



الفصل الثامن

البحث عن أجندة سياسة اجتماعية جديدة

انتقالية" أو "صعوبات احتكاكية" توقعتهما المؤسسات المالية الدولية في البداية، ولكنهما أضحيا، بالأحرى، ظاهرتين سائدتين، طويلتي الأمد ونمطيتين. وقد اجتمعت الدراسات التي أجريت على آثار التكيف إلى المعارضة الجماهيرية للتدابير الرئيسية المرتبطة بالتكيف لتضع وصفات الالتزام بالسياسات الاقتصادية آنذاك موضع تساؤل.²

بحلول سنة 1990 كان البنك الدولي قد أقر بأن حزم التكيف لم تهتم، إلا قليلاً، بأوجه الحرمان الاجتماعي، وبأنه من الحكمة أن يتم تحاشي "الحط من قيمة رأس المال البشري" خلال عملية التكيف. وقد تم حل معضلة زيادة الدعم الاجتماعي مع الإبقاء، في الوقت نفسه، على الالتزام بقيود الاستقرار والالتزام المالي عن طريق محاولة "توجيه" النفقات الاجتماعية إلى السكان الأكثر احتياجاً إليها. وتم، في هذا الإطار، إعادة تخصيص بعض أوجه الإنفاق القائمة، لتوجه إلى التعليم الابتدائي، على سبيل المثال، بدلاً من التعليم الثانوي، كما تم إنشاء برامج مساعدة أو "شبكات أمان اجتماعي". كانت الفكرة التي قامت عليها إعادة هيكلة القطاع الاجتماعي فكرة "اعتماد على الرديف": تقوم مؤسسات الرعاية الاجتماعية بدور، فقط عندما تفشل في توفير الخدمات "العادية" (الأسرة والسوق) في لعب هذا الدور.³ ولكن، عادةً ما كانت تظهر شبكات الأمان إلى الوجود متأخرة: حيث كانت تنتظر "انهيار" الناس بدلاً من محاولة تحاشي انهيارهم قبل حدوثه، كما كانت ضيقة التوجه بل كثيراً ما كانت مخطئة، ولم تكن ملائمة لحجم أو طبيعة الفقر والحرمان اللذين حلا بالناس في ظل التكيف.⁴

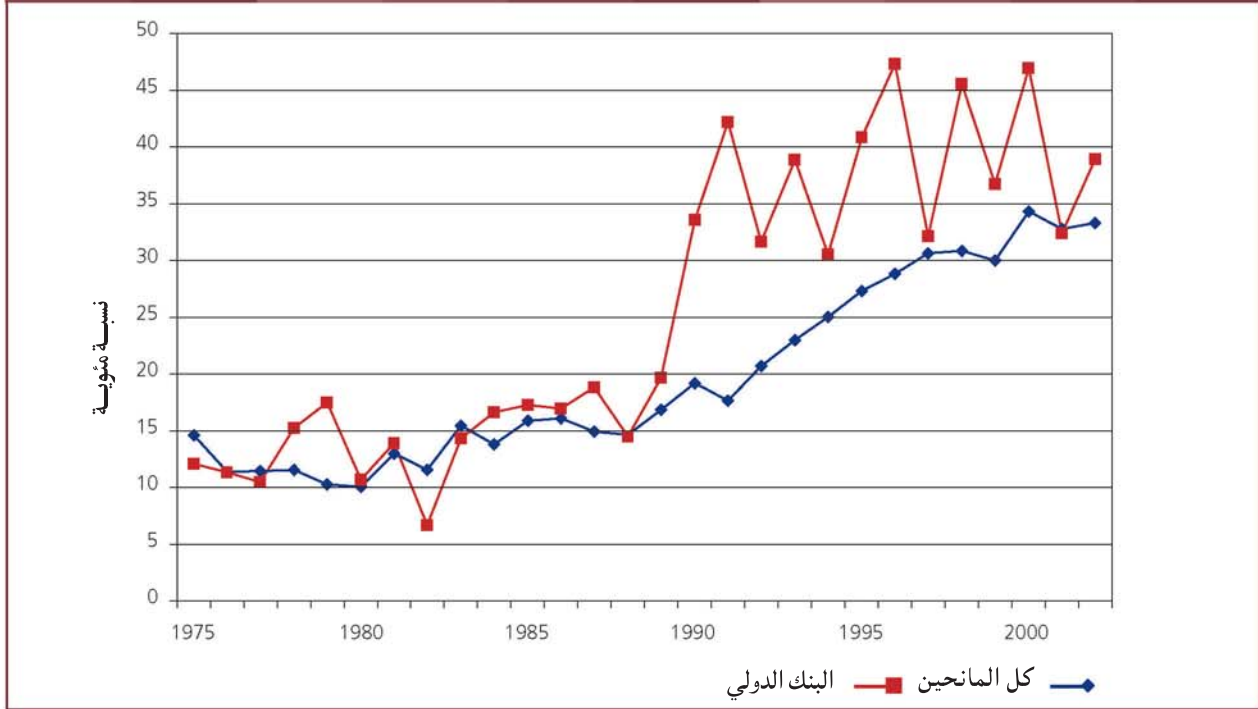
بحلول أواخر التسعينيات بدأت الرؤى التي ترى أن مواطن الضعف التي تشهدها العديد من الدول النامية تتطلب أنظمة حماية اجتماعية مؤسسية - وهي رؤى وعت تاريخ دولة الرفاه الأوروبية - تلقى أذاناً أكثر إصغاءً. وساهم تصاعد الانتقادات ونشاط المجتمع المدني في استعادة مستويات الإنفاق الحكومي

تتعرض سبل طلب الرزق في عالم اليوم إلى طائفة من مظاهر عدم الأمان. وتصبح تلك المظاهر حادة حيثما عملت قلة من الأفراد بعقود عمل مع ما يصاحبها من حقوق في الخدمات المرتبطة بالعمل، وحيثما تعرضت آليات الإنتاج المحلي - بشكل متزايد - إلى تقلبات الأسواق العالمية وحالات الركود التي قد تصيبها. وعندما تنهار الأجور والدخول وتختفي الوظائف، لا يبقى للناس مما يمكن الاتكاء عليه إلا القليل. ولا يقتصر الأمر على افتقار ملايين النساء والرجال العاملين في الاقتصاد غير الرسمي في الدول النامية إلى آليات الحماية الاجتماعية الرسمية فقط، بل إن جماعات مثل المعتلين والأطفال حديثي الولادة والعجائز يعتبرون من أسباب الإفقار القوية في ظل انخفاض الأجور وعجز الأصول عن شراء الرعاية الصحية في سياقات يزداد طابعها التجاري.

تزايد الاعتراف بتلك الحقائق، مؤخراً. فقد شهدت حقبة التسعينيات تحولاً دراماتيكياً في تعبير السياسة العالمية عن اعترافها بالدور الحيوي للسياسة الاجتماعية في عملية التنمية. ويشي الشكل 8.1 بأن ذلك لم يكن مجرد تحول كلامي؛ حيث يظهر أن القطاعات الاجتماعية تحظى، حالياً، بما يقرب من ثلث إجمالي تمويل الجهات المانحة للدول النامية.¹ هذا الوضع يبعد كثيراً عن حالة "أصولية السوق" التي شهدتها أوائل الثمانينيات والتي ركزت، فقط، على "تصحيح الأسعار"، ولم تلق بالاً للنتائج الاجتماعية.

كانت فترة تكشف القطاعات الاجتماعية نتيجة مباشرة لنمط الإصلاح الذي فرض، على نحو شبه عالمي، كشرط للحصول على القروض وحزم التكيف فتم على إثر ذلك تقليص الإنفاق الاجتماعي بشكل كبير وفرض "رسوم استخدام" على خدمات الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية الأخرى. وفي أواخر الثمانينيات أصبح من الواضح - وبشكل متزايد - أن الفقر والخلل الاجتماعي الناجمان عن الاستقرار والتكيف ليسا "ظاهرة

شكل 8.1 نصيب البنية الأساسية والخدمات الاجتماعية من المساعدة الرسمية للتنمية الموجهة إلى الدول النامية (1975-2002)



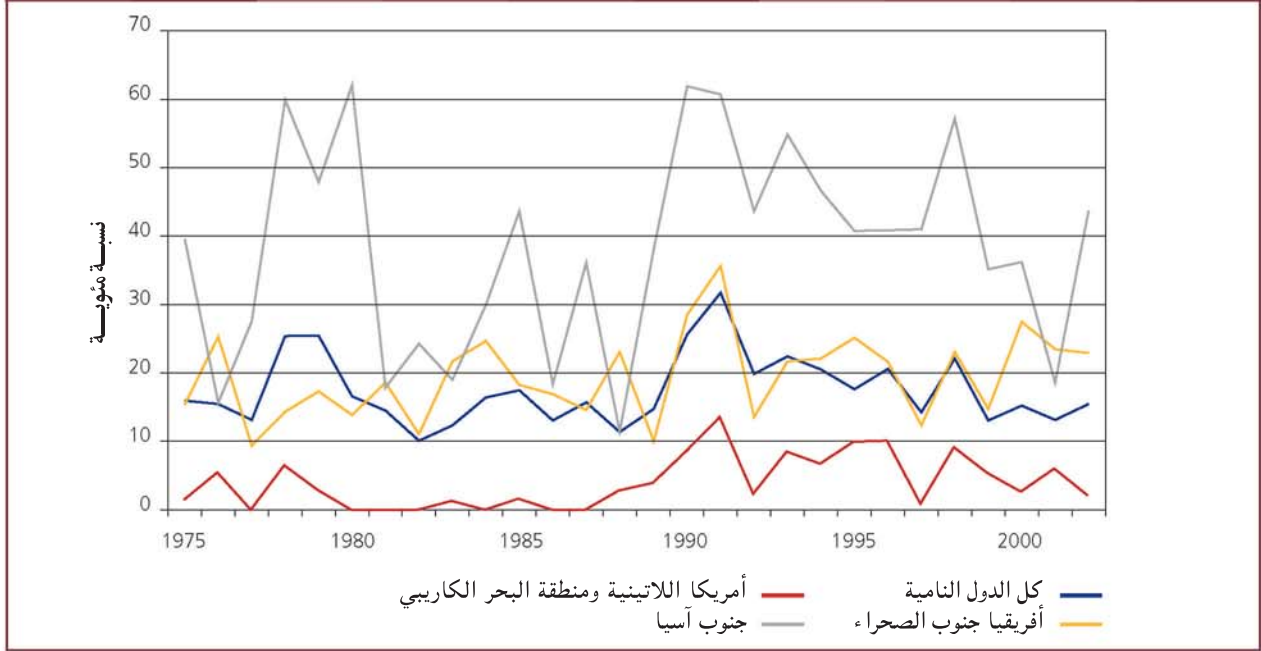
ملحوظة: تشمل البنية التحتية والخدمات الاجتماعية التعليم، والصحة، وبرامج السكان، وإمدادات المياه والصرف الصحي، والحكمة والمجتمع المدني، وبنية التحتية والخدمات الاجتماعية الأخرى
المصدر: تم الاحتساب اعتماداً على OECD 2004a

تفسيرات مختلفة لأسباب الحرمان الاجتماعي، ورؤى لا تقل اختلافاً حول الاستجابات اللازمة من السياسات الاجتماعية. إن للبنك الدولي سلطة وهيمنة في ميدان السياسات نظراً لوزنه كجهة إقراض للقطاعات الاجتماعية في المناطق النامية، خاصة في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء (انظر الشكل 8.2)، ونظراً لريادته في عملية "ورقة إستراتيجية تقليص الفقر" والتي بدأ الترويج لها سنة 1999. على أن أسلوب البنك الدولي - على المستوى السياسي - المبني على "الاعتماد على الرديف" في السياسة الاجتماعية، والقائم على فكرة أن الدولة تلعب دور "سد الفجوات"، يتناقض مع مفهوم السياسة الاجتماعية التي ترى أن هدفها هو إعادة التوزيع وأن الدولة يجب أن تكون لاعباً أساسياً في ذلك. هذا الموقف تدافع عنه العديد من المنظمات، والنشطاء، والشبكات الأكاديمية.⁷

يتوقع من الدولة - في إطار "إدارة المخاطر الاجتماعية" - أن توفر "شبكات أمان اجتماعي للتغلب على المخاطر" وأن تعمل "أدوات إدارة المخاطر" حيشما وعندما يفشل القطاع

الاجتماعي في العديد من البلدان، ومنها شيلي وسريلانكا وتونس والمكسيك (انظر جدول 3.3). وقد ظهر الاهتمام بالشأن الاجتماعي في محافل لم يكن يُنتظر أن يظهر فيها هذا الاهتمام، وحتى صندوق النقد الدولي نفسه لم يكن أمامه سوى الاعتراف صراحةً بأهمية السياسات الاجتماعية.⁵ وليس أدل على تغير فكر البنك الدولي من أن موضوع تقريره عن التنمية في العالم **World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty** كان الهجوم على الفقر، والذي حدد "إدارة المخاطر الاجتماعية" كأهم أساس مستدام لتقليص الفقر.⁶ قام هذا الفكر بالبناء على انتقاد المعونات الخيرية وعلى مفهوم "المشاركة"، فاقترح تحاشي "ثقافة الاعتمادية" عن طريق مساعدة الفقراء على تطوير القدرة على "مواجهة المخاطر أو التخفيف من وطأتها أو تقليصها". وانتشر استخدام مفردات من قبيل "الفقر"، و"الحماية الاجتماعية"، و"المشاركة"، و"المواطنة"، بيد أن هذا الإجماع الذي يشي به اشتراك الجميع في استخدام تلك المفردات كان ظاهرياً أكثر منه حقيقياً. وما زالت تنافس على جذب الانتباه

شكل 8.2 نصيب البنك الدولي من إجمالي المساعدة الرسمية للتنمية الموجهة للبنية التحتية والخدمات الاجتماعية، مناطق مختارة (1975-2002)



ملاحظة: تم احتساب المتغير لكل منطقة على أساس المساعدة الرسمية للتنمية المقدمة من البنك الدولي للبنية الأساسية الاجتماعية والخدمات مقسومة على المساعدة الرسمية للتنمية المقدمة من كل المانحين للبنية الأساسية الاجتماعية والخدمات. وتشمل تلك المساعدات برامج التعليم والصحة والسكان، وتوفير المياه والصرف الصحي، وخدمات الحكومة والمجتمع المدني وغيرها من بنية أساسية اجتماعية وخدمات. المصدر: تم الاحتساب اعتماداً على OECD 2004a

الفقراء فاعليتها، وترتفع فيها احتمالات وجود نقص حاد في الخدمات التي يوفرها مقدموها من القطاع الخاص، ترجح كفة تدخل الدولة الحكومي.⁹ يُسلّم الكثير من أحدث أدبيات السياسة الاجتماعية الصادرة عن المؤسسات المالية الدولية بأن توفير الحكومي الموجه للخدمات هو السبيل لتحقيق اندماج اجتماعي أكبر. بيد أن هذا التسليم مفتوح أمام التساؤلات. يمثل تقدير الدخل التقريبي للأسرة وتوجيه الدعم لمستحقيه في العادة الحل الأخير للمجتمعات التي تفتقد المساواة، حيث إن تلك الوسائل قد توقع الناس في الفقر وتزيد من أوجه عدم المساواة بدلاً من أن تعالج عدم المساواة من خلال إعادة التوزيع، بالإضافة إلى أنها تتطلب الكثير من قدرات الدولة الإدارية. في الوقت نفسه، ترتفع احتمالات اقتران الأنظمة الأكثر إدماجاً - حيث النفاذ قضية نقاش جماهيري، وحيث نجد الدعم الخدمي والسلعي، وحيث توجد الطبقات الاجتماعية المختلفة في المؤسسات نفسها - بسلوك الدولة التقدمي.¹⁰

الخاص. وهنا نجد امتداداً قوياً للجيل الأسبق من شبكات الأمان الاجتماعي الصغرى. وفي تقرير البنك الدولي الذي حمل عنوان: World Development Report 2004: Making Services Work for the Poor، اعتراف بحاجة "الحكومات إلى الاستثمار في شراء الخدمات الأساسية من أجل حماية الأسر الفقيرة"، وهو ما يسمح أيضاً بفكرة أن "إعمال الخدمات للفقراء يعني إعمالها للجميع مع ضمان نفاذ الفقراء إلى تلك الخدمات".⁸ بيد أن هذا التقرير يتحدث بعدة أصوات، وتأثيره على الخطوط الإرشادية العملية الخاصة بإقراض البنك للقطاعات الاجتماعية لا يزال غير واضح.

وعلى العكس من ذلك، تركز رؤية السياسة الاجتماعية لدورها في إعادة التوزيع على أهمية عدالة توفير الخدمات الاجتماعية وشمولها للجميع. وترى تلك السياسة - في سياق المجتمع النامي - دوراً محورياً للدولة، ليس فقط بوصفها منظم المؤسسات والهيكل، ولكن، أيضاً، بوصفها موفرراً أساسياً للخدمات. وفي الحالات التي يتسع فيها انتشار الفقر وتفقّد آليات تأمين

الأقل ثراءً في المجتمع. ومع ذلك، فقد فشلت النقاشات السائدة حول السياسة الاجتماعية في التعامل مع تلك الجوانب، ليظل النوع الاجتماعي "الطرف الصامت".¹² كان إسقاط النوع الاجتماعي من الحسابات سمة مشتركة لطرفي النقاش، المؤيدين منهم لسياسة الرديف والتوجيه التي تبناها البنك الدولي، وكذلك المؤيدين لمدرسة إعادة التوزيع وشمول الخدمات للجميع. ماذا تستطيع زاوية النوع الاجتماعي، إذن، أن تضيف للنقاشات الجارية حول السياسة الاجتماعية؟ أول نقطة ينبغي التركيز عليها هي أنه على الرغم من أن إصلاحات القطاع الاجتماعي جاءت في مجملها على حساب المرأة، فمن الخطأ أن نعتقد أن المرأة كانت مستفيدة من السياسة الاجتماعية، بوصفها مواطنة لها حقوق اجتماعية قبل مجيء سياسة الليبرالية الجديدة. ففترة الستينيات والسبعينيات لم تكن "العصر الذهبي" من زاوية النوع الاجتماعي. إن بقاء الاقتصاد الرسمي صغير الحجم في معظم الدول النامية كان يعني أن الأمن الوظيفي والخدمات المرتبطة بالعمل كانت ميزة متاحة لطبقة صغيرة من العاملين فقط في معظم البلدان، ومعظمهم من الرجال.

في أمريكا اللاتينية، كانت النقابات العمالية، والتي يهيمن الرجال عليها، المستفيد الرئيسي من العقود الاجتماعية المؤسسية التي كان يتم من خلالها التفاوض حول الأجور وظروف العمل والضمان الاجتماعي.¹³ وعلى الرغم من أن المرأة قد تكون قد استفادت بوصفها زوجة أو ابنة "للعائل الذكر"، فقد ظل الحصول على معاش عند التقدم في السن أو الحق في إجازة الأمومة حلمًا بعيد المنال لغالبية النساء. وكان مصدر الأمن القليل الذي قد تجده النساء يأتي من العمل المأجور عندما يتوفر، أو من الزواج، أو من الأقارب والجيران، أو من الكنيسة، أو من "حماية ورعاية" صاحب العمل غير الرسمي.¹⁴ وفي أفريقيا جنوب الصحراء، شاعت، أيضاً، المجموعات الصغيرة للنساء التي تكونت للحصول على قروض أو توفير مساعدات متبادلة، خاصة بين العاملات في السوق والتجارة. على أن فاعلية العديد من تلك الأنظمة في توفير الحماية الاجتماعية كان يحد منها في العادة انخفاض رأس المال الأساسي.

ولكن، على الرغم من أن الجهود المبكرة التي بُذلت في مجال الحماية الاجتماعية الرسمية في العديد من الدول النامية كان من الممكن إصلاحها، والاتساع فيها، والبناء عليها حتى تغطي طائفة أوسع من الأفراد، فقد حدثت انتكاسة خلال العقدين الماضيين؛ حيث ساد اتجاه قوي، في العديد من مناطق العالم، نحو تحويل الخدمات الاجتماعية والحماية الاجتماعية إلى سلع تجارية: لذلك فقد تأكل "نموذج الرجل العائل"، ليس بفعل

تشبي التجربة الأوروبية بأن الدول التي لديها أقل معدلات فقر هي تلك التي تتمتع بأنظمة تحويل الدخل التي تنطوي على مستوى أساسي للخدمات يتمتع به الجميع ويُمول من عائدات الضرائب العامة؛ والخدمات المتعلقة بالدخل العام تمولها مساهمات أصحاب الأعمال والعاملين، ثم يتم توفير المساعدات الاجتماعية الإضافية لمن ظلوا بعد ذلك من المحتاجين. إن شمول الاستفادة من المعاشات وإعانات الأطفال من الوسائل الفعالة في الإبقاء على الجماعات الضعيفة - العجائز، والأسر الكثيرة الأبناء، والأمهات الوحيدات - خارج محيط الفقر. وتتمثل الدعامة الأساسية الثانية في الأسلوب الشمولي لتحسين فرص حياة غالبية السكان في توفير نوعية جيدة من التعليم والرعاية الصحية مع إتاحتها للجميع.

المبدأ الأساسي الذي تقوم عليه السياسة الاجتماعية هو أن مظاهر الضعف والمخاطر تتطلب استجابة جماعية. والسبب في ذلك أن الكثير من الأفراد، خاصة الأفراد المنخفضي الدخل، لا يستطيعون توفير نفقات الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص الحديث، سواء كانت تلك الخدمات صحية أو تعليمية، أو امتيازات تأمينية على اختلاف أنواعها. وعادة ما تنهار محاولات تكوين مدخرات رسمية أو غير رسمية طويلة الأجل من قبل أفراد المنخفضي الدخل، أو الوسطاء الخارجيين، بسبب احتياجات الحاضر الضاغطة. إن جهود نشر التأمين المشترك بين الفقراء وحدهم، دون توسيع دائرة تحمل المخاطر التي تتأتى من تضمين الأفراد الأيسر حالاً في التأمين، محكوم عليها بالفشل: حيث إنها تعني غياب المبدأ الاجتماعي الجوهرى في التأمين، والمتمثل في: المشاركة حسب الدخل والاستفادة حسب الحاجة. لذلك، فالسياسات الاجتماعية القائمة على مبادئ الشمول والتضامن (المشاركة في المخاطر)، والتي تنطوي على دعم قوي من المتيسرين، هي الأكثر استدامة، في العادة، من الناحيتين المالية والسياسية.¹¹

شكل هذا النقاش حول المبادئ الأساسية خلفيةً لاعتبارات النوع الاجتماعي في سياق السياسة الاجتماعية. ولأسباب تبدو بلا تفسير، ظلت زوايا النوع الاجتماعي وانعكاساته غائبة إلى حد بعيد عن أجندة إصلاح السياسة الاجتماعية.

النوع الاجتماعي: "الطرف الصامت"

لا فكاك من اصطباغ عملية إصلاح السياسة الاجتماعية ونتائج هذا الإصلاح، كليهما، بالنوع الاجتماعي. ويميل كلاهما لأن يجري على حساب المرأة، خاصة المرأة المنتمية إلى القطاعات

تراتب النوع الاجتماعي والتغير المؤسسي

نظراً لضيق المساحة، سوف يقتصر هذا الفصل على التركيز على نقاط منتقاة وهي: إصلاحات قطاع الصحة (لأهميتها لدى العديد من الدول النامية المنخفضة الدخل)، وإصلاح المعاشات (الأكثر أهمية للدول المتوسطة الدخل)، وإصلاحات برامج الحماية الاجتماعية والابتكار فيها حتى تغطي العمالة غير الرسمية (وهي مهمة للدول المنخفضة الدخل والمتوسطة)، وبرامج مكافحة الفقر التي تستهدف النساء المنخفضات الدخل. وقد استبعدنا قطاع التعليم نظراً لوجود أدبيات كثيرة وتحليلات جارية فيه.¹⁶

يوضح التحليل التالي لتغير النظم في القطاعات الاجتماعية كيف كان تأثير الإصلاح المؤسسي مختلفاً على كل من الرجل والمرأة. ومن المساهمات الأساسية لأدبيات "نظام الرفاه" هذا الابتعاد الذي حدث عن القياس البسيط للإنفاق العام والنظر، بدلاً من ذلك، في المحتوى المؤسسي لدولة الرفاه من زوايا من قبيل: شروط الاستحقاق، والتغطية، وطبيعة الخدمات.¹⁷ وهناك حالياً اعتراف واسع بأهمية المؤسسات في لعب دور الوسيط الذي يربط بين الإنفاق العام ونتائج الرفاه. وكما أكد تقرير التنمية العالمي (WDR) 2004، فليست هناك علاقة بسيطة بين الإنفاق العام على الصحة والتعليم من جانب والنتائج من جانب آخر؛ فالمهم في الأمر هو المؤسسات، والتي ينظر إليها التقرير أساساً من زاوية مساءلة مقدمي الخدمات أمام العملاء الفقراء. وهنا، يتم تقييم بعض التغييرات المؤسسية التي أحدثتها إصلاح القطاع الاجتماعي الحالي من خلال عدسة النوع الاجتماعي، وهو منظور لم يتعامل معه تقرير التنمية لعام 2004، ولا الجيل الأول من منظري "نظام الرفاه" بالجدية الكافية. لا يقدم الفصل تحليلاً مفصلاً حسب النوع الاجتماعي للإنفاق العام وإنفاق المانحين على القطاعات الاجتماعية.

إصلاحات قطاع الصحة والنوع الاجتماعي¹⁸

كانت الصحة من أهم مجالات إصلاح القطاع الاجتماعي. وللصحة أهمية خاصة من زاوية النوع الاجتماعي، ليس فقط لأن كلاً من الرجل والمرأة يحتاج إلى نوعية مختلفة من الدعم الصحي للحفاظ على صحته الجسدية - ومن أوضح الأمثلة على هذا الاختلاف احتياج المرأة للرعاية الإنجابية - ولكن لأن الأنظمة الصحية

إصلاح الحقوق في الحصول على الخدمات التي توفرها الدولة على أساس أكثر عدالة تجاه النوع الاجتماعي، ولكن بفعل التقلص الشديد لهذه الحقوق. فقد تم استبدال هذه الحقوق بحقوق قائمة على السوق، وفردية، تتوفر لمن يستطيعون تحمل تكاليفها: المعاش الخاص، والتأمين الصحي الخاص، والمستشفيات الخاصة، والمدارس الخاصة، ودور المتقاعدين الخاصة، والرعاية الخاصة المأجورة للأطفال والمسنين.¹⁵ من المرجح أن تكون المرأة أكثر تأثراً بآثار تحول تلك الخدمات إلى سلع. وتفسر اختلاف تأثير الضغوط على كل من الجنسين العوامل التالية:

- التحيز تجاه نوع اجتماعي معين في تخصيص الموارد داخل الأسرة: بفعل المعايير الاجتماعية السائدة في العديد من بقاع العالم، خاصة في جنوب آسيا وشرقها، هناك تفضيل للصبي والرجال على الصبايا والنساء في تخصيص الموارد داخل الأسرة. وعندما يتعين على الأسرة المنخفضة الدخل أن تدفع مقابل خدمات من قبيل الرعاية الصحية الطارئة، تُقدّم في العادة احتياجات الصبي والرجال على احتياجات الصبايا والنساء.
- تراتب النوع الاجتماعي في السوق: تعاني المرأة أكثر من الرجل من القيود النقدية، نظراً لحرمانها في أسواق العمل والائتمان، وهو ما قد يحد من قدرتها على النفاذ إلى الخدمات المعتمدة على السوق وإلى الحماية الاجتماعية لها ولأبنائها. وتزداد المشكلة حدةً حيثما كانت المرأة هي المسؤول التقليدي عن جانب كبير من نفقات الرعاية الصحية والتعليم لها ولأبنائها، كما هي الحال في العديد من مناطق أفريقيا. وحيثما عملت المرأة، فالأرجح أنها تحصل على الخدمات الاجتماعية المرتبطة بالعمل بدرجة أقل من الرجل، نظراً لأنها تعمل عدد سنوات أقل، وتكسب أقل، ولأن احتمالات عملها غير الرسمي أعلى من تلك التي للرجل.

- الترتيب القائم على النوع الاجتماعي في اقتصاد الرعاية غير المأجور: عندما يكون تقديم الخدمات الرسمي بعيد المنال، يتعين على الرعاية غير الرسميين - الأمهات، والأخوات، والجدات، والبنات - توفير الرعاية غير المأجورة. وعادة ما تستند إصلاحات القطاع الاجتماعي إلى فرضيات غير مبررة حول توفر وقت الفراغ لدى النساء والفتيات، والذي تستطعن من خلاله أن تقدمن الرعاية.

- تراتب النوع الاجتماعي في قطاع الرعاية الاجتماعية الحكومي: تأثير ضغوط العمل التي أفرزها الإصلاح، والتي تشمل فقد الأجور في خدمات القطاع العام، أشد وطأة على النساء العاملات، حيث إنهن الفئة الغالبة في المستويات الدنيا من المهارة، والسلطة، والأجر.

سوف نتناول تلك القضايا بمزيد من التفصيل في الأقسام التالية.

- التحول من آليات التمويل المعتمدة على الضرائب إلى التأمين، بما فيه برامج التأمين المتبادل.
- التحول إلى لامركزية نظم تقديم الخدمة الصحية لتصبح تحت سيطرة الحكومات المحلية.
- فرض رسوم الاستخدام على خدمات الصحة التي تديرها الحكومة، والعقاقير التي توفرها الحكومة، وخدمات الصحة المعتمدة على المجتمع.

يتناول هذا القسم آثار إصلاحات الخدمة الصحية على نفاذ المرأة إلى الخدمات الصحية واستخدامها لها بوصفها مستخدمة لتلك الخدمة (لها ولمن تعولهم)، وعلى ظروف عمل المرأة بوصفها عاملة في قطاع الصحة، وبوصفها مقدمة رعاية غير مأجورة، خاصة عندما تفشل الآليات الرسمية في الوفاء باحتياجات الرعاية.

رسوم الخدمة الصحية: أثرها على المستخدمين

تم تنفيذ إصلاحات القطاع الصحي، في العديد من البلدان، في سياق فقر عام وحاد، وجاءت في كثير من الحالات في أعقاب أزمة اقتصادية تميزت بزيادة سوء حالة التغذية وزيادة أعباء العمل.¹⁹ وتزامنت فترة الإصلاح، أيضاً، مع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز وما أسفر عنه الوباء من أعباء مادية، واقتصادية، واجتماعية على الأسر، خاصة في أفريقيا. وهكذا تزايدت الحاجة والطلب في الوقت الذي أصبح النفاذ فيه إلى رعاية صحية مجانية، أو في متناول اليد، أكثر صعوبة. ومنذ ذلك الحين تم الاتساع في تطبيق نظام رسوم الخدمة، والذي أدخل لأول مرة في المستشفيات في أوائل الثمانينيات، ليمتد إلى المستويات الدنيا من المرافق الصحية الحكومية مثل المراكز الصحية والمراكز الفرعية التي تقدم رعاية أساسية أو علاج لحالات الطوارئ. وقد أكد عدد من الدراسات أن رسوم الاستخدام التي اقترنت بنظام استثناء غير فعال أدت إلى إقصاء غير القادرين. وبينما نظرت دراسات قليلة في الآثار الواقعة على كل من الجنسين، أظهرت دراسات اتجاهات الصحة الإنجابية التي أجريت في زيمبابوي، وتنزانيا، ونيجيريا أن إدخال نظام رسوم الاستخدام في مرافق صحة الأم والطفل اقترنت بانخفاض في عدد حالات الحمل التي تم قبولها، وزيادة معدلات إصابة الأم والوليد بالأمراض خلال أو بعد الولادة.²⁰

شهدت الهند في التسعينيات زيادة هائلة في مرافق الصحة الخاصة التي تقدم الخدمة بسعر الرعاية الصحية الحكومية.²¹ ويبدو أن زيادة خصخصة الخدمات قد أدت إلى إقصاء أو تهيمش

المؤسسية تصطبغ هياكلها بالنوع الاجتماعي، لتعكس بذلك أوجه عدم المساواة بين الجنسين في المجتمع الأوسع. وعادة ما يتمثل الترتاب في الخدمات الصحية في تولي الرجال للمراكز العليا، فمنهم الأطباء، وصناع السياسة، والمديرون، بينما يغلب وجود النساء في المستويات الدنيا من المهنة، فنجد منهن الممرضات، وأفراد الخدمات شبه الطبية والخدمات المعاونة. عادة ما تتجاهل الخدمات المقدمة إلى المرأة المعايير الاجتماعية والثقافية التي تحرمها من القدرة على اتخاذ القرار فيما يتعلق بالسلوك المرتبط بالصحة، كما هي الحال، مثلاً، فيما يتعلق بعلاقتها الجنسية أو استخدامها لوسائل منع الحمل لمد الفترة بين حمل وآخر. على أنه حيثما تحلت الخدمات والأفراد بالحساسية تجاه احتياجات النساء، خاصة المحرومات منهن، فمن شأن ذلك أن يساعد على تعويض بعض أوجه التمييز والصعوبات اللاتي يواجهنها. وقد يدعم من ذلك أن معظم علاقات العمل اليومي بين القائمين بالرعاية الصحية والمستفيدين منها علاقات بين النساء وبعضهن البعض، وعادة ما تحدث تلك العلاقات في سياق شؤون صحة المرأة والطفل. هذه الثقة التي تنمو بين المرأة والمرأة خلال التعامل الروتيني توفر فرصة لتحسين السلوكيات المتعلقة بالصحة.

شارك المانحون، بقوة، في تصميم إصلاحات قطاع الصحة في العديد من الدول التي كانت تمر بأزمات اقتصادية. وقامت حزمتهن الأساسية على تحرير الرعاية الإكلينيكية وتوفير العقاقير، في تركيز على تحويل الخدمة إلى سلعة واستخدام آليات السوق، وتقليص دور الحكومة، ولا مركزية أنظمة تقديم الخدمة، وإيلاء اهتمام أكبر بفعالية تقدير تكاليف الإنفاق الحكومي. وعادة ما يحتوى هذا النموذج على بعض الجوانب التالية، أو عليها جميعاً:

- تراجع دور الحكومة ليقصر في الأساس على وضع القيود التنظيمية وتحديد الأولويات، مع مسؤوليتها عن التوفير المباشر لخدمات الصحة العامة، وعن ضمان نفاذ الفئات الأكثر فقراً إلى الرعاية الأولية.
- تحرير الخدمة الإكلينيكية الخاصة ومبيعات الدواء، ودفع توفير الخدمة عن طريق "خليط" من مقدميها من القطاع الخاص، العام، والتطوعي.
- زيادة تحويل الخدمات التي تقدمها الحكومة إلى مجموعات أو شركات مستقلة بنظام التعاقد.
- زيادة استقلال إدارة وتمويل المستشفيات، والاتجاه نحو شيء من الخصخصة.

ونظراً لمحدودية تغطية هذه البرامج، كان التأمين الصحي المتبادل هو الآلية البديلة لتمويل الرعاية الصحية، والتي تهدف إلى زيادة شمول تلك الآلية للفقراء والجماعات الضعيفة. وقد انتشرت هذه البرامج خلال السنوات الأخيرة، وأخذت، في أفريقيا جنوب الصحراء، شكل برامج الدفع المقدم الاختياري المعتمد على المجتمع. ويمكن دفع مبالغ التأمين على أقساط، كما أن للجان المحلية أن تقرر إعفاء بعض الأعضاء غير القادرين، ومن الممكن، أيضاً، إيجاد تسوية للبعض من ذوي الدخل غير المستقرة أو الموسمية، بتأجيل الدفع حتى موسم الحصاد أو حتى تاريخ يتفق عليه.

على الرغم من أن ذلك يمثل تطوراً واعداً، فإن تلك البرامج المثالب نفسها التي نجدها في أنواع أخرى من برامج الادخار والإقراض المعتمدة على المجتمع. فانطلاقتها السريعة قد يتلوها تآكل في العضوية، ومساهمات تفوق طاقة الأفراد ومشاكل في التحصيل.²⁴ ويبدو أن البناء على برامج الادخار والإقراض المشتركين قد أثبت نجاحاً أفضل، بما أن هناك أنماط تضامن قائمة بالفعل، وبإمكانها توفير بعض التكاليف الإدارية. هذا بالضبط هو وضع برنامج التأمين المتكامل الذي تديره "سيوا" في جوجارات بالهند، والذي سوف نناقشه فيما بعد. بيد أن المانحين يميلون أكثر لدعم البرامج المستقلة الجديدة.

إصلاحات القطاع الصحي

والعمالة الصحية النسائية

يبدو أن الأبحاث التي أجريت على خصخصة الخدمات الصحية وآثارها على القوة العاملة الطبية قد تجاهلت النوع الاجتماعي، على المستوى التفصيلي على الأقل. بيد أنه نظراً لأن القوة العاملة هذه نسائية في معظم البلدان، وتحتل المرأة فيها المستويات الدنيا من الوظائف، فمن المرجح أن يكون الضغط إلى أسفل على الأجور أشد وطأة على العمالة النسائية. وعلى الرغم من أن العيادات الخاصة عادة ما ينظر إليها على أنها توفر للممرضات ظروف عمل أفضل من تلك التي تتوفر لهن في القطاع العام، فالأمر نفسه لا ينطبق على العاملات في المستويات الأدنى، والتي يحاول فيها أصحاب العمل في القطاع الخاص الحفاظ على انخفاض التكاليف عن طريق تقليص الأجور وإهمال التدريب؛ إذ إن من يستخدمون عمالة مدربة بأجور محترمة قد يجدون آخرين يقدمون الخدمة بأسعار أقل من أسعارهم.²⁵ والنتيجة أن النساء الأفقر تدفعن أجوراً تفوق قدراتهن إلى نساء من أفراد الخدمات الطبية منخفضة الأجور والمهارات: دائرة مفرغة من حرمان النوع الاجتماعي.

لقد ساهم التحرير، والخصخصة، وتحويل الخدمات إلى

الريفيين، خاصة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والتاسعة والعشرين، وكذلك السكان القبليين. وهو ما يعكس الانتقاص النسبي من قيمة الفتاة والمرأة مقارنة بالفتى والرجل؛ إذ إنه بالرغم من تأثر الطرفين بالافتقار إلى خدمات في تناول البید، يتم الضغط على موارد الأسرة القليلة لتوفير العلاج للفتى بينما ينظر إلى مرض الفتاة على أنه أقل أهمية، وبالتالي يتم إهماله. إن حالات المرض الذي يترك بلا علاج منتشرة بين الفقراء، ولكنها أكثر انتشاراً بين النساء والفتيات.²² على أن انتشار تحسن مرافق الصحة الإنجابية بمرور الوقت كانت له آثار إيجابية مهمة على معدلات وفيات الأم والطفل وحالات الإصابة بالأمراض.

حيثما فرضت رسوم على أي نوع من الرعاية الصحية الاحترافية، عانت المرأة بشكل غير متناسب، نظراً لاحتياجها وصغارها لخدمات صحة الأم والطفل، مع تقلص نفادها إلى النقود وإلى فرص إدراج الدخل. وأينما جرت العادة على تحمل المرأة لجل مسؤولية نفقات الأطفال من غذاء وعلاج وملبس ومصاريق مدرسية - كما هي الحال في معظم مناطق أفريقيا جنوب الصحراء - كانت الرسوم شديدة الوطء عليها بوجه خاص. وهناك العديد من أشكال الدعم المتبادل فيما يتعلق بالرعاية الصحية في المجتمعات الفقيرة، فنجد، على سبيل المثال، أجر من ساعدن في الولادة يدفع عينيّاً، أو تقديم الرعاية المجانية للأمهات من أبناء المنطقة، والمشاركة في العمل المنزلي لتوفير فرصة للأخريات للعمل للحصول على نقود، وتبادل القروض والهدايا. وتنتشر في المجتمعات الأفريقية، على وجه الخصوص، أنظمة كثيرة للادخار المتبادل التي تشرف عليها، وتفيد منها، المرأة. بيد أن هناك من الأدلة ما يشير إلى أن انخفاض الدخل والأزمة الاقتصادية، أدت إلى تقويض مشاركة المرأة في شبكات الدعم المالي المتبادل هذه.²³

نمو التأمين الصحي

أمام المواجهة الشعبية الواسعة لرسوم الاستخدام، بدأت إصلاحات التمويل الصحي، مؤخراً، في التركيز على برامج التأمين الصحي. تمثل قضية المساواة سؤال النوع الاجتماعي المحوري في مسألة التأمين الصحي الاجتماعي للعمالة الرسمية. وبما أن نسبة صغيرة فقط من السكان هي التي تتمتع بالعمل الرسمي، وهم في العادة من بين الأكثر مهارة وتعليماً في المجتمع، فمن الطبيعي أن تغطي مثل تلك البرامج، في الأساس، الأوفر حظاً في المجتمع، أي الرجال العائلون من القوة العاملة. وعلى الرغم من أن تلك البرامج تغطي المعالين أيضاً، في معظم الأحيان، فلا يزال عدد النساء التي تصل إليهن هذه البرامج قليلاً.

إطار 8.1 العاملات في المجال الصحي في العنابر: لقطة من تنزانيا

هذا الأمر ، [السلوك السيئ] يحدث، ويحدث بسبب انخفاض المعنويات، وقلة الالتزام، وعبء العمل الثقيل وانخفاض الرواتب. تخيلي نفسك ممرضة تعملين لاثنتي عشرة ساعة، تبدئين في السادسة صباحاً، وقد تغادرين في السابعة والنصف مساءً. قد تكونين في عنبر يضم 40 أو 60 مريضاً حالتهم خطيرة. وفي قسم أمراض النساء والتوليد، من الطبيعي أن يكون لديك العديد من الحالات الطارئة، وبعض العمليات، وبعض المريضات في النقاهة بعد العمليات، وبعض المريضات في حالات سيئة. لديك ممرضتين مديرتين على أقصى تقدير، فكيف تقسمين نفسك؟ أنته تعملين دائماً فوق طاقتك وتحت ضغط. وينتابك القلق بسبب مشاكل الأسرة والالتزامات، فأنت تمضين 12 ساعة لا تعلمين فيها ما يحدث لأبنائك. قد لا تستطيعين حتى احتساء كوب شاي واحد. ثم هناك مشاكل التزام بقية العاملين، فأنته ممرضة بحكم المهنة، والطبيب المسؤول يعمل ساعات العمل الرسمية ثم يذهب، وينتظر حتى تتصل به. أنت موجودة، ومريضة تنزف، وتحتاج إلى إجراء عملية جراحية، ولا تستطيعين المساعدة، فليست هناك أي تسهيلات. الناس تعاني وهناك أفراد من العاملين ليسوا في مواقعهم، وهو ما يعني أن إنقاذ تلك المرأة ليس متاحاً. لو كان هناك فرد يجب أن يتواجد في نوبة العمل ولم يأتها فماذا تستطيعين أن تفعلي وأنت ممرضة؟ ليست هناك محاليل ولا عقاير طوارئ. يسرع أهل المريضة بنقلها إلى المستشفى، فنحن لسنا في وضع يسمح لنا بإنقاذها.

المصدر: . (fieldwork notes , 1998) Mackintosh and Tibandebage 2004b

العالى الدخل والمنخفض الدخل هذا الإصلاح بوصفه قوة دافعة للتغيير، تنقل الخدمة من كونها تدار لمصلحة العاملين إلى خدمة تدار للاستجابة لطلب المريض. على أن ذلك يمكن أن يؤدي إلى خسارة لبعض ظروف العمل المحترمة والأجور المعقولة، كما أثبتت دراسة أجرتها مؤخراً منظمة العمل الدولية على أوروبا الشرقية. 28 هناك سبيل آخر لتأطير تلك القضايا تقدمه رؤية تولي اهتماماً أكبر لاعتبارات النوع الاجتماعي. فقد بنت مشروعات "عمال الصحة من أجل التغيير" في أفريقيا ويقاع أخرى، جهودها لتحسين نوعية الرعاية الصحية على ملاحظة مؤداها أن جوانب العلاقات الشخصية - من قبيل الاحترام والقدرة على الإصغاء للمريض - لها أهمية كبيرة في نوعية الرعاية، وأن هذه العلاقات علاقات نوع اجتماعي بطبيعتها. فللعاملات في الرعاية الصحية أسلوب يختلف عن أسلوب العاملين، والمريضات كذلك، لديهن احتياجات خاصة، وتخشين في بعض الحالات -كالإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس على سبيل المثال - من التمييز أو إساءة المعاملة. لهذا السبب، قامت تلك المشروعات ببناء جسور التعاون بين العاملين والمرضى، سعيًا منها لجعل السلوك أكثر حساسية تجاه النوع الاجتماعي.

الرعاية غير المأجورة وأزمة الرعاية

مازالت المرأة، في معظم البلدان، تضطلع بنصيب غير متناسب من العمل وتقديم الرعاية بدون أجر. وقد قُدرت قيمة هذا النشاط بنحو 16 تريليون دولار أمريكي في العام، غير مسجلة كجزء من الاقتصاد العالمي، وهناك 69 بالمائة من تلك القيمة (11 تريليون دولار أمريكي) مساهمة غير منظورة من المرأة

سلع في أزمة الرعاية الصحية وفي الضغوط والإحباط الذي تعانيه الممرضات العاملات في المرافق العامة. هناك اتهامات بسوء المعاملة، خاصة تجاه المرضى والأفراد المنخفضي الدخل والمكانة الاجتماعية: حيث يُنظر إليهم على أنهم هم الملومون اجتماعياً. 26 هناك، أيضاً، مشاكل تواجهها الممرضات بشكل يومي. ويشرح الإطار 8.1 مثلاً على تلك المشاكل التي تواجهها الممرضات من قبل رئيسات الممرضات ، في مستشفى ولادة في تنزانيا.

يبدو أن تحرير قطاع الصحة قد زاد اتساع هوة الأجور وظروف العمل بين الأطباء والممرضات. فالعديد من الأطباء يستفيدون من الممارسة الإضافية الخاصة للمهنة، كما أن الأجور غير الرسمية للأطباء أعلى بكثير من أجور الممرضات. هذا بالإضافة إلى أن اتصال الممرضات المباشر بالمرضى أكثر من اتصال الأطباء بهم (إحدى النقاط الرئيسية في الإطار 8.1)، وعندما تنهار الخدمة يقع معظم العبء عليهن. وهو ما يساعد في تفسير رحيل العديد من الممرضات إلى الخارج، لالتقاء عوامل "الجذب" في الشمال مع عوامل "الطرد" في الداخل (انظر الفصل السابع). إن معظم الحوافز التي تهدف إلى الإبقاء على أفراد الرعاية الصحية داخل الوطن تركز على الأطباء. وبما أن الممرضات والعمال المساعدة يمثلون السند الأساسي للخدمات الصحية، في كل مكان تقريباً، فمن شأن ارتفاع معدلات الهجرة إلى الخارج أن تكون له آثار خطيرة يصل مداها إلى المراكز الصحية والعيادات التي تقدم الرعاية الصحية الأولية التي يعتمد عليها الكثير من النساء ذوات الدخل المنخفضة. 27

لقد قدم المدافعون عن إصلاح القطاع الصحي في السياقين:

تشكل تلك المسلمات الاعتقاد بأن نفاذ المرأة إلى موارد الأسرة أو إلى شبكات الدعم المتبادل الخارجية قوي بدرجة تكفي لتوفير المال للرسوم، وأن أعباء عمل المرأة يمكن الاتساع بها لتشمل المزيد من مسؤوليات الرعاية، وأن احتياجات أفراد الرعاية الصحية (خاصة المستويات الدنيا من العاملين) واحتياجات طالبي هذه الرعاية متناقضة بطبيعتها. وهناك مسلمات أخرى تشمل فكرة أن بنى الحكم التي أقيمت لإحداث لامركزية في إدارة نظم الصحة سوف تعكس تلقائياً احتياجات المرأة على نحو أفضل مما كانت تعكسه النظم المركزية السابقة. وهناك قضية محورية أخرى، وهي تلك الخاصة بالتمويل وما إذا كانت لامركزية المسؤوليات مصحوبة بإعادة توزيع مناسبة للموارد من الحكومة المركزية: حيث تمثل اللامركزية بالنسبة للحكومة المركزية، وسيلة لتقليص النفقات، فإن النتيجة المتوقعة هي نمو عدم المساواة في نوعية الخدمات المقدمة للجماعات المحلية الأفقر وتلك المقدمة للجماعات الأيسر حالاً. لا توضح الأدلة المتوفرة، بالطبع، إن كان أي من هذه المسلمات قائماً، حتى قبل الآثار المدمرة لمرض نقص المناعة البشرية المكتسب/ الإيدز.

آثار إصلاح المعاشات على النوع الاجتماعي

شهد عدد كبير من بلدان العالم إصلاحات في برامج المعاشات خلال العقد الماضي. وكانت برامج المعاشات في العديد من الدول النامية أو التي تمر بمرحلة تحول قد واجهت مشاكل خطيرة، حتى قبل الأزمات الاقتصادية التي شهدتها ثمانينيات وتسعينيات القرن العشرين. ففي أمريكا اللاتينية، على سبيل المثال، كان نضوج أنظمة المعاشات قد أدى بالفعل إلى انخفاض نسبة المساهمين إلى نسبة المتلقين للمعاشات في أواخر السبعينيات. فأصحاب العمل، والعاملون، خاصة من يعملون أعمالاً حرة، لم يكونوا يدفعون مساهماتهم، كما أن برامج المعاشات كان يتم استنزافها بفعل التكاليف الباهظة لبعض المميزين من المساجين - من أعضاء الجيش على سبيل المثال - وكذلك بسبب المصاريف الإدارية الباهظة التي كانت تدفع للموظفين غير المساهمين الذين يديرون تلك البرامج. وقد زادت حدة هذه المشاكل مع حدوث الأزمة الاقتصادية. وأدى تقلص التشغيل في القطاع الرسمي إلى انخفاض مفاجئ في عدد المساهمين. في الوقت نفسه، كان ارتفاع معدلات التضخم يعني انخفاض الأجور الحقيقية وكذلك انخفاض القيمة الحقيقية للمساهمات. وقد خلقت كل تلك العوامل رؤية لأزمة في أنظمة المعاشات.³² وهكذا أصبح إصلاح أنظمة المعاشات جزءاً لا يتجزأ من برامج التكيف الهيكلي، والتي شهدت مدخلات مهمة من المؤسسات المالية الدولية.

في المنزل وفي القطاع غير الرسمي.²⁹ وقد تتأثر حالة المرأة الصحية بسبب كفافها لتحمل الأعباء المتزايدة للعمل غير المأجور والرعاية غير المأجورة في مناخ اقتصادي لاهث، وفي ظل قاعدة موارد بيئية متهاوية في المناطق الريفية. وبما أن العمل المأجور الذي تقمن به هو في العادة استراتيجياً للبقاء على قيد الحياة أكثر من كونه اختياراً حراً، فقد يؤدي دخولهن مجال العمل إلى كسب ما يقصر عن تعويض احتياجاتهن الفيزيائية الإضافية. هذا في الوقت الذي تفرض فيه إصلاحات قطاع الصحة درجة من نقل نشاط الرعاية الصحية إلى المجتمع.³⁰ لم تستطع هذه الاستراتيجية أن تلاحظ أن ذلك يعني فرض أعباء جديدة، غير مأجورة، على المتطوعين، وهم دائماً من النساء. لذلك، تتحمل المرأة، رغمًا عنها، الآثار الاجتماعية السلبية الناجمة عن تآكل الخدمة الذي تسببت فيه الإصلاحات، إلى جانب تحملها، غير المنظور، لأعباء اقتصادية إضافية.

لقد أدى انتشار وباء نقص المناعة البشرية المكتسب / الإيدز الذي اجتاحت العديد من الدول الأفريقية إلى انفراج كبير في أزمة الرعاية الصحية القائمة. ففي عام 2001، كان يقدر عدد المصابين بالمرض في جميع أنحاء العالم بنحو 40 مليون، منهم 28 مليون، أي 70 بالمائة في أفريقيا. كذلك كان أطفال أفريقيا ممن تقل أعمارهم عن الخامسة عشرة ومصابون بالمرض يمثلون 90 بالمائة من الأطفال المصابين بالإيدز حول العالم، والبالغ عددهم 58000. ووقعت أعباء الرعاية والتمريض الهائلة التي أفرزتها تلك الأرقام على أعتاق النساء والفتيات. وبما أن الفئة العمرية النشطة اقتصادياً (بين الخامسة عشرة والتاسعة والأربعين) تعاني من أعلى معدلات إصابة بالمرض، فقد كان على الأكبر سناً أن يتحملوا جانباً عظيماً من العبء. ويشمل ذلك رعاية الأحفاد اليتامى، الذين أفرز الإيدز أكثر من 12 مليون منهم في أفريقيا، ودعمهم اقتصادياً. في الأماكن التي تندر فيها الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الاجتماعية، تمثل الرعاية المعتمدة على المنزل، وعلى المجتمع حل السياسة البديل. لقد نقلت هياكل خدمات الرعاية الرسمية المسؤولية إلى الهياكل غير الرسمية حسب مقتضيات أجندة السياسة الليبرالية الجديدة، وهنا نسمع مرة أخرى صدى تحليل سابق لما حدث في موقع العمل (انظر الفصل الخامس). وهكذا كان للقرارات السياسية المتعلقة بتقديم الخدمة ونظم العلاج في مواجهة مرض نقص المناعة البشرية المكتسب، تأثير خاص على المرأة. إن مفهوم "الرعاية المجتمعية" قد يبدو محايداً تجاه النوع الاجتماعي، بيد أن وقت هذه الرعاية وجهدها ومسؤولياتها داخل المجتمع تقع في جميع الأحوال على عاتق المرأة.³¹ وهكذا يبدو أن إصلاح قطاع الصحة قد بُني على عدد من المسلمات الخفية أو الضمنية فيما يتعلق بالنوع الاجتماعي.

في العادة حدّ أدنى مرتفع للمعاش، وعدم تأثر متوسط العمر المتوقع بمستوى الاستفادة، واحتساب سنوات رعاية الأطفال. هذا الجانب الأخير كان شديد الحضور في الدول الاشتراكية السابقة، حيث كان "ائتمان الرعاية" يمول من تبادل الدعم داخل نظام المعاشات. في بولندا والمجر تغيرت القواد الخاصة بائتمان الرعاية، ونتج عن ذلك أن المرأة التي تحصل على إجازة تنلقى معاشاً أقل من التي تظل في العمل. تلك خطوة إلى الوراء: حيث إن الائتمان المخصص للرعاية ليس عملاً خيرياً ولكنه اعتراف بأن "المساهمات" الاجتماعية والاقتصادية يمكن أن تتخذ أشكالاً مختلفة خلال عمر الإنسان.

آثار تلك الإصلاحات على النساء ليست متماثلة. فالتوجه نحو الخصخصة والفردية يجيء في صالح المرأة النشيطة في سوق العمل، والتي تحصل على دخل مرتفع، ولا تأخذ "إجازة" لأسباب متعلقة بالرعاية. ولكن، بالنسبة لغالبية النساء، والأضعف وضعاً في سوق العمل، أو اللاتي تعملن بشكل متقطع بسبب واجبات رعاية الأطفال أو الأقارب المتقدمين في السن، فقد كانت تلك الإصلاحات انتكاسة حقيقية.

هنا، تبرز نقطة أهم فيما يتعلق بالقيم التي تقوم عليها السياسة الاجتماعية، وفي حالتنا هذه سياسة المعاشات، وهي تلك المتعلقة بأن إعادة التوزيع والتضامن ليس لهما مكان يعتد به في برامج المعاشات الممولة كلياً تمويلاً خاصاً. كذلك لا تعوض زيادة الفاعلية فشل، الأنظمة الخاصة في توفير العدالة والإدماج. وعلى الرغم من الادعاءات التي قالت إن خصخصة المعاشات من شأنها تقليص المصاريف الإدارية التي لا لزوم لها، فإن ذلك لم يحدث في واقع الحال. فضغوط المنافسة تتطلب عدداً أكبر من أفراد المبيعات الذين يعملون بنظام العمولة، وميزانيات دعاية أضخم، ومن شأن ذلك أن يزيد كثيراً من المصاريف الإدارية.³⁵

على الرغم من قوة التوجه نحو خصخصة المعاشات في السنوات الأخيرة، فمن المهم أن نؤكد على تنوع الأساليب التي اتبعتها الدول لتوفير الأمان لكبار السن. ومن أمثلة نظم المعاشات التي لا تعتمد على المساهمة نظام جنوب أفريقيا الذي تقدم فيه الدولة المساعدة الاجتماعية لكبار السن، والذي سوف نناقشه فيما بعد. وفي البرازيل، أدى توسيع التأمين الاجتماعي ليشمل العمالة غير الرسمية والريفية إلى زيادة كبيرة في التغطية. تشي هذه الأنظمة بالابتكار في نماذج توفير المعاشات في العالم النامي.³⁶

بينما كان هناك إجماع عام على إفلاس الأنظمة القائمة وحاجتها إلى إصلاح عاجل، لم يكن هناك إجماع مماثل حول النموذج البديل المرجو. وذهبت المؤسسات المالية الدولية والمصلحون المحليون، في العديد من البلدان، إلى أن الخصخصة هي السبيل. وقد استندوا في ذلك إلى أن الخصخصة من شأنها ضمان جدوى مالية أكبر، وعلاقات أوثق بين المساهمات والفوائد، وتقليص النفقات الإدارية، ودفع أسواق رأس المال. ومن الأمور التي تحمل دلالات مهمة في هذا الصدد أن قضايا العدالة وإعادة التوزيع - عبر الأجيال، والطبقات، وبين الجنسين - كانت مستبعدة من المواقف النقاشية للمنادين بالخصخصة.

وقد أظهر تحليل مقارن - أجري مؤخراً - على إصلاح المعاشات في ثمان دول في أمريكا اللاتينية، أن إصلاحات الليبرالية الجديدة لم تكن بالقوة الكافية لفرض النموذج المفضل في كل الدول.³³ فقد تشكلت طبيعة الإصلاحات بفعل توازن القوى بين تحالف الإصلاح الليبرالي الجديد من جانب، ومعارضيه - النقابات، وأصحاب المعاشات، وأحزاب المعارضة - من جانب آخر. ولم يستقم لنموذج الخصخصة الكاملة الأمر إلا في دولتين من الثمان فقط، وهما شيلي (التي اعتبرت النموذج الجدير بالاحتذاء) والمكسيك، وطُبّق بشكل مخفف في أربع دول هي بيرو، والأرجنتين، وكولومبيا، وأوروغواي، بينما لقي مقاومة شديدة في كوستاريكا والبرازيل. ولقيت إصلاحات المعاشات في ثلاث من دول وسط أوروبا وشرقها المصير نفسه.³⁴ فجمهورية التشيك كانت الوحيدة القادرة على مقاومة ضغوط المؤسسات المالية الدولية من أجل الخصخصة، بينما اختارت الدولتان الأخريان (بولندا والمجر) الخصخصة الجزئية، وأصبحتا رائدتا الإصلاح الجذري للمعاشات في المنطقة. لم يظهر أي اهتمام بمسألة العدالة بين الجنسين في أي من النقاشات التي دارت حول تبني الإصلاحات في المنطقتين. وذلك على الرغم من ما للتحرك نحو الخصخصة من تأثير كبير على النوع الاجتماعي. إن ارتباط الاستفادة من المعاشات في الأنظمة المخصصة، بشكل مباشر بإجمالي المبلغ الذي يساهم به الشخص المؤمن عليه، بالإضافة إلى أن المرأة تجني أقل من الرجل وتعمل لسنوات أقل منه، كل ذلك يعني أن استفادة المرأة أقل بكثير. وتلقى استفادة المرأة تخفيضاً نسبياً إضافياً نظراً لأن ارتفاع معدلات أعمار النساء المتوقعة تؤخذ في الحسبان في معظم الأنظمة الخاصة.

هناك أوجه عدم مساواة - مماثلة - بين الجنسين في الأنظمة الحكومية المحددة الاستفادة أيضاً. بيد أن حرمان النساء يعوضه

ابتكارات في الحماية الاجتماعية للعمال غير الرسمية

قدرتها على الاستجابة الدائمة لاحتياجات الأعضاء مشجعة للغاية. ويقدم هذا البرنامج، حالياً، حزمة شاملة من خدمات التأمين الاجتماعي لأكثر من 100000 امرأة من العمالة غير الرسمية. وتُرجع "سيوا" بعض نجاح هذا البرنامج إلى التفاعل بين برامجها المختلفة: بنك "سيوا" الذي تسدّد له الأقساط السنوية، والتعليم الصحي الذي يرفع وعي الأعضاء بالمشاكل الصحية، والتدريب على القراءة والكتابة. ولا تتلقى "سيوا" دعماً من مانحين لتغطية المصاريف الإدارية للبرنامج، ولكنها تعتمد على تضامن واتحاد عضواتها، وهو ما خلق فرقاً حاسماً، حيث تقوم العضوات أنفسهن بجانب عظيم من العمل الإداري. على أن هناك تحديات يواجهها البرنامج، ومنها أنه على الرغم من أن البرنامج موجه للمرأة الفقيرة، فإن بعض العضوات الأكثر فقراً ليس بمقدورهن تسديد الأقساط، والتي يجب أن تكون بمعدلات تضمن الجدوى مع مرور الزمن. وهناك أيضاً قلق من أن المرافق الصحية التي يتيح التأمين الصحي نفاذاً إليها ليست مناسبة بالمرّة.

الخدمات الصحية للعمال النسائية المؤقتة في شيلي³⁸

كما أشرنا في الفصل السادس، كان هناك نمو كبير في صادرات المنتجات الزراعية من أمريكا اللاتينية في السنوات الأخيرة، مع زيادة تشغيل العمالية النسائية الموسمية. وفي شيلي، حيث كانت خدمات الحماية الاجتماعية مقصورة في السابق على العاملين لكل الوقت، تم مؤخراً الاتساع بتلك الخدمات لتشمل العمالة المؤقتة أيضاً.

معظم العمالة المؤقتة، من رجال ونساء، يتقاضون أجوراً أقل من الحد الأدنى القانوني، وتحصل قلة من النساء على أجور عالية لفترة وجيزة في العام، ولكن متوسط ما تتقاضاه النساء أقل من متوسط ما يتقاضاه الرجال، مع غلبة النساء على المجموعة الأقل أجراً على الإطلاق. وباستطاعة العمال الشيليين أن يختاروا بين التأمين الصحي الخاص أو العام، ولكن الاشتراك في أي منهما يتطلب دفع مساهمات طوال العام. ولهذا السبب لم يتحمس العمال المؤقتون للاشتراك في أي من البرنامجين. ونتيجة لذلك لم يكن باستطاعة العمالة النسائية المؤقتة في شيلي أن تحصل على الرعاية إلا عن طريق التقدم للخدمات الصحية بوصفهن "فقراء فقراً مدقع".

بمرور الوقت، أدت ضغوط سيرنام Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) في شيلي إلى عدد من التغيرات في شروط وظروف العمل للعمالة النسائية المؤقتة.

برامج التأمين الرسمية بعيدة عن متناول العاملين في الاقتصاد غير الرسمي. وتشمل العقبات ارتفاع أقساط التأمين، ووجوب تقديم مفردات المرتب التفصيلية، وعدم مرونة الإجراءات؛ حيث يطالب المشترك بالمساهمة بمبلغ ثابت كل شهر طوال العام. على أن هناك أساليب عديدة لبناء نظام حماية اجتماعية للعمالة غير الرسمية. وتقوم منظمة العمل الدولية بجهود منسقة للتوسع بخدمات الضمان الاجتماعي لتشمل نوعيات جديدة من العاملين. وفي مجال التأمين الصغير يتم التركيز على بناء برامج للقواعد الشعبية. وقد كان هناك الكثير من التجريب على التأمين الاجتماعي بشكل عام، والتأمين الصحي على وجه الخصوص. وحاولت الكثير من تلك التجارب الوصول إلى المرأة، وخاصة المرأة الفقيرة.

توضح الأمثلة التالية إمكان بناء برامج تصل إلى الكثير من العاملين غير الرسميين. على الرغم من أن هناك تنوع كبير، في الممارسة، في المدى الذي تصل إليه برامج الحماية الاجتماعية في إعادة التوزيع على مستوى الأجيال، والطبقات الاجتماعية، والجنسين، فإن الفكرة الأساسية التي تقوم عليها تلك البرامج هي أن على الدولة مسؤولية توفير الحماية الاجتماعية، وأن ذلك من شأنه تسهيل درجة من إعادة التوزيع، على أقل تقدير. وهناك جهود قيمة تمت بالفعل، بهدف زيادة الفئات التي تشملها آليات الحماية الاجتماعية الحالية، واعتمدت على الاتساع بمجال تغطية برامج الحماية الاجتماعية القائمة لتشمل مجموعات جديدة من العمالة غير الرسمية، وكذلك عن طريق تسهيل الدعم المتبادل. ولم يكن مستغرباً أن تنشأ أنظمة اجتماعية أكثر إدماجاً في السياقات التي شهدت نضالاً اجتماعياً كبيراً وبحثاً عن الذات، فيما يتعلق بالمسؤولية الاجتماعية (شيلي، والبرازيل، وجنوب أفريقيا)، وحيث كان هناك التزام أيديولوجي بالعدالة الاجتماعية (كوستاريكا).

التأمين الاجتماعي المتكامل لـ "سيوا"

الخاص بالعمالة النسائية غير الرسمية³⁷

استطاعت جمعية نساء الأعمال الحرة (سيوا) في جوجارات بالهند، خلال عشرين سنة، أن تبني، بنجاح، برنامج التأمين المتكامل. وتقوم الحكومة الهندية بتقديم دعم لشركتي تأمين كبيرتين حتى تقدما بعض الخدمات للجماعات المحرومة، بما فيها تلك المنتمية لـ "سيوا". وبذلك استطاعت "سيوا" أن تقيم شراكة مع الحكومة ومع صناعة التأمين بشروط مناسبة، وكانت

إطار 8.2 الاتساع بالتغطية لتشمل عمال الخدمة المنزلية

يختلف تصنيف عمال الخدمة المنزلية بوصفهم عمال رسميين أو غير رسميين بين دولة وأخرى. ففي العديد من الدول يتم تصنيف هؤلاء كعاملين "أعمالاً حرة" على الرغم من حقيقة وجود علاقة عمل. وتمثل النساء أغلبية العمالة، ومعظمهن في سن المراهقة أو حتى أصغر منها، ويعيشون بعيداً عن منازلهن، وتعملن في ظروف تتميز بطول ساعات العمل، وضعف الأجر، والافتقار إلى الاستقلال. والعلاقة بين صاحب العمل وعامل أو عاملة الخدمة علاقة معقدة تتميز بالاعتماد المتبادل وبالسلطة النسائية. على الرغم من أن العاملة بالخدمة المنزلية لا تملك من مصيرها إلا القليل، فقد تتوفر لها تدابير مساعدة طوعية من مخدوميها مثل تكاليف العلاج، والرسوم المدرسية، والتدريب، لو كانت صغيرة السن، أو رسوم الدراسة لأبنائها. تلك ليست التزامات تعاقدية، بالطبع، وتخضع لمزاج صاحب العمل. وليس لهذه الفئة من العمالة أمانٌ طويل الأجل.

وبما أن عمال الخدمة المنزلية منتشرون في مساكن الأفراد، فمن الصعوبة بمكان أن يتم الوصول إليهم أو تنظيمهم، كما يصعب توفير حماية اجتماعية لهم أيضاً. ولكن، في بعض البلدان، خاصة في أمريكا اللاتينية، آلت منظمات رسمية وغير رسمية على نفسها أن تحمل قضيتهم على أكتافها. وفي جنوب أفريقيا، دخل عمال الخدمة المنزلية (والعاملة الزراعية الموسمية) تحت مظلة "صندوق تأمين البطالة" سنة 2002. ويتوقف تمتع العمال بهذا التأمين على إثبات العمال لحقوقهم وضمان عدم تهرب أصحاب العمل من المساهمة في الصندوق.

المصدر: Lund 2004

لكوستاريكا تاريخ طويل في تغطية سكانها المتجانسين والقليلي العدد، نسبياً، بمظلة ضمان اجتماعي كثيفة. بيد أن التغيرات الديموجرافية، وتغيرات سوق العمل تمثل تحديات جديدة للحماية الاجتماعية. تشمل تلك التغيرات نمواً سريعاً في مشاركة المرأة في العمل المأجور وفي التوظيف، في قطاع الخدمات في الأساس، وبشروط أسوأ من شروط الرجل. وقد أدى اتساع الاقتصاد غير الرسمي، والذي يشهد مشاركة قوية من المرأة، إلى افتقار نسبة متزايدة من القوة العاملة في كوستاريكا إلى تغطية الضمان الاجتماعي. وفي منتصف تسعينيات القرن العشرين، واجهت خصخصة المعاشات معارضة شديدة من جماعات المجتمع المدني التي التحمت قواها تحت مظلة "منتدى التناغم الوطني". وكانت النتيجة صدور "قانون حماية العاملين"، والذي اشتمل على برنامج تأمين اختياري. هذا البرنامج مفتوح أمام العمالة المستقلة، أي من يعملون أعمالاً حرة، ومن لا يتلقون راتباً، مثل العمالة الأسرية، والزوجات، والطلبة. ويستهدف البرنامج أولئك الذين لم يشتركوا أبداً في أي برنامج للصحة أو المعاشات، أو من شاركوا فيه لفترة وجيزة ليحصلوا على خدمات مناسبة. ويحق لكل من ينتمي إلى أسرة يقل متوسط دخل الفرد فيها عن السلة الأساسية للمنتجات الغذائية التي حددها "معهد الإحصاء" أن يشارك في البرنامج. وتساهم الدولة بـ 0.25 في المائة من الدخل الخاضع للتأمين،

وشملت هذه التغيرات توفير مرافق لرعاية الأطفال للعمالة الزراعية بأنواعها المختلفة، وتشكيل أربع لجان وطنية حول الصحة والأمان في أثناء العمل، ورعاية الأطفال، والمبيدات الحشرية، والتدريب للتعامل مع ظروف العمالة المؤقتة على مستوى السياسات. وفي عام 2000 تم تعديل الضوابط الخاصة بالتأمين الصحي؛ حيث تم تقليص فترة المساهمة "طوال العام" لتقتصر على ثلاثة أشهر في البداية، ثم إلى 60 يوماً لتمكين العمالة المؤقتة من الاشتراك.

ومن الأمثلة الأخرى على الاتساع بآليات حماية العمالة لتشمل العمال غير الرسميين تقديم الخدمات لعمال الخدمة المنزلية، والذين يشكلون مجموعة شديدة الضعف وبصعب كثيراً الوصول إليها (انظر الإطار 8.2).

تجديدات في توفير الخدمة الصحية والمعاشات للعمالة غير الرسمية في كوستاريكا 39

من كوستاريكا، يأتي مثال غير تقليدي لبرنامج أنشأته الحكومة بهدف مد مظلة الضمان الاجتماعي لتشمل العمالة غير الرسمية التي لا تنطبق عليها شروط الضمان الاجتماعي الرسمي. يعتمد هذا النظام، حالياً، على برنامج اختياري - على عكس البرنامج الرسمي للعمالة المؤقتة في شيلي - يغطي النفاذ إلى الرعاية الصحية وإلى برنامج ادخار المعاشات.

على الرغم من أن هذا النظام لا يعتمد على مساهمات المستفيدين، ويغطي تكاليفه من دخل الدولة العام، فإنه يعتبر من الأنظمة المستدامة التي يمكن تغطية نفقاتها. بتعبير مالي: تخصص الدولة مبلغًا يتزايد سنويًا، وقد أصبحت الزيادة كبيرة في السنوات القليلة الماضية. أما ديموجرافيًا، فعدد المسنين يمثل نسبة قليلة جدًا من السكان. لقد قلل وباء نقص المناعة البشرية المكتسب / الإيدز من طول الأعمار، فأصبح من يصلون إلى السن القانونية أقل نسبيًا. على أن هناك الكثيرين من بين من وصلوا إلى تلك السن يتحملون الآن مسؤولية أبناء من حصدهم الإيدز. وهكذا أصبح هذا البرنامج يمثل مساهمة حيوية لأمن الأسرة المعيشية لدى الكثيرين.

التعلم من البرامج المبتكرة

يقدم برنامج التأمين المتكامل الذي تديره "سيوا" أدلة مقنعة على أن التأمين الاجتماعي للعمالة غير الرسمية يمكن أن يكون ناجحًا ومستدامًا. بيد أنه يصعب العثور على أمثلة رصينة مشابهة. ومن الأمثلة النادرة في أفريقيا: "أوموجا وا ماتيبادو كاتيكا سكتا إيسيو رسمي دار السلام Salaam Umoja wa Matibadu Salaam" (أوماسيدا)، وهو برنامج تأمين خاص بالعمالة غير الرسمية، من باعة الشوارع وبائعاتها في دار السلام بتنزانيا. وقد تأسس أوماسيدا سنة 1995 بعد تدخل من منظمة العمل الدولية، ونما بسرعة ليضم 1500 عامل و4500 من أعضاء أسرهم. ويقدم البرنامج نفاذًا إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية في مرافق خاصة مختارة، ورعاية للحالات التي يتم تحويلها إلى المستشفيات الحكومية. وعلى الرغم من أن "أوماسيدا" يواجه بعض الصعوبات المالية الناجمة عن مدى إمكانية سداد الرسوم، فقد نجح في الحفاظ على أعضائه أكثر من الكثير من برامج الرعاية الصحية المتبادلة الأخرى.⁴¹ ومن أسرار النجاح، خاصة نجاح برنامج التأمين المتكامل لسيوا، كفاءة الاستجابة لاحتياجات الأعضاء. كذلك كانت المرونة من السمات المميزة لأسلوبي حكومتي شيلي وكوستاريكا. ففي شيلي تم الامتداد بالنفاذ إلى التأمين الصحي ليشمل جماعة لم تكن تشملها التغطية من قبل، وهي العمالة الموسمية المأجورة. أما كوستاريكا، فقد أقامت نظام تأمين اختياري للصحة ولمعاش كبار السن خاص بالعمالة المستقلة وغير المأجورة. على أن النظامين لم يبدأ إلا مؤخرًا، ولا يزال الوقت مبكرًا لتقييم أدائهما.

يتطلب الاتساع بالحماية الاجتماعية لتشمل العمالة غير الرسمية المتناثرة مكانيًا، تكاليف إدارية إضافية بلا شك. وقد

بينما يساهم العامل المستقل بـ 7.25 بالمائة، ويمكن أن تقل مساهمة الفرد عن ذلك لتصل إلى 4.75 في حدها الأدنى. هذا البرنامج اختياري حتى الآن، ولكنه سيصبح إلزاميًا بحلول 2005، وسوف يتعين على كل العمال المستقلين أن يشتركوا فيه. من شأن ذلك أن يزيد عدد المساهمين في البرامج؛ حيث يشارك حاليًا 74 بالمائة من العمال المستقلين في برنامج التأمين الصحي، بينما يشارك 24 بالمائة فقط في تأمين المعاشات. يرجع ذلك، جزئيًا، إلى أن فقراء كوستاريكا بمقدورهم الاستفادة من نظام معاشات لا يساهمون فيه. هكذا نرى دولة لها تاريخ مشرف في تقديم الخدمة الاجتماعية، تسعى للتكيف مع التغيرات التي شهدتها سوق العمل، بأساليب مرنة، تشمل إيجاد روابط بين البرامج المعتمدة على المساهمة، وغير المعتمدة عليها.

معاشات كبار السن في جنوب أفريقيا⁴⁰

تطور هذا البرنامج عن شبكة أمان المعاشات لفقراء البيض، والتي تم مدنها بعد ذلك إلى الملونين سنة 1928 ثم إلى الأفارقة سنة 1944. على أن السكان الأفارقة كانوا يواجهون "بحث حالة اجتماعية" أشد صرامة من الذي كان يواجهه البيض، ويتلقون معاشات أقل منهم، في حقبة الفصل العنصري. وقد أدى انتهاء الفصل العنصري إلى مساواة كاملة في الحقوق وإلى ارتفاع سريع في معدلات شغل الأفارقة لكل الوظائف. وأصبح من حق المرأة التي بلغت الستين، والرجل الذي بلغ الخامسة والستين أن يتلقى معاش كبار السن الشهري من الدولة، لو انطبقت عليه شروط بحث الحالة الاجتماعية.

وقد اشتهرت تلك المعاشات بأنها تقدم إسهامًا متميزًا للتخفيف من الفقر، لمتلقيها ولأعضاء أسرهم المعيشية على حد سواء. وهناك نسبة كبيرة من كبار السن في جنوب أفريقيا، خاصة من ذوي الدخل المنخفضة في المناطق الريفية، يعيشون في أسر ممتدة تشمل ثلاثة أجيال معًا. على الرغم من أن المعاش حق شخصي للمستفيد منه، فهناك مشاركة واسعة في توفير الدخل للأسرة المعيشية، لذلك يدخل جانب كبير منه في الميزانية المشتركة للأسرة. وهكذا تستطيع المرأة المتقدمة في السن العاملة في الاقتصاد غير الرسمي، وغيرها من العجائز المحرومات، بمن فيهن عاملات الخدمة المنزلية المتقاعدات والأرامل، أن تضمنن أمنًا اقتصاديًا جزئيًا في أواخر العمر. وهو ما يوفر لهن حماية خاصة بهن ضد الضعف الذي يصاحب التقدم في السن، ويمنح مكانًا مكتسبًا داخل الأسرة المعيشية. يغطي هذا النظام حاليًا 80 بالمائة من السكان الأفارقة المتقدمين في السن، وعددًا لا يؤبه له من البيض.

المشروعات بجذورها في تاريخ رفاه المجتمع الذي ارتبط بالعمل الخيري المسيحي.⁴² وقد جذب نجاح تلك البرامج في الثمانينيات اهتمام المانحين والحكومات، وتمويلهما.

وقد بذلت الجهود في الماضي القريب، وتُبدل في الحاضر أيضاً، من أجل إدماج التركيز الجديد على "المشاركة" و"التمكين" - الشائعين حالياً في دوائر السياسة الوطنية والدولية - في بعض تلك البرامج. ومسألة ما إذا كانت تلك الجوانب من المقرطة مجرد شعارات أو أنها قد تم تنفيذها مؤسسياً بنجاح، وماهية آثارها على المساواة بين الجنسين، كلها من الأسئلة التي تستحق البحث فيما يتعلق بالعديد من تلك البرامج. على أننا سوف نضع برنامجاً حكومياً واحداً تحت المجهر هنا، ولكن باختصار: برنامج "الفرص" Oportunidades، أو "التقدم/الفرص" Progreso/Oportunidades كما يقال له كثيراً، والذي تم إدخاله سنة 1997، ثم أعيد تنظيمه وتوسيعه منذ ذلك الحين تحت إدارة الرئيس فينسنت فوكس، الذي تولى السلطة في المكسيك سنة 2000.

هذا البرنامج هو أكثر البرامج كثافة من نوعه في أمريكا اللاتينية. فهو يوفر تحويلات نقدية وغذاء لنحو خمس ملايين أسرة ريفية فقيرة، ولكن بشرط أن يرسلوا أبناءهم إلى المدارس، ويترددوا على المراكز الصحية المحلية بشكل منتظم. يسعى هذا البرنامج الموجه إلى الجمع بين أهداف تقليص الفقر على الأمدين القصير والطويل، سائراً في ذلك على أسلوب "إدارة المخاطر الاجتماعية" الذي ينادي به البنك الدولي. ويركز البرنامج على "المسؤولية المشتركة": مقابل الحقوق التي يوفرها البرنامج، هناك بعض الالتزامات التي يتعين على المستفيدين الوفاء بها. وهؤلاء هم الأمهات في الأسر الفقيرة اللاتي يُنتظر منهن أن تضمن الالتزام بالذهاب إلى المدرسة واستخدام خدمات الرعاية الصحية. وقد رحب البعض بهذا البرنامج وراوه إيجابياً من حيث إنه يحول النقود إلى النساء مباشرة، لأنهن محل ثقة أكبر من الرجال، ليستخدمنها في أغراض صلاح أسرهن. ولكن، على الرغم من هذا الجهد لـ "تمكين" المرأة، فقد أظهر تقييم البرنامج وجود مشاكل مختلفة أخرى متعلقة بالنوع الاجتماعي.⁴³ وترقى هذه المشاكل إلى المشاكل المعروفة المتعلقة بالبرامج الموجهة: إقصاء بعض الأسر التي كان يجب أن تكون ضمن المجموعة المستهدفة، وإخراج من تم التثبيت من استحقاقهم للمساعدة، وخلق انقسامات داخل المجتمع. هذا بالإضافة إلى القلق من أن البرنامج قد كُثف من عمل النساء المشاركات غير المأجور، ولم يقدم إلا القليل لدعم مهارتهن التي يتطلبها سوق العمل. ولأن "الحكومة تدفع لهن"، فالمتوقع أن تقمن بأعمال لخدمة المجتمع، من قبيل تنظيف المدارس والمراكز الصحية، وذلك على خلاف من لسن مشاركات في هذا البرنامج.⁴⁴

أقامت شيلي وكوستاريكا نظاميهما الجديدين داخل النظام الإداري الخاص بتقديم الأمان الاجتماعي، القائم بالفعل، إلى جانب أن تعداد سكان كل منهما قليل نسبياً. واعتمدت "سيوا" على ما غذته عبر السنين من تضامن واتحاد؛ حيث تحمل الأعضاء أنفسهم جانباً كبيراً من التكاليف الإدارية. على أن أياً من دراسات الحالة لم تنظر إلي مساهمات أصحاب العمل وكيف يمكن تأمينها. وفي غياب ظروف تنظيمية ملائمة، قد تتطلب الاستدامة المالية دعماً طويلاً الأجل.

تشبي حالة كوستاريكا بأن التأمين ضد المرض أسير على العمالة غير الرسمية من الادخار للكبير. وقد وجدت "سيوا" أيضاً أن برنامجها للتأمين الصحي يجذب كبار السن، الأكثر عرضة للمرض، على نحو أكبر مما يجذب الأعضاء العاديين، وهي مشكلة شائعة في برامج التأمين. هناك درس آخر مستفاد من سيوا، ويتمثل في أن نوعية الرعاية الصحية التي سيتمتع بها المشتركون، يجب أخذها في الاعتبار عند الدعوة إلى الاشتراك. تشبي هذه النماذج المبتكرة بأن دور الدولة في تقديم الخدمة لأعداد كبيرة من الأفراد من خلال المؤسسات القائمة والجديدة يميل لأن يكون حاسماً، وهو ما يتضح جلياً من برنامج معاشات كبار السن في جنوب أفريقيا، ومن البرنامجين الشيلي والكوستاريكي. وبالتالي، فعلينا أن نعيد النظر في دعوة الدولة إلى "العودة إلى دورها"، والاعتراف بما "تقوم به بالفعل"، والنظر في كيفية جعل تدخلاتها أكثر فاعلية. أخيراً، فإن توفير نوع من الدخل الأساسي - كتوفير معاش ثابت للجميع، أو للغالية العظمى، أو توفير إعانة للأبناء - من شأنه رفع الحرج مع تقليص فرص التعنت البيروقراطي، كما أن له مزية إضافية تتمثل في بساطة الإدارة، نسبياً، وقلة كلفتها.

برامج مكافحة الفقر: تستهدف المرأة رغم غياب النوع الاجتماعي عنها؟

قامت العديد من الحكومات والمنظمات غير الحكومية، خلال العقود الأخيرة، بتنفيذ برامج لمكافحة الفقر تستهدف المرأة الفقيرة تحديداً، وكان أشهر تلك البرامج، برامج القروض الصغيرة. بيد أن اهتماماً دولياً أقل تم توجيهه إلى برامج التخفيف من الفقر الموجهة تحديداً إلى المرأة الفقيرة بوصفها عضواً في المجتمع، وأماً، ورعاية. ففي أمريكا اللاتينية، على سبيل المثال، دفعت الأزمة الاجتماعية الحادة التي صاحبت التكيف الهيكلي، العديد من النساء منخفضات الدخل إلى المشاركة في مشروعات مجتمعية مختلفة، تستهدف الوفاء بالاحتياجات اليومية للأسرة الحضرية، أو الريفية، الفقيرة. وتضرب هذه

التدابير، هناك خطورة حقيقية من أن تؤدي البرامج المتمحورة حول الرعاية والطفل إلى المزيد من ترسيخ أوجه عدم المساواة القائمة بين الجنسين، وجعل حصول المرأة على عمل مأجور وسعيها لفرص أخرى من اختيارها هي أكثر صعوبة. عند تقييم برامج مكافحة الفقر، أو الحماية الاجتماعية، أو تقديم الحكومة للخدمات، هناك سؤال محوري يجب أن يُطرح، وهو: هل تم بالفعل الوفاء بالطموحات المعلنة من تركيز على المشاركة، والحقوق، والمواطنة؟ هل تستطيع المرأة على وجه الخصوص أن تحوز الوجود والصوت اللازمين لضمان الإدماج الكامل لمصالحها في صناعة السياسة؟ إن سياسات التحرير والهجمة التي تتعرض لها الدولة يفسران بعض أسباب استمرار التحيز ضد المرأة. ولكن هناك أيضاً أسئلة سياسية أوسع حول وجهات النظر والمصالح التي تكون لها الغلبة في السياسات وصنع السياسة وتخطيط الخدمات: الجدل السياسي حول "ما المجتمع الصحي؟" ومكان المرأة فيه، وحول التزامات الأفراد تجاه بعضهم البعض، والتزامات الدولة تجاه مواطنيها. هذه القضايا تتناولها في القسم الثالث من تقريرنا هذا.

على الرغم من التركيز على المرأة، فقد كان هناك جهد طفيف لإضفاء مساواة بين الجنسين على البرنامج: حيث اشتمل مثلاً على إشراك الأب في بعض العمل التطوعي غير المأجور، أو في اصطحاب الأبناء إلى المدرسة وإلى العيادات الصحية المحلية. ومن هنا، فإن البرنامج يقوم على التقسيم التقليدي بين الجنسين، ويدعمه، وذلك باشتراطه "حسن الأمومة" لتحويل النقود، وهو موقف سياسي يذكرنا بعشرينيات القرن العشرين، ويشي باستمرارية كبيرة في السياسة الاجتماعية. 45 لم يتم السعي لإشراك المرأة في تصميم أو إدارة البرنامج، ولم تكن هناك كذلك فرصة للقيام بعمل جماعي من قبل العضوات. وهي مبادرة تنظيمية لو حدثت لدعمت المناداة بدفع "التمكين" الحقيقي للمرأة.

هناك دروس مستفادة من تجربة "التقدم/ الفرص". من هذه الدروس أنه على الرغم من أن برامج التخفيف من الفقر التي تقوم بها الحكومة تعترف بشكل متزايد بالمساهمة التي يمكن للمرأة أن تقدمها في التنمية، فإن فوائد هذا الاعتراف على المرأة نفسها لا تزال بعيدة المنال. وعلى الرغم من التأييد "الكلامي" للمساواة بين الجنسين، فلا تهتم تقييمات المانحين، إلا قليلاً، بالدفع الزائد لمصالح الطفل والذي قد يأتي على حساب الأم. فتقرير التنمية العالمي لسنة 2004، على سبيل المثال، يعتبر هذا البرنامج نموذجياً في مكافحة الفقر. 46 ومع كل ما أنجزه هذا البرنامج في تحسين تغذية الطفل والالتحاق بالتعليم الابتدائي (خاصة للفتيات) وهي أهداف اجتماعية تضمنها العديد من النساء المشاركات في البرنامج - فقد كانت له بعض المثالب وجوانب التحيز. ولم يحتو تقرير التنمية العالمي على إشارة، ولو عابرة، عن بناء البرنامج على نموذج للأسرة أصبحت المرأة فيه عملياً "وسيلة تنفيذ السياسة" - ضمان أن الموارد التي تمر عبرها تُترجم إلى تحسين أكبر في رفاه الطفل والأسرة - ودعمه وترسيخه لهذا النموذج. 47

لم يقتصر الأمر على دعم المرأة، بعملها غير المأجور، لتلك البرامج، ولكن تعداه إلى قلة الاعتراف بأن الكثير من النساء في المجتمعات المنخفضة الدخل تضطرن الحاجة إلى العمل لكسب المال في وظائف أو في أعمال حرة. إن برامج مثل "التقدم/ الفرص" تفوت فرصة أن تصبح برامج تحويلية إذا ما استجابت للاحتياجات الواضحة للكثير من النساء المنخفضات الدخل، والمتمثلة في النفاذ إلى مرافق رعاية أطفال يطمأن إليها وبرسوم في مقدورهن الوفاء بها، وإلى تدريب وظيفي يحدث تقدماً في استقلالهن وأمن دخولهن. في غياب مثل تلك

الحواشي:

- 1 حول العناصر التي تشتمل عليها القطاعات الاجتماعية انظر التعليق على شكل 8.1.
- 2 Cornia et al. 1987.
- 3 MacPherson and Midgley, 1987:134 cited in Vivian 1995:21.
- 4 Vivian 1995.
- 5 IMF 1998 and 2000 cited in Mkandawire 2001.
- 6 World Bank 2001c; Holzmann and Jorgensen 2000:28.
- 7 UNDP 2003; ILO Socio-Economic Security in Focus Programme; UNRISD Programme on Social Policy in a Development Context; Globalism and Social Policy Programme (GASPP).
- 8 World Bank 2003a:133,60.
- 9 Devereux and Sabates-Wheeler 2004.
- 10 Mackintosh and Tibandebage 2004b:167; Huber 2002.
- 11 Baldwin 1990; Barr 1998; Mkandawire 2001; Lund 2004.
- 12 Mackintosh and Tibandebage 2004a.
- 13 Molyneux 2004.
- 14 Molyneux 2004.
- 15 Elson and Cagatay 2000.
- 16 See UNESCO 2003; other reports scheduled for 2005 are likely to cover this issue comprehensively.
- 17 Esping-Andersen 1990.
- 18 This subsection is based on Mackintosh and Tibandebage 2004a.
- 19 Jackson and Rao 2004 provide evidence for India.
- 20 Kutzin 1994; Walraven 1996; Ekwempu et al. 1990.
- 21 Abdullah 2000.
- 22 Baru 2003.
- 23 Sen 2003.
- 24 Tibandebage 2004.
- 25 Tibandebage and Mackintosh 2002.
- 26 Jewkes et al. 1998, cited in Mackintosh and Tibandebage 2004b.
- 27 Mensah 2004.
- 28 Afford 2003.
- 29 World Bank 1995 cited in Mackintosh and Tibandebage 2004b.
- 30 World Bank 2003a:144-5.
- 31 Lund 2004.
- 32 Huber and Stephens 2000.
- 33 Huber and Stephens 2000.
- 34 Steinhilber 2004.
- 35 Diamond and Valdes-Prieto 1994:309.
- 36 Barrientos 2004.
- 37 Chatterjee and Ranson 2003; ILO 2001, cited in Lund 2004.
- 38 Barrientos and Barrientos 2002.
- 39 Martinez Franzoni and Mesa-Lago 2003, cited in Lund 2004.
- 40 Ardington and Lund 1995; Case and Deaton 1998; Case 2001; Lund 2002.
- 41 Tibandebage 2004.
- 42 Jelin 1990; Molyneux 2004.
- 43 The evaluations are summarized in Molyneux 2004.
- 44 Molyneux 2004:29.
- 45 Molyneux 2004:36.
- 46 World Bank 2003a:30ñ1.
- 47 Molyneux 2004.