابة تقرير مناصري الأهداف لتتبع التقدم المحرز في سبيل تحقيق أهداف التنمية المستدامة. لذا وعدنا بأن ننشر في كل عام أحدث البيانات العالمية المتعلقة بـ ١٨ مؤشرا هي الأقرب إلى العمل الذي نقوم به.

● التوقعات الحالية

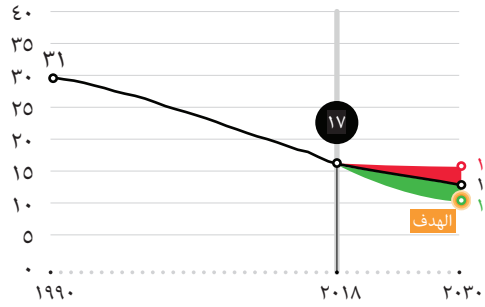
● إذا تقدمنا

● إذا تراجعنا

● الهدف المرسوم لعام ٢٠٣٠

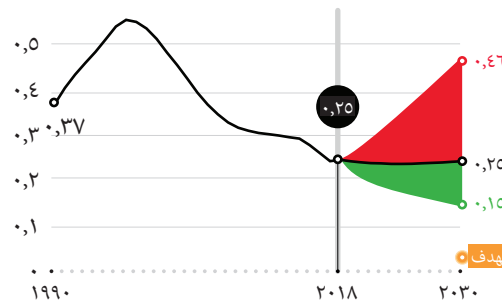
وفيات المواليد

وفيات المواليد لكل ١٠٠٠ مولود حي



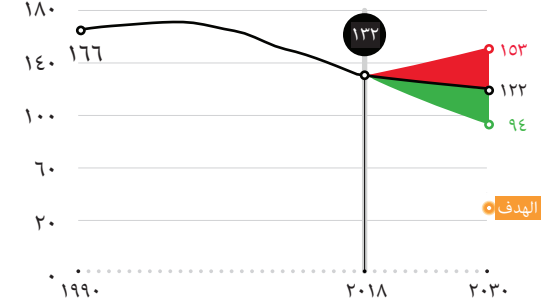
فيروس نقص المناعة البشرية

حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل ١٠٠٠ شخص



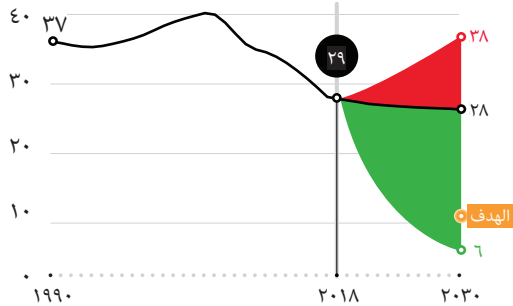
داء السل

حالات الإصابة بداء السل لكل ١٠٠,٠٠٠ شخص



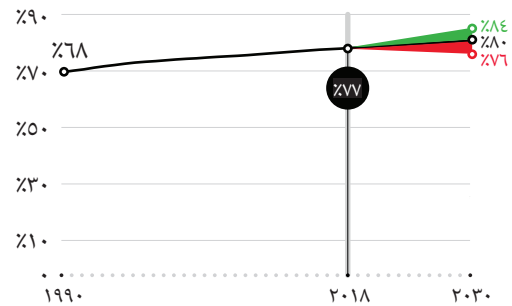
الملاريا

الإصابات الجديدة بالملاريا لكل ١٠٠٠ شخص



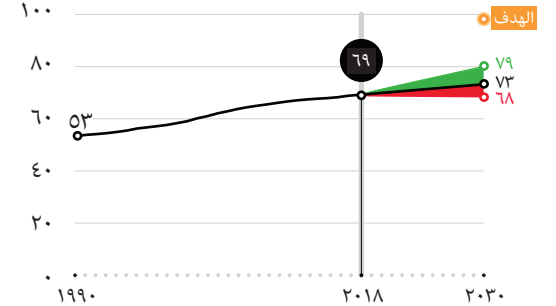
تنظيم الأسرة

النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ عاماً) اللواتي تم تلبية حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بالأساليب الحديثة.



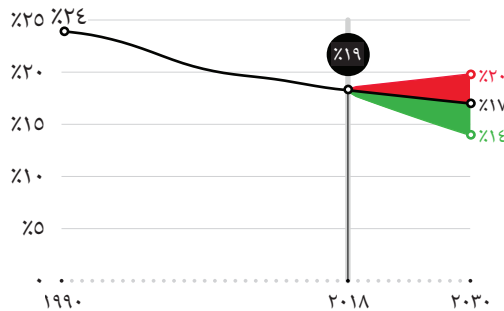
التغطية الصحية الشاملة

تقييم تغطية الخدمات الصحية الأساسية



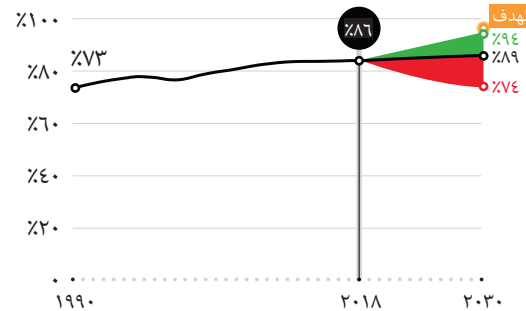
التدخين

انتشار التدخين حالياً بين السكان الذين تبلغ أعمارهم ١٠ سنوات فما فوق



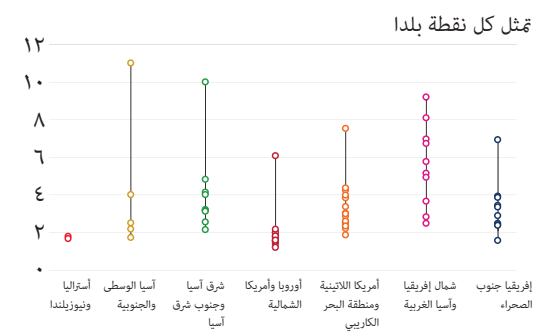
المساحات

التغطية بلقاح الخناق والسعال الديكي والكزاز (الجرعة الثالثة)



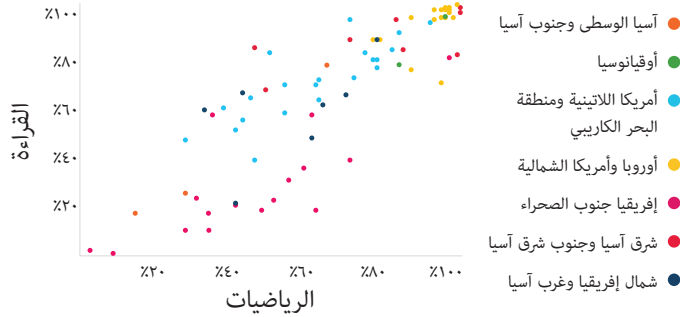
المساواة بين الجنسين

نسبة الوقت الذي تقضيه الإناث في القيام بأعمال الرعاية المنزلية غير مدفوعة الأجر حسب المنطقة مقارنة بالرجال.



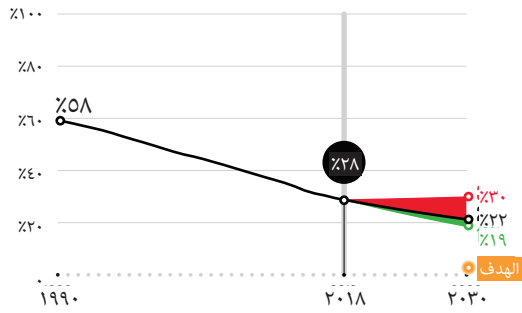
التعليم

نسبة الطلاب من كلا الجنسين في الصف الثاني أو الثالث الذين يحققون على الأقل المستوى الأدنى في الإلمام بالقراءة والرياضيات



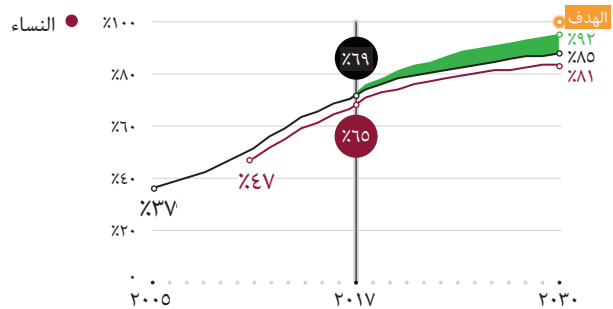
النظافة الصحية

نسبة السكان الذين يستخدمون مرافق صرف صحي غير آمنة أو غير محسنة



الخدمات المالية للفقراء

النسبة المئوية للبالغين (١٥ عاماً فما فوق) الذين يملكون حساباً في مصرف أو أي مؤسسة مالية أخرى أو لديهم مزود خدمات مالية عبر الهاتف النقال.



الأهداف العالمية للتنمية المستدامة

٤. التعليم الجيد 	٣. الصحة الجيدة والرفاه 	٢. القضاء التام على الجوع 	١. القضاء على الفقر
٨. العمل اللائق ونمو الاقتصاد 	٧. طاقة نظيفة وبأسعار معقولة 	٦. المياه النظيفة والنظافة الصحية 	٥. المساواة بين الجنسين
١٢. الاستهلاك والإنتاج المسؤولين 	١١. مدن ومجتمعات محلية مستدامة 	١٠. الحد من عدم المساواة 	٩. الصناعة والابتكار والهياكل الأساسية
١٦. السلام والعدل والمؤسسات المتينة 	١٥. الحياة في البر 	١٤. الحياة تحت الماء 	١٣. العمل المناخي
الأهداف العالمية 		١٧. عقد الشراكات لتحقيق الأهداف 	