أثر سياسات التكيف الاقتصادي على رفاهية الأطفال في السودان خلال عقدي الثمانينيات والتسعينيات

منيف عبدالباقي

مقدمـة:

لقد أولت المجتمعات منذ القدم الأطفال عناية خاصة لأجل ما يُمثلونه من ضمانةٍ لاستمرار النوع البشري. وكون أن معظم وثائق الحقوق والعهود والاتفاقيات الدولية الخاصة بحماية الأطفال قد أخذت في الظهور عقب الحرب العالمية الثانية لا يعني أن المجتمعات السابقة لم تكن تولي أمر الطفولة عناية. بل نجد أن ظهور المؤسسات الحديثة الخاصة برعاية الأطفال دليل علي التغيرات والتحولات التي حدثت في بنية المجتمعات المحلية والمجتمع الدولي، حيث تراجع دور مؤسسات الرعاية التقليدية مثل التنظيمات القبلية والأسر الممتدة، والتي تمثل فيها رابطة الدم الأساس للبنية الاجتماعية، وبرزت التجمعات السكانية الحديثة خصوصاً في المدن حيث أصبحت التجمعات السكانية محكومة بعوامل اقتصادية واجتماعية. ولذلك بدت الحاجة لظهور مؤسسات حديثة تُعنى بأمر الطفولة. وقد شهد النصف الثاني من هذا القرن ظهور كثير من التحولات المؤسسية التي أدت إلى تكوين منظمات، وإدارات، وجمعيات طوعية علي المستوى العالمي والوطني والمحلي. ولقد أدي هذا الازدهار المؤسسي إلى تطور أدوات الرعاية والحماية والتنمية للأطفال، وأصبحت حقوق الطفل محاور أساسية للحوار الاجتماعي وتقويم السياسات الاقتصادية من وجهة النظر الاجتماعية. ويأتي الاهتمام بالأطفال ليس لأن سياسات التكيف الهيكلي تؤثر فقط علي الأطفال، ولكن للإجماع حول أن الأطفال هم أكثر الشرائح ضعفاً في المجتمع، مما يجعلهم مدار اهتمام خاص عندما يتعلق الأمر بأي تغيرات اجتماعية يحتمل أن تكون ذات أثر عميق في الرفاهية الاجتماعية، مثل ما هو الحال في سياسات التكيف الهيكلي. بالإضافة إلى هذا فإن التركيز علي أثر السياسات الاقتصادية علي الأطفال ينبني علي

دوافع منهجية موضوعية، إذ إنَّ مؤشر معدل وفيات الأطفال يعتبر مؤشراً موثوقاً لمستوى الرفاهية الاجتماعية كُلهًّا بالمجتمع المعني .

سياسات التكيف الهيكلي: طبيعتها وأثرها:

لقد كان عقد الثمانينيات بالنسبة للسودان، كما هو الحال بالنسبة لكثير من الدول الأفريقية، هو العقد الذي بدأت فيه المصاعب الاقتصادية في إلقاء ظلالها الكثيفة علي الرفاهية الاجتماعية. وبدأت فيه أيضاً إجراءات السياسة الاقتصادية المبنية علي مفاهيم منظمات التمويل الدولية، خاصة البنك الدولي للإنشاء والتعمير وصندوق النقد الدولي. وقد طبقت هذه السياسات عملياً في كثير من الدول، ومن بينها السودان. وقد رسخت في دول أفريقيا جنوب الصحراء، وهي الدول (مع بعض دول جنوب شرق آسيا) الأكثر فقراً وتخلفاً اقتصادياً واجتماعياً. شهدت سياسات التكيف الاقتصادي تغيير الاسم الاصطلاحي لها وذلك بتغيير اسمها من سياسات التثبيت الاقتصادي (أو التركيز الاقتصادي) إلى سياسات التكيف الهيكلي. ويستند هذا التغيير أساساً علي طبيعة استخدام القروض المقدمة من منظمات التمويل، ومدة سدادها. وفيما يلي التعريفات الفنية لسياسات التكيف الاقتصادي، حيث يتم التمييز بين سياسات التركيز أو التثبيت الاقتصادي وبين سياسات التكيف الهيكلي علي النحو التالي:

(١) تهدف سياسات التركيز الاقتصادي عادة إلى تقليل الاختلال في الميزان الخارجي وفي الميزانية العامة بتخفيض الإنفاق (الحكومي وإنفاق قطاع الأعمال والقطاع العائلي) وبتقليل الائتمان. بهذه الإجراءات تهدف سياسات التثبيت إلى تخفيض الواردات وبذلك تخفيض العجز في الميزان التجاري. إذن فإن سياسات التثبيت الاقتصادي تمتاز بأنها قصيرة المدى وتعمل علي تحقيق أهدافها عن طريق تخفيض الطلب علي السلع المحلية والأجنبية، وهذا جعل كثيراً من الخبراء يشيرون إليها باسم سياسة إدارة الطلب.

(٢) أمّا سياسات التكيف الهيكلي فتعمل علي تحقيق أهدافها بتغيير البناء أو الهيكل الاقتصادي لتحسين أداء الميزان التجاري وكفاءة الاقتصاد الوطني في المدى الوسيط.

وبتفصيل أكثر نجد أن سياسات التكيف الهيكلي تهدف إلى زيادة عرض السلع القابلة للتسويق دولياً Tradables وبالتالي زيادة الصادرات وبدائل الواردات. ولهذا السبب نجد أن سياسات التكيف يشار إليها في أدبيات السياسة الاقتصادية بـ"سياسات جانب العرض" Supply Side Policies. (انظر كورنيا وشركاه ١٩٨٧ على سبيل المثال).

هذا التمييز بين سياسات التكيف الهيكلي وسياسات التركيز الاقتصادي اعتمد على محتوى كل نوع من هذه السياسات. أمّا من ناحية التبني المؤسسي فإننا نجد أن سياسات التركيز قد ارتبطت بصندوق النقد الدولي، أمّا سياسات التكيف الهيكلي فقد ارتبطت بالبنك الدولي. وفي هذا الإطار يجب ألا يعتقد بأن هذا الاختلاف ناشيء من اختلاف في الفلسفة الاقتصادية لتوأمي بريتون وودز، وإنما هذا التمايز يصب بالضبط في مسارب السياسات الاقتصادية كما رسمها مصممو اتفاقية بريتون وودز التي أناطت بصندوق النقد الدولي تصحيح حالات الاختلال العارضة في ميزان المدفوعات للدول الأعضاء بينما أوكلت للبنك الدولي العمل على تصحيح حالات الاختلال الهيكلية والتي تتطلب تغييراً أساسياً في البنية الاقتصادية للدول الأعضاء، التي تعاني من العجز. لهذا السبب نجد أن المؤسستين قد تقاربتا في التفكير. وقد استحدث صندوق النقد الدولي تسهيلات إضافية بتدعيم قروض التكيف الهيكلي التي يقدمها البنك الدولي. أهم هذه التسهيلات ما يسمي بتسهيل التكيف الهيكلي Structural Adjustment Facility SAF وتسهيل التكيف الهيكلي المعزز Enhanced Structural Adjustment Facility ESAF.

لم يكن هذا التقارب بين المؤسستين المذكورتين استجابة للفشل المشهود الذي منيت به سياسات التركيز الاقتصادي وردود الفعل العنيفة التي واجهتها هذه السياسات، كما يدلل عليه في بلادنا المعارضة الجماهيرية الشديدة والجهيرة التي لاقتها هذه السياسات في ظل العهد المايوي وعهد الحكومات الحزبية التي تلته. ولنجد أن نموذج اقتصاديات جانب العرض الذي ساد الدول الصناعية – خصوصاً في ظل الحكومات المحافظة مثل حكومة الرئيس ريجان والسيدة تاتشر، والذي يعتبر من أهم نماذج المدرسة الكلاسيكية

الجديدة التي عملت على ابتداع المنهج المعروف بـ"الاقتصاد السياسي الجديد" The New Political Economy كان له عظيم الأثر في هذا التقارب وذلك لسببين:

(١) القدرة الكبيرة للدول الصناعية الرئيسية في التأثير على سياسات المنظمتين. وقد بنيت السياسة الاقتصادية في الدول الصناعية المحافظة استرشاداً بالمدرسة الكلاسيكية الجديدة خصوصاً تيارها المسمي بـ"النقدية" Monetarism. وقد انتقل هذا الأثر إلى السياسة الاقتصادية الدولية لهذه الدول مما كان له أثر مباشر على التفكير الاقتصادي في المنظمتين.

(٢) الرابطة القوية بين المؤسستين والمؤسسات الأكاديمية الاقتصادية في الدول الصناعية الكبرى كان له أثر مباشر في نقل سيطرة تعاليم المدرسة الاقتصادية الكلاسيكية الجديدة إلى هاتين المؤسستين. وقد عزز من هذا الاتجاه أن المؤسسات الأكاديمية نفسها قد غلغلت أثر المدرسة الكلاسيكية فيها لضخامة التمويل الحكومي للبحث العلمي والذي كان يعكس أفضليات الحكومات المحافظة.

محاولة لاستكناه الطبيعة العامة لسياسات التكيف الهيكلي نفضل الاستعانة بالتصنيف الذي قدمه كورنيا (١٩٨٧) لمحتويات سياسات التكيف الهيكلي والذي لا يزال مفيداً وهو الآتي:-

(١) سياسات تخفيض الإنفاق:

هذه السياسة تعتبر الأداة التقليدية لإدارة الطلب. وتجد سندها التحليلي في القول بأن تخفيض الطلب على الواردات والسلع القابلة للتصدير يؤدي تلقائياً إلى تحسين ميزان المدفوعات وذلك لأن الواردات تنخفض وتزداد الصادرات بسبب تحرير السلع القابلة للتصدير Exportables من الاستهلاك المحلي. من الناحية النظرية يعتبر تخفيض الإنفاق ضرورياً إذا ما كان الطلب المحلي يفوق مستوى الإنتاج الذي يحقق الاستخدام الكامل لموارد الاقتصاد الوطني؛ ولكن في حالة وجود طلب محلي مساوٍ أو أقل من المستوى التوازني للدخل الذي يحقق الاستخدام الكامل، تؤدي هذه السياسات إلى حدوث توازن

في الميزان الخارجي في المدى القصير فقط، وعلي حساب التوازن الداخلي، أي تقود إلى مستوى منخفض من الناتج المحلي، ومستوى أقل من العمالة واستغلال أقل للطاقة الإنتاجية، وبالتالي إلى مستويات دخل أقل في الاقتصاد الوطني.

في العادة تشتمل سياسات إدارة الطلب على سياسة نقدية متزمتة، وتخفيض في السقوف الائتمانية، وتخفيض العجز في الميزانية العامة، وضبط الأجور وسياسات أخرى تعمل على تقييد ارتفاع الدخول الحقيقية.

(٢) سياسات تحويل الإنفاق Expenditure Switching Policies

تهدف سياسات تحويل الإنفاق للموارد الإنتاجية من إنتاج السلع غير القابلة للتسويق Non-tradable إلى السلع القابلة للتسويق دولياً، ومن الأنشطة الاستهلاكية إلى الأنشطة الإنتاجية. مثل هذه الأهداف تحقق عادة عن طريق التأثير على الأسعار النسبية بحدوث التحويل الكامل Complete Switching. ونجد أن مستوى الإنتاج الكلي لا يهبط وذلك لأن ما يفقد من إنتاج السلع غير القابلة للتسويق يعوض عنه بازدياد إنتاج السلع القابلة للتسويق، ويتطلب هذا من الناحية النظرية وجود الحراك الكامل Perfect Factor Mobility لعوامل الإنتاج. وبما أنه في واقع الأمر نجد رأس المال وأحياناً العمل متخصصاً Specific لدرجة كبيرة فإن التحويل لا يتم. ولكي يحدث لابدَّ من استثمار وإرادة قوية حتى يتسنى ذلك. ونجد أن الحزمة المعتادة من سياسة تحويل الإنفاق تحوى سياسات تخفيض العملة، التدخل في التجارة الخارجية للسياسات الضريبية، تسعير المنتجات، وسياسات تهدف إلى تعزيز حراك عوامل الإنتاج.

(٣) الإصلاحات المؤسسية والسياسات الإصلاحية:

نجد أن المكون الثالث لسياسات التكيف الهيكلي يعمل على إصلاح المؤسسات وتنفيذ السياسات الإصلاحية مثل تحرير التجارة، الخصخصة، إصلاح الأسواق المالية، إلغاء الرّقابة على العملة أو تخفيضها والإصلاحات في تحديد الأسعار. هذه السياسات عموماً تتجه نحو نظام اقتصادي مبني على نظام السوق ومنفتح تجاه الاقتصاد العالمي.

وعلي مستوي السياسة نجد أن البنك الدولي وصندوق النقد الدولي هما المؤسستان اللتان تعملان على تعميم هذه السياسات وتسويقها لدى دول العالم الثالث، والحجج الرئيسية التي تدعم بها هذه السياسات هي العمل على تسريع العملية التنموية بزيادة الكفاءة العامة لاقتصاديات هذه الدول، بتحسين الحوافز الإنتاجية وزيادة الاستجابة من العملاء الاقتصاديين (سواء أكانوا أفراداً أو مؤسسات) لإشارات السوق مثل التغير في الأسعار ومعدلات الربح أو أسعار الفائدة.

ما ذكرنا عاليه يمثل النمط الأكثر شيوعاً من سياسات التكيف الهيكلي، وباستثناء بعض الاختلافات الطفيفة جداً نجد أن جميع الدول النامية التي اتبعت سياسات تكيف اقتصادي قد أخذت بهذه السياسات وطبقتها، خصوصاً تلك الدول التي لها برنامج مع صندوق النقد الدولي أو البنك الدولي. وقبل أن استعرض آثار هذه السياسات في السودان أردنا بما ذكرناه من هذا العرض الإشارة إلى طبيعة هذه السياسات لمعرفة مدى مطابقتها للسياسات التي طُبقت (ولا تزال تُطبق) في السودان؛ وكذلك حتى يتبين المنطق الذي بنيت عليه هذه السياسات. ولا يخفى مدى صرامة ومحدودية إمكان تحقيق الافتراضات النظرية التي بنيت عليها هذه السياسات خصوصاً في ظروف دول العالم الثالث ذات البنية الاقتصادية المنافية كثيراً لشروط انطباق هذه الفروضات.

سياسات التكيف الهيكلي والسودان:

لقد بدأ السودان التعاطي مع سياسات التكيف الاقتصادي مع نهاية عقد السبعينيات وبداية عقد الثمانينيات، وكان هذا مع بداية شهود الاقتصاد الآثار السلبية للأزمات الاقتصادية التي تعّرض لها الاقتصاد العالمي عقب صدمتي النفط الأولى والثانية.

لقد اتبع السودان الطريق المعهود الذي تقود فيه مؤسسات التمويل الدولية للدول النامية، إذ بدأ أولاً بتطبيق برامج التركيز الاقتصادي التي يشجعها صندوق النقد الدولي في بداية الثمانينيات وحتى منتصفها تقريباً، ثم بدأ التحويل إلى سياسات التكيف الهيكلي والتي يسددها البنك الدولي بصفة خاصة. وما لم يكن معهوداً في مسار تطبيق

سياسات التكيف الاقتصادي في السودان هو انسحاب مؤسستي التمويل الدوليتين عن تقديم العون. وعلى الرغم من ذلك استمرت السلطات السودانية في تطبيق سياسات تكيف هيكلي لا تختلف عن سياسات التكيف الأخرى إلا في كونها تتم بدون مساندة من المؤسسات الدولية. ويعتقد كثير من المراقبين أَنَّ هذه السياسات كانت أكثر عمقاً وأبعد مدى مما تطلبه المؤسسات الدولية عادة. وقد حوت هذه السياسات تقريباً جميع مكونات حزمة سياسة التكيف التي تم توصيفها أعلاه، مثل تخفيض الإنفاق الحكومي، تحرير التجارة، الخصخصة، تخفيض العملة، الانكماش الائتماني .... الخ. وقد قام الاقتصاديون السودانيون منذ وقت مبكر بتصنيف محتوى سياسات التحرير وأبدوا آراءهم فيها. ولكثرة ما ثار من حوار حول هذه السياسات ولتوفر مراجعها فلن نقوم بتفصيلها هنا ومن أراد مزيداً من التفصيل عليه الرجوع إلى الكتب الأساسية مثل: محمد هاشم عوض (١٩٩٢)، علي عبد القادر (١٩٨٥، ١٩٩٠، ١٩٩٤)، ومقررات المؤتمرات الاقتصادية الجديدة التي عقدت، بالإضافة إلى المطبوعات الحكومية ذات الصلة. كما يمكن للقارئ أن يستشف مزيداً من التفاصيل من النقاش الذي يأتي حول آثار السياسات الاقتصادية على المؤشرات الاقتصادية الكلية وأثر ذلك على توفر الموارد.

آثار التكيف الهيكلي على الأطفال:

لقد لاحظ كثير من المراقبين المهتمين برفاهية الأطفال أن كثيراً من المؤشرات والتي كانت تتحرك إلى اتجاهات إيجابية في العقود الثلاثة التي سبقت الثمانينيات قد بدأت تتراجع في كثير من دول العالم الثالث متزامنة مع الركود في الاقتصاد العالمي. ويرجع الفضل في الاهتمام بأثر التحولات الاقتصادية على الأطفال إلى منظمة الأمم المتحدة لإغاثة الطفولة العالميـة UNICEF والتي قامت بإعداد تقرير عن أثر الركود الاقتصادي العالمي على الأطفال (اليونسيف ١٩٨٤). وقد أشار ذلك التقرير إلى الآثار السالبة للأداء الاقتصادي المتدني وتنبأ باستمرار تلك الآثار ما لم تتضافر جهود المعنيين بالرفاه الاجتماعي لاتخاذ تدابير واعية لتلافي تلك الآثار وتجنب الأسوأ منها. لقد ساهمت اليونسيف ليس فقط

بالإشارة إلى الآثار السالبة للأداء الاقتصادي، بل عملت على تطوير إطار منهجي تحليلي لرصد الآثار الاقتصادية على مؤشرات رفاهية الأطفال، وهو الإطار نفسه الذي سنستضيء به في محاولة رصد آثار التحولات الاقتصادية على أطفال السودان. وسنقوم بوصف عناصره الأساسية في الجزء التالي مباشرة.

الإطار المنهجي التحليلي لرصد آثار السياسات الاقتصادية على الأطفال:

اتبعت كثير من المناهج والأطر التحليلية لدراسة أثر التغييرات الاقتصادية على الأطفال، منها ما اعتمد على معلومات المقطع العرضي Cross Section Data لمعرفة ما إذا كان هناك فرقٌ معنويٌ من الناحية الإحصائية بين الدول التي طبقت برامج تكيف اقتصادي وتلك التي لم تطبق برامج. وقد نحا هذا المنحى الفريق العامل في دراسة الآثار الديمغرافية للتراجعات الاقتصادية والاجتماعية (١٩٩٣) والذي خلص إلى أن التراجعات الاقتصادية التي شهدتها دول أفريقيا جنوب الصحراء أدت إلى حدوث آثار ديمغرافية، وأن أوجه الحياة لكثير من الأفارقة تأثرت بموت أطفالهم وبالقرارات التي اتخذوها في ترك أو تأخير الزواج والوالدية Parenthood.

من الناحية العامة نجد أن أطر ومناهج التحليل المستخدمة في دراسة الآثار الاقتصادية على الأوضاع الاجتماعية تنقسم إلى تيارين عريضين: التيار الأول مبني على نماذج نظرية غالباً ما تكون "نماذج محاكاة" Simulation Models، والتيار الثاني مبني على المنهج التطبيقي الأمبريقي. وقد أشار كورنيا إلى أن المنهج النظري يشكو من عدم توفر المعلومات الكافية في الدول النامية، خصوصاً وأنه يعتمد أساساً على تطوير نماذج اقتصادّية وقياسية Econometric، ومثل هذه النماذج لها متطلبات كبيرة من المعلومات لتكون ذات فائدة. بالإضافة إلى هذا أشار كورنيا (١٩٨٧) أيضاً إلى ضعف منهجي في هذه النماذج مما يقلل من قيمتها، إذ إنَّ طريقة بنائها تؤثر على طبيعة النتائج التي يورثها تطبيقها. بالإضافة إلى ما ذكرنا فإن الاتجاه العام وهو اتجاه إيجابي (انظر بابكر، ١٩٩٧) يركز على الخصائص التطبيقية للحوار حول السياسات الاقتصادية وذلك لما لطبيعة

النماذج النظرية من تحيز أيدلوجي أودعته فيها سنوات الحرب الباردة وانقسام العالم إلى المعسكرين الشرقي والغربي.

استنادا على ما ذكر نجد أن النموذج الذي طورته اليونسيف هو أنسب الأطر التحليلية، وفي رأينا إن هذا النموذج له ميزة إضافية تزكيه لدينا، وهي كونه يتعقب آثار السياسات الاقتصادية عبر مسارها من المستوى الكلي إلى المستوى الوسيط وإلي مستوى الأسرة المعيشية Household، والتي تتقاطع في معظم المجتمعات مع الأسرة النووية، وهي الوحدة الاجتماعية التي أمنت اتفاقية حقوق الطفل على أنها البيئة الطبيعية لنمو الطفل. لقد طبق هذا النموذج في دراسة أثر سياسات التكيف الهيكلي في عشر دول من دول العالم الثالث هي بوتسوانا، زمبابوي، الفلبين، كوريا الجنوبية، سري لانكا، شيلي، جامايكا، وولاية ساو باولو بالبرازيل.

يوضح الشكل رقم (١) أدناه تمثيلاً مخططياً للإطار التحليلي الذي نُبِّه إليه عنه. كما هو واضح من الشكل إننا نجد أن العوامل الأساسية التي تقف خلف التأثير على رفاهية الأطفال في أوقات التكيف الاقتصادي هي الإنفاق الحكومي على الخدمات الأساسية مثل الصحة والتعليم ودعم الغذاء وخدمات رعاية الطفولة .....الخ. وهذه بدورها تتأثر بالمتغيرات الاقتصادية على المستوى الدولي والمستوى الوطني، وبطبيعة السياسات الاقتصادية المتبناة تؤثر هذه العوامل على العوامل الوسيطة مثل أسعار الغذاء، مستوى وتوزيع الدخل على مستوى الأسر، والإنتاج المعيشي، ووقت الأم المخصص لرعاية الطفل، وكذلك مهارات الأم في تقديم الرعاية مثل مستواها التعليمي، ومدى استيعابها لبرامج التوعية الصحية وما إلى ذلك.

وفقاً لهذا الإطار التحليلي سنحاول فيما يلي، وباستخدام المعلومات التي استطعنا الحصول عليها وهي جميعها معلومات من مصادر ثانوية، تتبع أثر السياسات الاقتصادية في السودان في الفترة ٨٥-١٩٩٧. وقد اخترنا هذه المدّة كما بيناه في مكان آخر (بابكر، ١٩٩٦) لأنها هي الفترة التي شهدت تمكن سياسات التكيف الاقتصادي في السودان

والمحاولات الأعمق أثراً لتطبيق هذه السياسات. كما يجب ملاحظة أن معظم المعلومات المتوفرة لدينا تقف عند العام ١٩٩٥ وذلك لعدم تمكين الموارد المتوفرة لدينا من تجميع المعلومات اللازمة (وليس استحالة الحصول على هذه المعلومات كما يجنح لاعتقاده بعض الباحثين)، ولقناعتنا بأنّ المعلومات المتوفرة كافية لإيضاح الاتجاه العام للمتغيرات الرئيسية.

سوف نحاول تتبع أثر السياسات الاقتصادية بقدر المستطاع بتحليل المتغيرات على المستوى الكلي، وذلك باستخدام منهج تحليل النظم تمثل لنا المدخلات Inputs للنظام، ثم تعرج على المتغيرات الوسيطة وهي ما تسمى في مصطلح تحليل النظم بمدخلات الإنتاج الوسيطة Throughputs، ثم نحاول استبيان العلائق بين هذين المستويين من المتغيرات وبين رفاهية الأطفال برصد تحركات مؤشرات رفاهية الأطفال على المستوى الفردي ومستوى الأسر، وهذا يمثل مخرجات النظام Output. فيما يلي نتناول هذه المتغيرات تباعاً.

الناتج المحلي الإجمالي:

يبين الجدول رقم (١) الناتج المحلي الإجمالي، وهو مؤشر عن مدى توفر الموارد الاقتصادية على المستوى الوطني. وهو في حد ذاته لا يمثل مؤشراً للرفاه الاجتماعي بما يخفيه من نمط توزيع الدخل ونمط الصرف الحكومي، الأمر الذي يجعل أخذه في الاعتبار مفيداً فقط عند إلحاقه بمؤشرات أخري. من الجدول المشار إليه نجد أن متوسط دخل الفرد الحقيقي قد انخفض وسجل متوسط نموٍّ سالب حتى ١٩٩١/٩٠م، وبعدها بدأ معدل التغيير في الارتفاع. يوضح هذا الجدول أيضاً الصرف الفعلي الحقيقي على الصحة للفرد. ويتبين لنا من الأرقام الانخفاض المستمر فيما خصص لهذا القطاع، وهو أحد القطاعات المؤثرة على الرفاه الاجتماعي وعلي الأطفال بشكل خاص إذ انخفض هذا المتوسط من ١,٤ جنيه في ١٩٨٧/٧٦ إلى ٠,٢٤ جنيه للفرد في ١٩٩٤/٩٣. وهنا تجدر الإشارة إلى أنَّ متوسط نصيب الفرد من الصرف الحكومي على الصحة ظل يواصل انخفاضه برغم ارتفاع متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في السنوات

الشكل رقم (1)

إطار بياني توضيحي لآثار سياسة التكيف الهيكلي على رفاهية الأطفال

١٩٩٢/٩١، ١٩٩٣/٩٢، ١٩٩٤/٩٣. وهذا الواقع يدل على أن الزعم بأن زيادة الناتج القومي الإجمالي سوف تنعكس إيجابياً وبشكل تلقائي على الرفاه الاجتماعي إنما هو زعم باطل، وأكثر من ذلك يمكننا أن نقول أن الاستمرار في تخفيض الصرف على الصحة برغم ازدياد الناتج القومي الإجمالي قد يؤخذ دليلاً على أن تنفيذ سياسات التحرير الاقتصادي بانعكاساتها على قطاع الصحة قد تم بدافع التحيز لهذه السياسات أكثر منه استجابة للمتغيرات الاقتصادية العملية، أي أن التحسن في الأوضاع الاقتصادية يمكن ألا ينعكس على مستوي الرفاهية الاجتماعية ما لم تكن هناك سياسة تستهدف ذلك عمداً.

جدول رقم (١)

السنة	الناتج المحلي بالأسعار الثابتة بالمليون جنيه	معدل التغير المئوي٪	متوسط دخل الفرد	معدل التغير المئوي ٪	الصرف الفعلي على الصحة	متوسط الصرف الحقيقي للفرد
٨٧/٨٦	٦٢٦٩	٣,٩	٢٧٩	–	٣٢,٨٨٧,٣٠٠	١,٤٠
٨٨/٨٧	٦٢٧٥	١,٥	٢٦٧	٤,٣٠–	١٩,٩٣٣,٧٠٠	٠,٨٠
٨٩/٨٨	٦٦٢٩	٥,٦	٢٧٣	٢,٢٤	٢١,٥٦٦,٥٠٠	٠,٩٠
٩٠/٨٩	٦٦٦٥	٠,٣	٢٦٧	٢,٢٠	١٧,٩٢٩,٨٠٠	٠,٧٠
٩١/٩٠	٦٦٨٦	٠,٤	٢٥٩	٣,٠٠–	١٢,٢٦٦,٤٠٠	٠,٥٠
٩٢/٩١	٧٤٤٧	١١,٣	٢٨٠	٨,١٠	١٠,١٧٢,٦٠٠	٠,٤٠
٩٣/٩٢	٨٣٦٤	١٢,٣	٣٣٥	٢٠,٠٠	٤,٤٥٧,١٠٠	٠,١٧
٩٤/٩٣	٨٨٩١	٦,٣	٣٥٦	٦,٣٠	٦٠٧,٨٠٠	٠,٢٤

المصدر: أعداد متفرقة من العرض الاقتصادي حسبت على أساس بيانات وزارة المالية.

الصرف الحكومي:

كما ذكرنا عاليه إن من أهم مكونات سياسات التكيف الاقتصادي تخفيض الإنفاق الحكومي، وقد كان للسودان نصيب من ذلك. وأكثر القطاعات تأثراً هي القطاعات الخدمية. يبين الجدول رقم (٢) نمط الصرف على الخدمات الصحية من الميزانية العامة، ومن هذا الجدول نلاحظ أن كلاً من الصرف الفعلي والمصدق لوزارة الصحة قد شهدا تدهوراً كبيراً كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، إذ هبطت نسبة الصرف المصدق من ١٧ر. في

١٩٨٧/٨٦م إلى ١ر. في ١٩٩٢/٩١م ونسبة الصرف الفعلي من ٥ر. في ١٩٨٧/٨٦م إلى ١ر. في ١٩٩٤/٩٣. ويفاقم من الحيف في تخصيص الموارد لقطاع الصحة أن الصرف الفعلي أصبح منذ ١٩٨٧/٨٦ أقل من المصدق (أي الاعتمادات).

جدول رقم (٢) نمط الصرف على الخدمات الصحية من الميزانية العامة للحكومة المركزية للسنوات المالية ١٩٨٧/٨٦ – ١٩٩٤/٩٣.

السنة	الناتج المحلى الإجمالي بملايين الجنيهات	جملة صرف الحكومة المركزية بملايين الجنيهات	جملة الصرف المصدق لوزارة الصحة	جملة الصرف الفعلي	الفعلي كنسبة مئويه من المصدق الفعلي باعتباره نسبة مئوية من المصّدق	المصدق باعتباره نسبة مئويه من الناتج المحلى الإجمالي	الفعلي باعتباره نسبة مئوية من الناتج المحلى الإجمالي
٨٧/٨٦	٣١١٩٨	٥٤٩٣	٥٣٩٧٠٦٤٥	١٥٧٨٥٨٩٨٠	–	٠,١٧	٠,٥
٨٨/٨٧	٣٤٠٦٠	٦٦٠٧٩	١٨٥٨٦٩٠٠٠	١٣٥٥٤٨٩٧٨	٧٣	٠,٤	٠,٣
٨٩/٨٨	٨٥٠٩٠	٩٦٢٥٨	٢٥٠٤٢٢١٨٠	٢١١٣٥١٧٧٥	٨٤,٤	٠,٣	٠,٣
٩٠/٨٩	١٠٠٨٤٤	١٢١٥٩	٤١٤٥٨٨١٧٠	٢٧٤٣٢٥٧٦٤	٦٦,٢	٠,٤	٠,٣
٩١/٩٠	١٩٠٨٣٨	١٥٨٥٩	٤٧٧٤٢٧١٤	٣٤٩٥٣٥٩٥٨	٧٣,٢	٠,٣	٠,٢
٩٢/٩١	٤١٠٨١٣	٥٣٤٤٦	٢٩٥٤٦٣٧٢٠	٥٤٩٣٢١١٨٩	٥٣,٩	٠,١	٠,١
٩٣/٩٢	٨٦٣٥٠٣	٧٤٦٠٧	–	٤٥٦٨٥٣٠٨٤	–	–	٠,١
٩٤/٩٣	١٧٣١٩٢٠	١٦٢٣٧٩	–	١١٨٤٠٨٠٠٤	–	–	٠,١

المصدر : تم حسابه بناءً على إحصاءات العرض الاقتصادي والتقرير السنوى الإحصائي وأعداد متفرقة – وزارة المالية ووزارة الصحة.

الأجور والمرتبات:

لا تتوفر لدينا أرقام موثوقة عن الأجور والمرتبات حيث يمكننا التعميم عن مستوى الدخل بشكل أكثر وثوقاً، ولكن هذا لا يعنى إهمال محاولة استنطاق ما يتوفر من معلومات لكي نكوّن على الأقل فكرة مسنودة بدليل ما عن الاتجاه العام لمستوى الدخل للعاملين بالمجتمع.

الجدول رقم (٣) يحوى أرقاماً عن معدلات التغيير في هيكل المرتبات والأجور للدرجات الوظيفية بالحكومة المركزية، وقد قمنا بتقسيمها إلى ثلاث مجموعات كما موضح

بأسفل الجدول. ويتضح من الجدول التدهور في أوضاع العاملين، إذ انخفضت مستويات الأجور الحقيقية بنسب كبيرة للفترات المشار إليها بالنسبة للمجموعات الثلاث. ورغم أن التعميم مباشرةً من منطلق هذه الأرقام لمستوى الأجور العام في المجتمع قد لا يكون دقيقاً إلا أن هذه الأرقام تزيد من الاعتقاد بحدوث التدهور في أجور العاملين بالقطاع الخاص وذلك لقوة الترابط بين القطاعين في سوق العمل مما يؤدى إلى تحرك مستويات الأجور في نفس الاتجاه برغم عدم تساويها.

جدول رقم (٣): التغير في هيكل المرتبات والأجور للدرجات الوظيفية بالحكومة المركزية والحكم الشعبي المحلى في الفترة ٨٥ – ١٩٩٣

المجموعة	المجموعة الأولى		المجموعة الثانية		المجموعة الثالثة		المجموعة الرابعة	
السنة	متوسط الراتب الحقيقي	معدل التغير (٪)	متوسط الراتب الحقيقي	معدل التغير (٪)	متوسط الراتب الحقيقي	معدل التغير (٪)	متوسط الراتب الحقيقي	معدل التغير (٪)
١٩٨٥	٦٥٢	–	٨٠١	–	٦٠٠	–	٣٠٠	–
١٩٨٨	٢٥٠٠	٢٨٣	١٠٢٠	٢٧,٣	٨٠٣	٣٤	٤٣٠	٤٣,٣
١٩٩٢	٨٠٧	٦٨–	٥٤٤	٤٧–	٢٧٠,٤	٦٦–	٢٠٥	٥٢–
١٩٩٣	٦٨٤	١٥,٢–	٤٧٨	١٢–	٢٥٨	٥–	١٨٨	٨,٣–

* المجموعة الأولى: من الأولى الخاصة وحتى الثالثة،
المجموعة الثانية: من الرابعة وحتى السابعة
المجموعة الثالثة: من الثامنة وحتى العاشرة
المجموعة الرابعة: من الحادية عشرة وحتى الثامنة عشرة.

* لقد تم تخفيض القيم الاسمّية باستخدام المخفض الضمني للناتج المحلى والإجمالي.

* المصدر: أعداد متفرقة من العرض الاقتصادي – وزارة المالية.

معدلات البطالة:

تعتبر معدلات البطالة من أهم المتغيرات الاقتصاديّة ذات الصلة بأوضاع رفاهية الأطفال وذلك لأنها تؤثر مباشرةً على الدخل وبالتالي الموارد المتوفرة للأسر للعناية

بأطفالها، وهذا هو الأثر غير المباشر. ولكن تكتسب البطالة أهمية لأثرها المباشر على رفاهية الأطفال من حيث الضغوط النفسية التي تسببها للشخص المتأثر بها مما يزيد من احتمالات تفكك الأسر سواء أكان هذا التفكك قانونياً أو واقعاً معاشاً.

وبرغم أهمية هذا المتغير إلا أننا لا نجد إحصاءات عنه، وتغيب الإحصاءات تماماً. ولكن لأهمية معرفة تغير هذا العامل لجأنا إلى الاستفادة من إحصاءات التسجيل لحملة المؤهلات المتوسطة والعمال المهرة وغير المهرة للفترة ٨٨ – ١٩٩٣م. لقد أخذنا نسبة التعيين إلى التسجيل متغيرا تمثيليا Proxy Variable لمعدل البطالة، وواضح من النسب المحسوبة أن نسبة التغير قد كانت سالبة لمعظم السنين خصوصاً بالنسبة للعمال المهرة والذين يعتبرون أهم الفئات نسبةً لأعدادهم الكبيرة نسبياً (مقارنةً مع حملة المؤهلات المتوسطة) وميلهم الأكبر نحو التسجيل (مقارنةً مع العمال غير المهرة). وهذا يشير إلى زيادة احتمال تدهور الوضع التوظيفي بالمجتمع.

جدول رقم (٤): نسبة التسجيل والتعيين لحملة المؤهلات المتوسطة والعمال المهرة والعمال غير المهرة خلال الفترة ٨٨ – ١٩٩٣م

نسبة التعيين للتسجيل للأعوام	حملة المؤهلات المتوسطة	عمال مهرة	عمال غير مهرة
١٩٨٩/٨٨	١٢,٩	٣٩,٠٠	٣٧,١
١٩٩٠/٨٩	٢٣,٤ (٢,٣)	٢٣,٥ (٣٩,٧٠)	١٤,٠ (٦٢,٣٠)
١٩٩١/٩٠	١٦,٤ (٢٤,٢)	٢١,٢ (٩,٨–)	٢٠,٥ (٤٦,٤)
١٩٩٢/٨١	٨,٠٧ (٥٠,٨–)	٢٠,٣ (٤,٢–)	٢٤,٨ (٣٩,٥)
١٩٩٣/٩٢	١١,٨ (٤٦,٢)	–	١٤,٠ (٥١–)

* المصدر : أعداد متفرقة من العرض الاقتصادي.

* الأرقام بين الأقواس معدل التغير المئوي فى نسبة التعيين بين الأعوام المختلفة.

معدل التضخم :

يحوى الجدول رقم (٥) الأرقام القياسية لذوي الدخول العالية والمنخفضة والرقم القياسي المتعادل لتكاليف المعيشة (أي الرقم القياسي لذوي الدخول المنخفضة مقسوماً

على الرقم القياسي لذوي الدخول العالية). نلاحظ من واقع الأرقام ارتفاع تكاليف المعيشة لذوي الدخول العالية والمنخفضة طوال الفترة ٨٥ – ١٩٩٠م مع ارتفاع معدلات التغير لذوي الدخول المنخفضة بمعدلات أكبر. إذ بلغت نسبة معدل التغير لذوي الدخول المنخفضة ٣ر٤٨ ٪ مقارنةً بـ ٨ر٤٧٪ لذوي الدخول العالية مما يعنى أن مقدرة الفقراء على السيطرة على الموارد الحقيقية كانت تتناقص بمعدل أكبر، ويعضد هذا الأمر النظر للرقم القياسي المتعادل والذي يزيد على الواحد الصحيح. برغم من أن أحد أهداف سياسات التكيف هو خفض التضخم. لما لذلك من منافع اقتصادّية واجتماعية، نجد أن الفترة ٩٠ – ١٩٩٣م شهدت زيادة معدلات التضخم خانة عددية صحيحة، إذ صار معدل التغير في تكاليف المعيشة يحسب بثلاثة أرقام. على كل نجد أن هذه الفترة شهدت ضيق الفجوة بين معدلات تغيير تكاليف المعيشة للفقراء والأغنياء، إذ انعكس التطور السابق وأصبحت الزيادة بالنسبة للفقراء أقل من معدلها بالنسبة للأغنياء، كما يتضح ذلك من الرقم القياسي المتعادل الذي انخفض عن الواحد الصحيح. وربما كان هذا التغيير بسبب أن زيادة الناتج القومي التي شهدتها هذه الفترة كانت نتيجة للتوسع في الإنتاج الزراعي، الأمر الذي خفض من أسعار الحبوب والخضروات، وهذه هي المكونات الأساسية لمجموعة السلع التي تدخل في حساب تكلفة المعيشة بالنسبة لذوي الدخول المنخفضة.

معدلات الفقر:

من استعراضنا للمتغيرات السابقة والتي تشير إلى احتمال زيادة البطالة وانخفاض معدلات الدخل بالنسبة لذوي الدخول المنخفضة يمكننا افتراض زيادة معدلات الفقر في المجتمع. ومثل هذه الخلاصة تأتى متسقة مع ما أشار إليه علي (١٩٩٤) من زيادة معدلات الفقر في كل من الريف والمدن بناءً على حساباته التي بناها على المعلومات المتوفرة من مسح الهجرة والعمالة في سنة (١٩٩٠)، والمعلومات الواردة في خطاب السيد/ وزير المالية أمام المجلس الوطني في ١٩٩٣م.

جدول رقم (٥): الأرقام القياسية لذوى الدخول العالية والمنخفضة والرقم القياسي المتعادل

العام	دخول منخفضة		دخول عالية		الرقم النسبى المتعادل	
	الرقم القياسي	التغيير النسبي ٪	الرقم القياسي	التغيير النسبي ٪	الرقم القياسي	التغيير النسبي ٪
١٩٨٥	٢٠٦٠,٦	–	١٩٤٨,٧	–	١٠٦,٣	–
١٩٨٦	٢٦٤٣,١	٢٨,٣	٢٤٧٦,٤	٢٨,٤	١٠٦,٢	٠,١–
١٩٨٧	٣٣٦٥,٧	٢٧,٣	٣٠٨٦,٨	٢٤	١٠٦	٠,٢–
١٩٨٨	٤٩٩,٨	٤٨,٥	٤٥٢٦,٨	٤٦,٧	١١٠,٤	٤,٢
١٩٨٩	٨٣٠٥,٥	٦٦,١	٧٨٨٣,٢	٧٤,١	١٠٠,٤	٩,١–
١٩٩٠	١٤٢٢٥,٩	٧١,٣	١٣١٠٥,٥	٦٦,٢	١٠٨٠٦,٥	٨,١
متوسط	٥٩٣٣,٣	٤٨,٣	٥٥٠٣	٤٧,٨	١٠٦,٣	٠,٦
١٩٩٠	١٣٧,٥	–	١٣٤,٣	–	١٠٢	–
١٩٩١	٣٠٥	١٥١,٨	٢٩٥,٧	١٢٠	١٠٣	١
١٩٩٢	٦٥٠,٩	١١٣,٤	٦٦٦,٥	١٢٥,٣	٠,٩٨	١–
١٩٩٣	١٣١٠,٧	١٠١,٤	١٣٣٨١,٢	١٠٠,٧	٠,٩٨	–

المصدر : العرض الاقتصادي ١٩٩٢/٩١ و ١٩٩٤/٩٣.

سنة الأساس ١٩٧٠ بالنسبة للفترة ٨٥ – ١٩٨٩ وسنة ١٩٩٠ بالنسبة للفترة ١٩٩٠ – ١٩٩٣م.

الصرف على المياه النقية:

يوضح الجدول رقم (٦) بعض الأرقام حول الاستثمار الحكومي في توفير المياه النقية بالريف، ويتضح التذبذب في هذه الاعتمادات برغم قصر الفترة المتوفرة عنها معلومات. كذلك نجد أن نسبة الصرف الحقيقي (أي الاعتمادات) ضئيلة جداً، مما يقلل من فاعليّة هذه الاستثمارات.

جدول رقم (٦): الاستثمار الحكومي في توفير مياه الريف

السنة	الاعتمادات	الصرف الحقيقي	النسبة ٪
٩٢–١٩٩٣	٦٧٤,٤٢٠	٢٢٧,٣٩٠	٣٤
٩٣–١٩٩٤	١,٦١٠,٠٠٠	٩١,٠٣٠	٥,٦
٩٤–١٩٩٥	٤٦٠,٠٠٠	٢٦٢,٠٠٠	٥,٦
المجموع	٦,٨٨٤,٤٢٠	٥٨٩,٤٢٠	٥,٨

المصدر : تحليل وضع النساء والأطفال في السودان : يونسيف – سودان ١٩٩٥.

توفير المؤسسات الصحية العلاجية:

يوضح الجدول رقم (٧) والجدول رقم (٨) بيانات عن المؤسسات الصحية بالسودان.

من الجدول رقم (٧) نجد أن المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية الأولية قد ازدادت أعدادها في ١٩٩٣م مقارنةً بالسنة المرجعية (١٩٨٥). ولكن نلاحظ أن عدد الوحدات الصحية الأولية قد نقص، وهذا قد يعنى أن بعض الوحدات الصحية الأولية قد تم ترفيعها للوحدات الصحية الأعلى كما يحدث عادةً، وهذا يقلل من الزيادة الظاهرة في عدد المؤسسات الصحية الأخرى. رغم الزيادة الملحوظة يجب أن ننبّه إلى زيادة عدد السكان مع عدم كفاية الخدمات أصلاً، بالإضافة إلى أن السياسة الصحية تركز على برامج الرعاية الصحية الأولية كأهم أداة للسياسة الصحية لبلوغ أهدافها المرسومة. ولا يسعنا إلا أن نشير إلى أن معدلات الزيادة في عدد الوحدات الصحية يعتبر غير كاف، مما يشير ليس إلى إهمال السياسة الصحية لهذا الجانب بقدر ما يشير إلى عدم كفاية الموارد المرصودة لتنمية المؤسسات الصحية كما يستشف من الصرف الحكومي على قطاع الصحة والذي اطلعنا عليه أعلاه.

جدول رقم (٧) بعض المؤسسات الصحية بالسودان للسنوات ٨٥ – ١٩٩٣م

المؤسسة الصحية	مراكز صحية	شفخانات	نقط غيار	وحدات صحية أولية
١٩٨٥	٢٨٨ (–)	٩٧٧ (–)	١٢٩١ (–)	٢٧٢٥ (–)
١٩٨٦	٣٠٧ (٦,٦)	٩٨٩ (١,٢)	١٢٢٦ (–٥)	٢٧٠٩ (–٠,٦)
١٩٨٧	٣٣٠ (٧,٥)	١١٤٥ (١٥,٨)	١٢٠٥ (–١,٦)	٣٠٨٠ (٣١,٧)
١٩٨٨	٣٩٢ (١٨,٨)	١٢٠٢ (٤,٩)	١٢٦٥ (٥)	٣٠٩٩ (٠,٦)
١٩٨٩	٣٣٩ (١,٨)	١٢٢٤ (١,٨)	١٢٥٩ (٠,٥)	٣٢١١ (٣,٦)
١٩٩٠	٤١٧ (٤,٥)	١٢٦٦ (٣,٤)	١٢٩٩ (٣,٢)	٣١٧٤ (–١,٦)
١٩٩١	٣٨٨ (–٧)	١٢٧٧ (٠,٧٨)	١٣٤٧ (٣,٧)	٣١١٥ (١,٩٠)
١٩٩٢	٤٧٠ (٢١,١)	١٣٤٤ (٥,٢)	١٣١٧ (٢,٢)	٣٠١٢ (٣,٣٠)
١٩٩٣	٤٧٧ (١,٥)	١٣٤٦ (٠,١٥)	١٣٨٨ (٥,٤)	٢٧١٣ (–٩,٩)

المصدر : وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي (أعداد متفرقة).

( ) الأرقام بين الأقواس تعنى معدل التغير السنوي (٪).

أما الجدول رقم (٨) والذي يشير إلى التغير في عدد المستشفيات يبين مدى الزيادة الضئيلة في هذا القطاع وما حدث من زيادة كان في عدد المستشفيات التخصصية والمستشفيات التي ليست بها خدمات اختصاصيّين. وقد يكون هذا النمط في التغيير متسقاً مع أهداف السياسة الصحية التي تركز على التوسع في الوحدات الصحية الأولية مع السيطرة على التوسع في قطاع المستشفيات.

توفر الكوادر الصحية

يبين الجدول رقم (٩) تطور عدد العاملين بالمهن الصحية العلاجية. وكما هو واضح فقد حدث انخفاض في أعداد العاملين من اختصاصيّين وأطباء ومساعدين طبيين، وهذا النقص في الكوادر الصحية له أثر بليغ على تقديم الرعاية، وذلك لأنه حتى ولو توفرت المؤسسات الصحية ومدخلات الإنتاج الأخرى فإنها تكون غير ذات جدوى إذا لم يوجد "الكادر" الصحي المؤهل، وهو المفتاح للاستفادة من الموارد الصحية المادية ويلعب الدور الأساسي. لقد كان أكبر خروج من النظام الصحي الحكومي في الفترة بين ١٩٩١ و ١٩٩٢م حيث نقص عدد الأطباء بنسبة ٩ر٣٣٪.

جدول رقم (٨): عدد المستشفيات والأسرة بالسودان ٨٥-١٩٩٣م

السنة	مستشفيات خدمات أخصائيين	تخصصية	مستشفيات	عدد الأسرة
١٩٨٥	٤٤	١٣	١٣٣	١٨٥٩٤
١٩٨٦	٤٥	١٣	١٣٦	١٨٥٧١
١٩٨٧	٤٢	١٦	١٤٠	١٨٧١٦
١٩٨٨	٤٥	١٩	١٣٩	١٩٠٩٤
١٩٨٩	٤٥	١٩	١٥١	١٩٢٥٢
١٩٩٠	٣٦	١٩	١٩٤	١٩٤٤٩
١٩٩١	٤٥	٢١	١٩٧	٢٠١٣٥
١٩٩٢	٤٥	٢٣	٢١٨	١٧٣٨٦
١٩٩٣	٤٥	٢٣	٢١٨	٢١٠٢٤

المصدر : وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي الإحصائي

جدول رقم (٩) العاملون في المهن الصحية بالسودان ٨٥ – ١٩٩٣

المهنة / السنة	أخصائيون	أطباء	مساعدون طبيون	ممرضون	زائرات صحيات	قابلات	فنيو أشعة
١٩٨٥	٦٠٢	٢٠٨٢	٣٥٢٣	١٥٨١٠	٤٩٦	٤٥٢٢	٢٢٤
١٩٨٦	٤٩٩ (١٧,١–)	١٩٠٨ (٨,٤–)	٣٧٥٩ (٦,٧)	١٦٤٧٩ (٤,٢)	٤٧٣ (٤,٦–)	٤٥٦٨ (١,٠٢)	٢١٠
١٩٨٧	٥٢٨ (٥,٨)	٢٥٧١ (٣٤,٧)	٤٣٠٣ (٥,١٤)	١٧٣١٢ (٥,١)	٤٧١ (٠,٤٢)	٤٨٤٣ (٦)	٢٣١
١٩٨٨	٥٥٤ (٤,٩)	٢٥٨١ (٢,٤)	٤٧٠٥ (٩,٣)	١٧٢٦٤ (٠,٢٨–)	٤٨٧ (٣,٤)	٥١٦٧ (٦,٧)	٢١٦
١٩٨٩	٥٧٥ (٣,٨)	٢٤٩٩ (٣,٢–)	٤٩٤٧ (٥,١)	١٦٩٥٤ (١,٨–)	٥٥٠ (٠,١٣)	٥٣٠٨ (٢,٧)	٢١١
١٩٩٠	٥٧٤ (٠,١٧)	٢٣٩٢ (٤,٣–)	٥١٠٢ (٣,١)	١٥٧٣٦ (٧,٢)	٥٦٨ (٣,٢٧)	٥٤٩٦ (٣,٥)	١٩٩
١٩٩١	٥٧٨ (٠,٧)	١٣٨٤ (٤٢,١–)	٤٥٨٠ (١٠,٢)	١٦٣١٠ (٦,٣)	٥٠٣ (١١,٤–)	٥٤٩٢ (٠,٠٧)	١٦٨
١٩٩٢	٥٣٢ (٨–)	١٥٦٥ (١٣,١)	٣٠٢٨ (٣٣,٩–)	١٦٣١٠ (٠)	٥٦٥ (١٢,٣)	٥٤٦٣ (٠,٥٣)	١٨٦
١٩٩٣	٥٣١ (١٩–.)	١٥٦٥ (٠)	٤٥٨٠ (١٠,٢)	١٥١٠٦ (٧,٤–)	٦٠٥ (٧,١)	٥٣٣٩ (٢,٢٧–)	٢٠٦
التغيير ٪ ٩٠–٩٣	٧,٥–	٣,٥–	١٠,٢–	٤–	٦,٥+	٢,٩–	
متوسط معدل التغيير السنوي ٩٠–٩٣	٢,٥–	١١,٦–	٣,٤–	١,٣–	٢,٢+	١–	

المصدر : وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي
( ) : الأرقام بين الأقواس تشير إلى معدل التغير السنوي (٪).

يجب أن نلاحظ أن هذا الهجر الجماعي للعمل بالمؤسسات الصحية الحكومية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بسياسات التكيف والتي عملت على كبح الزيادة في الأجور والمرتبات لكل العاملين بالقطاع العام كما أسلفنا بالأرقام. والأطباء من أكبر الشرائح المستخدمة لدى الدولة ولذلك تأثروا تأثراً كبيراً بسياسة خنق الأجور مما أدى إلى الهجرة إلى خارج البلاد

والعمل بالقطاع الخاص وفى بعض الحالات هجر المهنة نهائياً. بالإضافة إلى التدني في الأحوال المعيشية للأطباء نجد أن الانخفاض في الصرف على قطاع الصحة أدى إلى تدهور المعدلات ومدخلات العمل الطبي الأخرى بالمؤسسات الصحية الحكومية إلى درجة يعتبرها كثير من الأطباء أقل من المستويات اللائقة مهنياً، وكان هذا عاملاً إضافياً في هجر المهنة.

يعطى الجدول (١٠) إحصاءات عن العاملين بصحة البيئة ويتضح هنا التحسن الكبير نسبياً في أعداد العاملين بصحة البيئة مما يعكس اهتماماً حسناً بهذا الجانب الحيوي، خاصّةً إذا علمنا أن معظم الأمراض المنتشرة في البلاد تتعلق بصحة البيئة. ولكن يجب أن ننبّه إلى أنه بالرغم من التوسع في العمالة إلا أن الظروف الاقتصاديّة لم تسمح باستغلال هذا الجانب بصورة كافية، وذلك لعدم توفر مدخلات الإنتاج الكافية، وهذا لتدهور الصرف على الخدمات الصحية. ومعلوم أن بنية النظم الصحية في العالم الثالث المتحيزة نحو الخدمات العلاجية والمستشفيات تعطى أولوية في الصرف على هذه الخدمات، وعليه فإننا نتوقع أن تكون خدمات صحة البيئة قد نالت أكبر من نصيبها العادل من تخفيض الصرف. ويؤيد هذا التوقع ما يلاحظه المراقب العارض من تدهور ملحوظ في الأوضاع البيئية، خصوصاً بالمراكز الحضرية والمدن.

توفر الموارد الصحية بالقطاع الخاص:

قد يتبادر إلى ذهن المهتم بالخدمات الصحية أن ما فقد من موارد للصحة من القطاع العام قد عوض بتخصيص موارد إضافية من القطاع الخاص. ومثل هذا المنحى من التفكير قد يكون مشروعاً إذا ما كان الأمر متعلقاً بقطاع غير خدمي، ولكن في واقع الأمر نجد أن التوسع الذي حدث في القطاع الخاص لم يكن ترياقاً للآثار السالبة لسياسة التحرير، بل هو أحد مكوناتها المؤسسية، إذ أنَّ سياسات التكيف تقتضي تحويل كثير من الخدمات التي كان يقدمها القطاع العام إلى القطاع الخاص. وقد تمدد القطاع الصحي الخاص في وقت متزامن مع سياسات التحرير، إذ أنَّ معظم التمدد في المستوصفات الخاصة قد بدأ في الفترة التي أعقبت ١٩٩٠، وحدث فيها توسع كبير، كما يبين جدول رقم (١١)، والذي

يوضح أيضاً التغيرات في أسعار العمليات وأسعار الإقامة والتي ظلت تزداد على الدوام وبمعدلات فاقت معدل التضخم (انظر بابكر ١٩٩٦ لمزيد من التفاصيل). إن تمدد القطاع الخاص والذي حدث – كما يبين الجدول (١١) – في قطاع المستشفيات لا يتوقع أن يؤثر إيجابياً على مؤشرات رفاهية الأطفال، وذلك لأنه يقدم خدماته لشريحة محدودة من ذوي الدخل المرتفع، كما أنه يركز على الموارد والخدمات الفندقية للمرضى، وبالتالي يصبح منافساً لمؤسسات القطاع العام التي تقدم خدماتها للسواد الأعظم من الفقراء.

جدول رقم (١٠): العاملون بصحة البيئة بالسودان ٨٥ — ١٩٩٣

السنة	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٣	نسبة التغيير ٩٠-٩٣	متوسط معدل التغيير ٩٠-٩٣
مفتش صحة	٥٢	٦٣	٦٣	٥٣	٥٩	-٦,٣	-٢,١
معدل التغير المئوى ٪	–	٢١,٢	٠	-١٦	١١,٣	–	–
ضابط صحة	١٠٨	١٠٨	٢٤٣	١٣٩	١٦١	٤٩,١	١٦,٤
معدل التغير المئوى ٪	–	٠	٢٤	٤	١٦	–	–
ملاحظ صحة	٦٩٠	٣٩٠	٦٩٠	٨٣٨	١٠٠٦	٤٥,٨	١٥,٣
معدل التغير المئوى ٪	٠	٠	٠	٢١,٤	٢٠	–	–
عمال ملاريا	٣٢٥٥	٣٢١٢	٣٢٠٩	٢٨٨٦	٣٣٦١	٤,٦	١,٥
معدل التغير المئوى ٪	–	-١,٣	-٠,١	-١٠	١٦,٥	–	–
عمال بلهارسيا	٢٨١	٢٩٨	٣١١	٢٨٦	٢٩٦	-٠,٧	-٠,٢
معدل التغير المئوى ٪	–	٦	٤,٤	-٨	٣,٥	–	–
عمال كنس	٧٨٥٩	٧٨٥٩	٧٨٥٩	٨١٤٤	٨٢٦٣	٥,١	١,٧
معدل التغير المئوى ٪	–	٠	٠	٤	١,٥	–	–
عمال مواد	١٩٥١	١٩٥١	١٩٥١	١٦٢٩	١٨٠٦	-٧,٤	-٢,٤
معدل التغير المئوى ٪	–	٠	٠	-١٧	١١	–	–

المصدر : وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي (أعداد متفرقة)

جدول رقم (١١) العيادات والمستوصفات وأسعار الإقامة والعمليات والاستشارات الطبية – ولاية الخرطوم (الأسعار بالجنيه السوداني)

	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥
أعداد المستوصفات ومعدل التغير فيه	٩	١٠ (١١,١)	١٠ (٠)	١٢ (٢٠)	١٦ (٣٣,٣)	١٦ (٠)	٢٢ (٣٧,٥)	٢٧ (٢٢,٧)	٢٦ (١٨,٥)	٤٠ (٢٥)	٤٣ (٧,٥)
أسعار العمليات ومعدل التغير فيها (متوسط)	١٢٥ (٢)	٢٥٠ (١٠٠)	٤٢٥ (٧٠)	٧٥٠ (١٦,٥)	٢٢٥٠ (١٠٠)	٣٥٠٠ (٥٥,٦)	٤٥٠٠ (٢٨,٦)	٦٥٠٠ (٤٤,٤)	٩٠٠٠ (٣٨,٥)	١٧٥٠٠ (٩٤,٤)	٤٠٠٠٠ (١٢٨,٦)
أسعار الإقامة لليوم ومعدل التغير فيها	٢٧,٥	٤٥ (٦٢,٦)	٦٢,٥ (٣٨,٩)	٨٧,٥ (٤٠)	٨٧٥ (٩٠٠)	١٧٦٠ (١٠٠)	٢٥٠٠ (٤٢,٩)	٤٠٠٠ (٦٠)	٦٥٠٠ (٦٢,٥)	١٠٠٠٠ (٥٣,٨)	١٧٥٠٠ (٧٥)
أسعار الإستشارة للعموميين ومعدل التغير فيها	–	–	–	٦٠	٤٠ (١٠٠)	٦٢,٥ (٥٦,٢)	١٢٥ (١٠٠)	٦٧٥ (١٠٠)			
عدد العيادات الخاصة ومعدل التغير فيها	–	–	–	٣٦٢	٤٨٥ (٣٤)	٥٦٤ (٨)	٥٩٥ (١٣,٥)	٦٣١ (٦,١)	٦٠٨ (٣,٦)	٨٦٢ (٤١,٨)	
أسعار الإستشارة الطبية للأخصائيين ومعدل التغير فيها	–	–	–	٦٠	٨٥ (٤١,٧)	١٧٢ (١٠٥,٩)	٢٧٥ (٥٧,١)	١٠٥٠ (٢٨١,٨)			

المصدر: ديوان الضرائب – إدارة الأقسام الموحدة وإدارة الشركات (ملفات مختلفة)

توفر الأدوية:

لا نملك معلومات مباشرة عن كمية الأدوية المتوفرة وأسعارها، ولكن يمكننا اعتماداً على الجدول رقم (١٢) والذي يوضح قيمة الدواء المستورد بالدولار الأمريكي، أن نشير إلى أن استقرارا ما قد تحقق في كميات الدواء المستورد، مما يعني في ظل افتراضات معينة (مثلاً عدم حدوث تغيير كبير في أسعار الدواء عالمياً) أن موقف توفر الدواء قد تحسن. ولكن في ظل عدم حصولنا على معلومات عن أسعار الدواء لا نستطيع أن نجزم بأن هذا التوفر قد انعكس إيجابياً على رفاهية الأطفال، بل في الواقع، ومع أخذنا في الاعتبار مستوي الدعم الكبير الذي كان يقدم للدواء في الماضي فإن هذا التوفر قد ارتبط بزيادات كبيرة في الأسعار تخرج أعدادا كبيرة من المواطنين من دائرة القادرين على الحصول على الدواء.

جدول رقم (١٢): قيمة الاستيراد للأدوية البشرية في الفترة من ٩٠ إلى ١٩٩٥م

العـام	القيمة بالدولار	معدل التغير المئوى
١٩٩٠	١٥,٠٠٠,٠٠٠	–
١٩٩١	٤,٤٦٥,٥٧٤	٧٠–
١٩٩٢	١٨,٣١١,٢٨٥	٣١٠+
١٩٩٣	١٤,٩٤٢,٤٦٣	٣,٤–
١٩٩٤	٢٣,٧٦٢,٦٩٩	٥٩+
١٩٩٥	٢٦,١١٧,١٨٩	١٠+
الجملة	٩٨,٨٦٨,١٨٣	

المصدر : وزارة الصحة – إدارة الصيدلة

توفر الغذاء:

لقد تأثر الموقف الغذائي بالنسبة للمواطنين بسحب الدعم عن الخبز وبعض السلع الأساسية الأخرى. ومن المعروف أن رفع الدعم عن الغذاء يعيد توزيع الدخل من الفقراء للأغنياء، وذلك لأن معظم دخول الفقراء تصرف على الطعام، وبذلك يكون تأثرهم برفع

الدعم أكبر. لا توجد معلومات دقيقة عن توفر الغذاء، ولكن الجدول رقم (١٣) يبين إنتاج الحبوب للفرد، ويتبين من هذا الجدول التذبذب في متوسط إنتاج الحبوب للفرد عبر السنين. ولا يوجد أي تطور ملحوظ بحيث نستطيع القول بأن الإنتاج المحلي سوف يؤدي إلى الاكتفاء الذاتي في مدى قريب برغم ميل كثير من رأسمالي السياسة الزراعية إلى مثل هذا الرأي، خاصّة في الفترة التي أعقبت التسعينيات. كذلك يجب أن نذكر هنا أن توفر الغذاء، وإن لم يكن هو الشرط الكافي لضمان الأمن الغذائي – إذ لتحقيق الأمن الغذائي لابد من توزيع عادل للقوة الشرائية – إلا أنه شرط ضروري. كذلك يجب أن نؤكد أن توفر الغذاء في مجتمع مثل مجتمعنا يكتسب أهمية خاصة في تحقيق الرفاه الاجتماعي، وذلك لأن السوق وحده ليس هو الأداة الرئيسية لتوزيع الغذاء بين أفراد المجتمع.

جدول رقم (١٣): إنتاج حبوب الغذاء ٨٣/٨٢ - ١٩٩٤/٩٣ (الإنتاج بالآف الأطنان)

السنة	دخـــن			ذرة			قمح		
	الإنتاج	معدل التغير ٪	متو سط الإ نتا ج للفرد	الإنتاج	معدل التغير ٪	متو سط الإ نتا ج للفرد	الإنتاج	معدل التغير ٪	متو سط الإ نتا ج للفرد
٨٣–٨٢	٣٤١	–	٠,٠٢	١٩٣٨	–	٠,١	١٤١	–	٠,٠١
٨٤–٨٣	٣١٤	٨–	٠,٠٢	١١١٢٩	٤٧٤	٠,٥	١٦٩	٢٠	٠,٠١
٨٥–٨٤	١٦٨	٤٦–	٠,٠١	١١١٠	٩٠–	٠,١	٧٩	٥٣–	٠,٠٠٤
٨٦–٨٥	٤١٧	١٤٨	٠,٠٢	٣٥٢٤	٢١٧	٠,٢	١٩٩	١٥٢	٠,٠١
٨٧–٨٦	٢٨٥	٣٢–	٠,٠١	٣٢٧٧	٧–	٠,١٤	١٥٧	٢١–	٠,٠١
٨٨–٨٧	١٥٣	٤٦–	٠,٠١	١٣٧٣	٥٨–	٠,١	١٨١	١٢	٠,٠١
٨٩–٨٨	٤٩٥	٢٢٤	٠,٠٢	٢٤٢٥	٢٢٥	٠,٢	٢٧٤	٥١	٠,٠١
٩٠–٨٩	١٦٧	٦٧–	٠,٠١	١٦٠١	٦٤–	٠,١	٤٢٠	٥٣	٠,٠٢
٩١–٩٠	٨٨	٤٧–	٠,٠٣	١٢٠٠	٢٥–	٠,١	٦٧٠	٦٠	٠,٠٣
٩٢–٩١	٣٠٨	٢٥٠	٠,٠١	٣٥٤٠	١٩٢	٠,١٤	٨٩٥	٣٤	٠,٠٢
٩٣–٩٢	٤٩٩	٤٦	٠,٠٢	٤٠٤٢	١٤	٠,٢	٤٥٣	٤٩–	–
٩٤–٩٣	٣١٩	٢٩–	٠,٠١	٢٣٤٠	٤٢–	٠,١	٥٠٩	١٢	٠,٠٢

المصدر : حسبت بناءً على بيانات من أعداد متفرقة فى العرض الاقتصادى، وزارة المالية

جدول رقم (١٤): عدد المترددين على المستشفيات لبعض الأمراض للأعوام ١٩٨٦ – ١٩٩٣م

المرض السنة	ملاريا	بلهارسيا	مرض الجهاز التنفسي	إسهالات ونزلات معوية	سوء التغذية	فقر الدم	دوسنتاريا	أمراض الجهاز الهضمي	الحالات غير المستعملة	جملة الأمراض	الأمراض المعدية والطفيلية والمرتبطة بسوء التغذية مجملة
١٩٨٦	٢٨٢٠ (١٠,٧)	٧٤ (٠,٣)	٥٢٠٩ (١٩,٧)	٢٣٢٠ (٨,٨١)	٤٢٤ (١,٦)	١٠٨ (٠,٤)	١٥٤٨ (٥,٩)	٥٥٥ (٢,١)	٤٠٠ (١,٥)	٦٤٢١	٤٩,٥
١٩٨٧	٣٥٥٦ (١٥,١)	١٠٩ (٠,٤)	٥٦٢٤ (٢٠)	٢٧٧٠ (٩,٨)	٦٠٧ (٢,١)	١٤٣ (٠,٥)	٢١٦٥ (٧,٧)	١٤٣٣ (٥,١)	٦٤٤ (٢,٣)	٢٨٢٤٥	٥٨,٢
١٩٨٨	٤٥٥٥ (١٥,١)	١١٧ (٠,٤٧)	٥٣٠٩ (١٧,٦)	٥٥٥٦ (١٨,٤)	٦٦٤ (٢,٢)	١١٠ (٠,٤)	٤٨٧١ (١٦,١)	٨٠٨ (٢,٧)	٥٢١ (١,٨)	٣٠٣٢٩	٧٢,٩
١٩٨٩	٦٤٠٢ (٢٠,٢)	٥٢ (٠,٢)	٤٠٤١ (١٢,٧)	٤١١١ (١٣)	١٠٧٩ (٣,٤)	١٠٥٩ (٣,٣)	٣٧٦١ (١١,٨)	١٦٠٩ (٥,٢)	١٦٦٣ (٥,٢)	٣١٧٤٥	٦٩,٧
١٩٩٠	٧٥٠٩ (٨,١)	٦٠ (٠,١)	٤٣٦٧ (١٠,٦)	٤١٦٩ (١٠,٧)	١٠٤٣ (٢,٥)	١٠٠١ (٢,٤)	٢٠٣٠ (٧,٣)	١٠٣٣ (٢,٥)	١١٥٢ (٢,٨)	٤١٤٥٨	٥٣,٦
١٩٩١	<٥,٤> ٧٩١٢ (١٩,٩)	<١٥> ٦٩ (٠,٢)	<٥,٩> ٤١١٨ (١٠,٤)	<١,٩> ٤٢٤٧ (١٠,٨)	٦٦,٥ ١٧٢٥ (٤,٤)	٢٦,٢ ٧٩٣ (٢)	٥,٧ ٣١,٧ (٨,١)	١١,٢ ١١٥٩ (٢,٥)	-٢٤,٤ ٨٧٢ (٢,٢)	٤,٨- ٣٩٤٧٧ ()	٥٨,٧
١٩٩٢	٨,٨ ٨٦٧٢ (٢٠,٧)	٥,٨ ٧٢ (٠,٢)	١,٥ ٤٢١٩ (١٠,١)	٧,٥ ٢٩٢٩ (٩,٤)	٨٢,١ ٣١٥٩ (٧,٦)	١١,١ ٨٨١ (٢,١)	٢٢,٤ ٣٩٢٤ (٩,٤)	١١,٨ ١٠٢ (٢٠)	١٨ ١٠٢٩ (٢,٥)	٥,٥ ٤١٦٣٦	٦٢
١٩٩٣	٩,٢ ٩٤,٧ (٢١,٥)	٢٤,٧ ٩٧ (٠,٢)	١٨,٦ ٥٠٠٣ (١١,٥)	٤,٩ ٣٧٣٦ (٧,٦)	١٤,٥ ٢٦١٧ (٨,٣)	٥,٩ ٩٣٣ (٢,١)	٢,٤ ٤٠١٩ (٥,٢)	٦,٧ ١٠,٩ (٢,٥)	٢٠,٨ ١٢٤٢ (٢,٩)	٤٥ ٤٣٥١٧	٦٣,٩

( ) نسبة المترددين بسبب المرض من حملة المترددين لكل الأسباب. < > معدل الدخل السنوي.

الأرقام بين الأقواس تشير الى النسب من جملة الأمراض.

المصدر: وزارة الصحة (التقرير السنوي لأعداد متفرقة).

معدلات المرض:

يبين الجدول رقم (١٤) عدد المترددين على المستشفيات خلال الفترة ٨٦ – ١٩٩٣م. وقبل البدء في النظر إلى هذه الإحصاءات نريد أن نُنبِّه إلى أنه برغم معرفتنا بالمناقص الإحصائية للمعلومات المأخوذة عن المستشفيات إلا أن ظروف ندرة الإحصاءات الصحية

تجعل استخدامها على علاتها ضرورة. يتبين من الجدول المذكور مدى السيطرة المتزايدة للأمراض المعدية والطفيلية وأمراض سوء التغذية التي – وبعد انخفاضها إلى ٦ر٥٣٪ من جملة الحالات المترددة على المستشفيات – بدأت مرة أخري في الارتفاع. ومن الواضح ارتباط هذه الأمراض بالأحوال الاقتصادية – الاجتماعية، إذ أنّها ارتفعت من ٥ر٤٩٪ إلى ٩ر٧٢ ثم بدأت مرة أُخرى في الارتفاع. وأوضح ما يكون ذلك في الملاريا التي ارتفعت نسبتها إلى ٧ر١٠٪ في ١٩٨٩م ثم انخفضت إلى ١ر٨٪ في ١٩٩٠م لترتفع مرة أخرى إلى ٥ر٢١٪ من جملة العبء المرضي بالمستشفيات في ١٩٩٣م.

انتشار سوء التغذية:

من الجدول رقم (١٥) يتضح أنّ عدد المواليد بوزن منخفض، والذي يعكس الوضع الغذائى للأمهات، قد ظل ثابتاً عند معدل ١٥٪. وتفيد الإحصاءات الموجودة بعدم هبوطه، ومجرد ثبات هذا المعدل مع ارتفاع نسبته يشير إلى عدم تحسن الأوضاع التغذوية على الأقل. فى واقع الأمر إذا سلمنا بأن معدلات الولادة بالمستشفيات بالنسبة للنساء الفقيرات تنخفض تبعاً للمصاعب الاقتصادية – وبذلك تزيد معدلات الولادة بالمنزل – يمكن أن تؤخذ هذه الإحصاءات دليلاً على ارتفاع معدلات سوء التغذية بين الأمهات، لأن هذا يعني أن المعدل ثابتٌ برغم تغير تركيبة النساء المترددات على المستشفيات لصالح الفئات ذات الدخل المرتفع نسبياً. كذلك نجد أن الجدول المذكور يحوي معلومات عن المواليد بوزن منخفض في الفئة الحدية. – ٤ سنوات والتي انخفضت من ٤١٪ في إحصاءات ١٩٩١ إلى ٢٠٪ في عام ١٩٩٤، نشير إلى عدم الوثوق في هذه الإحصاءات، لأنها تعطى باعتبارها كمتوسطات لفترات زمنية طويلة ومتداخلة وبالتالي لا يمكن استخدامها لتحليل سلوك متغيرات التغذية عبر الزمن. أمّا نسبة تضخم الغدة الدرقية والمرتبطة بفقدان اليود كأحد المغذيات الدقيقة Micronutrients قد ظلت ثابتة عند ٢٠٪ لمدة طويلة، كما هو واضح من الجدول.

جدول رقم (١٥): بعض مؤشرات التغذية في السودان للأعوام ٩٠ – ١٩٩٧م

الأعوام / المؤشر	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧
المواليد بوزن منخفض	غ م	لا توجد (٨٠–٨٨)	١٥٪ (٨٠–٨٨)	غ م	١٥٪ (٨٦–٩٢)	غ م	١٥٪ (٨٦–٩٤)	١٥٪ (٩٠–٩٦)
المواليد بوزن منخفض ٠ – ٤٠	غ م	٤١٪ (٨٠–٨٨)	لا توجد (٨٠–٨٨)	غ م	٣٠٪ (٨٠–٩٢)	غ م	٢٠٪ (٨٠–٩٤)	٣٤٪ (٩٠–٩٩)
نسبة تضخم الغدة الدرقية	غ م	لا توجد إحصائية	لا توجد إحصائية	غ م	٢٠٪ (٨٠–٩٢)	غ م	٢٠٪ (٨٠–٩٢)	٢٠٪ (٨٥–٩٤)

المصدر: منظمة اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم ٩١، ٩٢، ٩٤، ٩٦، ٩٧.

غ: غير موجود.. م: موجود.

التحصين:

تعتبر تغطية التحصين Immunization Coverage من أكثر المؤشرات تأثراً بالأحوال الاقتصادية، وذلك لما تحتاجه عملية التحصين من ترتيبات لوجستية ضخمة. نلاحظ من الجدول رقم (١٧)، والذي يوضح نسب التحصين في الفترة ٨٧ – ١٩٩٣، أن نسبة التغطية التحصينية قد بدأت في الانخفاض في الفترة التي أعقبت ١٩٩٠م بعد أن قاربت التغطية الكاملة، وذلك لجميع الأمراض المحصن ضدها، خاصة المصل الثلاثي (شلل الأطفال، الحصبة، السل) إذ تزداد النسبة بعد عام ١٩٩٠ خاصة من ٩٠ إلى ١٩٩٢

(انظر الجدول). ولهذا دلالة خاصة إذا علمنا أنَّ إجراءات التكيف الاقتصادي قد بلغت أوجها في هذه الفترة، وبالتالي فإن احتمال ارتباط هذا التحول بها يزداد.

جدول رقم (١٦): متوسط معدلات انتشار سوء التغذية لبعض المناطق الصحية ١٩٩٠-١٩٩٢ م *

السنة / المنطقة	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩٢
الخرطوم			
٪٨٠>	١٥,٢	١٥,٨	١٦,٣
٪٧٠>	–	–	–
عدد المسوحات	٢	٢	لم يحدد
دارفور			
٪٨٠>	١٨,٧	٢٢,٩	٦,٢
٪٧٠>	–	–	–
عدد المسوحات	٤	٤	٢
كردفان			
٪٨٠>	١٣,٣	١٦,٨	١٠,٤
٪٧٠>	–	–	١,٣
عدد المسوحات	٢	٤	٣
المنطقة الشرقية			
٪٨٠>	٣١	١٨,٣	١٥,١
٪٧٠>	–	–	٥,٣
عدد المسوحات	١	٢	٢
المنطقة الوسطى			
٪٨٠>	–	–	١٠,٩
٪٧٠>	–	–	–
عدد المسوحات	لا يوجد	لا يوجد	١

المصدر : منظمة اليونسيف – حكومة السودان (١٩٩٣).

* قيست المعدلات باستخدام نسبة الوزن/الطول كنسبة مئوية من نسبة الوزن والطول للمجتمع المرجعى .

جدول رقم (١٧) تغطية التحصين للمناطق الصحية الشمالية

المصل	١٩٨٧	١٩٨٨	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٣	١٩٩٤
المصل الثلاثي	٣٦	٥٢	٥٢	٨١	٨١	٦٧	٥٢
شلل الأطفال	٣٦	٥١	٥١	٨١	٨٠	٦٧	٥٢
الحصبة	٢٧	٤٤	٤٣	٧١	٧٣	٦٦	٤٦
السـل	٥٥	٦٩	٦٥	٩٤	٨٤	٧٦	١٢
التيتانوس (معدى)	١٥	٢٢	٣٢	١٨	١٧	١٥	١٠

المصدر: إدارة التحصين (منقول عن العرض نصف الدوري لبرامج التعاون بين حكومة السودان ومنظمة اليونسيف ١٩٩٣).
* تم تغيير المقام المستعمل لحساب النسبة من عدد النساء الحوامل ليكون عدد النساء في سن الحمل.

التعليـم:

رغم أهمية المؤشرات التعليمية بالنسبة لموضوع هذه الورقة إلا أن المعلومات المتوفرة لدينا قليلة جداً. ويحوي الجدول رقم (١٨) معلومات عن بعض المؤشرات التعليمية، ومنه نجد أن هناك تحسناً واضحاً في معدلات تعليم الكبار، إذ بلغت نسبة التغطية للذكور ٥٨٪ وللإناث ٣٥٪ عام ١٩٩٥، وهذا يعزي إلى الاهتمام الكبير الذي بذل في هذا الجانب. ومن شأن مثل هذا التغيير أن يخفف من حدة وقع الأداء الضعيف لمؤشرات الرفاه الاجتماعي الأخرى خاصة إذا ما ارتفعت معدلات تعليم النساء. يوضح الجدول المشار إليه أيضاً معدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية بالنسبة للجنسين، وكما ظلت الفجوة بين المعدلين ثابتة تقريباً. أمّا إتمام المرحلة الابتدائية فقد ارتفعت نسبته من ٦١٪ في سنة ١٩٩١م لتصبح ٩٤٪ في سنة ١٩٩٦م، مما يعني حدوث تحسن في هذا الجانب أيضاً. أمّا فيما يخص نسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية فإن تحسناً طفيفاً قد طرأ على نسبة التحاق الإناث وظلت نسبة التحاق الذكور ثابتة. نجد من عرض هذه المعلومات المتوفرة عن التعليم حدوث تحسن طفيف في النسب المعروضة. وباستثناء معدلات تعليم الكبار فإن النسب الأخرى قد تغيرت تغيراً طفيفاً، ولعدم توفر معلومات لدينا عن مؤشرات الجودة quality indicators لا

نستطيع القطع باتجاه التحول في المؤشرات التعليمية، ولكن من الملاحظات العارضة نجد أن زيادة توسع القطاع الخاص مع زيادة أعباء المعيشة بالنسبة للغالبية العظمى من السكان وازدياد تكاليف التعليم الحكومي مع تأثر المعلمين سلباً بسياسة الأجور والمرتبات كغيرهم من العاملين بالقطاع الخاص تمثل أدلة كافية عن تدهور العملية التعليمية.

جدول رقم (١٨): بعض مؤشرات التعليم للأعوام ٩٠ – ١٩٩٧م

المؤشر	الأعوام	١٩٩٠	١٩٩١	١٩٩٢	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦
معدلات تعليم الكبار	ذكور إناث	غ م ٪١٧ (٨٥-٧٩)	٪٢٨ ٪٦	٪٤٣ ٪١٢	غ م غ م	٪٢٨ ٪٦	٪٥٨ ٪٣٥	
معدلات الإلتحاق بالمدارس الإبتدائية	ذكور إناث	٪٥٨ ٪٣١	١٩٨٨		غ م غ م	٪٥٨ ٪٤١ (٩١-٨٦)	غ م غ م	٪٥٨ ٪٤٥ (٩٢-٨٦)
إتمام المرحلة الإبتدائية	ذكور إناث		٪٦١ (٨٧-٨٥)	٪٧٦ (٨٧-٨٥)	غ م غ م	٪٧٦ (٨٩-٨٨)	غ م غ م	٪٩٤ (٩٣-٨٦)
معدل الإلتحاق بالمدارس الثانوية	ذكور إناث	غ م غ م	٪٢٣ ٪١٧	٪٢٣ ٪١٧ (٨٩-٨٦)	غ م غ م	٪٢٣ ٪١٧ (٩١-٨٦)	غ م غ م	٪٢٣ ٪١٩ (٩١-٨٦)

المصدر: تقارير وضع الأطفال في العالم (١٩٩٠ – ١٩٩٧).

يجب ملاحظة أن الأرقام بين الأقواس ترجع إلى السنة أو الفترة الزمنية التي أخذت فيها المؤشر.

غ م: غير متوفر.

خلاصات:

استهدفت هذه الورقة تتبع أثر السياسات الاقتصادية على مؤشرات رفاهية الأطفال على ضوء النموذج التحليلي لليونسيف (كورنيا وآخرون ١٩٨٧) وبناء على المعلومات المتاحة لها. ويمكننا بناء على العرض أعلاه الخلوص إلى:

١- الأثر السلبي لسياسات التكيف على الموارد المتوفرة على المستوى الكلي كما يبين ذلك تدهور الصرف الحكومي على الخدمات الاجتماعية، كما هو الحال بالنسبة لقطاع الصحة والمخصص من الاستثمارات في مجال المياه الريفية. وقد استبان لنا أن تدهور الصرف الحكومي على الصحة قد استمر برغم ارتفاع معدلات النمو في الناتج القومي على حسب الإحصاءات الرسمية وفي هذا دلالة على حساسية هذه السياسات للآثار الاجتماعية.

٢- تدهور مدخلات الإنتاج الوسيطة للقطاع الاجتماعي كما أوضحنا ذلك بعرض المعلومات عن توفر الكوادر الصحية والمؤسسات الصحية وتوفر الغذاء والدواء، إذ لاحظنا أنه حتى في حالة تحسن توفر بعض المدخلات الوسيطة مثل الدواء و"كوادر" الصحة المهنية فإن العوائق التي تخلقها ظروف التكيف تمنع من انعكاس ذلك الرفاه الاجتماعي إيجاباً على رفاهية الأطفال.

٣- اتساق مؤشرات رفاهية الأطفال مثل التغذية والصحة وتغطية التحصين مع اتجاه المتغيرات الكلية ومع اتجاه تغير مدخلات الإنتاج الوسيطة. وهكذا نجد أن معدلات الأمراض المعدية والطفيلية وانتشار سوء التغذية قد ارتفعت وأن معدلات تغطية التحصين قد انخفضت. على الرغم من محدودية المعلومات المتوفرة عن مؤشرات التعليم إلا أنها في إطار الأدلة الظرفية والملاحظات العرضية يمكننا أن نتكهن بأن الأداء في هذا القطاع أيضاً لم يكن مرضياً.

ختاماً علينا أن نكرر بوضوح أن هذه الورقة قد اعتمدت في استخلاص نتائجها على المنهج الظني التأشيري وليس على المنهج القطعي التقريري. وفي رأينا أن هذا المنهج هو الأنسب خاصةً في ظروف ندرة المعلومات التي نعاني منها. ولكن نسارع إلى القول بأن الخلاصات التي توصلت إليها هذه الورقة ليست جزافية، خصوصاً إذا علمنا أنها اتبعت منهجاً تطبيقياً ولم تقّوم في سْدم الرؤى النظرية المنفصمة عن الواقع. كذلك نشير إلى أن هذا المنهج قد طبق من قبل - كما ذكرنا آنفاً - لدراسة آثار التكيف الاقتصادي في عشر دول ووجد أثراً سلبياً للسياسات في ثماني منها (انظر كورنيا وآخرون ١٩٨٨). وبذلك

فإن ما خلصت إليه هذه الورقة لا يعتبر بدعاً في الآراء، وإنما يعتبر تعضيداً للأثر السالب لسياسات التكيف. وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذا الأمر – أي الأثر السالب لسياسات التكيف – قد أصبح مسّلماً به حتى لدي المؤسسات التي كانت تتبنى سياسات التكيف، بل نجد أن بعضها قد أنشأ إدارات متخصصة لرصد الأبعاد الاجتماعية للتكيف (انظر البنك الدولي ١٩٩٠ أ و ١٩٩٠ب).

المراجع العربية:

- علي عبدالقادر علي (١٩٩٠): من التبعية إلى التبعية: صندوق النقد الدولي والاقتصاد السوداني، المستقبل العربي، القاهرة.
- علي عبدالقادر علي (١٩٩٤): برامج التكيف الهيكلي والفقر في السودان، مركز البحوث العربية، القاهرة.
- ريتشارد جولي وأندرية كورنيا (١٩٨٤): أثر الركود العالمي على الأطفال. مطبعة بيرجامون، أكسفورد.
- وزارة المالية، حكومة السودان: العديد من أعداد المسح الاقتصادي السنوي.
- وزارة الصحة الاتحادية: العديد من تقارير الإحصاء الصحي والحيوي السنوية.

المراجع الأجنبية:

- Ali, A. A. G. (ed.) (1985): *The Sudan Economy in Disarray*, Essays on the IMF Model. Ithaca Press: London.
- Awad, M.H. (1990): *Sudan and the IMF*, DSRC Book Series No 6, University of Khartoum, DSRC.
- Babiker, M.A. (1996): "The Impact of Liberalization Policies on Health: Some Evidence from Sudan", DSRC Seminar Paper No. 100, Khartoum.
- Babiker, M.A. (1997): "Economic Adjustment Policies and the Availability of Resources for Health: The Experience of Sudan 1985- 95", paper presented to the Third Conference of the Social Science and Medicine in Africa, Harare.

- Cornia, G.A., R.A. Jolly, and F.C. Stewart (1987): *Adjustment with Human Face* (Vol. 1, Protecting the Vulnerable and Promoting Growth; Vol. 2, Country Case Studies). Oxford: Clarendon Press.
- Cornia, G.A., R.A. Jolly, and F.C. Stewart (1989): *Adjustment with Human Face* (Vol.2. Country Case Studies). Oxford: Clarendon Press
- Government of Sudan and UNICEF (1993): The Mid-Term Review of the Program of Cooperation. Khartoum (unpublished report).
- World Bank (1990a): Making Adjustment Work for the Poor: A Framework for Policy Reform in Africa. Washington.
- World Bank (1990b.): The Social Dimensions of Adjustment Priority Survey. Washington.
- Working Group on Demographic Effects of Economic and Social Reversals (1993): Demographic Effects of Economic Reversals in Sub-Saharan Africa. National Research Council, National Academies Press.