



## أثر الفقر في الصحة

### تقرير من الأمانة

١- يركز هذا التقرير على عدة عناصر من عمل منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بالفقر والصحة تتضمن ما يلي: متابعة تنفيذ التقرير الذي أعدته اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة<sup>١</sup> ودعم البلدان التي تسعى إلى ضمان تناول القضايا المتعلقة بالصحة بشكل فعال في الورقات الاستراتيجية الوطنية بشأن الحد من الفقر؛ والوضع الراهن فيما يتعلق بتطوير نهج شاملة للقطاعات من أجل تحسين الصحة. والغرض من هذه الورقة هو إظهار الروابط القائمة بين مسارات العمل هذه، وتعزيز التماسك فيما بينها في إطار الدروس المستفادة من تنفيذ المبادئ التي اعتمدت في إعلان ألما آتا؛ والتطورات الطارئة في ميدان حقوق الإنسان - وعلى وجه التحديد فيما يتعلق بالحقوق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية يمكن بلوغه؛ ومساهمة منظمة الصحة العالمية في تحقيق أهداف الإنمائية<sup>٢</sup>.

### الفقر والصحة

٢- إن تاريخ النقاش الجاري بشأن العلاقة بين الفقر والصحة تاريخ طويل. ويكشف الواقع العملي بوجه عام أن أعلى معدلات الوفاة تحدث في أفقر المناطق في أي بلد، وأن السكان الأصحاء يكونون أكثر إنتاجية من غير الأصحاء، من الناحية الاقتصادية. ومن المسلم به أن الأسهم المؤشرة إلى العلاقة السببية بين الصحة والفقر تشير جنباً إلى جنب في كلا الاتجاهين معاً، وأن وصف العلاقة وصفاً أفضل على أنها إما بمثابة حلقة مفرغة وإما بمثابة علاقة إيجابية متبادلة يتوقف على ما إذا كانت الظروف الصحية أو الاقتصادية آخذة في التحسن أو آخذة في التدهور بالنسبة للسكان المعنيين.

٣- وفي الآونة الحالية، لم يعد يُنظر إلى الفقر من الناحية الاقتصادية البحتة وإنما ينظر إليه على أنه نتيجة لتضافر مجموعة من العوامل لا يشكل الدخل إلا عاملاً واحداً منها فقط. ويعرّف الفقر على نحو أفضل على أنه الحرمان من فرص الحصول على الوسائل التي يمكن للفرد من خلالها أن يحقق كامل إمكانياته البشرية أو الإفتقار إلى تلك الفرص. ومن ثم، فإن انعدام فرص حصول الناس على الرعاية الصحية، أو المعلومات أو عدم توافر البيئة التي تمكنهم من أن يتمتعوا بحياة موفورة الصحة، هو في حد ذاته جزء من

١ .Macroeconomics and health: investing in health for economic development Geneva, World Health Organization 2001

٢ انظر أيضاً الوثيقتين م ١١/١١٣ وم ١٢/١١٣ إضافة ١.

تعريف الفقر. وقد وجد هذا الفهم للفقر انعكاساً له في الأهمية البارزة الممنوحة للصحة في أهداف الألفية الإنمائية.

٤- كما أتيج من خلال عمل اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة أول تقدير كمي للعائدات الاقتصادية العالمية المحققة من زيادة الاستثمار في الصحة. ومع أن تقرير اللجنة قدم رقماً عالمياً تقريبياً<sup>١</sup> فإن الأعمال اللاحقة تواصل تنقيح هذه التقديرات الأولية في أحاد البلدان. ويجدر بالذكر أن الغرض من تقرير اللجنة هو استرعاء انتباه من يتخذون قرارات تخصيص الأموال مثل: وزارات المالية والتخطيط والشركاء الثنائيين والمتعددي الأطراف إلى أهمية زيادة الاستثمار في مجال الصحة. وقد بذلت اللجنة جهودها أيضاً للتأثير على المجتمع المدني، بما في ذلك الأوساط الأكاديمية، ومحللو السياسات العامة، ومنظمو الحملات الهادفة الذين يؤثرون بدورهم على العمليات الوطنية المتعلقة بتحديد الأولويات. وأن تناول موضوع تحسين الصحة من الناحية الاقتصادية باعتبار ذلك مكوناً رئيسياً من مكونات استراتيجية الحد من وطأة الفقر من شأنه أن يعزز عملية تحسين الصحة تعزيزاً فعلياً.

٥- وقد كانت الجهود المبذولة لمعالجة تلك الأحوال الصحية التي تترتب عليها أكبر الآثار الاقتصادية، الوطنية والدولية العامة، محور تركيز واهتمام سياسيين كبارين. وتظهر وخامة آثار وباء الأيدز والعدوى بفيروسه إمكانية أن يؤدي استفحال المرض إلى تفويض سياسات الاقتصاد الكلي. ومن ثم فإن مكافحة تلك الجائحة تعود بفوائد بشرية واقتصادية وأمنية. ويمكن النظر من المنظور ذاته، إلى الاستثمار في نظم الرصد من أجل الحيولة دون حدوث تفشيات أخرى لمتلازمة سارس ومكافحة تلك المتلازمة. ومع أن الاستجابة الدولية بطيئة وغير كافية فيما يتعلق بمرض الأيدز والعدوى بفيروسه، فإنها الآن آخذة في التسارع عبر سبل شتى ليس أقلها إنشاء الصندوق العالمي لمكافحة الأيدز والسل والملاريا.

٦- ومع ذلك، فلاتزال هناك حاجة إلى تلبية احتياجات الفقراء الصحية على نحو أكثر فعالية بكثير. فقد حجب الاهتمام بهذه المسألة الافتقار إلى البيانات المتعلقة بالحالة الصحية لأفقر الفئات، ويمدى استفادتها من الخدمات الصحية، ولا يمكن سوى للبيانات المصنفة إظهار ما إذا كانت فئات معينة من السكان تستفيد من قدر ضئيل للغاية (أو كبير للغاية) من فرص الرعاية الصحية الأولية أو ما إذا كانت تعاني من معدل أعلى (أو أخفض) من الحصائل الصحية السيئة. وأن معالجة أوجه الغبن في الحصائل الصحية تكمن في وضع سياسات ونظم تضمن إمكانية حصول الفقراء على فوائد التكنولوجيات الصحية، بغض النظر عن أحوالهم الصحية الخاصة، أكثر مما تتمثل في مجرد تحديد ما يسمى بـ"أمراض الفقراء". كما تشير متطلبات القضاء على أوجه الغبن إلى ضرورة إجراء دراسة أكثر دقة للقيم التي يستند إليها عمل منظمة الصحة العالمية بشأن السياسات والنظم الصحية، وضرورة إيلاء الاهتمام لمحددات الصحة الشاملة لكل القطاعات مثل البيئة الملائمة، والتغذية وجودة ونقاء مياه الشرب وتعاطي التبغ.

٧- **القيم والمبادئ.** لقد كان إعلان ألما آتا أولاً وقبل أي شيء آخر بياناً يُرسي مبادئ سياسية. ومع أن السياق الذي يتعين فيه تطبيق هذه المبادئ قد تطور على مدى الأعوام الخمسة والعشرين الماضية، فإن الأهمية القصوى لتنفيذ هذه المبادئ في مجال الصحة، وبوجه أعم في مجال التنمية، لم تتغير. وهي تتضمن حق الجميع في الحصول على الخدمات وفقاً لاحتياجاتهم؛ وتحقيق العدالة بالنسبة لهم؛ وضرورة تحقيق مشاركة السكان في تحديد القرارات اللازمة؛ واتباع نهج مشترك بين القطاعات من أجل تحسين الحصائل الصحية.

١ جاء في تقرير اللجنة أن الاستثمار الإضافي في الصحة الذي يبلغ قدره ٦٦ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي سنوياً من جانب البلدان المنخفضة الدخل والمساعدة الإنمائية الخارجية سيؤدي إلى تحقيق فوائد اقتصادية تبلغ قيمتها ما لا يقل عن ٣٦٠ ٠٠٠ مليون دولار أمريكي سنوياً خلال الحقبة من ٢٠١٥ إلى ٢٠٢٠.

٨- وإن تأكيد منظمة الصحة العالمية على ضرورة الاهتمام بالعدالة الاجتماعية المُعرب عنه بجلاء في إعلان ألما أتا لكن المستمد أصلاً من دستور المنظمة - لا يؤثر فقط على العمل المتواصل بشأن تطوير النظم الصحية وإنما يدعم فعلاً جميع جوانب عمل المنظمة - ابتداءً من زيادة فرص الحصول على الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في البلدان التي تعوزها الموارد إلى صياغة استراتيجية عالمية للتصدي لعبء الأمراض والإصابات غير السارية المتزايد، وصولاً إلى ضرورة إيلاء اهتمام خاص للمحرومين.

### عمل المنظمة فيما يتعلق بالفقر والصحة

٩- يتخذ عمل المنظمة فيما يتعلق بالفقر والصحة أشكالاً كثيرة. فهناك جهود تبذل على سبيل المثال، في مجالات الصحة الإنجابية، وصحة الطفل ومكافحة السل والملاريا، من أجل تحديد مواطن الاختناق في النظم والبرامج الصحية التي تجعل من الصعب توفير فرص حصول أفقر الفئات على وسائل التدخل التقنية، كما يتم تجميع القرائن العلمية عن أفضل الممارسات التي تكفل التغلب على هذه التقييدات. وسوف يتعين باطراد زيادة تكامل هذه الأعمال مع الأعمال والجهود المبذولة فيما يتعلق بالنظم والسياسات الصحية، على سبيل المثال من خلال تعزيز الجهود المبذولة للتأثير على السياسات الصحية الوطنية من أجل أن تركز هذه السياسات تركيزاً أوضح على أفقر الفئات والمجتمعات. ويشكل الاهتمام بصحة فقراء السكان أيضاً الأساس الذي يستند إليه عمل منظمة الصحة العالمية بشأن السياسات التجارية - وخاصة فيما يتعلق بالجوانب المتصلة بالتجارة من حقوق الملكية الفكرية، وعملها في مجال تقييم الآثار المحتملة لتنفيذ الاتفاق العام بشأن التجارة في الخدمات. ويرد أدناه وصف موجز لبعض مسارات العمل التي ستؤثر على نهج المنظمة الإجمالي.

١٠- **متابعة تنفيذ تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة.** منذ نشر تقرير اللجنة اتخذ أكثر من ٤٠ بلدا خطوات عديدة للعمل بالتوصيات الواردة فيه، وذلك بدعم من المنظمة. وتتضمن الإجراءات التي اتخذتها البلدان عنصرين مشتركين هما: الاهتمام بتحسين صحة الفقراء، والمشاركة الفعالة في ذلك من جانب المستويات الحكومية العليا - وخصوصاً من جانب وزارتي المالية والتخطيط.

١١- ويتركز قدر كبير من النشاط المضطلع به على الصعيد الوطني على وضع خطة للاستثمار في الصحة. وتبدأ هذه العملية بتقييم للحالة الاجتماعية - الاقتصادية، والحالة الصحية بغية تحديد الأولويات فيما يتعلق باحتياجات الصحة الوطنية، وتقييم تكلفة تحقيق الأهداف الموضوعية وتصنيف الموارد الداخلية والخارجية المخصصة للصحة. وتوضع بعدئذ خطة استثمارية ترتبط بأنشطة الحد من وطأة الفقر وتحقيق أهداف الألفية الإنمائية. ويبدأ بعض البلدان تنفيذ الخطة الاستثمارية التي ستتطلب رصد النمو في التمويل المحلي للصحة، وتأمين زيادة التزامات الشركاء المناسبة للخطة وزيادة كفاءتها. وستتضمن أنشطة المتابعة المقبلة مواصلة إيجاد سبل جديدة لتطوير وتمويل خطط الاستثمار في الصحة في عدة بلدان مختارة ذاتياً، وكذلك القيام، استناداً إلى الخبرات المكتسبة في العمل القطري حتى الآن ببناء القدرات في منظمة الصحة العالمية، وإنشاء شبكات خارجية بغية توفير الدعم لمجموعة أكبر من البلدان.

١٢- **الصحة كمكون من مكونات الاستراتيجيات الوطنية للحد من وطأة الفقر.** ينطوي تنفيذ استراتيجيات الحد من الفقر على إمكانية زيادة الموارد المخصصة لقطاع الصحة، وحفز عملية إعادة فحص الاستراتيجيات الصحية القائمة الموجهة قطرياً، على حد سواء، لتقدير مدى فعالية وصولها إلى الفقراء. وتبين دراسة أجراها صندوق النقد الدولي أنه من المتوقع ألا يزداد الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي في البرامج التي يساندها مرفق الحد من الفقر وتعزيز النمو التابع للصندوق سوى زيادة طفيفة من ١,٨٪ في عام

١٩٩٩ (الإففاق الفعلي) إلى ٢,١٪ في الفترة من عام ٢٠٠١ إلى عام ٢٠٠٢ (الزيادة المسقطه)<sup>١</sup>. ويشير ذلك إلى أنه من غير المحتمل أن يؤدي تنفيذ استراتيجيات الحد من الفقر إلى تحقيق زيادة كبيرة في الموارد المخصصة للصحة.

١٣- وتتسق المكونات المتعلقة بالصحة من مكونات استراتيجيات الحد من الفقر، بوجه عام، مع نهج توفير الرعاية الصحية الأولية، ومن ثم فإن هذه المكونات تلبي بوجه عام احتياجات الفقراء الصحية. وتتضمن الأعمال النموذجية الواردة في الاستراتيجيات توسيع نطاق تقديم مجموعة أساسية من الخدمات (تتمثل في التطعيم، ورعاية صحة الأم، ومكافحة الأمراض السارية، الخ.)، وتعزيز الخدمات الصحية في المناطق الريفية. ومع أن هذا التركيز موضع ترحيب، فإنه لا يولي إلا اهتمام ضئيل للقيود التي عرقلت تنفيذ هذه الاستراتيجيات في الماضي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن استراتيجيات قليلة هي التي ترمي بشكل واضح إلى تحسين عملية توفير الاحتياجات الصحية لأفقر أفراد المجتمع، على سبيل المثال، من خلال تحديد أهداف تستند إلى السكان أو إلى المجتمع الريفي. وبهذا المعنى، تنحو هذه الاستراتيجيات نحو التعبير عن الاستراتيجيات والخطط الوطنية القائمة في المجال الصحي في البلدان المنخفضة الدخل، دون أن تدفع هذه الاستراتيجيات والخطط قدماً.

١٤- **السياسات الصحية المساندة للفقراء.** يرمي عمل منظمة الصحة العالمية إلى توفير الدعم للدول الأعضاء في تشكيل برامجها الصحية على أساس التركيز على هدف مساندة الفقراء، وتنفيذ هذه البرامج في السياق الأوسع نطاقاً المتعلق بمكافحة الفقر، وتعزيز التنمية. ولبلوغ هذه الغاية، استخدم أسلوب استشاري في التخطيط أدى إلى نشوء ثلاثة مجالات عمل متميزة ولو أنها مترابطة، وبدعم بعضها البعض الآخر. أولها يتمثل في وضع إطار عمل كي تستخدمه البلدان من أجل توفير بيانات صحية شاملة مفصلة لتحديد المشاكل الصحية التي تؤثر أكبر تأثير على صحة الفقراء؛ والثاني يتمثل في صياغة استراتيجيات محددة السياق لحل المشاكل المحددة على أساس تحليل السياسة العامة المساندة للفقراء؛ والثالث يضم هذا العمل النقدي إلى جانب الجهود الدولية والوطنية الأخرى من أجل تعزيز القدرات على الصعيد الوطني، على نحو فعال، وتلبية احتياجات الفقراء الصحية.

١٥- وينبغي أن تقدم القرائن التجريبية التي جمعت على هذا النحو مساهمة هامة في تعزيز القدرة على تطوير وتنفيذ المكون المتعلق بقطاع الصحة من مكونات استراتيجيات الحد من الفقر. وتثري الدروس المستفادة من العمل على الصعيد القطري المناقشات العالمية الجارية وكذلك النقاش الجاري داخل منظمة الصحة العالمية، وتقدم إسهامات تقنية لتيسير إدراج المسائل المتعلقة بسياسة مساندة الفقراء في عمل برامج مثل تنظيم الخدمات الصحية أو تعزيز مأمونية الحمل، أو مبادرات مكافحة الأمراض مثل "مبادرة علاج ٣ ملايين نسمة قبل نهاية عام ٢٠٠٥".

١٦- **النهج القطاعية.** صممت هذه النهج أصلاً كوسيلة لتحسين التعاون بين الحكومات والجهات المانحة - من خلال توجيه دعم المانحين نحو الأولويات المحددة على النطاق الوطني، وخفض تكاليف المعاملات التي تتكبدها جميع الأطراف. كما تستجيب هذه النهج لاقتناع متزايد لدى جهات مانحة كثيرة بأن دعم الميزانية هو أفضل سبيل لتحسين فعالية المساعدة الإنمائية. وقد نجحت بلدان قليلة في وضع نهج تشمل بشكل حقيقي جميع الجوانب المتعلقة بالصحة كما تشمل جميع الجهات المانحة. ومع ذلك، يجري تطبيق المبادئ الأساسية في عدد متزايد من الحالات. وفي الوقت الحالي، يشكل وضع برامج على نطاق القطاع الصحي بأكمله جزءاً رئيسياً

١ اجتماع منظمة الصحة العالمية بشأن وضع الصحة في ورقات استراتيجية الحد من الفقر، نيسان/ أبريل ٢٠٠٣، عرض صندوق النقد الدولي.

من الجهد المبذول على النطاق العالمي لتبسيط الإجراءات المتعلقة بالمعونة وتنسيق تلك المعونة وزيادة فعاليتها. وهناك مجموعة متزايدة من الخبرات المكتسبة على الصعيد القطري بشأن الأدوات المتعلقة بالنهج القطاعية مثل أطر الإنفاق على المدى المتوسط، ودراسات بيانات الاستحقاقات. وثمة حاجة إلى تحسين فهم الكيفية التي يمكن بها لهذه الأدوات - وهي، في العادة، ذخيرة للمؤسسات المالية الدولية - أن تؤثر على تطور القطاع الصحي، وضمان تحسين الحصائل الصحية لما فيه صالح الفقراء.

١٧- **الحق في التمتع بالصحة.** يشار إلى الحق في الصحة بوجه عام على أنه الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والنفسية يمكن بلوغه. وقد تطور هذا الحق تطوراً كبيراً في السنوات القليلة الماضية، سواء في مجال القانون الدولي أو في الأطر القانونية الوطنية. وفي عام ٢٠٠٠، اعتمدت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التعليق العام رقم ١٤ الذي يوضح النطاق المعياري للحق في الصحة، ومحتوى هذا الحق. والمهم أن اللجنة فسرت الحق في الصحة باعتباره حقاً شاملاً لا يمتد فقط إلى مجال توفير الرعاية الصحية التي يمكن الحصول عليها بتكلفة ميسورة وتكون مقبولة ثقافياً، وذات نوعية جيدة وإنما يمتد أيضاً ليشمل العوامل الأساسية المحددة للصحة مثل الحصول على مياه الشرب المأمونة والنظيفة، ووسائل الإصحاح الملائمة والتنظيف والمعلومات المتعلقة بالصحة. كذلك عينت لجنة حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة في عام ٢٠٠٢ مقررًا خاصاً معنياً بالحق في الصحة. وتلتزم منظمة الصحة العالمية والمقرر الخاص معاً ببحث وتناول المساهمة الخاصة التي يمكن أن يسهم بها إعمال الحق في الصحة في الحد من وطأة الفقر.

١٨- وتوفر أهداف الألفية الإنمائية علامات مميزة واضحة لمدى إعمال الحق في الصحة. ويتأثر تطور إعمال هذا الحق بدوره تأثيراً قوياً بمفهوم توفير الرعاية الصحية الأولية وإتاحتها للجميع. ويلزم الحق في التمتع بالصحة الذي يستند إلى قانون حقوق الإنسان الدولي الحكومات بأن تتخذ، إلى أقصى حد من مواردها المتاحة، خطوات مقصودة وملموسة بشكل منفرد أو من خلال المساعدة والتعاون الدوليين، من أجل الإعمال التدريجي للحق في التمتع بالصحة. كما يتعين على الحكومات أن تحدد موعد تقديم التقارير إلى آليات رصد حقوق الإنسان، الدولية، ومدى التقدم المحرز في تحقيق هذا الهدف. وفي هذا السياق، يمثل تحديد مؤشرات ومعايير ملائمة لرصد التقدم المحرز مهمة هامة تشارك فيها منظمة الصحة العالمية، في الوقت الحاضر، مع الهيئات المعنية بحقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة. وبوجه خاص، هناك جهود تبذل لضمان الاتساق بين مؤشرات قياس التقدم المحرز بشأن إعمال الحق في الصحة، ومؤشرات رصد إنجاز أهداف الألفية الإنمائية، والمؤشرات المتعلقة بمدى توفير الرعاية الصحية الأولية.

## التكامل والاتساق

١٩- تشكل العلاقات القائمة بين الصحة والفقر جانبا رئيسيا من جوانب عمل منظمة الصحة العالمية. ومع تقدم هذه العلاقات، يتضح ظهور عدة تحديات في هذا الصدد. فأولاً، هناك حاجة إلى تحقيق التكامل بين مستويات العمل العديدة المشار إليها بإيجاز آنفاً، وضمان إتاحة الدروس المستفادة وتطبيقها على مبادرات جديدة حيثما توضع هذه المبادرات.

٢٠- وثانياً، من المهم أن يكون واضحاً أن العمل فيما يتعلق بالفقر والصحة يتجسد ويتشكل فعلياً على المستوى القطري. وينبغي أن يكون بناء القدرات، سواء داخل منظمة الصحة العالمية أو في الدول الأعضاء والذي يستند إلى الخبرات المكتسبة، مكوناً أساسياً من مكونات العمل في مجالي تعزيز الصحة ومكافحة الفقر.

٢١- وثالثاً، من الغني عن البيان أن التصدي للفقير من خلال تعزيز الصحة أو العمل لتلبية احتياجات الفقراء الصحية يتطلبان استعراضاً شاملاً للنظم الصحية سواء من زاوية تقديم الخدمات أو من زاوية المسائل المؤسسية والسياسية الأوسع نطاقاً التي تؤثر على فعالية تحقيق هذين الهدفين. وتوفر القيم التي يستند إليها مبدأ تأمين حياة صحية للجميع أساساً مشتركاً، في هذا الصدد، حتى لو كانت الترجمة العملية للنظم الصحية التي يوجهها مبدأ توفير الرعاية الأولية تختلف باختلاف الظروف الوطنية.

٢٢- ورابعاً، لئن كان المستوى القطري يظل هو المستوى الرئيسي للتنفيذ وتحقيق النتائج، فإنه لا تزال هناك حاجة إلى اتخاذ إجراءات تمكينية عالمية بغية زيادة فعالية العمل على الصعيد المحلي. وينبغي أن تشكل حصائل المفاوضات المتعلقة بالتجارة والديون والمعونة ونقل التكنولوجيا والقانون الدولي مساهمات أساسية في معالجة قضايا الصحة والفقير في جميع البلدان.

٢٣- وأخيراً، تشدد أهداف الإنمائية أيضاً على ضرورة تحقيق الاتساق في النهج المتبع والترابط فيما بين الأهداف الإنمائية. ذلك أن الحد من وطأة الفقر أمر مستحيل بدون تحقيق مكاسب كبيرة فيما يتعلق بالأحوال الصحية؛ كما يمثل إدخال تحسينات في مستويات التعليم، وتحقيق العدالة بين الجنسين، وتوفير سبل العيش في بيئة مأمونة ونظيفة شروطاً أساسية لتحسين الصحة. ويشكل تحقيق شراكة فعالة - وعادلة - بين العالم الغني والعالم الفقير السبيل الوحيد للحد من الهوة القائمة بينهما في هذا المجال.

### الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٤- المجلس التنفيذي مدعو إلى الإحاطة علماً بالتقرير الوارد أعلاه.

= = =