

بناء القدرة البشرية: العناصر الأساسية – الحياة والصحة والبيئة



الجزء المعني بالبيئة بسلسلة من المبادئ الأساسية للتصدي للتحديات البيئية التي تواجهها المنطقة، مقترحاً الخطوط العريضة لاستراتيجيات تطبيقها.

الحياة: السمات السكانية¹

السكان وخصائصهم الرئيسية

في عام 2000، بلغ مجموع عدد سكان البلدان العربية المكونة من 22 بلداً، يغطيها هذا التقرير، حوالي 280 مليون نسمة. ويعادل هذا تقريباً عدد سكان الولايات المتحدة الأمريكية، ونحو ربع عدد سكان الهند وخمس عدد سكان الصين. ويتفاوت عدد السكان من بلد إلى بلد تفاوتاً كبيراً، حيث يزيد عدد السكان عن 20 مليون نسمة في ستة بلدان عربية فقط يصل مجموع عدد سكانها إلى حوالي 200 مليون نسمة. ومصر هي البلد الأكبر من حيث عدد السكان (68 مليون نسمة) يليها السودان (31 مليون نسمة) ثم الجزائر (30 مليون نسمة). أما أصغر البلدان العربية من حيث عدد السكان فهي قطر، حيث يبلغ عدد سكانها 565 000 نسمة، وهي تشترك مع البحرين وجزر القمر وجيبوتي في كون عدد سكانها يقل عن المليون نسمة. وعلى صعيد عالمي، يشكل سكان البلدان العربية حوالي 5 في المائة من سكان العالم؛ وقد تضاعفت هذه النسبة تقريباً على مدى السنوات الخمسين الأخيرة. وعلى مدى هذه الفترة، تفاوتت زيادة السكان من بلد إلى بلد تفاوتاً كبيراً؛ فقد شهدت الإمارات العربية المتحدة أعلى معدل نمو، إذ تضاعف عدد سكانها 36 مرة، بينما سجل لبنان أبداً معدل نمو حيث تضاعف عدد سكانه 2,4 مرة فقط.

وأصبحت بعض البلدان العربية، خاصة في منطقة الخليج، مكان إقامة لأعداد كبيرة من المغتربين، مما يعكس الازدهار الذي سببه البترول ونقص اليد العاملة المحلية. وقد تضاعف عدد العمال الأجانب في بلدان الخليج الستة خمس مرات، حيث زاد من حوالي 1,1 مليون عامل في عام

إن الفصلين الأول والثاني هما تمهيد للفصول التي، والتي تناقش على التوالي الجوانب الرئيسية لبناء القدرات البشرية (الفصلان الثالث والرابع)، وتوظيف القدرات البشرية (الفصلان الخامس والسادس) وتحرير القدرات البشرية (الفصل السابع). ويناقش هذا الفصل الملامح الأساسية للتنمية الإنسانية في البلدان العربية من حيث عدد السكان وخصائصهم، بالإضافة إلى مسائل تتعلق بصحة السكان والبيئة الطبيعية التي يعيش فيها الناس. وهذه العوامل متشابكة، وتؤثر حالتها وتطورها تأثيراً مباشراً على رفاه الإنسان. ولهذه العناصر مجتمعة تأثير هام على المسائل التي ستناقش في الفصول التالية، كتطوير مجتمع المعرفة وتعزيز الأداء الاقتصادي وتخفيف حدة الفقر. وتشتمل السمات السكانية الرئيسية للمنطقة على معدلات خصوبة ونمو سكاني مرتفعة تاريخياً ولكنها أخذت في الانخفاض تدريجياً. أما مستقبلاً فيتوقع حدوث انخفاض في نسبة الإعالة على مدى السنوات العشرين القادمة، رغم توقع حدوث زيادة طفيفة في نسبة السكان الذين تتجاوز أعمارهم 65 عاماً؛ وسيأتي هذا الانخفاض في نسبة الإعالة عن الانخفاض الكبير في نسبة الأطفال (من حوالي خمسي مجموع السكان إلى حوالي ربع مجموع السكان). أما بالنسبة للصحة، فتتفاوت الأوضاع الصحية من بلد إلى آخر تفاوتاً كبيراً. ويبين هذا الفصل عدداً من المجالات الهامة التي تتطلب عناية إضافية، ومنها تخفيض وفيات الرضع والأطفال والأمهات أثناء الحمل والولادة، وإدارة الرعاية الصحية على نحو أفضل بما في ذلك إيلاء مزيد من الاهتمام للرعاية الأولية والرعاية الوقائية والعوامل السلوكية التي تضر بالصحة، وضمان حصول الفقراء على الرعاية. وبالنسبة للبيئة، ففي حين أن الطبوغرافيا والظروف المناخية تتباين تبايناً كبيراً في العالم العربي، ظهر في السنوات الأخيرة عدد من القضايا والشواغل التي تهم المنطقة ككل – أهمها شح المياه الشديد، وكذلك شح الأراضي القابلة للزراعة وتدهور نوعيتها، والانتقال إلى المناطق الحضرية (التحضر) وتلوث الهواء، وتلوث الشواطئ. ويختتم

(1) مصادر البيانات ومحدوديتها: البيانات المستعملة في هذا الجزء مستقاة بصورة أساسية من تقديرات قسم السكان بإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة (بالإنجليزية، 2001). وقد استخدمت بيانات الأمم المتحدة لضمان الاتساق، إلا أن البيانات عن فلسطين لم تكن متوفرة في مصادر الأمم المتحدة. لذلك، استقيت البيانات عن فلسطين من تقديرات قسم العالم العربي في مكتب المرجح السكاني (بالإنجليزية، 1996). وتغطي هذه البيانات السكان العرب في الضفة الغربية وقطاع غزة فقط. وتجدر الإشارة إلى أن بيانات الأمم المتحدة لا تزال تدرج تقديرات سكان الضفة الغربية وغزة في البيانات السكانية للأردن مما يعني أن مجموع سكان المنطقة العربية الوارد هنا يتطوي على زيادة طفيفة.

أما التركيب العمري للسكان فيبين أن السكان في البلدان العربية أصغر سناً في المتوسط، من سكان العالم بأسره (الشكل 3-2)، مما يعكس النسبة الكبيرة (38 في المائة) للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 عاماً، وكذلك النسبة الصغيرة نسبياً (6 في المائة) للذين يبلغون 60 عاماً فما فوق. ويعني وجود نسبة عالية من صغار السن في التركيب العمري للسكان أن نسبة الإعالة (وتعريف إجرائياً، بنسبة المسنين البالغين من العمر 65 عاماً فأكثر مضافاً إليهم الصغار الذين تقل أعمارهم عن 15 عاماً، إلى السكان في عمر العمل الذين تبلغ أعمارهم بين 15 و 64 عاماً) تبلغ 0,8. وهي أعلى من المتوسط العالمي.

وكما هو الحال بالنسبة لنسبة النوع، يتفاوت التركيب العمري من بلد إلى بلد تفاوتاً كبيراً، إذ تتراوح نسبة الذين تقل أعمارهم عن 15 عاماً من 26 في المائة في الإمارات العربية المتحدة إلى 50 في المائة في اليمن. وبالنسبة لكبار السن، تتفاوت نسبة المواطنين الذين يبلغون 60 عاماً فما فوق من حوالي 8 في المائة في لبنان وتونس إلى 3 في المائة في قطر. ويعكس تباين التركيب العمري الهجرة الدولية وتباين معدلات الخصوبة، وهذا بدوره يعطي نسب إعالة متباينة، وهذه النسب في بلدان مجلس التعاون الخليجي أقل منها في أماكن أخرى في العالم العربي نتيجة لوجود أعداد كبيرة من العمال الأجانب.

الخصوبة

انخفضت معدلات الخصوبة انخفاضاً كبيراً في العديد من البلدان العربية، إلا أنها لا تزال مرتفعة بالمعايير الدولية. وقد كان معدل الخصوبة في بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي يغطيها تصنيف البنك الدولي، 6,2 في المائة في عام 1980، وانخفض إلى 3,5% في عام 1998، ولا يزال أعلى كثيراً من المتوسط العالمي الذي يبلغ 2,7%. ويمكن تصنيف البلدان العربية بالنسبة لمعدلات الخصوبة إلى ثلاث مجموعات: مجموعة في مرحلة متقدمة من التحول السكاني وذات معدلات خصوبة منخفضة، ومجموعة ثانية في منتصف عملية التحول، وفئة ثالثة لا تزال في المراحل الأولى من التحول وذات معدلات خصوبة مرتفعة جداً.

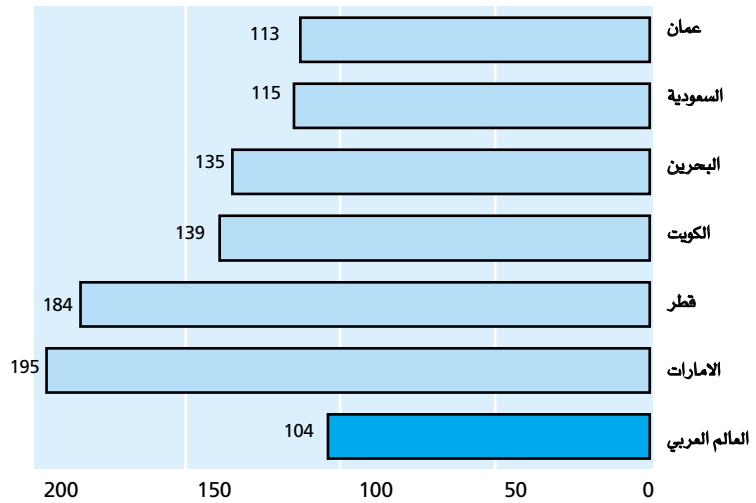
تتكون المجموعة الأولى من أربعة بلدان عربية فقط - البحرين والكويت ولبنان وتونس - يقل فيها معدل الخصوبة الإجمالي عن ثلاث ولادات لكل امرأة. وتشترك لبنان وتونس في أقل معدل خصوبة، 2,2 ولادة لكل امرأة (تقرير التنمية البشرية، عام 2001). ومعدلات الخصوبة في ثلاثة من هذه البلدان الأربعة - البحرين ولبنان

1970 إلى 5,2 مليون عامل في عام 1990. وبحلول عام 1990، شكل المغتربون أكثر من ثلثي سكان دول الخليج. وفي عام 1999 بلغت نسبة غير السعوديين في المملكة العربية السعودية حوالي 25 في المائة من مجموع السكان. وقد أعرب بعض المراقبين عن قلقهم من الاعتماد الكبير على اليد العاملة غير العربية، خاصة في مجالات العمل المنزلي وتربية النشء.

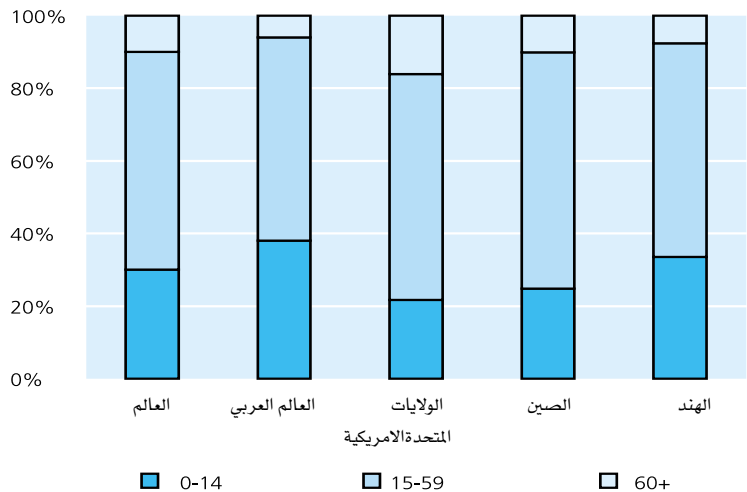
هيكل السكان حسب النوع والعمر

تبلغ النسبة بين الجنسين (عدد الذكور لكل 100 أنثى) في العالم العربي حوالي 104، هذه النسبة قريبة من النسبة العالمية التي تبلغ 102. إلا أن هذه النسبة تتفاوت تفاوتاً ملحوظاً من بلد إلى آخر، حيث تتراوح بين 89 في جيبوتي و 195 في الإمارات العربية المتحدة. ويعزى ارتفاع نسبة الذكور في دول مجلس التعاون الخليجي (الشكل 3-1) إلى الأعداد الكبيرة من العمال الذكور الأجانب.

الشكل 3-1 نسبة النوع في دول مجلس التعاون الخليجي و العالم العربي



الشكل 3-2 التوزيع العمري للسكان / العالم العربي وبلدان أخرى



وتونس - تقل عن المتوسط العالمي لمعدلات الخصوبة.

الإسقاطات السكانية - عدد السكان

يعطي البديلان رقمين مختلفين قليلاً لعدد السكان في المستقبل. ويتوقع أن يصل عدد السكان العرب في عام 2020 إلى 459 مليون نسمة بموجب البديل الأول (معدل الخصوبة ثابت عند مستواه الحالي)، و 410 ملايين نسمة بموجب البديل الثاني (الشكل 3-3).

على أساس هذين البديلين، أظهرت البلدان التي بلغت في الوقت الراهن مرحلة متقدمة من التحول السكاني، اختلافات محدودة في حجم السكان حسب البديلين، على حين جاءت الاختلافات بين البديلين أكبر بالنسبة لبلدان المرحلة المتوسطة من التحول. أما أكبر معدلات الاختلاف بين البديلين ف لوحظت في حالة بلدان

وتشتمل مجموعة البلدان الثانية على تسعة بلدان - الأردن والإمارات العربية المتحدة والجزائر والجمهورية العربية الليبية والجمهورية العربية السورية والسودان وقطر ومصر والمغرب - ويتراوح معدل الخصوبة الإجمالي فيها بين 3 و 5 ولادات لكل امرأة. والإمارات العربية المتحدة هي أقرب هذه البلدان إلى الانتقال إلى المرحلة المتقدمة من التحول السكاني.

أما البلدان العربية المتبقية التسعة فإنها في بداية مرحلة التحول، حيث تزيد فيها معدلات الخصوبة الإجمالية عن 5 ولادات لكل امرأة ويوجد أعلى معدل للخصوبة في اليمن، إذ يبلغ معدل الخصوبة 7,6 ولادة أثناء متوسط الحياة الإنجابية للمرأة. والصومال هو البلد العربي الوحيد الآخر الذي لا يزال يزيد معدل الخصوبة الإجمالي فيه على 7 ولادات لكل امرأة (7,25).

النمو السكاني

ترتبط معدلات الخصوبة المرتفعة بالنمو السكاني السريع. وتتراوح معدلات النمو السكاني في البلدان العربية، من منخفضة تبلغ 1,1 في المائة في تونس إلى مرتفعة تبلغ 4,1 في المائة في اليمن؛ ومن البلدان العربية الاثنين والعشرين تنفرد تونس بمعدل نمو سكاني يقل عن المتوسط العالمي الذي يبلغ 1,4 في المائة.

الإسقاطات السكانية المستقبلية

أعدت، خصيصاً للتقرير، إسقاطات لسكان البلدان العربية حتى العام 2002 على أساس بديلين.

● الأول: افترض أن معدل الخصوبة الإجمالي والعمر المتوقع عند الميلاد ثابتان عند مستوى تقديراتهما لعام 2000.

● الثاني: استخدام معدل الخصوبة الإجمالي والعمر المتوقع عند الميلاد كما قدرتهما الأمم المتحدة لكل سنة خلال الفترة 2000-2020.

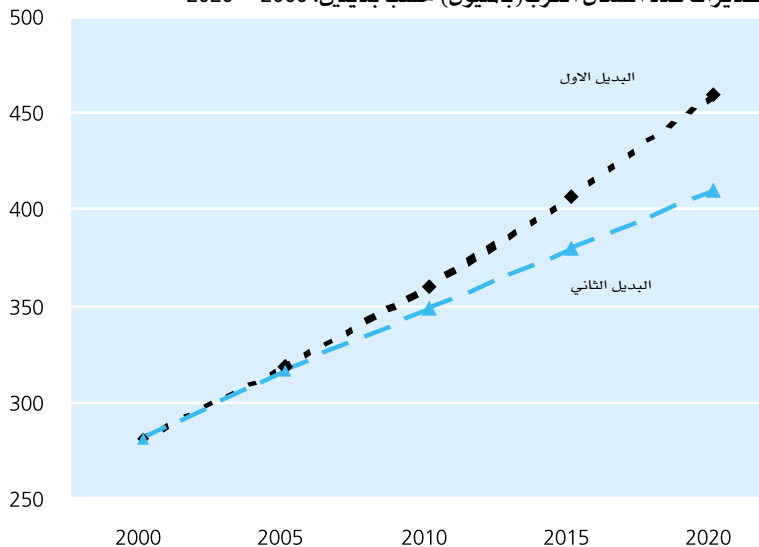
وفي كلا البديلين يفترض أن تأثير الهجرة يقتصر على أثر الهجرة السابقة على التركيب العمري للسكان.

النمو السكاني في البلدان العربية		
النمو السكاني (أقل من 2٪)	النمو السكاني (2 - 3٪)	النمو السكاني (3٪ أو أكثر)
تونس	الأردن	الصومال
الجزائر	الإمارات العربية المتحدة	عمان
قطر	البحرين	فلسطين
لبنان	جزر القمر	السعودية
مصر	ليبيا	موريتانيا
المغرب	سورية	اليمن
	جيبوتي	
	السودان	
	العراق	
	الكويت	

الخصوبة المرتفعة. وبموجب البديل الأول، مصر هي البلد الوحيد الذي يتوقع أن يزيد عدد سكانه على 100 مليون نسمة في عام 2020، ولن يتجاوز

الشكل 3-3

تقديرات عدد السكان العرب (بالمليون) حسب بديلين، 2000 - 2020



الصحة

إن تكوين صورة واضحة عن الصحة في المنطقة العربية محكوم بتوافر بيانات مقارنة جيدة. ولسوء الطالع، تعاني البيانات المتوافرة من جانبي نقص منهجين: فهي تتعلق بصورة رئيسية بالجوانب البدنية البحتة للصحة (مستعدة جوانب التمتع بالصحة الأعم)، وفي إطار البعد البدني تركز بصورة أساسية على مؤشرات الوفيات. وتحاول المناقشة التالية إلقاء نظرة على بعض جوانب الصحة التي لا يتوافر عنها سوى قدر قليل من البيانات، وذلك للفت الانتباه للشواغل الصحية المهمة وإبراز الحاجة إلى اتخاذ نهج أكثر شمولاً للتقييم الصحي، نهج لا يقتصر تشكيكه على النموذج الطبي، ذي التوجه الباثولوجي. إن الدعوة هنا هي إلى تبني نموذج للصحة الاجتماعية أوسع نطاقاً من الصحة البدنية. ومع ذلك، فإن من الصواب أن نبدأ بجوانب الصحة التي تتوافر عنها بيانات جيدة نسبياً.

معايير الحالة الصحية

العمر المتوقع عند الميلاد

يتفاوت العمر المتوقع عند الميلاد تفاوتاً كبيراً بين البلدان العربية، فهو يبدأ من مستوى منخفض، حوالي 45 سنة (جيبوتي والصومال) ويصل إلى مستوى 75 سنة (الإمارات العربية المتحدة)، وهذا قريب من مستواه في البلدان عالية الدخل (78 سنة في عام 1998). وبالنسبة لبلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي يشملها التصنيف، تشير مؤشرات البنك الدولي للتنمية العالمية إلى أن متوسط العمر المتوقع كان 68 سنة في عام 1998، أي سنة واحدة أعلى من المتوسط العالمي.

وفي جميع البلدان العربية، نجد أن العمر المتوقع للنساء إما يساوي نظيره للرجال أو يتجاوزه، ولكن الفارق بين الجنسين لا يزيد عن 2.5 سنة في حوالي ثلثي البلدان العربية. أما بالنسبة لباقي البلدان فإن الفارق يتراوح بين 3 سنوات و 3.5 سنة وهو أقل من متوسط الفارق العالمي البالغ 4 سنوات، والذي يصل في البلدان ذات التنمية البشرية العالية إلى 11 سنة. هذا يعني أنه توجد في البلدان العربية مساحة لتحسين فرص الحياة بالنسبة للأنثى. ومن مجالات العمل لتحقيق ذلك تخفيض معدلات وفيات الأمهات أثناء الحمل والولادة، وهي معدلات مرتفعة، وستناقش هذه المسألة في مكان لاحق من هذا الجزء.

عدد سكان أي بلد آخر 50 مليون نسمة. وبموجب البديل الثاني لن يصل عدد سكان مصر إلى 100 مليون نسمة.

الإنسقاطات السكانية - الهيكل العمري

سيؤثر انخفاض معدل الخصوبة بالإضافة إلى زيادة العمر المتوقع عند الميلاد، على الهيكل العمري للسكان في البلدان العربية. فيموجب البديل الثاني، مثلاً، ومع توقع زيادة عدد الأطفال في جميع البلدان العربية بحوالي 5, 4 مليون طفل في الفترة 2000 - 2020 (زيادة في بعض البلدان مثل اليمن والمملكة العربية السعودية والصومال، وانخفاض في بلدان أخرى مثل مصر والجزائر)، فإن نسبة الأطفال إلى السكان ستخفّض بنسبة 10 - 20 في المائة في معظم البلدان العربية. ولو نظرنا إلى الدول العربية مجتمعة، فإنه من المتوقع أن تخفّض نسبة الأطفال إلى السكان من حوالي خمسي السكان إلى ما يزيد قليلاً عن ربع السكان. وسيمثل هذا تحولاً كبيراً له تأثيرات اجتماعية واقتصادية هامة. فعلى سبيل المثال، حتى مع أخذ زيادة نسبة المسنين في الحسبان، (أنظر أدناه)، فإن التأثير الصافي سيكون تخفيض نسبة الإعالة في جميع البلدان العربية - وهذه هدية محتملة لهذه البلدان، لأن زيادة عدد الذين هم في سن العمل سيمنح من دعم غير العاملين ومن تقديم خدمات أفضل للجميع.

وبالنسبة للمسنين، يوحى البديل الثاني أن نسبة الذين يبلغون 65 عاماً فما فوق ستزداد من 3 في المائة في عام 2000 إلى 5 في المائة في عام 2020. ويتوقع أن تكون أعلى نسبة للمسنين في الإمارات العربية المتحدة (9 في المائة) وأقلها في اليمن (3 في المائة).

السمات السكانية التي ورد وصفها أعلاه تطرح تحديات، وفي الوقت نفسه توفر فرصاً للبلدان العربية. فحجم السكان والنمو السكاني والتوزيع العمري يمكن أن تكون هدية ديمغرافية أو لعنة ديمغرافية، ويتوقف ذلك على ما إذا كان بوسع البلدان العربية توظيف الإمكانيات البشرية التي يمثلها سكانها على نحو جيد إلى حد كافٍ لتلبية تطلعات الشعب إلى حياة مجزية. على سبيل المثال، يمكن أن يكون النمو السكاني الكبير والسريع محركاً للتنمية المادية والرفاه البشري إذا توافرت عوامل أخرى تساعد على حدوث نمو اقتصادي، مثل مستويات استثمار مرتفعة ومعرفة بالأنواع المناسبة من التقنية. ولكن، إذا لم تتوافر هذه العوامل فإن هذه الزيادة يمكن أن تكون سبباً للتعاسة، لأن أعداداً أكبر من الناس ستتقاسم موارد ووظائف محدودة. وقدرة أي مجموعة سكانية على تحقيق أهداف تنميتها الإنسانية رهن بمقدار ما تتمتع به من صحة جيدة، وهذا هو

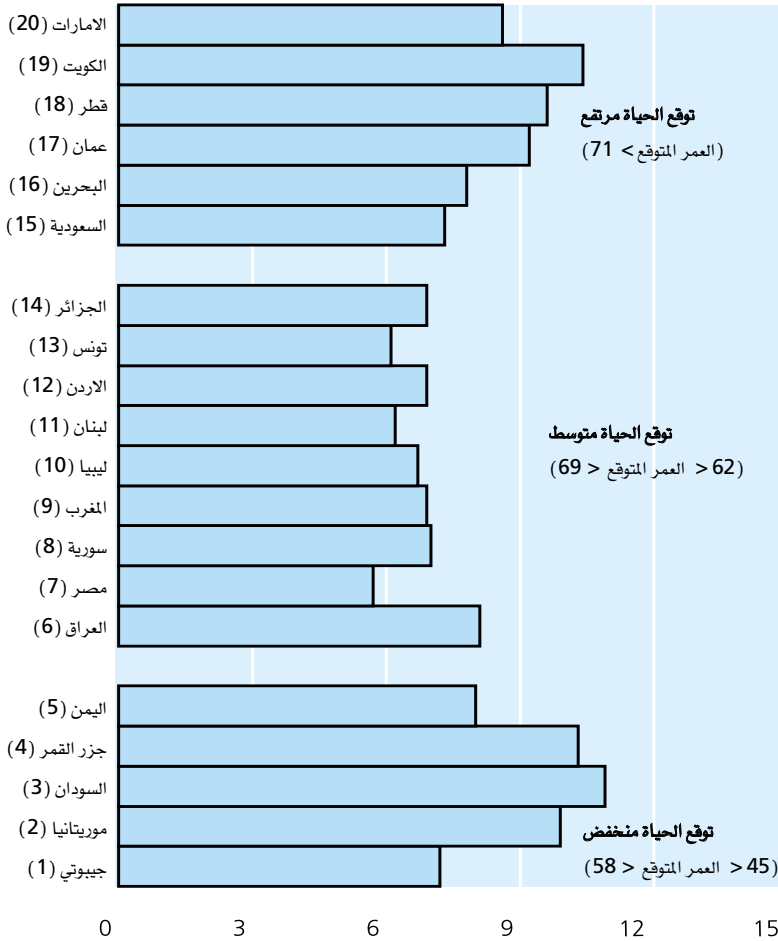
حجم السكان

والنمو السكاني

والتوزيع العمري،

نعمة أم نقمة؟

سنوات الإعاقة المتوقعة حسب العمر المتوقع عند الميلاد، الدول العربية



الصحة أكبر كثيراً مما يعانيه الذكور. فنسبة الإناث اللواتي أبلغن عن إصابتهن بمرض لفترة طويلة تزيد عن النسبة المقابلة للذكور بأكثر من 6 في المائة، وقد تصل هذه النسبة إلى 8,5 في المائة.

وتتراوح التقديرات المتاحة للإعاقة من 8 إلى 24 لكل ألف. إلا أنه يعتقد أن هذه التقديرات تقل بوجه عام عن المعدل الحقيقي⁴.

عبء المرض

والإعاقة يقلصان

عدد سنوات الحياة

الصحية المتوقعة

في البلدان العربية

في حدود 5 إلى 11

سنة.

العمر المتوقع عند الميلاد معدلاً ليراعي الإعاقة

تعد منظمة الصحة العالمية تقديرات للعمر المتوقع عند الميلاد معدلة لمراعاة الإعاقة²، ونظراً لطبيعة المعلومات في المنطقة العربية، فإنه يرجح أن يكون نطاق عدم اليقين في هذه التقديرات كبيراً جداً. ومع ذلك، فإن استعمال العمر المتوقع عند الميلاد معدلاً لمراعاة الإعاقة مفيد في إبراز تأثير المرض والإعاقة على الحياة الصحية. وتبرز أيضاً أهمية تحسين قاعدة المعلومات الموجودة عن مختلف أنواع الإعاقة.

وتدل التقديرات على أن عبء المرض والإعاقة يقلصان عدد سنوات الحياة الصحية المتوقعة من 5 إلى 11 سنة. ويفقد ما يقرب من ثلث البلدان العربية أكثر من 9 سنوات من العمر المتوقع نتيجة الإعاقة. وتجدر الإشارة إلى أن توقع الإعاقة عند الميلاد بالنسبة للإناث أعلى منه بالنسبة للذكور. ويتجاوز الفارق أكثر من سنتين في حوالي نصف البلدان العربية. ومن الواضح أن الإناث يفقدن معظم ميزة البقاء على قيد الحياة التي يتفوقن بها على الذكور وذلك بتمضية عدد أكبر من سنوات الحياة في الإعاقة. وهذا يشير مرة أخرى إلى أن صحة المرأة يجب أن تعطى أولوية في السياسة الصحية.

والبلدان التي يتمتع سكانها بعمر أطول ليست بالضرورة هي البلدان التي يتمتع سكانها بمعدلات إعاقة أقل. فعلى سبيل المثال، تقعد الكويت وقطر وعمان أكثر من 9 سنوات في الإعاقة، (الشكل 3-4). بينما مقارنة بالخبرة الدولية نجد أن البلدان التي تتخفف فيها معدلات الوفيات تميل غالبيتها إلى فقدان ما يتراوح بين 6 إلى 7 سنوات فحسب في الإعاقة.

عبء اعتلال الصحة

تؤكد الدراسة الاستقصائية لصحة الأسرة الخليجية، التي أجريت مؤخراً، العبء الكبير لاعتلال الصحة في البلدان العربية التي يرتفع فيها العمر المتوقع عند الميلاد. فحوالي خمس البالغين (الذين يبلغون 15 عاماً فما فوق) في كل بلد من هذه البلدان يعاني لفترة طويلة من مرض أو إعاقة³، وتعاني الإناث قدراً من عبء اعتلال

(2) يتطلب مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد المعدل لمراعاة الإعاقة معلومات عن انتشار مختلف أنواع الأمراض والإعاقة موزعة بحسب كل سن، إضافة إلى افتراضات عن معاملات الترجيح النسبي لهذه الأنواع المختلفة من الإعاقة.

(3) يعتبر الشخص مصاباً بمرض أو إعاقة لفترة طويلة إذا أبلغ عن تشخيص طبي له/ لها بأنه مصاب/ مصابة بأحد الأمراض التالية: ارتفاع ضغط الدم أو أحد أمراض القلب أو مرض البول السكري أو السكتة الدماغية أو أزمة صدرية أو أحد أمراض المفاصل أو الجهاز الهضمي أو الكلى أو الكبد أو الأعصاب أو السرطان، أو أي إصابة أخرى طويلة الأجل من شأنها أن تمنع أو تحد من مشاركته/ مشاركتها في الأنشطة العادية بالنسبة لشخص في مثل سنه/ سنها.

(4) تستند إلى أسئلة عامة عرضة لسوء التفسير (مشكلات التعريف)، كما أنها غير معززة بما يلزم من تدقيق لتجنب نقص الإبلاغ الذي تتسم به قياسات الإعاقة. فعلى سبيل المثال، قدرت، باستخدام أسلوب الأسئلة العامة، نسبة الأطفال المعاقين (الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات) بحوالي 9,65 لكل ألف (عبد العظيم وآخرون، بالانجليزية، 1993)، بينما أسفر بحث أكثر تفصيلاً عن تقدير أعلى وصل إلى 30 معافاً لكل 1000 (الطويلة، بالانجليزية، 1997).

الأطفال والأمهات والمسنون

وفيات الرضع والأطفال

تشير القياسات الجسدية إلى وجود تحد صحي خطير في البلدان العربية. ولا يقتصر الأمر على أن البلدان الفقيرة والبلدان التي مزقتها الحروب تعاني من مستويات مرتفعة من التقرم المعتدل والحاد (تصل إلى 52 في المائة في اليمن، و44 في المائة في موريتانيا، وتزيد على 30 في المائة في جزر القمر والسودان والعراق). فإنه توجد أيضاً مشاكل تغذوية خطيرة في العديد من البلدان العربية الأخرى لا تتسق على الإطلاق مع القدرات الاقتصادية الكبيرة لهذه البلدان - وهذا مثال آخر على ما ورد في الفصل الثاني من كون بعض البلدان أغنى مما هي نامية بشريا. ويتعين على بلدان عربية، مثل الكويت والإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية وعمان وليبيا والمغرب ومصر وسوريا، التي تعاني من مستويات إعاقة نمو جسدي تتراوح بين 15 و 25 في المائة أن تحدد المشاكل التغذوية المسؤولة عن إعاقة النمو الجسدي وأن تتصدى لهذه المشاكل (سواء كانت ناتجة عن أنماط غذائية أو ظروف بيئية أو تفاوت في توزيع الأغذية).

وفيات الأمهات أثناء الحمل والولادة

يمثل ارتفاع معدل وفيات الأمهات أثناء الحمل والولادة (وفيات الأمهات) تحدياً صحياً رئيسياً يواجه معظم البلدان العربية. ويزيد معدل وفيات الأمهات في أكثر من نصف البلدان العربية التي يغطيها هذا التقرير عن 75 وفاة لكل 100 000 حالة ولادة مولود حي، كما يزيد معدل وفيات الأمهات في ثلث البلدان العربية عن 200 وفاة لكل 100 000 حالة ولادة مولود حي. وقد نجح بلدان عربيان فقط (الإمارات العربية والكويت) في تخفيض معدل الوفيات إلى مستوى متدنٍ بالمعايير الدولية (لا يزيد عن 5 وفيات لكل 100 000 حالة ولادة مولود حي). وفي بلدان الخليج الأخرى، قطر والمملكة العربية السعودية وعمان، توجد مستويات معتدلة الانخفاض (تتراوح بين 10 و 20 وفاة لكل 100 000 حالة ولادة مولود حي)، ولكن هذه المستويات تظل أعلى من نظيرتها في البلدان التي تنعم بمستوى اقتصادي مماثل.

الشيخوخة

لا يوجد سوى قدر قليل من البيانات عن صحة كبار السن في البلدان العربية. وقد أشارت نتائج دراسات قطرية في أربعة بلدان عربية، هي الأردن والبحرين وتونس ومصر، إلى وجود اعتلال صحي جسيم. فحوالي ثلث كبار السن يعتبرون أنفسهم في حالة صحية غير جيدة، ويعاني 50 في المائة على الأقل من مشاكل إبصار ومن صعوبة في السير. وقد سجلت نسبة منخفضة (تتراوح بين 5 في المائة و 43 في المائة) نتائج مقبولة بمقاييس ارتفاع المعنويات أو تدني مستوى الاكتئاب.

تتفاوت وفيات الرضع والأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات تفاوتاً كبيراً بين البلدان العربية. فيتراوح معدل وفيات الرضع من أقل من 2، 10 لكل 1000 في قطر إلى 3، 75 لكل 1000 في اليمن. ويتراوح معدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات من أقل من 20 وفاة لكل 1000 إلى ما يزيد على 100 لكل 1000. ومعدل وفيات الأطفال في الإمارات العربية المتحدة وقطر والبحرين والكويت متدنٍ جداً (أقل من 20 وفاة لكل 1000 طفل)، في حين أنه مرتفع جداً في الصومال وموريتانيا وجيبوتي واليمن والسودان والعراق (على الرغم من أن الأخير نجح في تخفيض معدل الوفاة إلى 20 وفاة لكل 1000 طفل قبل حرب الخليج).

وعند تقييم المستويات الحالية من الوفيات بين البلدان العربية، من الأهمية أن نأخذ في الاعتبار مستوى الوفيات في بداية الفترة، وسرعة التحسين. وقد لاحظ أحد المعلقين أن معدلات وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، خفضت بحوالي الثلثين. وكانت المنطقة العربية أول منطقة في العالم النامي تقلص فيها أغلب البلدان معدلات وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات إلى الهدف العالمي، وهو 70 وفاة لكل 1000 طفل، بحلول عام 1990. قبل تحقيق الهدف على صعيد عالمي بوقت طويل (دريد، بالانجليزية، 2000، 4). وبصورة عامة، حققت البلدان النفطية الغنية تقدماً سريعاً. إلا أن التقدم السريع لم يكن حكراً على البلدان العربية النفطية الغنية. فقد كانت اليمن وتونس من بين البلدان العشرة التي شهدت أسرع تحسن في العالم في مجال زيادة العمر المتوقع عند الميلاد وتخفيض معدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (المرجع السابق، 5).

ويوجد تفاوت أيضاً داخل كل بلد من البلدان العربية. فباستثناء سورية، يوجد تباين واضح جدا في مستوى وفيات الأطفال بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية. فنسبة معدلات وفيات الأطفال في المناطق الريفية إلى معدلات وفيات الأطفال في المناطق الحضرية تتراوح ما بين 1,21 ضعفاً إلى ضعفين. وحتى البلدان التي حققت نجاحاً كبيراً في تخفيض المعدل الإجمالي لوفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات تعاني من هذا التباين، الذي يمثل تحدياً خطيراً من حيث الإنصاف. إن تحقيق العدالة في الرعاية الصحية، يبقى، بالنسبة لجميع البلدان العربية، تحدياً تمويلاً حقيقياً.

كانت المنطقة

العربية أول

منطقة في العالم

النامي تقلص فيها

أغلب البلدان

معدلات وفيات

الأطفال الذين تقل

أعمارهم عن 5

سنوات إلى الهدف

العالمي، وهو 70

وفاة لكل 1000

طفل بحلول عام

1990.

السياق الاقتصادي والاجتماعي لمستوى الصحة

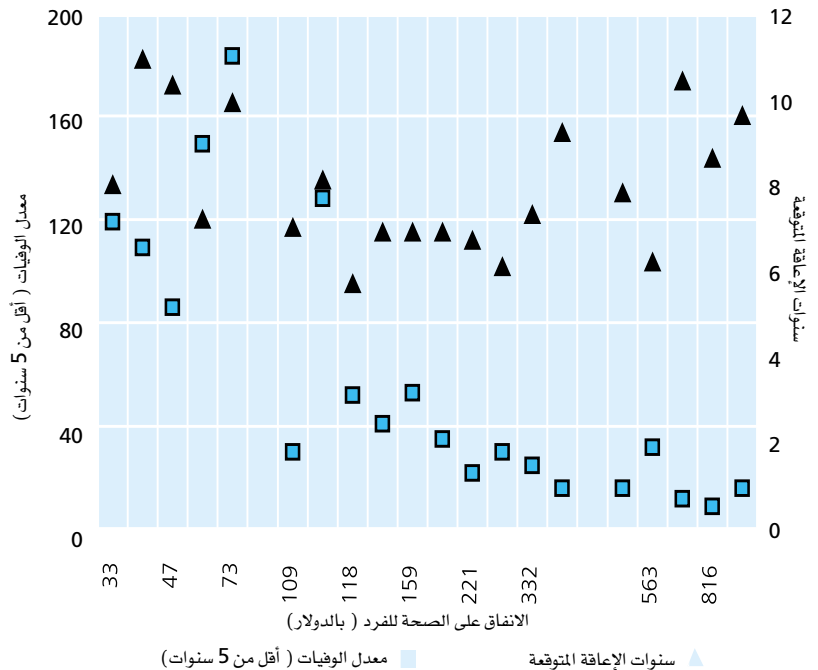
تتأثر الإنجازات الصحية تأثراً كبيراً بمستوى الموارد الاقتصادية في البلد ولكنها لا تتشكل كلياً به. وتلعب الأولوية التي تعطى للاستثمار في المجال الصحي قياساً إلى الاستثمارات الأخرى دوراً هاماً، كما تلعب دوراً هاماً أيضاً فعالية وعدالة نظم تقديم الخدمات الصحية. فالتفاوت في الموارد وفي الوصول للخدمات العامة والسلع يترجم إلى عدم تكافؤ في الحصول على الخدمات الصحية بين البلدان وداخلها. وتلعب القوى الثقافية والاجتماعية وغيرها دوراً هاماً أيضاً. فعلى سبيل المثال، تعد الفجوة بين النوعين معوقاً أساسياً للصحة الإنجابية للمرأة. كما أن انخفاض مستويات التعليم، التي تناقش في الفصل الرابع، تؤدي إلى ضعف في إدارة الشؤون الصحية وغياب الوعي بالمخاطر السلوكية على الصحة. كما أن الحروب والتشريد والعقوبات السياسية تضر هي الأخرى بالأوضاع الصحية في بلدان عربية مثل فلسطين والعراق والصومال والسودان وموريتانيا، وإلى حد ما ليبيا.

مستوى الإنفاق على الصحة كنسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي

باستثناء لبنان وقطر (حيث توجد أعلى نسبة إنفاق)، والصومال (حيث توجد أقل نسبة إنفاق)،

الشكل 3-5

الإنفاق على الصحة للفرد وقياسات الصحة



يتراوح الإنفاق على الصحة بين 2,5 في المائة و 5,6 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. وتنفق معظم البلدان العربية على الصحة بين 3 في المائة و 5,4 في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي. وفي المقابل تنفق البلدان متوسطة الدخل في المتوسط 5,7 في المائة. ويكمن الاختلاف الرئيسي بين البلدان العربية في مستويات الناتج المحلي الإجمالي (ومن ثم في الإنفاق على الصحة للفرد) ومساهمة الإنفاق العام في الإنفاق الإجمالي على الصحة.

ويتراوح الإنفاق على الصحة لكل فرد بالدولارات من مستوى منخفض يبلغ 11 دولاراً إلى مستوى مرتفع يبلغ 1105 دولارات. وتنفق بلدان الخليج، التي يتماثل فيها العمر المتوقع عند الميلاد، بين 334 دولاراً و 1105 دولارات. كما تتراوح نسبة الإنفاق العام من مجموع الإنفاق على الصحة من نسبة منخفضة تبلغ 21 في المائة إلى نسبة مرتفعة تبلغ 87 في المائة. وتضم البلدان التي توجد فيها أقل نسبة إنفاق عام على الصحة كلاً من السودان ومصر ولبنان. وتضم البلدان التي توجد فيها أعلى نسبة إنفاق عام على الصحة كلاً من الكويت والمملكة العربية السعودية. والبلدان التي يساهم الإنفاق العام فيها على الصحة بنسبة مرتفعة ليست قاصرة على البلدان الأحسن حالاً. إذ تتحمل حكومات بعض البلدان متدنية الدخل - جزر القمر وجيبوتي والصومال - حوالي 70 في المائة من مجموع الإنفاق على الصحة (ولكن مجموع إنفاقها على الصحة ضئيل جداً).

ويعطي الشكل 3-5 لمحة عن فعالية الإنفاق على الصحة عن طريق مقارنة مقياسين للإنجاز الصحي مع الإنفاق على الصحة لكل فرد. وبالنسبة

للبلدان التي يتدنى فيها كثيراً الإنفاق على الصحة لكل فرد، لا توجد صلة واضحة بين مستوى الإنفاق ومستوى الانجاز الصحي ممثلاً بمعدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات. وبالنسبة للبلدان ذات الإنفاق المرتفع، لا توجد أيضاً علاقة مباشرة بسيطة بين البقاء على قيد الحياة والإنفاق. وعلى مستوى الإنفاق المتوسط فقط (بين

يؤدي انخفاض

مستويات التعليم

الى ضعف في إدارة

الشؤون الصحية

والى غياب الوعي

للمخاطر السلوكية

على الصحة.

الفقر عامل حاسم آخر من عوامل الاستبعاد. وبينما يجري إدخال برامج إصلاح القطاع الصحي في العديد من البلدان العربية، سيكون من المهم جداً وضع بيانات مقارنة أفضل لرصد تأثير هذه الإصلاحات عن كثب على فئات المجتمع الضعيفة والفئات التي لا تتلقى عناية كافية.

سياسة الرعاية الصحية وإدارتها

برامج إصلاح القطاع الصحي

تشاطر برامج إصلاح القطاع الصحي في العالم العربي، كما هو الحال في أماكن أخرى، هدفاً مشتركاً يتمثل في احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة. وتوجد حالياً في عدة بلدان، من بينها مصر والمغرب والأردن ولبنان وفلسطين واليمن، برامج إصلاح في مراحل إنجاز مختلفة. وفي حين أنه لا يوجد خلاف حول أهداف إصلاح القطاع الصحي المتمثلة في زيادة الكفاءة، لا سيما في ضوء الموارد المتاحة والمتناقصة باطراد، تبقى، من حيث التنفيذ، عدة قضايا بحاجة إلى حل. فعلى وجه الخصوص، يتعين على صانعي السياسة الصحية التدقيق بعناية في خطط إصلاح القطاع الصحي، واختيار السياسات والاستراتيجيات التي تلائم وضع واحتياجات بلدانهم على أفضل وجه. وفي السعي من أجل تحقيق الرفاه التام، الذي تشكل الصحة الجيدة عنصراً هاماً فيه، لا ينبغي أن يكون البعد المالي هو المبدأ الوحيد الذي يسترشد به؛ فضمان إنصاف أضعف المجموعات وحصولها على الرعاية الصحية يجب أن تبقى أولوية لصانعي السياسة. فباستيفاء هذه المعايير فقط يمكن للبلدان العربية أن تبدأ في تحقيق إمكاناتها في مجال تحقيق نتائج صحية إيجابية للجميع، لا سيما الفقراء.

إلا أن هناك عناصر أخرى تميز نظم الرعاية الصحية الجيدة لا بد من أخذها بالاعتبار من قبل صانعي السياسة في البلدان العربية. ونناقش فيما يلي بإيجاز بعضاً من هذه العناصر.

الرعاية الوقائية مقابل الرعاية العلاجية

تميل معظم نظم الرعاية الصحية العربية إلى التقليل من أهمية الرعاية الصحية الوقائية ومن الاستثمار في برامج وإجراءات الرعاية الوقائية والرعاية الأولية، مركزة بدلاً من ذلك بصورة رئيسية على الخدمات العلاجية، على المستويين الثاني والثالث بصورة عامة. وينعكس هذا عادة في مخصصات القطاع العام في موازنة الدولة وفي أنماط الإنفاق على القطاع الصحي. ويميل التركيز

100 دولار و 334 دولاراً) تبدو مقاييس الوفيات حساسة لمستوى الإنفاق. من الواضح أن هناك عتبة للإنفاق على الصحة يتعين تجاوزها للتأثير على مستوى الوفيات. وبعد مستوى معين من الإنفاق على الصحة، توجد عوامل أخرى عدا مستويات الإنفاق تؤثر على الإنجاز في المجال الصحي.

استجابة النظم الصحية وعدالتها

قيّم تقرير الصحة في العالم لعام 2000 (منظمة الصحة العالمية، عام 2000)، النظم الصحية الوطنية مركزاً على عنصري الجودة والعدالة في أداء النظم الصحية. ويوضح التقرير أن هدف الصحة الجيدة في حد ذاته هدف مزدوج: تحقيق أفضل مستوى متوسط ممكن من الخدمات الصحية - أي الجودة، وأقل قدر ممكن من حالات عدم المساواة بين الأفراد والمجموعات في الحصول على هذه الخدمات - أي العدالة. وتعني الجودة وجود نظام صحي يستجيب بشكل جيد لما يتوقعه منه الناس؛ أما العدالة فتعني استجابته على قدم المساواة لكل فرد دون تمييز. (منظمة الصحة العالمية، الفصل الحادي عشر).

ويقدم التقرير سالف الذكر مؤشرات مركبة لقياس مدى استجابة النظام الصحي لتوقعات السكان ومدى عدالة المساهمات المالية. وتوضح البيانات المتاحة أن النظم الصحية في كل من قطر والكويت والإمارات العربية المتحدة هي الأفضل من حيث الاستجابة. ويأتي ترتيبها بين المركزين السادس والعشرين والثلاثين على قائمة تضم 191 بلداً شملها التقرير. فمن حيث العدالة كانت جيبوتي وليبيا والإمارات العربية المتحدة هي الأفضل بين الدول العربية، حيث كان ترتيبها على صعيد عالمي ما بين 3 و 22. أما البلدان الأسوأ من حيث عدالة المساهمات المالية فكانت السودان وموريتانيا وسورية. وكانت الإمارات العربية المتحدة هي البلد العربي الوحيد الذي حقق مركزاً جيداً في مجالي الاستجابة والعدالة.

تتسم أي مناقشة لمدى استجابة وعدالة النظم الصحية بالحساسية نظراً لتعقيد قياس هذه المفاهيم ولزلق التحليل المقارن بين البلدان. إلا أن هناك حاجة حقيقية لإدخال هذه المفاهيم وصقلها بوعي. وتنشأ هذه الحاجة من إدراك أن التحدي الذي تواجهه النظم الصحية في كثير من البلدان العربية لا يقتصر على رفع المستويات العامة فحسب، بل يتعداه ليشمل تقليل التفاوت وضمان العدالة.

يتعين على البلدان التركيز على صحة النساء و سكان الريف لتحسين الاستجابة والعدالة. كما أن

إن التحدي الذي

تواجهه النظم

الصحية في كثير

من البلدان

العربية لا يقتصر

على رفع المستويات

العامة فحسب، بل

يتعداه ليشمل

تقليل التفاوت

وضمان العدالة.

على الرعاية العلاجية والعلاج في المستشفيات إلى زيادة التكاليف لا احتوائها، خاصة عند اعتمادها اعتماداً كبيراً على التقانة المتقدمة المكلفة.

هناك نسبة كبيرة من المشاكل الصحية التي يواجهها العرب تستجيب لأشكال الرعاية الوقائية، بما فيها زيادة الوعي وتغيير السلوك. وهذا بديل ناجع للاختلال الحالي في نظم الرعاية الصحية التقليدية، التي تستأثر بموجها الرعاية العلاجية والرعاية في المستشفيات بنسب متزايدة من المبالغ التي تخصص في الموازنات الوطنية للرعاية الصحية، وتترك فئات كبيرة من السكان بحالة صحية أسوأ ورفاه عام أدنى مما يمكن تحقيقه في ظروف مغايرة. وإذا جرت تنحية أو تجاهل الظروف التي تستجيب للتعليم وتعديل السلوك فإن تحسين الحالة الصحية يصبح أصعب. ويتعين على صانعي السياسة الصحية العرب في السنوات القليلة القادمة أن يبدؤوا، بحكم الضرورة، بزيادة التركيز على وضع برامج وأنشطة وقائية من جميع الأنواع، والاستثمار فيها، مع تحسين الخدمات العلاجية ومرافق تقديمها.

تغيير السلوك من أجل صحة أفضل

يمكن لبرامج التوعية والوقاية المصممة لتغيير أنماط السلوك الضارة بالصحة، معالجة طيف واسع من المشاكل الصحية الموجودة والمحتملة في البلدان العربية. وتشمل هذه البرامج تشجيع ممارسة التمارين الرياضية والعادات الغذائية الجيدة، وتشجيع التوقف عن التدخين؛ حيث يستخدم التبغ في المنطقة بمعدلات مرتفعة، ويزيد التدخين بين النساء والمجموعات العمرية الأصغر. وتقدر منظمة الصحة العالمية أنه في عام 1998 توفى 182 000 شخص في المنطقة لأسباب تتعلق بالتبغ. وأظهرت مجتمعات أخرى أن حملات مناهضة التدخين النشطة يمكن أن تترك أثراً حقيقياً على نسبة المدخنين فيها. ويعتقد أن استعمال المشروبات الكحولية والمخدرات أخذ في الازدياد، لا سيما بين الشباب. وحتى الآن، سلمت البلدان العربية إلى حد كبير من آفة فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، ولكن التجربة في أماكن أخرى توحى أن التهاون يمكن أن يتيح للفيروس الانتشار إلى أن يصبح وباءً، وأن حملات الوقاية النشطة يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي. كما أن حوادث الطرق، وهي سبب هام للوفيات في المنطقة، تمثل حالياً مصدراً آخر للوفيات والإعاقة يستند إلى الأنماط السلوكية ويمكن أن تساعد حملات السلامة على الطرق في التخفيف من الوفيات الناجمة عنه.

ويوجد في البلدان العربية مزيد من الأنماط

الإطار 3-1 التهديد الصامت: فيروس نقص المناعة البشرية - متلازمة نقص المناعة المكتسب/ الإيدز

وفقاً للتقديرات المحافظة جداً، يعتقد أنه يوجد في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط أكثر من 400 000 شخص يحملون فيروس نقص المناعة البشرية. ويبلغ هذا الرقم ضعف تقديرات السنوات الماضية، وتعزى هذه الزيادة إلى تنقيح التقديرات بالنسبة لجيبوتي والسودان في ضوء ظهور دليل جديد على زيادة انتشار الفيروس في هذين البلدين.

بصورة عامة، يبدو أن وباء فيروس نقص المناعة البشرية يتقدم في المنطقة ببطء؛ ويتباين مستوى انتشار هذا المرض تبايناً كبيراً بين بلد وآخر في المنطقة. والبلدان التي تعاني من حالات طوارئ معقدة هي الأكثر تضرراً.

في جميع هذه البلدان، يتوقف النجاح في مكافحة مرض الإيدز على توفر الإرادة السياسية للتصدي له بوصفه تهديداً خطيراً يتطلب معالجة جوانب الضعف أينما وجدت وإيجاد بيئة مفتوحة تعزز مستوى معيشة الناس والمجتمعات المصابة به الذين يتعايشون مع المرض.

المصدر: مستقى من تقرير منظمة الصحة العالمية عن الإيدز في منطقة شرق المتوسط المقدم إلى الجلسة الثامنة والاربعون لشرق المتوسط في المنظمة-تموز يوليو 2001.

أبلغت جميع بلدان المنطقة عن حالات جديدة من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وبمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أثناء عام 2000. ووصل العدد التراكمي لحالات الإصابة بالإيدز في المنطقة منذ عام 1987 إلى 10479 حالة منها 1263 حالة، شوهدت في عام 2000.

ولا تزال المعلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في المنطقة غير كافية. ولا تزال نظم رصد الأمراض السارية في العديد من البلدان ضعيفة وغالباً ما يتأخر الإبلاغ عنها ويكون ناقصاً. وانتقال العدوى عن طريق المخدرات لا يمثل سوى 4

السلوكية الثقافية المشتركة الأخرى التي يمكن أن تضر بالصحة. ومن هذه الأنماط السلوكية زواج الأقارب وتشجيع الزواج في سن مبكر وختان الإناث.

ويمكن أن تلعب زيادة التوعية بالعواقب الصحية للأنماط السلوكية والممارسات الخطرة دوراً هاماً في احتواء وتخفيف حدة هذه الآثار. ولكن حملات التوعية وتغيير السلوك تعمل على نحو أفضل في بيئة ممكنة يتعين أن تشمل على مستويات معقولة من التعليم العام والظروف الاقتصادية المقبولة والضغط الاجتماعي الإيجابية. ويمكن أن يكون نمو وانتشار تقانات المعلومات وانتشار وسائل الإعلام عناصر مفيدة في نشر رسالة الأنماط السلوكية الصحية (وغير الصحية).

توافر الرعاية الصحية وتقديمها

هذا موضوع واسع جداً وقد جرى بالفعل تناول بعض جوانبه بإيجاز (على سبيل المثال مستويات الإنفاق على الصحة، وعدالة النظم الصحية، وبرامج إصلاح القطاع الصحي، والحاجة إلى مزيد من التركيز على الرعاية الأولية). وستتناول هنا بإيجاز عدداً من الجوانب الأخرى الأساسية.

اليد العاملة في القطاع الصحي. يعتمد نجاح أي نظام للرعاية الصحية اعتماداً رئيسياً على الذين يقدمونه - الأطباء والممرضون والعاملون في مجال الخدمات الطبية. ولا يبدو أن البلدان

يمكن لبرامج

التوعية والوقاية

المصممة لتغيير

أنماط السلوك

الضارة بالصحة،

معالجة طيف واسع

من المشاكل

الصحية.

العربية ككل تعاني من نقص في الأطباء. ولكن يبدو أنها تعاني من نقص حاد في المرضى والعاملين في المجال الطبي، لا سيما على مستوى الرعاية الأولية. وفي حين أنه قد لا يوجد نقص عام في الأطباء، فإنه يوجد على ما يبدو عدم مساواة خطير في توزيع الأطباء بين المناطق الحضرية والريفية وبين مناطق الأغنياء والفقراء. وسيتعين على صانعي السياسة معالجة قضايا اليد العاملة في المجال الصحي كجزء من حملة تستهدف الكفاءة والإنصاف في النظم الصحية.

الفقر والحصول على الرعاية الصحية.
يسهم الفقر في اعتلال الصحة ويمكن أن يكون حاجزاً أمام الوصول إلى الرعاية الصحية. وما لم تدرج المشاكل الخاصة التي يواجهها الفقراء صراحة في تصميم النظم الصحية، فإنهم سيهملون وسيحرمون بصورة فعلية من الوصول إلى الرعاية الصحية. ونظراً لأن الفقراء في العادة ضعفاء سياسياً ولا صوت لهم، فإن احتياجاتهم قد يجري تجاهلها لصالح الذين هم أحسن حالاً. وستواجه البلدان العربية في السنوات القادمة تحدياً رئيسياً يتمثل في موازنة احتياجات مختلف المجموعات الاجتماعية مع الحفاظ على الالتزام بالكفاءة والإنصاف.

إشراك المجتمع في تقديم الخدمات الصحية.
يكتسب الاتجاه المتمثل في إشراك الجماعات المحلية بفعالية في جميع جوانب الرعاية الصحية دعماً متزايداً على الصعيد العالمي - بدءاً بتحديد الاحتياجات ومروراً بتحديد الموارد والتخطيط لاستخدامها، وتوزيعها، ومن ثم التنفيذ والمتابعة. وقد أثبت امتلاك البرامج الصحية من قبل هذه الجماعات أنه عامل مهم في نجاحها، يتيح للناس التحكم بقطاع حيوي لرفاههم. وهذا التحرك نحو ملكية المجتمع يتصل في العادة بالالتزام قوي بأهمية الرعاية الصحية الأساسية، ويستند إلى الافتراض أن المجتمعات المحلية هي الأقدر على معرفة وتحديد احتياجاتها، وأنها أفضل رقيب ومقيم للبرامج الموجهة لخدمتها. إلا أن مشاركة المجتمع الفعالة تتطلب وجود هياكل على مستوى القاعدة وهياكل مجتمع قادرة على الاضطلاع بالمهام ذات الصلة.

لقد تناول هذا الجزء بإيجاز عدداً من المواضيع المتصلة بالحالة الصحية وبالسياسة الصحية في البلدان العربية. وقد تم إنجاز الكثير لتحسين الظروف الصحية ولكن لا يزال من الضروري إنجاز الكثير أيضاً. ومن المهم جداً أن نتذكر أن نظم الرعاية الصحية لا تعمل في فراغ؛ فكفاءتها وفعاليتها يحددهما الكثير من العوامل الخارجية من أهمها البيئة الطبيعية التي يعيش فيها الناس. وهذا هو موضوع الجزء التالي.

البيئة

خصائص وقضايا رئيسية

تغطي البلدان العربية منطقة واسعة تمتد من الخليج العربي في الشرق إلى المحيط الأطلسي في الغرب، ومن سلاسل جبال سوريا ولبنان في الشمال إلى الهضبة الاستوائية وسهول الصومال في الجنوب. وتضم هذه الرقعة الفسيحة سلسلة نظم إيكولوجية متنوعة. وبالمجازفة في أن نبالغ في التبسيط، يمكن إظهار بعض السمات التي تميز البلدان الواقعة في الجزء الشمالي الشرقي (العراق وسوريا ولبنان والأردن وفلسطين) عن بلدان الخليج العربي (البلدان الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي واليمن)، وتلك التي تميز بلدان حوض نهر النيل عن بلدان شمال أفريقيا التي لا توجد فيها أنهار كبيرة. وللعالم العربي شواطئ تطل على ثلاثة بحار شبه مغلقة (البحر الأبيض المتوسط والبحر الأحمر والخليج العربي) تعاني من التلوث بدرجات متفاوتة.

وعلى الرغم من هذا التنوع، تواجه بلدان المنطقة العربية، بدرجات متفاوتة في حدتها، عدداً من المشاكل المشتركة البيئية. وتصنف هذه المشاكل إلى فئتين، هما: شح الموارد والتلوث البيئي. ويعاني العالم العربي ككل من شح شديد في المياه؛ ويعاني من نقص في الأراضي الصالحة للزراعة يزيد من تفاقمه التدهور البيئي والتصحر؛ كما أن الانتقال للعيش في المناطق الحضرية بمعدلات سريعة يخلق مشاكل تلوث هواء كبيرة؛ وتوجد المدن الكبرى في المناطق الساحلية مما يؤدي إلى مشاكل تلوث للشواطئ. وتسهم جميع هذه المشاكل، كل بطريقتها، في تخفيض جودة الحياة (لا سيما بالنسبة للفقراء) وإعاقة جوانب القدرة البشرية، والتسبب في تكاليف اقتصادية كبيرة لا تستطيع هذه البلدان تحملها. وسيناقش كل منها بإيجاز فيما يلي.

شح المياه

يعاني العالم العربي من شح متزايد في مصادر المياه الصالحة للشرب، ويعتبر من أكثر مناطق العالم معاناة من ضغط شح المياه. وقد صنّف البنك الدولي 22 بلداً تحت خط الفقر المائي، التي تعرف بأنها تلك البلدان التي يقل فيها نصيب الفرد عن 1000 متر مكعب من المياه سنوياً. ويوجد بين الاثنين والعشرين بلداً هذه 15 بلداً عربياً. وقدر البنك أن متوسط موارد المياه المتجددة في بلدان

يعاني العالم

العربي من شح

شديد في المياه؛

ويعاني من نقص

في الأراضي

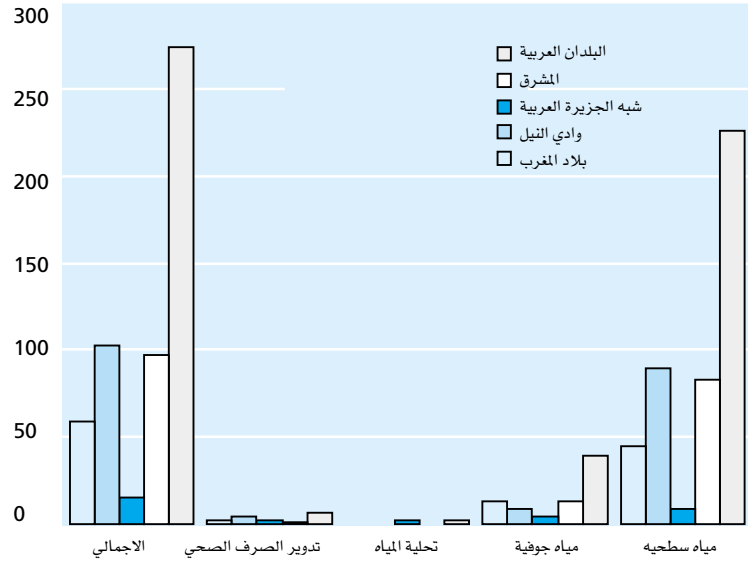
الصالحة للزراعة

يزيد من تفاقمه

التدهور البيئي

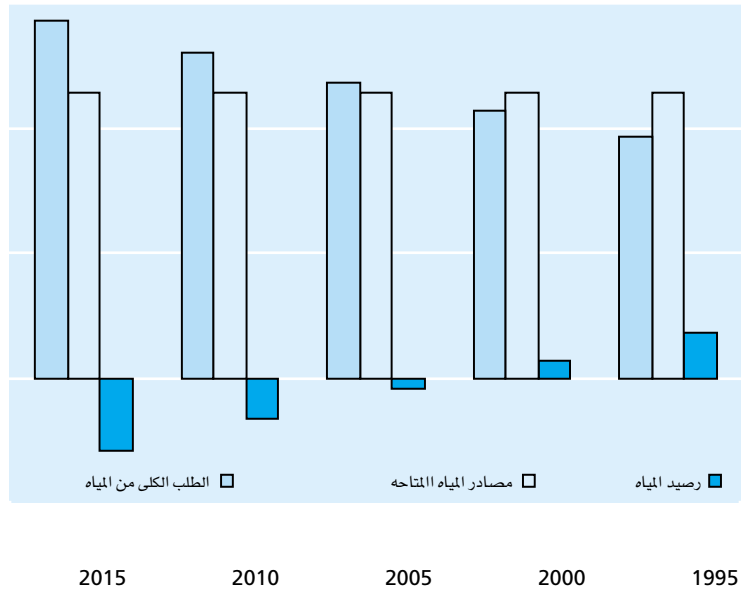
والتصحر.

المصادر المتاحة من المياه (بليون متر مكعب)، المنطقة العربية، 1996



الشكل 3-7

مجموع الطلب المتوقع على المياه (بليون متر مكعب) البلدان العربية في غربي آسيا



الشرق الأوسط وشمال أفريقيا المصنفة ضمن هذه الفئة، ستخفف عن مستواها في عام 1997 الذي كان يزيد قليلاً عن 1000 متر مكعب سنوياً للفرد إلى 740 متراً مكعباً سنوياً للفرد في عام 2015. وتقوم عدة بلدان بالفعل باستخراج المياه من مصادر غير متجددة. ويفاقم من حالات نقص المياه الفعلي مشاكل جودة المياه الناتجة عن إلقاء الملوثات في الأنهار والجداول والمواد الكيميائية الزراعية المتسربة مع مياه الصرف.

وتفاقم عدة عوامل مشاكل المياه في المنطقة، من بينها ما يلي:

- تتشاطر حوالي 85 في المائة من بلدان المنطقة مجموع كمية المياه المتاحة مع بلد آخر على الأقل إما بوصفه بلداً مشاطئاً أو بتشاطر مستودع مياه جوفي مشترك. وتمكنت البلدان الأقوى الواقعة أعلى النهر وأسفله من تحديد حصص المياه للبلدان المشاطئة الأخرى أو التي تتشاطر معها المستودع المائي. وتتعوق العوامل السياسية تقاسم المياه على نحو رشيد.

- تضع الزيادة السريعة في سكان المنطقة ضغطاً متزايداً على المياه المتوفرة لكل فرد. في حين أن استمرار استعمال نسبة كبيرة من المياه في الزراعة تحرم المستخدمين الآخرين في الصناعة والمنازل من المياه، وفي الحالة الأخيرة تسهم أيضاً في تفاقم المشاكل الصحية. ولا يمكن لحالات نقص المياه الحالية إلا أن تزداد سوءاً، حتى دون أن نأخذ في الحسبان النتائج المتوقعة للتغير المناخي.

- برامج الاقتصاد في استعمال المياه وإعادة استعمالها برامج ضعيفة، ولا يوجد في أي بلد من بلدان المنطقة نظم فعالة لإدارة الطلب على المياه ولا آليات اقتصادية لترشيد استعمال المياه.

- لا يوجد في أي دولة عربية برامج لإدارة المياه كما لا تستخدم الأدوات الاقتصادية اللازمة لترشيد الاستخدام المتزايد من المياه.

يفاقم من حالات

نقص المياه الفعلي

مشاكل جودة المياه

الناتجة عن إلقاء

الملوثات في الأنهار

والجداول والمواد

الكيميائية الزراعية

المتسربة مع مياه

الصرف.

(الجدول 3-2)، فإن التحضر كان سريعاً أثناء النصف الثاني من القرن العشرين. ففي عام 1950، كان يعيش في المناطق الحضرية ربع السكان العرب فقط؛ وارتفع هذا الرقم في نهاية القرن العشرين إلى 50 في المائة. وأثناء الفترة 1990 - 1995، شهدت جميع البلدان معدلات نمو في التحضر تساوي أو تتجاوز المتوسط العالمي الذي يبلغ 2,5 في المائة.

في أواخر القرن العشرين، أدى التحضر الذي غذته الهجرة على نطاق واسع من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية وكذلك الزيادة الطبيعية إلى مشاكل تلوث هواء كبيرة في المدن العربية. وكان لقطاعات النقل والصناعة والطاقة تأثيرات ضارة كبيرة على صحة الإنسان نتيجة لاستعمال البنزين الحاوي لمادة الرصاص في أسطول من السيارات القديمة، والاستعمال غير الكفؤ للوقود الأحفوري في توليد الطاقة، وانبعاثات الجسيمات وأكاسيد الكبريت في الغازات المنبعثة من المصانع.

تلوث الشواطئ

كما لوحظ سابقاً، تقع بعض المدن الكبيرة في البلدان العربية على الشواطئ. ويؤدي التلوث الذي مصدره البر، بما في ذلك تصريف مياه الصرف الصحي في البحر، إلى تدهور المنطقة الساحلية، التي بدورها تكلف البلدان 1 - 2 بليون دولار أمريكي كل عام على هيئة عائدات سياحية ضائعة.

التصدي للتحدي البيئي

تحاول البلدان العربية التصدي لهذه المشكلات ومعالجة الجوانب الأخرى لشح الموارد الطبيعية وتدهور البيئة، ولكن المشاكل التي يواجهها العديد من هذه البلدان لا تزال قوية. وقد ازداد الوعي بأن التركيز على الحفاظ على الموارد يساوي في أهميته التركيز على مكافحة التلوث، وأنه يتعين أن تراعي التنمية المستدامة ثلاثة مبادئ بيئية:

1- الاستخدام الرشيد لموارد البيئة الناضبة والتوقف عن هدرها في إسرافٍ لا مبرر له لموارد لن تعوض⁶، والاستثمار في تأمين موارد بديلة.

2- الالتزام في استهلاك الموارد المتجددة (نباتاً وحيواناً) بقدرة هذه الموارد على تجديد نفسها، حتى لا تنفد مع مرور الزمن.

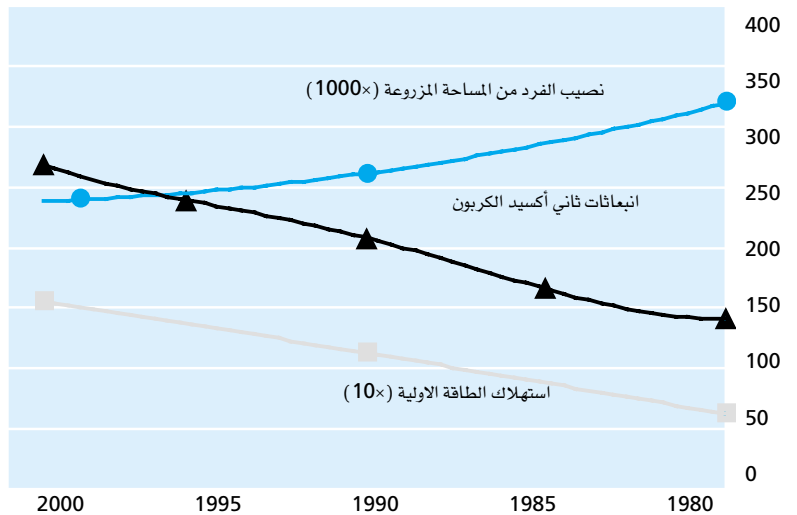
3- الالتزام بقدرة البيئة على التعامل المأمون مع ما نلقيه فيها من نفايات وملوثات.

شح الأراضي الزراعية وتدهور نوعيتها

الأراضي الصالحة للزراعة والرعي وزراعة الأشجار الحرجية شحيحة أيضاً. وكان متوسط الأراضي المزروعة لكل فرد في البلدان العربية 0,24 هكتاراً فقط في عام 1998 مقابل 0,4 هكتاراً لكل فرد في عام 1970. وقد أدت الممارسات الزراعية التي لا يمكن استمرار تحملها والعوامل

شكل (3-8)

نصيب الفرد من المساحة المزروعة (بالهكتار)، واستهلاك الطاقة الأولية (مقاساً بكوادريليون⁵ وحدة حرارية بريطانية)، وانبعاثات ثاني أكسيد الكربون (مقاساً بمليون طن متري من معادل الكربون)، المنطقة العربية، 1980-1999



الطبيعية (مثل الرياح والفيضانات) وقطع الأشجار لاستعمالها كحطب إلى فقدان التربة المنتجة وإلى التصحر.

التحضر وتلوث الهواء

مع أنه يوجد تباين ملحوظ في درجات التحضر (الانتقال للعيش في المناطق الحضرية) بين البلدان

الجدول 3-2 العيش في المناطق الحضرية في البلدان العربية		
سكان المناطق الحضرية (أكثر من 80%)	سكان المناطق الحضرية (5 - 80%)	سكان المناطق الحضرية (أقل من 50%)
الكويت البحرين قطر الإمارات العربية المتحدة ليبيا السعودية لبنان عمان	الجزائر جيبوتي العراق الأردن تونس سورية موريتانيا	جزر القمر مصر المغرب الصومال السودان اليمن

(5) الكوادريليون يساوي مليون بليون (10¹⁵).

(6) حاول الإنسان على مدى العصور زيادة حصته من الموارد غير المتجددة، وبازدياد معرفته العلمية والتكنولوجية، حول المواد الموجودة في الطبيعة إلى موارد (لم يستخدم خام الحديد حتى عهد الأسر الحاكمة الأخيرة في مصر القديمة، ولم يستخدم الزيت كوقود حتى النصف الثاني من القرن التاسع عشر، واستخدم الألمنيوم في بداية القرن الماضي فقط، وينطبق هذا أيضاً على اليورانيوم والسليكون أيضاً).

تتنوع طرق التقيد بهذه المبادئ وفقاً لظروف البلد ونظمه الإيكولوجية. ولكنها ستتطلب في جميع الحالات برامج بيئية تدار بفعالية. والإدارة البيئية مفهوم جديد نسبياً بالنسبة لجميع البلدان، وتصارع جميعها بعض المشاكل الخاصة التي يشكلها هذا المفهوم. وتشمل هذه المشاكل:

- الاتساع المستمر لنطاق المنظومة البيئية التي تتعين إدارتها. وقد توسع هذا النطاق على مدى السنين ليشمل المقاطعة فالمدينة فالدولة فمجتمعات الدول المجاورة فكوكب الأرض كله. ولكل من هذه النطاقات مشاكل متداخلة وحلول متداخلة أيضاً.

- التغير المستمر في معايير النوعية التي يسعى أي نظام إدارة بيئية لتحقيق الالتزام بها. ويأتي هذا التغير من تعميق فهمنا للأسباب الكامنة وراء الظاهرة البيئية ذات الآثار غير المرغوب فيها ومن ثم إعادة النظر في الصفات المطلوب الالتزام بها⁷.

- حقيقة أن الأدوات الرسمية لتحقيق الأهداف الاجتماعية، كسن القوانين، يمكن أن تكون عديمة الجدوى في مجال البيئة، لا سيما في المجتمعات النامية. وقد يكون إنفاذ القوانين صعباً، بل مستحيلاً أحياناً. وربما من الأجدى تلبية الأهداف البيئية بوسائل أخرى، مثل حملات التوعية الجماهيرية والضغط الاجتماعي والحوافز الاقتصادية والمساعدة الفنية.

- وجود قيود أخرى على الإدارة البيئية والعمل البيئي، مثل القيم الاجتماعية السائدة، أو قوة المصالح المكتسبة، أو مشكلة العوامل الخارجية، أو محدودية الخبرة في الشؤون البيئية في العديد من البلدان.

- ظهور قضايا بيئية عالمية جديدة، حيث تأثرت البلدان العربية بالمشاكل ذات الأبعاد الكونية مثل استنزاف طبقة الأوزون والتغير المناخي. وفي الوقت نفسه، يتفاوت تأثير التغيرات العالمية على المناطق المختلفة. فتغير أنماط سقوط المطر يؤثر على بلدان حوض نهر النيل على نحو مختلف من تأثيره على بلدان شمال أفريقيا. وارتفاع مستويات مياه البحر يؤثر على مصر على نحو مختلف عن تأثيره على البحرين أو على البلدان الواقعة على الشاطئ الشرقي للبحر الأبيض المتوسط. ويتعين أن تظل البلدان العربية على اطلاع على البحوث في هذه الميادين لتقليل المخاطر في المستقبل.

وفي نفس الوقت، انتعش الاهتمام العربي بالبيئة على الصعيدين الحكومي والشعبي وكذلك في المعاهد الأكاديمية ومعاهد البحوث. وتعكس استراتيجية حماية البيئة، التي ترد خطوطها العريضة في الجزء التالي، التفكير الجديد في الطريقة التي تمكّن البلدان العربية من التقدم في هذا الميدان الهام بشكل خاص للتنمية الإنسانية.

استراتيجية لحماية البيئة⁸

تجسد الاستراتيجية المقترحة عدداً من المبادئ التوجيهية العامة التي يمكن الاستفادة منها لوضع برامج عمل بيئية. وتستند هذه المبادئ التوجيهية بدورها إلى دعامتين: (1) جوانب القوة والضعف في الظروف البيئية العربية الحالية؛ (2) فهم عام للتطورات الأخيرة في مختلف مجالات العمل البيئي. ويتطلب التنوع الإيكولوجي في العالم العربي اتباع طرق علاج مختلفة للمشاكل البيئية في البلدان المختلفة، ولكن المبادئ التوجيهية تتسع بما فيه الكفاية لتطبيقها بصورة عامة.

سمات استراتيجية حماية البيئة في البلدان العربية

في ضوء التحليل الوارد أعلاه والتغيرات المستمرة في العالم العربي، نقترح الأبعاد الستة التالية لاستراتيجية العمل البيئي العربي:

1- العمل ضمن إطارين زمنيين. تتعذر معالجة جميع المشاكل البيئية العديدة والمتنوعة التي تواجه البلدان العربية في وقت واحد. ولذلك، يتعين أن توضع خطط عمل تهدف إلى حماية وإصلاح البيئة العربية على مستويين:

أولاً، وضع خطط قصيرة الأجل، تغطي خمس سنوات مثلاً، وتعالج مشكلات ذات طبيعة ملحة. ثانياً، وضع خطط طويلة الأجل، تأخذ في الحسبان الخطط القصيرة الأجل، لكنها تعالج المشاكل التي تحتاج إلى جهد مستمر على مدى فترة زمنية أطول.

2- وضع سلم أولويات للعمل على أساس علمي رصين.⁹

3- وقف أسباب تدهور البيئة. غالباً ما يبذل قدر كبير من الجهود لمعالجة تأثيرات التدهور البيئي قبل إيلاء الاهتمام المناسب لوقف أسباب التدهور. وهذه الجهود لا تعود بمرودود إيجابي.

(7) من الأمثلة الحديثة على ذلك، النقاش الدائر في الولايات المتحدة حول مستوى الزرنخ في المياه الصالحة للشرب والتكلفة التي يتطوي عليها الحفاظ على هذه النسبة في مختلف المناطق. (8) يستند هذا الجزء بصورة رئيسية إلى تقرير معنون "مستقبل العمل البيئي في العالم العربي"، أعده أسامة الخولي، بالتعاون مع مصطفى كمال طلبة، وكامل ثابت (أسامة الخولي، 2001). وقد أقره مجلس الوزراء العرب المسؤولين عن البيئة، في اجتماعهم غير العادي المعقود في أبو ظبي في شباط/فبراير 2001، معتبرينه مرجعاً لبرامج حماية البيئة العربية في المستقبل. (9) نص إعلان أبو ظبي، الذي أصدره وزراء البيئة العرب في شباط/فبراير 2001، على أن المشاكل البيئية التالية لها أولوية عليا: شح الموارد المائية الحاد وتدهور نوعيتها، وشح الأراضي وتدهور نوعيتها، والاستهلاك غير الرشيد لمصادر الثروة الطبيعية، وزيادة المناطق الحضرية وما يصاحبها من مشاكل، وتدهور البيئة البحرية والمناطق الساحلية والربطية.

خاصة وأن هناك حالات تكون فيها التأثيرات شديدة بحيث يتوجب تقسيم الجهود بين علاج التأثيرات من جهة وإزالة أسباب المشاكل من الجهة الأخرى. وفي هذه الحالات، يلزم بذل جهد كبير جداً، فإن درجة المشاكل البيئية من منطقة إلى أخرى أو من وقت إلى وقت لاحق سيؤدي دائماً إلى كلفة طائلة . وأفضل نهج هو معالجة المشاكل في مرحلة مبكرة.

4- تعزيز القدرة العربية على استخدام أدوات الاقتصاد البيئي الحديثة. إن إتقان استخدام أدوات التحليل الحديثة يمكن أن يوفر لصانعي السياسة تقديرات دقيقة للضرر الذي لحق بالبيئة نتيجة لعدم اتخاذ إجراءات أو التأخر في اتخاذها ، ويمكن أن يساعد على ضمان معالجة المشاكل البيئية بسرعة وفعالية. ومن بين هذه الأدوات حساب الآثار البيئية الخارجية للأنشطة الاقتصادية وتعديل إحصاءات إجمالي الناتج القومي لإظهار ما يستهلك من موارد وما يحدث من تلف بيئي ، والقيمة الحقيقية للاستثمارات مع مرور الزمن . وهذه الأدوات متوفرة وأخذة في التحسن وتطبيقها يزداد يسراً. ويمكن أن تكون مفيدة جداً لصانع القرار العربي وتساعد في أن يتخذ بثقة قرارات رشيدة بشأن المسائل البيئية.

5- اعتماد استراتيجية الإنتاج الأنظف. استراتيجية الإنتاج الأنظف تغطي نطاقاً واسعاً من المواضيع، بما فيها تخفيض استهلاك الموارد الطبيعية بسرعة وعلى نحو ملموس، وتجنب استخدام المواد شديدة السمية أو الضارة بالبيئة، وتحسين تصميم وتصنيع المنتجات لتخفيف العوادم المنبعثة والقمامة والنفايات، وتشجيع إعادة التدوير. وتتعرض هذه الاستراتيجية أيضاً لنظام القيم الاجتماعية والظروف التي ينشأ في ظلها الطلب الاجتماعي على المنتجات والخدمات. ومن ثم تحاول تعديل هذا النظام لتخفيف استهلاك الكماليات غير الضرورية التي تبدد الموارد وتضر بالبيئة¹⁰. وتسعى البلدان الصناعية إلى تحقيق ما يعرف بالمعامل 4 على الأجل القصير، والمعامل 10 على الأجل الطويل. وينطوي الأول على مضاعفة الإنتاج بنصف المدخلات من الموارد الطبيعية والطاقة. ويشير الثاني إلى إنتاج نفس الإنتاج بعشر المدخلات. وتنطوي استراتيجية الإنتاج الأنظف على فهم ديناميكي لمفهوم الأنظف حيث سيكون هناك مع تطور درايتنا الفنية وفهمنا لحقيقة المشاكل البيئية وتعاطف قدرة المجتمع على التصدي لها ، دائماً نمط للإنتاج والاستهلاك أفضل من وجهة النظر البيئية من نمط نسعى اليوم لتحقيقه.

6- زيادة المشاركة الشعبية في خطط عمل حماية البيئة. في التعامل مع القضايا البيئية، كان ولا يزال السؤال الأساسي هو كيف يمكن تحقيق التوازن المناسب بين متطلبات التنمية وضغطها على البيئة من جهة، والحاجة لحماية البيئة من جهة أخرى. ولتحقيق هذا التوازن، قد يتطلب الأمر إحداث تغييرات كبيرة في خطط التنمية. وقد تتعارض هذه التغييرات بدورها مع مصالح مجموعة اجتماعية أو أخرى. ولذلك، ينبغي بذل كل جهد لكسب تأييد الشعب لهذه التغييرات. ويتعين أن يقوم هذا الدعم على توعية الجمهور بأبعاد المشاكل البيئية، والسبب الذي يدعو للأخذ بنهج معين لمعالجتها. وينبغي استطلاع الرأي العام بشأن الخيارات المقترحة وأن يؤخذ هذا الرأي مأخذ الجد، لأن الشعب هو الذي يتأثر بالمشاكل وبالحلول على حد سواء. ولا يمكن أن تتجح جهود حماية البيئة على الأجل الطويل بدون دعم الشعب.

وتوجد ثلاثة عوامل حاسمة في حشد الرأي العام بالنسبة للقضايا البيئية. الأول هو دمج الوعي البيئي في التعليم والتدريب على جميع المستويات وفي جميع الميادين، بحيث يبدأ هذا الدمج في أوائل مراحل التعليم ويستمر حتى الدراسات الجامعية العليا (الهندسة والإدارة والاقتصاد والقانون) وفي معاهد البحوث. والثاني هو تعبئة وسائل الإعلام - المكتوب والمسموع والمرئي - بالإضافة إلى الفنانين والأدباء، للفت انتباه الجمهور إلى القضايا البيئية والحصول على دعمه. والثالث هو تشجيع المشاركة الشعبية في سن التشريعات وفي الامتثال لها بعد سنها.

وهذه مهمة ليست سهلة في مجتمعات ما زالت تفتقر في ممارستها وتشريعاتها إلى الاهتمام بالمشاركة الشعبية في صنع القرار وتنفيذه، ولكنها ذات أهمية حاسمة لكي تعطي التشريعات البيئية وخطط العمل البيئية ثمارها.

برامج مقترحة لحماية البيئة في العالم العربي

تأخذ المقترحات الواردة أدناه في الحسبان ملامح الاستراتيجية الواردة أعلاه، وتتسق مع أولويات العمل البيئي العربي الذي أقره بالإجماع وزراء البيئة العرب وجرى تلخيصه في إعلان أبو ظبي الذي صدر في شباط/ فبراير 2001.

● شح الموارد المائية وتدهور نوعيتها. يتعين أن يهدف البرنامج المقترح في هذا المجال إلى رفع

إن "درجة"
المشاكل البيئية من
منطقة إلى أخرى
أو من وقت إلى
وقت لاحق سيؤدي
دائماً إلى كلفة
طائلة . وأفضل
نهج هو معالجة
المشاكل في مرحلة
مبكرة.

(10) عندما جاء برنامج الأمم المتحدة للبيئة بمفهوم الإنتاج الأنظف عرف هذا المفهوم بأنه التطبيق المستمر لاستراتيجية بيئية وقائية على العمليات والمنتجات بغرض تقليل المخاطر التي تتهدد الإنسان والبيئة. وفي العمليات الإنتاجية، ينطوي الإنتاج الأنظف على الاقتصاد في استعمال المواد الخام والطاقة، وعدم استعمال المواد الخام السامة، وتخفيض كمية وسمية جميع الغازات المنبعثة والنفايات أثناء عمليات الإنتاج. وبالنسبة للمنتجات، تركز الاستراتيجية على تخفيف حدة تأثيراتها البيئية أثناء دورة حياة المنتج، منذ استخراج المادة الخام إلى التخلص من المنتج. والهدف الرئيسي للإنتاج الأنظف هو عدم توليد النفايات، ويمكن تحقيق الإنتاج الأنظف بتطبيق المعرفة والتطوير التقني و/ أو تغيير الظروف الاجتماعية والقيم الاجتماعية.

العائد الاجتماعي الاقتصادي لوحدة المياه المستخدمة . وينطوي هذا على إنشاء كيان مؤسسي مركزي تناط به مسؤولية إدارة استعمال المياه في مختلف قطاعات المجتمع، مما يلغي الشذمة القائمة في إدارة شؤون المياه حيث أن الإدارة موزعة حالياً بين عدة وكالات تنفيذية قد تفتقر لسياسة شاملة للمياه أو للقدرة على تنفيذها.

وتندرج البرامج المقترحة في ثلاث مجموعات :

- 1- ترشيد استعمال ما هو متاح حالياً من موارد المياه .
- 2- الحفاظ على نوعية هذه الموارد.
- 3- توفير موارد إضافية من مصادر غير تقليدية.

وينبغي أيضاً تصميم برامج جادة وفعالة لتوعية المواطنين بأهمية المياه، وخطورة الوضع الراهن وجدوى تطبيق الاجراءات المطلوبة والتأكيد على امكانية تنفيذها دون عناء وببسر.

● محدودية الأراضي وتدهور نوعيتها. نظراً لأن القدر الأكبر من رقعة الوطن العربي صحاري فانه كثيراً ما ينصب الحديث في موضوع الارض على الزراعة والغطاء النباتي للرعي دون غيرهما ، ولا تتجاوز الأراضي الصالحة للزراعة فيه سُبع مجموع مساحة الأراضي الكلية . فالزراعة وتربية الحيوانات ذات أهمية كبيرة في توفير الغذاء محلياً، ومعظم استعمال الأراضي مكرس لهاتين الوظيفتين. ولكن تمس الحاجة إلى وضع نظام تخطيط شامل ومنطقي لاستخدامات جميع أنواع الأراضي، (بما في ذلك الأراضي التي تدهورت نوعيتها) ولمختلف الأغراض. وفي نفس الوقت، ينبغي أن تدرس بعناية الأسباب التي أدت إلى تدهور نوعية هذه الأراضي، وأن تُعتمد برامج منسقة لوقف تدهور الأراضي في البلدان العربية، على الأجلين القصير والطويل. وأي خطة قومية شاملة لمختلف أنواع استعمالات الأراضي ينبغي أن تأخذ في الحسبان نوعية الأرض والأولويات لاستعمال هذه الأرض والعائد الاجتماعي الاقتصادي والزيادة المتوقعة في الحاجة لاستعمالات مختلفة في المستقبل. وينبغي التركيز بشكل خاص على مشاركة الأطراف المعنية في إعداد وتنفيذ خطط استعمال الأراضي.

● التحضر (الانتقال للعيش في المناطق الحضرية). كما لوحظ سابقاً، يمثل التحضر مشاكل بيئية عديدة. فبالإضافة إلى تلوث الهواء وما يصاحبه من مشاكل صحية، أدى التطوير الحضري الى التعدي على أفضل الأراضي الزراعية وأراضي الرعي في العالم العربي، وأكثرها ندرة. والبرامج الموجهة للتصدي للتأثير الضار

للتحضر، الذي تسارعت وتيرته نتيجة لمعدلات الزيادة السكانية المرتفعة، يتعين أن تنفذ على نحو يتمشى مع ظروف فرادى البلدان، ولكن ينبغي أن يكون هناك متسع أيضاً لتبادل الخبرة المتوافرة في هذا الميدان.

● المناطق الساحلية. تمتد شواطئ البلدان العربية على سبعة بحور، ثلاثة منها شبه مغلقة. ويسكن في المناطق الساحلية ما يزيد على نصف السكان العرب، ولذلك فإنها ذات أهمية كبيرة كموتل. كما أنها مهمة أيضاً كمصدر للعائدات السياحية التي تساعد بصورة عامة على خلق نشاط إقتصادي كثيف الاستخدام لليد العاملة. ولكن السياحة غير المنظمة وتأثيرات الأشكال الأخرى من نشاط الإنسان (مصادر التلوث الارضية، والردم المدمر للموائل البحرية للثروة السمكية، والأنشطة النفطية والصناعة عموماً) تسهم هي الأخرى إسهاماً كبيراً في تدهور المناطق الساحلية. ولحل هذه المشاكل، يتعين بذل قدر من جهود الحفاظ على البيئة البحرية أكبر كثيراً مما يجري بذله. وينبغي أن يشتمل هذا على عمل تتعاون فيه الحكومات الوطنية والمحلية والقطاع الخاص.

الإطار المؤسسي لحماية البيئة

أخذ معظم البلدان العربية بنهج السيطرة والتحكم تجاه الشؤون البيئية. وهذا النهج، الذي فشل في البلدان الصناعية، فشل أيضاً في البلدان العربية. وكبديل يتعين الأخذ بنهج أكثر فعالية.

وتوحي الخبرة في العديد من البلدان النامية والبلدان الصناعية أن من الصواب البدء بأدوات غير مباشرة (على سبيل المثال، الرقابة الذاتية) وتأخير استعمال التدخل المباشر إلى أن يصبح واضحاً أن الأدوات غير المباشرة غير فعالة ويتعين اتخاذ تدابير أخرى.

وتظل هناك أفعال مباشرة ضرورية لمساعدة المطالبين على تغيير سلوكهم قبل التركيز على عقابهم ومنها:

- تعظيم استعداد المجتمع للامتنال وزيادة الموارد اللازمة للامتنال إلى أقصى حد ممكن.
- إقناع الناس بقيمة جهودهم الإضافية ومساعدتهم على بذل هذه الجهود.
- استعمال آليات السوق (على سبيل المثال وضع معلومات إيكولوجية على البطاقات التي توضع على المنتجات) لزيادة وعي المجتمع بالآثار البيئية للمنتجات والخدمات.
- إشراك المجموعات المتأثرة بالتلوث أو هدر الموارد في وضع المواصفات البيئية والتحقق من

تظل هناك أفعال

مباشرة ضرورية

لمساعدة المطالبين

بالإلتزام بالمتطلبات

البيئية، على تغيير

سلوكهم قبل

التركيز على

عقابهم.

عائق الحكومات العربية. وبوسع رجال الأعمال العرب، بقدر معقول من الإنفاق والجهد، تطوير تقانة بيئية قادرة على النجاح وتسويقها. وهذا من شأنه أن يعزز كفاءة استعمال الموارد البيئية وأن يكبح التلوث أو يعكس اتجاهه. وينبغي أن تقدم الحكومات العربية الحوافز اللازمة للأعمال للقيام بهذه المهمة.

على صعيد العمل الأهلي

في بعض الحالات النادرة والجديرة بالثناء، أظهرت المنظمات غير الحكومية خبرة ومعرفة في القضايا البيئية، وتبنت قضايا بيئية تهم المجتمع، ودافعت عنها باقتناع وتصميم.

إلا أنه نظراً لعدم وجود عدد كبير من المنظمات المدنية التي تعمل من أجل حماية البيئة في البلدان العربية، فإن فعالية اتحاد هذه الجمعيات الذي أنشئ في أواخر القرن العشرين سيظل محدوداً ما لم تبذل جهود لتقوية هذه الجمعيات بوصفها قوة جماهيرية تدعم الحكومات والمنظمات المهنية في جهودها الرامية للتغلب على المشاكل البيئية.

كما هو الحال بالنسبة للأجزاء السابقة المعنية بالناس والصحة، حدّدت هذه المناقشة الموجزة لبعض القضايا المرتبطة بالموئل، البيئة الطبيعية التي يعيش فيها الناس والمشاكل التي يتعين على البلدان العربية أن تعالجها في السنوات القادمة. ولكن استعداد البلدان للتصدي لهذه المشاكل أفضل كثيراً مما كان عليه قبل 10 أو حتى 5 سنوات. فقبل كل شيء، تحسنت المعرفة بالمشاكل وحلولها الممكنة تحسناً كبيراً. إلا أنه تجدر إعادة التأكيد على أن النجاح في الحفاظ على الموارد النفيسة وفي معالجة التلوث غير المقبول سيتوقفان على وجود سكان واعين وملتزمين، وقبل كل شيء مثقفين - وهذا هو موضوع الفصل التالي.

الامتثال لها (الرقابة الذاتية).

- الحفاظ على مسؤولية الحكومة في إنفاذ الامتثال (حتى مع وجود الرقابة الذاتية).
- معالجة الخداع والغش والمعاقبة بقوة على ارتكابهما.
- وضع نظام رقابة صارم وشامل وذوي مصداقية.

التعاون العربي في شؤون البيئة

ان ترابط النظم البيئية العربية وما يجري في طرفيها (الموارد والملوثات) يفرض على الدول العربية أن تتعاون في رعايتها. وتتوافر لدى بعض البلدان العربية خبرة تعود إلى عقود سابقة من التعاون (مثلاً، من خلال الاتفاق أو عدم الاتفاق على طرق استعمال موارد المياه المشتركة). وعلى الرغم من أن التجربة مختلطة في هذا المجال، فإنه يمكن للبلدان العربية أن تنظر في ثلاثة مستويات من التعاون فيما بينها بشأن المسائل البيئية العامة.

على الصعيد الحكومي

أصبح تعزيز أداء مجلس الوزراء العرب المسؤولين عن البيئة مسألة ملحة حتى يتيح الإطار المناسب لرعاية الموارد البيئية المشتركة وتسوية النزاعات التي قد تقوم بين البلدان العربية حول الاستعمال المشترك لهذه الموارد، ولتعزيز التعاون العربي والمدافعة عن المصالح العربية في المحافل الدولية. وإحدى المسائل التي يتعين أن يعالجها المجلس أي عدم اتساق أو تضارب بين المصالح العربية (مثلاً، في مجال سياسات الطاقة أو تغيير المناخ). ويتعين على المجلس أن يحدد هذه الاختلافات وأن يقيم نطاقها وأن يضيّقها، وأن يمنع ظهورها في المحافل الدولية إذا اقتضى الأمر.

على صعيد العمل العلمي

لا تزال البحوث والدراسات البيئية متفرقة بين عدد من الدول العربية. وأدى هذا إلى إضعاف البحث في مجالات هامة تتصل بحماية البيئة في البلدان العربية، مثل استخدام الطاقة الشمسية، لا سيما في مجال تحلية المياه.

إنشاء كيانات جديدة ليس هو أفضل الطرق بالضرورة لتعزيز الجهود العلمية العربية المشتركة. ولكن ينصح بتقسيم المهام وتبادل الخبرات والمعلومات. وقد يساعد تجميع الكيانات العربية في كيان تعاوني في الحالات التي تتجاوز فيها تكلفة المنشآت قدرة أو احتياجات أي بلد عربي بمفرده.

تقع مسؤولية تنشيط العمل العلمي العربي على

ان ترابط النظم

البيئية العربية وما

يجري في طرفيها

(الموارد والملوثات)

يفرض على الدول

العربية أن تتعاون

في رعايتها.