

تحسين صحة الشعوب الأكثر فقرا في العالم

الصحة للجميع: هدف لم يتحقق

لقد أدركت الحكومات والمنظمات الدولية منذ زمن طويل الحاجة إلى تحسين صحة الفقراء. ففي السبعينيات، قادت منظمة الصحة العالمية جهودًا عالمية لتحقيق شعار "الصحة للجميع" مع حلول عام 2000. ومع ذلك، وبعد مرور أكثر من 25 سنة، لا يزال هذا الهدف غير متحقق. فبالنسبة لأكثر من مليار نسمة في أنحاء العالم كافة، الذين يعيشون على ما يقل عن دولار واحد يوميًا، نجد أن الخدمات الصحية والعقاقير الطبية الحديثة لا تزال بعيدة عن تناولهم.

لا يزال التفاوت الضخم في مجال الصحة مستمرًا، سواء بين البلدان أو داخل كل بلد. ن التفاوت بين البلدان يمكن أن يُعزى جزئيًا إلى اختلاف الإنفاق على الرعاية الصحية والبحوث في مجال صحة، والقدرات المحلية، ومدى تيسر النفاذ إلى التكنولوجيا والمعلومات. في البلدان الأقل نموًا، يصل الإنفاق على الصحة إلى حوالي 11 دولارًا للفرد سنويًا - هو ما يقل كثيرًا عن المبلغ الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية ويبلغ 30-40 دولارًا للفرد لتغطية الرعاية الصحية الأساسية - مقارنة بما يزيد عن 1900 دولارًا للفرد سنويًا في البلدان ذات الدخل المرتفع.³ ونتيجة لذلك، نجد أن سهولة نفاذ سكان البلدان الفقيرة إلى التكنولوجيا الطبية والرعاية الصحية الجيدة أقل منها في البلدان الغنية.

فجوة الأغنياء-الفقراء داخل كل دولة

ينتشر التفاوت الصحي داخل كل دولة. وحتى في البلدان الأكثر تقدمًا - مثل الولايات المتحدة وأوروبا - يموت الفقراء في فترة عمرية أقل من الأغنياء. على أن المشكلات الصحية التي تتسبب في قدر كبير من الانقسام العالمي في مجال الصحة - بما في ذلك الأمراض الطفيلية والمعدية، ونقص التغذية، ومضاعفات الولادة - تتركز بين

يعاني ملايين الناس في البلدان النامية من مشكلات صحية عديدة، على الرغم من إمكانية تجنبها - مثل الأمراض المعدية، وسوء التغذية، ومضاعفات الولادة - ويرجع ذلك ببساطة إلى فقر هؤلاء الناس. هناك فروق واسعة وغير عادلة بين الفقراء والأغنياء، وغالبًا ما يمكن تجنبها، وتعكس هذه الفروق الفرص والقيود الاجتماعية-الاقتصادية، وليس للاختيارات الفردية المختلفة.¹ وبينما تمكنت حكومات مختلفة من تحقيق خطوات واسعة في مجال تحسين الصحة العامة عبر العقود الماضية، فإن العديد من المبادرات الرامية إلى تحسين صحة الناس الأكثر فقرا لم تحقق نجاحًا.²

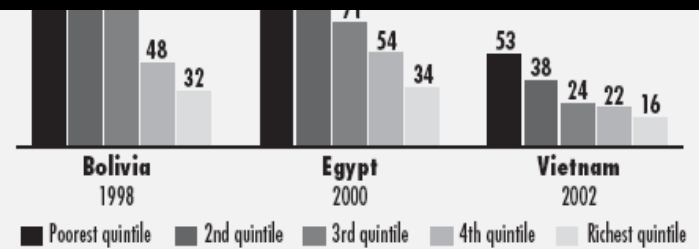
لقد توفرت خلال السنوات الأخيرة بحوث جديدة حول التفاوت الصحي في البلدان النامية. وهي الدراسات التي أُلقت الضوء على ما يوضحه غالبية أفقر شعوب العالم حول مدى استمرارية وانتشار التفاوت في مجال الصحة. وقامت بحوث أخرى بتقييم مجموعة من المقاربات الرامية إلى تقليص التفاوت في مجال الصحة، بما في ذلك عمليات الإصلاح في أسلوب تمويل وتنظيم الرعاية الصحية، وإدخال تحسينات في جودة الخدمات وتيسير الوصول إليها، فضلًا عن زيادة تطوير المجتمع المحلي.

ترتكز هذه النشرة الموجزة على تقرير مطول من المكتب المرجعي للسكان (Population Reference Bureau)، وتلقي الضوء على التفاوت الصحي القائم بين الأغنياء والفقراء، والعوامل التي تلعب دورًا في وجوده، فضلًا عن مقاربات تحسين صحة الفقراء.

Figure 1

Under-5 Mortality Rates by Economic Quintile

Number of deaths to children under 5 per 1,000 live births



SOURCE: D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences In Health, Nutrition, and Population*, Volumes I and II (November 2003).

بلدان الأقل نموًا، تستخدم بيانات المسوح الديموغرافية والصحية التي أُجريت في 56 بلدًا في أفريقيا، وآسيا، وأمريكا اللاتينية. تغطي تلك المسوح نطاقًا كبيرًا من السكان والقضايا الصحية، وتقيس الوضع الاجتماعي-الاقتصادي عن طريق دراسة ممتلكات الأسر المعيشية وخدماتها - مثل امتلاك ثلاجة، تليفزيون، أو سيارة، فضلًا عن حالة بناء مسكن الأسرة المعيشية، والسباكة، والكهرباء. وقد قام الباحثون بإعداد دليل لثروة الأسرة المعيشية مشتق من تلك البيانات، وتقسيم السكان في كل بلد إلى خمس مجموعات متساوية الحجم - أو خامسات - وفقًا لموقع الفرد النسبي على دليل ثروة الأسرة المعيشية داخل البلد المعني.

المتوسط. يُمثل المساعدة المتخصصة عند الولادة أهمية كبيرة بالنسبة لصحة الأم، حيث لا يمكن التوقع المسبق للمضاعفات

الخطيرة التي قد تحدث أثناء الولادة.

تُعتبر الفجوة بين الأغنياء والفقراء واسعة أيضاً في ما يتعلق باستخدام موانع الحمل. ونجد، في المتوسط، أن احتمالات استخدام وسائل منع الحمل من النساء المتزوجات اللاتي ينتمين إلى أغنى 20% ماسية تزيد بمقدار أربعة أضعاف، مقارنة بالنساء المتزوجات المنتميات إلى أفقر 20% ماسية. وهو الأمر الذي يعكس التفاوت في مدى بَدْء النفاذ إلى خدمات تنظيم الأسرة، فضلاً عن اختلاف مستويات الطلب على موانع الحمل. وعلى سبيل المثال، تميل النساء الفقيرات، رعادة يكن أقل تعليماً، إلى الرغبة في تكوين أسر كبيرة مقارنة بالنساء الأغنياء الأفضل تعليماً.

تفسير التفاوت بين الأغنياء والفقراء

عاني الفقراء من الحرمان، بوجه عام، في ما يتعلق بجميع مُحددات الصحة. بالفقراء أكثر عُرضة للإصابة باعتلال الصحة والمرض، ظراً للافتقار إلى الموارد المالية، ومحدودية المعرفة بالأمر الصحي، فضلاً عن محدودية استخدام الخدمات الصحية. أما لأغنياء، فيميلون إلى استخدام الخدمات الصحية أكثر تكراراً، والاعتماد على المتخصصين الحاصلين على تدريب في مجال الصحة وليس الممارسين التقليديين. كما أن أسرهم أصغر حجماً وأفضل تغذية. ويتجلى تأثير التعليم بوضوح – وخاصة تعليم النساء – في ممارسات الأسرة المعيشية، والسلوكيات المتعلقة بالصحة الجيدة.

كما أن العوامل المتعلقة بالمجتمع المحلي – بما في ذلك البيئة والجغرافيا – تحرم الفقراء أيضاً في مجال الصحة. فساكن المناطق لريفية والبعيدة، التي تفتقر إلى الخدمات، يقل تيسر وصولهم إلى المياه النقية، والإسكان الآمن، ووسائل المواصلات الكفء. وفي المجتمعات المحلية الفقيرة، نجد أن الأعراف الاجتماعية – بما في ذلك سن الزواج المبكر، والأسر كبيرة الحجم، والتمييز ضد المرأة – تدعم السلوكيات المقترنة بسوء الصحة.⁶

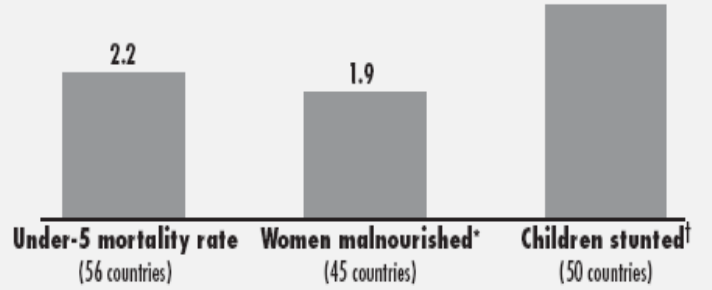
وعلاوة على ذلك، يحصل الفقراء على مزايا من النظام الصحي أقل من المزايا التي يحصل عليها الأغنياء. من الأكثر ترجيحاً أن يجد الفقراء الخدمات الصحية غير متاحة، ويصعب النفاذ إليها، وباهظة التكلفة، أو رديئة الجودة نسبياً. في العادة، تُخصص الحكومات الجزء الأكبر من ميزانياتها الصحية لمستشفيات الحضر، تاركة سكان الريف دون منشآت صحية مناسبة.

وقد قامت حكومات عديدة بمساندة الخدمات الصحية المجانية أو المدعومة، بغية تحسين الظروف الصحية بين الفقراء والسكان الأكثر عرضة للتأثر – باعتبار أن ذلك يُشكل جزءاً من استراتيجية لتقليص الفقر على مستوى البلد.⁷ ومع ذلك، لا يستفيد الفقراء في عدد من البلدان من الإنفاق العام على الصحة مقارنة بالأغنياء. فقد

Figure 2

Health Inequalities in Less Developed Countries, 1990-2002

Average ratio of rate in poorest quintile to rate in richest quintile



NOTE: Averages are not weighted for population size.

* BMI < 18.5, defined as weight in kilograms divided by the square of height in meters.

† Low height for age in relation to an international reference population of well-nourished children.

SOURCE: D. Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences In Health, Nutrition, and Population*, Volumes I and II (November 2003).

ويوضح تحليل المسوح الديموجرافية والصحية أن وضع أفقر 20% ماسية أكثر سوءاً من وضع أغنى 20% ماسية في ما يتعلق بعددٍ من النتائج الصحية – بما فيها معدل وفيات الأطفال، وحالة التغذية. ويوضح الشكل (1) بصفحة (1) مستويات وفيات الأطفال بناء على 20% ماسية الثروة في كل من بوليفيا، ومصر، وفيتنام بما يعكس تلك الرابطة. وفي جميع البلدان التي تناولتها هذه الدراسة، نجد أن احتمالات وفاة الطفل الذي ينتمي إلى أفقر 20% ماسية للثروة، قبل بلوغه سن الخامسة، تزيد بمقدار الضعف في المتوسط مقارنة بالطفل الذي ينتمي إلى أغنى 20% ماسية (انظر شكل 2) ونجد تفاوتاً مماثلاً في تغذية الأم، حيث احتمالات سوء تغذية النساء في أفقر 20% ماسية تزيد بمقدار الضعف عن سوء تغذية النساء في أغنى 20% ماسية، ويبدو التفاوت أكثر وضوحاً من حيث توقف نمو الطفل (نخفاض الطول وفقاً للسن).

وعلى الرغم من أن تحليل المسوح الديموجرافية والصحية لم يكن مُصمماً لإقامة رابطة سببية بين الثروة والصحة، فقد وجدت دراسات أخرى علاقات ذات دلالة إحصائية (روابط لا ترجع إلى الصدفة) بين الوضع الاقتصادي وصحة الطفل. كما وجدت إحدى الدراسات المتعلقة بتغذية الأطفال في 20 بلد نام أن هناك 81% منها يعاني من تفاوت دال إحصائياً فيما يتعلق بتوقف النمو ونقص الوزن عن المستوى الطبيعي – وهما مقياسان دوليان لسوء التغذية.⁵

التفاوت في استخدام الخدمات الصحية

توضح دراسة المسوح الديموجرافية والصحية أن احتمالات استخدام الفقراء للخدمات الصحية – مثل التحصين بالأصصال واللقاحات، ورعاية الأم، وتنظيم الأسرة – أقل من تلك التي تستخدمها الأغنياء. إن التفاوت في استخدام الخدمات الصحية

كبيراً. فبالنسبة للمواليد الذين تنجبهم النساء المنتميات إلى أغنى 20% ماسية، نجد أن احتمالات الولادة عن طريق متخصص حاصل على تدريب – مثل الطبيب، أو الممرضة، أو القابلة – تزداد بمقدار خمسة أضعاف تقريباً في

حشد موارد المجتمع المحلي

لقد قامت المشروعات الحديثة في الهند وغانا بحشد موارد المجتمع

مقاربات تحقق فوائد للفقراء

المحلي بطرق مبتكرة من أجل تحسين صحة الفقراء. وقد ضمت هذه المقاربات تدريب مكثف للعاملين الصحيين بالمجتمع المحلي، وإشراك قاداته التقليديين، فضلاً عن تقديم الخدمات محلياً. وتمكنت بعض المشروعات من تحقيق نتائج مذهلة، بإعادة تنظيم الموارد الصحية الموجودة بحيث تفي - بأفضل طريقة - باحتياجات الزبائن الفقراء.¹²

إعداد مقاربات لتمويل الصحة

يؤكد نظام التمويل المناصر للفقراء سداد تكلفة الرعاية الصحية قُدمًا عن طريق الضرائب أو التأمين، مع تقييد المساهمات بقدرة الفرد على السداد وليس بالخطر الصحي أو باستخدام الخدمات.¹³ كما أن خطط الرعاية الصحية بالمجتمع المحلي، حيث يقوم المشاركون بحشد مواردهم لتغطية تكاليف علاجهم في حالة المرض، يمكن أن تُمثل خياراً بالنسبة للفقراء في الريف. وقد حققت هذه الخطط نجاحاً بين سكان الريف في بلدان مثل الهند، وإندونيسيا، والصين.

قياس التقدم المتحقق

هناك كيان متعاطف من المعلومات متاح حول صحة الفقراء في العالم. كن كثيرًا من الحكومات والاتفاقيات الدولية تعتبر الأهداف الصحية متوسطات، وتتحقق في وضع أهداف لتقليص التفاوت بين جماعات اجتماعية-اقتصادية محددة. ومع ذلك، يُعد تطوير أهداف صحية موجهة نحو الفقراء عاملاً أساسياً لاقتفاء أثر التقدم المتحقق في مجال تحسين صحة الفقراء.¹⁴

إن تحديد الأهداف يستلزم إجراء اختيارات صعبة. فعلى سبيل مثال، قد يؤدي تحسين صحة المجموعات الأكثر فقراً وتعرضاً للتأثر إلى زيادة التكلفة أو تقليص الكفاءة.¹⁵ وقد حقق عدد قليل من البلدان نجاحاً من زاوية المتوسطات السكانية ومستويات التفاوت في مجال الصحة.

الخاتمة

يطرح وزن الأدلة إمكانية مواجهة التفاوت في مجال الصحة. ونجد حتى في بعض من أفقر البلدان أن البرامج المُصممة بعناية قد أسهمت في توصيل المزايا الصحية إلى أكثر السكان عُرضة للتأثر. وعلى الرغم من أن الصحة العامة قد ركزت تقليدياً على تحسين صحة الغالبية، فإن السياسات والبرامج يمكن إعادة توجيهها بحيث تفي على نحو أفضل باحتياجات المجموعات الفقيرة والأكثر عرضة للتأثر.

وتشير البحوث المتاحة إلى أن مقارنة شاملة - تتناول الأسباب الاجتماعية والاقتصادية للتفاوت في مجال الصحة - قد تُمثل أفضل طريق لإغلاق الفجوة الصحية بين الأغنياء والفقراء في البلدان الأقل نمواً. هناك حاجة مُلحة لتحسين صحة الفقراء، حيث الانقسام

ينفق الباحثون بشكل عام على أن وجود استجابات فاعلة تجاه التفاوت الصحي في كثير من القطاعات - بما فيها الصحة، والتعليم، والمالية، والبيئة، والزراعة، والمواصلات، والعمل، وغيرها من القطاعات. وإذا أمكن إعداد مجموعة من التدخلات بشكل جيد، فإنها يمكن أن تعمل في اتجاه تقليص التفاوت في مجالي الصحة والرعاية الصحية.

اتباع سياسات لصالح النمو والفقراء

إن وجود حالات ارتفاع في الدخل يعني عادة تعاطف التفاوت؛ ذلك أن استفادة الأغنياء من التغيرات التكنولوجية أكبر من استفادة الفقراء. ولمواجهة هذا التأثير، فإن السياسات التي تعزز النمو الاقتصادي يجب أن يصاحبها سياسات اجتماعية في مجالات مثل التعليم، والعمل، والرعاية الصحية الأولية؛ كما يجب أن تصاحبها تدابير خاصة لضمان تدفق مزايا البرامج نحو الفقراء.⁹

الاستثمار في التعليم

يساعد التعليم (وخاصة التعليم الابتدائي العام) على تقليص التفاوت في مجال الصحة، حيث يسهم في تمكين الناس من الحصول على وظائف آمنة وجيدة، والحصول على معرفة أفضل بالصحة، واتخاذ تدابير الرعاية الصحية الوقائية اللازمة، وتجنب السلوكيات الصحية التي تسبب أخطاراً، فضلاً عن المطالبة بزيادة الخدمات الصحية وتحسين جودتها.

توجيه مزيد من المزايا الصحية نحو الفقراء

نظراً لأن الفقراء يميلون إلى استخدام الخدمات الصحية أقل من الأغنياء، فإن برامج الصحة العامة يمكن أن تستخدم استراتيجيات مُستهدفة لتوجيه مزيد من الفوائد نحو الفقراء. وتحدد هذه الاستراتيجيات من هو الفقير، وبالتالي من المؤهل للحصول على فوائد بعينها، أو توجيه البرامج نحو مناطق بعينها يعيش فيها الفقراء، أو تناول المشكلات الصحية التي يعاني منها الفقراء. ونجد أن البرامج التي تستخدم مقاربات متعددة تكون أكثر فاعلية.¹⁰ وفي الأماكن التي تحصل فيها الحكومة على رسوم مقابل تقديم خدمات الصحة العامة، تُعتبر القدرة على إدارة وثائق التنازل عن الرسوم أو رسوم بمقياس إنزلاقي عاملاً جوهرياً للنجاح في توجيه المزايا نحو الفقراء.

تعزيز الرعاية الصحية الأولية والأساسية

إن مقارنة "الخدمات الأساسية" تعني تقديم حزمة رئيسية من الخدمات الصحية تتسم بمرودية التكلفة لكل فرد. وعلى الرغم من أنه مُمول من الحكومة، فإن مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص يمكنهم توفير الخدمات.¹¹

زيادة توفر الخدمات الصحية وجودتها

وعادة ما يجري إرشاد النظم الصحية نحو توجيه مزيد من الموارد للمنشآت والرعاية الخاصين بالمستوى الأولي، وزيادة تعزيز هذه الخدمات بحيث

1. Adam Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities," *Bulletin of the World Health Organization* 80, no. 2 (2002): 97.
2. World Health Organization (WHO), *The World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000), accessed online at www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm, on June 3, 2003.
3. WHO, "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development," *Report of the Commission on Macroeconomics and Health* (Geneva: WHO, 2001).
4. WHO, "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development": 42-54.
5. Adam Wagstaff and Naoko Watanabe, *Socioeconomic Inequalities in Child Malnutrition in the Developing World*, accessed online at <http://econ.worldbank.org/docs/1189.pdf>, on April 15, 2003.
6. Wagstaff, "Poverty and Health Sector Inequalities": 100.
7. Florencia Castro-Leal et al., "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?" *Bulletin of the World Health Organization* 78, no. 1 (2000): 66.
8. Castro-Leal et al., "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?": 69.
9. Margaret Whitehead et al., "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective," in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, ed. Timothy Evans et al. (New York: Oxford University Press, 2001): 314-15.
10. Davidson Gwatkin, "The Current State of Knowledge About Targeting Health Programs to Reach the Poor," accessed online at www.worldbank.org/poverty/health/library/targeting.pdf, on June 3, 2003.
11. WHO, *The World Health Report 2000*: 14-16.
12. Save the Children, "A Model of Neonatal Care in the Gadchiroli District of India," accessed online at www.savethechildren.org/publications/newborns, on Oct. 27, 2003; and Cornelius Debpuur et al., "The Impact of the Navrongo Project on Contraceptive Knowledge and Use, Reproductive Preferences and Fertility," *Studies in Family Planning* 33, no. 2 (2002): 141-64.
13. WHO, *The World Health Report 2000*: 35.
14. Whitehead et al., "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective": 310.
15. Whitehead et al., "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective": 310.

Acknowledgments

Lori Ashford prepared this summary based on a longer report by Dara Carr, "Improving the Health of the World's Poorest People". Thanks are due to several reviewers: Barbara Crane, Yvette Collymore, Davidson Gwatkin, Shea Rutstein, and Nancy Yinger. Funding for the brief was provided through a grant from the Bill & Melinda Gates Foundation.

© April 2004, Population Reference Bureau

PRB CELEBRATING 75 YEARS • 1929-2004

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 USA

Tel.: 202-483-1100 ■ Fax: 202-328-3937 ■ E-mail: popref@prb.org ■ Website: www.prb.org

