

تحديات الرعاية الصحية الأولية في إفريقيا

د. عبد المجيد عثمان موسى*

المستخلص:

يعد الفقر المدقع والتدخلات الخارجية ذات أثر مباشر أثرت على نظم الرعاية الصحية الأولية في إفريقيا. هدفت الورقة إلى البحث في جذور هذه المشكلة واعتمدت على إحصائيات المنظمات الدولية والمراكز الإحصائية. أوضحت الورقة بأن المنظمات ذات العلاقة بالصحة تضع إستراتيجيات قد تكون غير ملائمة لإفريقيا ولشعوب العالم النامي حيث تتحكم فيها عوامل خارجية كثيرة. كما أوضحت الورقة تأثير الغياب الكامل للعدالة في توزيع الموارد بين دول الشمال ودول الجنوب على صحة الأفارقة. وخلصت الورقة إلى إمكانية اعتماد الدول الإفريقية على إمكانياتها في التغلب على تحديات الرعاية الصحية الأولية ، وأوضحت مثالا لذلك دولة كوبا التي تعدّ من أفقر دول المجموعة الأمريكية، ولكنها تتساوى في معدل متوسط العمر مع الولايات المتحدة أغنى دول الأمريكتين.

Abstract

Extreme poverty and foreign interventions greatly affected the primary health care systems in Africa. The purpose of this vision paper was to look at the root of this problem. The paper relied on statistics of international organizations and statistical centers.

The paper explained that the international health organizations develop strategies which may be inappropriate for the peoples of the developing world. Most of those strategies are controlled by external factors.

* اختصاصي طب المجتمع - كلية الطب - جامعة إفريقيا العالمية

The paper also explained the effect of the complete absence of equity in the distribution of resources between the North and the South.

The paper concludes to the ability of African countries in adopting a self-reliance strategy for Primary Health Care giving an example of the state of Cuba. Cuba is one of the poorest countries of the Americas but the life expectancy is similar to that of the United States the richest country of the Americas.

مقدمة:

في سبتمبر من عام 1978 عقدت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف مؤتمراً دولياً تاريخياً بشأن الرعاية الصحية الأولية في ألما-آتا، عاصمة كازاخستان آنذاك. وركز المؤتمر على أهمية الرعاية الصحية الأولية في الخدمات الصحية ، وكذلك على مبادئها ونماذجها التنظيمية ، وأفاق التعاون الدولي في هذا المجال. واعتمد المؤتمر إعلان ألما-آتا الذي حدّد الرعاية الصحية الأولية كوسيلة مناسبة لبلوغ المرمى، المتمثل في "توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000¹". و"الصحة للجميع" يقصد بها الحالة الصحية التي تمكن الشخص أن يعيش حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً.²

مؤتمر ألما-آتا كان ثورة في تغيير مفهوم الصحة. لقد عقد هذا المؤتمر، نتيجة لفشل النظم الصحية في تحقيق الصحة للجميع. إعلان ألما-آتا أكد أن الصحة حق من حقوق الإنسان الأساسية، واقترح نهجاً ثورياً وراديكالياً، لتحقيق الصحة للجميع، وهذا ما يسمى بالرعاية الصحية الأولية. لقد خلص المؤتمر إلى أن الصحة هي، قبل أن تكون أطباء ومستشفيات - تنمية وعدالة اجتماعية.

ولكن وقبل أن ينفذ الغبار عن مؤتمر ألما-آتا بدأ خلع أسنان من الرعاية الصحية الأولية، وإعلان تطبيق الرعاية الصحية الأولية الانتقائية، ثم دخول البنك الدولي بثقله

في مجال الصحة، فتم (رسملتها) أو كما تم تسميتها من قبل د. ورنر
³.McDonaldization of Alm-Ata

قبل أن ينفذ غبار المؤتمر نعتة البعض "بالمظاهرة الصحية"، بل و"المظاهرة السياسية"، وربط البعض مخرجاته بسياسات الاتحاد السوفيتي السابق خاصة، وأن انعقاده كان في ألما-آتا عاصمة كازخستان. لم يتقبل الكثيرون محتوى "العدالة الصحية بين الناس، وبالأخص بين الدول المتطورة والنامية". ووصف البعض الرعاية الصحية الأولية بالبدائية Primitive Health Care، تخص دول العالم النامي، أي رعاية صحية بدائية لمواطني دول العالم النامي تختلف عن الرعاية الصحية المتطورة للدول المتقدمة.

بعد عام واحد من مؤتمر ألما آتا تم عقد مؤتمر في إيطاليا برعاية مؤسسة روكفلر Rockefeller Foundation، أعلنت فيه مبادرة الرعاية الصحية الأولية المنتقاة Selective Primary Health Care بهدف (معلن) لدعم الرعاية الصحية الشاملة. وتم انتقاء أربعة مكونات، وهي متابعة النمو وأملاح التروية والرضاعة الطبيعية والتطعيم أو ما يعرف بـ Growth Monitoring, Oral Rehydration and Immunization) GOBI. تبنت اليونسيف هذه المبادرة، ولكنها تعرضت لانتقادات كثيرة، واعتبرها الكثيرون (منهم د. ورنر، الأب الروحي للرعاية الصحية الأولية) تجزئة لصحة الإنسان، بل ووصفها البعض بأنها رسالة لدول العالم النامي تعني "اكتفوا بهذا القدر من الصحة!"، وأن انتقاء هذه المكونات كان بناء على ميزانيات اليونسيف واهتماماتها، وليس لأولويات الصحة في دول العالم النامي، بل اعتبرت منظمة الصحة العالمية في تقريرها "ثلاثون عاماً بعد مؤتمر ألما آتا" مؤشراً للفشل. ولقد ذكر ماهلير المدير العام لمنظمة الصحة العالمية طيلة ثلاث عهديات متوالية "الرعاية الصحية الاختيارية، أي الرعاية التي تركز على آحاد القضايا أو

البرامج الرامية إلى مكافحة آحاد الأمراض، تتعارض مع توافق الآراء الذي تم بلوغه في ألما-آتا والداعي إلى توفير الصحة للجميع. لماذا ضلّت الرعاية الصحية طريقها؟ .. إنّ عقد السبعينات، كان عقداً زاخراً بالعدالة الاجتماعية. ولهذا السبب بدا لنا أنّ كل شيء ممكن بعد صدور إعلان ألما-آتا في عام 1978. ولم تنقُص فترة طويلة حتى انقلبت الأمور على عقبها فجأة ، عندما شجّع صندوق النقد الدولي على انتهاج برنامج التكيف الهيكلي الذي ينطوي على كل أنواع الخصخصة⁴

لا يمكن فصل صحة الطفل عن صحة الأم أو الصحة المهنية أو التغذية. أضافت اليونيسيف لاحقاً مكونات أخرى لأنشطتها مثل تنظيم الأسرة وتعليم البنات والتغذية أو ما يعرف بـ 3Fs لتصبح GOBI-FFF (Growth monitoring, O=Oral rehydration therapy, B=Breast feeding, I=Immunization, F=Female education, F=Family spacing, and F=Food supplements)، مما جعل أنشطتها تتكامل أكثر، خاصة فيما يخص صحة الأطفال. فأصبحت حزمة جديدة تبنتها منظمة الصحة العالمية⁵

قد يكون لليونيسيف الحق، وهي تقدم دعماً مباشراً للخدمات الصحية بتمويل محدود، من مؤسسات دولية منها مؤسسة روكفلر، لدول العالم النامي، مثل الأمصال وحبوب تنظيم الأسرة وأملاح التروية وغيرها. وقد يكون ذلك درساً للدول النامية بأن لا تعتمد على الدعم فيما يخص صحة مواطنيها. الرعاية الصحية الأولية، يجب أن تكون بتكاليف يمكن لأفراد المجتمع المحلي وسكان البلد قاطبة تحملها.

هل يمكن للدول النامية تحمل نفقات الرعاية الصحية الأولية؟:

تعد كوبا من أفقر دول الأمريكتين، ولكن وفقاً للأمم المتحدة، فإن متوسط العمر المتوقع في كوبا هو 78.3 سنة (76.2 للذكور و 80.4 للإناث). يضع هذا الأمر كوبا في المرتبة الـ 37 عالمياً والثالثة في الأمريكتين بعد كندا وتشيلي وقبل الولايات

المتحدة مباشرة. معدل وفيات الرضع في كوبا انخفض من 32 حالة وفاة لكل 1000 مولود في عام 1957، إلى 10 حالات وفاة في 1990-1995م، بينما وصل المعدل في الفترة 2000-2005 إلى 6.1 لكل 1,000 حالة ولادة مقابل 6.8 في الولايات المتحدة. وقد اعتبر نظام الرعاية الصحية عالي الجودة المقدم للمواطنين الكوبيين، بأنه نموذج لأنظمة الرعاية الصحية الأولية في الدول النامية.6 في مايو 2014 وصفت المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية مارغاريت تشان، النظام الطبي الكوبي كنموذج يحتذى به، بفضل استدامته، والقدرة على تطبيق الرعاية الصحية الأولية، بالاعتماد على الذات من خلال طبيب الأسرة، العمود الفقري للنظام الصحي الكوبي.⁷ في الجدول أدناه مقارنة بين الناتج القومي لبعض الدول الإفريقية وكوبا مقارنة مع متوسط العمر:⁸

الترتيب دولياً	الدولة	إجمالي الناتج المحلي GDP	متوسط العمر بالسنوات
68	السودان	\$168,900,000,000	64.1
72	إثيوبيا	\$162,000,000,000	62.2
75	كينيا	\$142,200,000,000	64
76	تنزانيا	\$138,700,000,000	62.2
79	كوبا	\$128,500,000,000	78.7

يوضح الجدول بأن كوبا الأكثر فقراً من الدول الإفريقية، وبأن لها أعلى متوسط لعمر الإنسان يكاد يقارب متوسط العمر في الولايات المتحدة أغنى دولة في العالم. كما توضح التجربة الكوبية بأنه يمكن للدول النامية أن تحسن من صحة مواطنيها. إن

قياس الصرف وتحديدته بالنسب المئوية من الدخل القومي لا يعني الصرف على الصحة ، وإنما يعني الصرف على أنشطة وزارات الصحة. تشير دراسة أجريت في 28 دولة، منها 67 دراسة تدخلية *Interventional Studies* بأن تحسين المياه الصالحة للشرب وإصحاح البيئة (جمع النفايات ... إلخ) قد يخفض معدلات الإسهال ب 22%. هذه الأنشطة من الواجبات المفروضة على الحكومات ولا تدرج في ميزانيات الصرف على الصحة، وهي أهم من التثقيف الصحي وغيره، ففي نفس الدراسة تحدد دور التثقيف الصحي في خفض الإسهال بنسبة 11%. يسهل حساب صرف الدول على النظام الصحي (وزارات الصحة)، ويصعب تحديد نسب مئوية للدول في صرفها على تنمية الصحة التي هي جزء من التنمية الاجتماعية.

نجحت العديد من البلدان الإفريقية في تحسين نظم الرعاية الصحية في السنوات الأولى بعد مؤتمر ألما-آتا، ولكن تدخل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي عكس هذا التقدم وقلبه نحو الأسوأ، لقد حققت الاستثمارات في الرعاية الصحية من قبل الحكومات الإفريقية في السبعينات من القرن الماضي تحسينات واسعة في المؤشرات الصحية الرئيسية. في كينيا، على سبيل المثال، تم تخفيض معدل وفيات الأطفال بنحو 50% في العقدين الأولين بعد الاستقلال في عام 1963. في جميع أنحاء إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وخلال العقود الأولى بعد الاستقلال، شهدت زيادات كبيرة في متوسط العمر المتوقع، من متوسط قدره 44 عاما إلى متوسط أكثر من 50 عاما. ومع ذلك ، ففي الثمانينات والتسعينات من القرن الماضي ، كان على الحكومات الإفريقية التخلي عن سيطرتها على عملية صنع القرار الاقتصادي، من أجل التأهل للحصول على قروض البنك الدولي وصندوق النقد الدولي. الشروط المصاحبة لهذه القروض قوّضت الكثير من التقدم الذي تم إحرازه في مجال الصحة

العامة في تلك البلدان. السياسات التي يفرضها البنك الدولي وصندوق النقد الدولي تقاوم الفقر، وتوفر أرضية خصبة لانتشار مرض الإيدز وغيره من الأمراض المعدية. التخفيضات في ميزانيات الصحة وخصخصة الخدمات الصحية نهشت التقدم السابق في مجال الرعاية الصحية، وأضعفت قدرة الحكومات الإفريقية على التعامل مع الأزمة الصحية المتزايدة، ونتيجة لذلك توقف متوسط العمر في إفريقيا منذ العام 1990، وظل متوسط العمر في إفريقيا هو الأقل في العالم، وسيظل كذلك على حسب بعض التوقعات حتى عام 2050.

متوسط العمر عند الولادة 2005 و2045⁹

الرقم	المنطقة	2010-2005	2060-2045
.1	العالم	67.2	75.4
.2	الأقاليم الأكثر تطوراً	76.5	82.4
.3	الأقاليم المتطورة	65.4	74.3
.4	الدول الأقل تطوراً	54.6	67.2
.5	دول أخرى أقل تطوراً	67.9	76.4
.6	إفريقيا	52.8	66.1
.7	آسيا	69.0	77.4
.8	أوروبا	74.6	81.0
.9	دول أمريكا اللاتينية والكاريبي	73.3	79.6
.10	شمال أمريكا	78.5	83.3
.11	أوكرانيا	75.2	81.0

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2007) World Population Prospects: The 2006 Revision, Highlights. New York: United Nations.

ما حدث للرعاية الصحية الأولية في إفريقيا ما هو إلا انعكاس للاتجاهات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية السائدة، من سوق حر، وتخصيص، وعولمة إلخ. وكان الأكثر تأثراً هي المناطق الريفية التي دخلتها حيازات كبيرة للأراضي، تعيد للأذهان عهد الإقطاع، تسببت في هجرة جماعية من الفلاحين الذين لا يملكون أرضاً في تكاثر الأحياء الفقيرة في المدن. فزادت آفات المدن من بطالة، وفقر، وتشرد، وجوع، وجريمة. ومع تزايد الهوة بين الفقراء والأغنياء تزايدت الاضطرابات الجماعية، فتزايدت معها الحروب الأهلية وآلة القمع. لقد ازداد الوضع الصحي سوءاً على سوء. بدأت الحكومات في الدعوة إلى سياسات التقشف الموجهة أساساً للفقراء وتخفيض نفقات الصحة والتعليم وتوجيه الميزانيات للألة الحربية والقمعية. تحولت المستشفيات العامة والمراكز الصحية لأكثر من خاصة، وأصبحت تكاليفها بعيدة عن متناول الفقراء. وتفاقم الفقر مع انخفاض الأجور وارتفاع الأسعار وزيادة البطالة، بسبب تسريح العمالة؛ مما أثر كثيراً على الصحة. ولقد اعترف البنك الدولي بذلك بطريقة (مهذبة) "المصاعب المؤقتة للعائلات ذات الدخل المنخفض"¹⁰. فتأثرت كل أسس الرعاية الصحية الأولية.

الأهداف الإنمائية للألفية: 11

وبعد أن بدأ يختفي شعار الصحة للجميع بحلول عام ألفين. ظهر مشروع الأمم المتحدة للأهداف الإنمائية الألفية Millennium Development Goals، اتفاق مونتيري، (تحفيز التنمية من خلال تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية في أكثر بلدان العالم فقراً)، ولكن حتى هذه الأهداف (تخفيض معدلات الجوع إلى النصف! ..) تواجهها تحديات. يقول جون بولتون، أحد الرموز السياسية الأمريكية، أن الولايات المتحدة لم توافق أبداً على اتفاق مونتيري، والذي يقضي بإنفاق 0.7% من الناتج المحلي الإجمالي في شكل معونة إنمائية. وأعلنت الحكومة الأسترالية

التزامها بتقديم 0.5% من الدخل القومي الإجمالي للمعونة الإنمائية الدولية بحلول عام 2015 أو 2016 دون أن تذكر الهدف طويل الأمد، وهو تخصيص 0.7% من الناتج المحلي الإجمالي. أي، لم يحرز أي تقدم في تنفيذ الوعود الخاصة بتخصيص 0.7% من الناتج القومي الإجمالي للدول الغنية، للحد من الفقر بحلول عام 2015. بل حتى المعونات المخصصة لأهداف التنمية الألفية التي تحصلت عليها دول العالم النامي يذهب أكثر من نصفها لتخفيف عبء الديون على البلدان الفقيرة، بل وجزء منها يتخذ شكل مساعدات عسكرية (لتنمية الصحة!). ووفقا لقسم الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة 2006 " لا تحصل البلدان الخمسون الأقل نمواً إلا على ثلث المعونات التي تتدفق من البلدان المتقدمة، مما يعني أن المعونة لا تنتقل من الأغنياء للفقراء حسب حاجتهم للتنمية، بل من الأغنياء إلى أقرب حلفائهم!". ويشكك كثير من خبراء التنمية في تقاريرهم في جدوى نموذج الأهداف الإنمائية للألفية، حيث يتم نقل مليارات الدولارات مباشرة من حكومات البلدان الغنية إلى حكومات بلدان نامية، تتسم في الغالب بالفساد أو البيروقراطية. وهذا الشكل من المساعدات قد لقي انتقاداً واسع النطاق من الرأي العام في الدول الغنية، ويؤثر بالسلب على توسيع نطاق المعونات التي تحتاجها بعض البلدان بشدة. وبدأ الرأي العام في تلك الدول يتساءل إلى متى ستنظّل الدول النامية تسدد في ديون النظم العسكرية والديكتاتورية الفاسدة التي ندعمها؟ وإلى متى ستنظّل الدول النامية سوقاً للتخلص من أسلحتنا القديمة؟ لقد بدأت المجتمعات الغربية تتساءل هل ما نأكله (حلال)؟ إذا لم يتم وقف ذلك لن تتحقق أهداف الألفية المتواضعة (تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع، وتخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين إلى النصف، وتخفيض معدلات الجوع إلى النصف! ..) مثلما لم تتحقق الصحة للجميع بحلول عام ألفين. لقد بدأ الوعي يدب في مجتمعات الدول

الرأسمالية، فالمجتمعات تعرف مشاكلها، وتعرف أسباب تلك المشاكل مثلما يعرف المريض موضع الألم، ويعرف السبب المحتمل له. حتى أن بعض المجموعات الشبابية الأمريكية توجهت مباشرة إلى شارع وول ستريت "احتلوا شارع وول ستريت".

التنمية والعدالة والصحة:

في تعريف ونسلو للصحة عام 1920 ذكر بأن الصحة هي تطوير النظام الاجتماعي الذي يضمن لكل فرد في المجتمع المعيشة المناسبة لحفظ الصحة. إذن لا بد من إشراك المجتمعات في تطوير النظام الاجتماعي أولاً وقبل كل شيء، إذا كانت لدينا رغبة وجدية في حفظ الصحة. مؤتمر ألما-آتا هو أول مؤتمر خاص بالصحة تشارك فيه القطاعات ذات الصلة (الاقتصاد، الزراعة .. إلخ) للقناعة التي توصل إليها الجميع بأن تطوير النظام الاجتماعي، هو أساس تطوير النظام الصحي.

80% من سكان العالم يعيشون في دول العالم النامي. في عام 1960 كان الأغنياء يمثلون 20% ويملكون 70% من ثروة العالم. في عام 1989 ارتفعت هذه النسبة، حيث أصبح الأغنياء يملكون 83% من ثروة العالم. في عام 1960 20% من أفقر سكان العالم كانوا يملكون 2.3% من ثروة العالم، تدنت إلى 1.4% في عام 1989، وأصبحت 1.1% في عام 1994¹²

ففي التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية 1995¹³ "Bridging the Gap"، ورد ما يلي "بالرغم من الحقائق المشجعة حول تخفيض معدلات الوفيات، وزيادة متوسط عمر الإنسان، والتقدم الكبير في تكنولوجيات الطب، لكن توجد فوارق عميقة في المستويات الصحية للمواطنين". لقد ازدادت الفوارق بين البلدان المختلفة، وحتى داخل هذه البلدان، بل وحتى بين الفئات العمرية والجنسين داخل مجتمعات هذه البلدان، منذ ذلك التاريخ وحتى الآن.

في نفس التقرير المشار إليه ذكر المدير العام لمنظمة الصحة العالمية بأن الفقر، هو القاتل رقم واحد، هو الذي يدمر حياة الإنسان في كل مراحل نموه، ... الموت هو الطريق الوحيد للهروب من الفقر" .. "المحافظة على البقاء تعني للفقراء حرباً يومية تبدأ من الفجر وحتى منتصف الليل، كل يوم إضافي لأعمارهم هو بمثابة عقوبة" ... "الفقراء يعملون 365 يوماً في العام. فترة الراحة الوحيدة لأجسامهم هي عندما ينامون أو يموتون".

في كثير من دول العالم النامي أصبحت الفجوة ليست بين الفقر والغنى، ولكنها بين الفقير والأفقر، وبين أولئك الذين يملكون سبل العيش، واستخدام الخدمات الصحية، وبين الذين لا يملكون لا هذا ولا ذلك.

أثر القروض الأجنبية على الصحة:

لقد كانت اتجاهات النمو لدول العالم النامي حتى عام 1970 إيجابية، ولكن بعد ظهور البترول بدأت دول الأوبك تستثمر أموالها في البنوك الأوروبية، حتى فاضت خزائن تلك البنوك واتجهت نحو سياسة القروض للدول النامية بفوائد قليلة لحل مشاكل فوائضها. مع بداية الثمانينات من القرن الماضي ظهرت بوادر التضخم في الدول الأوروبية، مما دعاها لزيادة فوائدها على قروض دول العالم النامي التي كانت تقبل أي قروض بأي شروط ، بغض النظر عن الحاجة لها، وتذهب معظم هذه الديون إلى جيوب وقصور الأنظمة الفاسدة وسدنتها.

1985 - 1987 دفعت دول الجنوب الفقيرة 160 مليون دولاراً للدول الغنية، وهو ما يعادل أربعة أضعاف المساعدات التي تقدمها الدول الغنية للدول الفقيرة (نقل الدم من المريض للمتبرع). يساوي ذلك 6 أضعاف ما دفع لدعم ألمانيا بعد الحرب العالمية الثانية (خطة مارشال). في هذه الفترة انخفض الصرف على الصحة في أفقر 37 دولة نامية بنسبة 75% مقارنة بعام 1970. "لقد تسببت أزمة الديون على الدول

النامية في وفاة 60 مليون نسمة"، هذا ما ذكره ديفدسون بدهو المدير السابق لصندوق النقد الدولي.¹⁴

السكان والصحة:

في عام 1798 نشر توماس مالتوس نظريته¹⁵: يتزايد عدد السكان بمعدلات هندسية (1، 2، 4، 8، ..) بينما يتزايد إنتاج الغذاء بمعدلات حسابية (1، 2، 3، 4، ..). وكان مقتنعاً بأن العالم قادم على مجاعة لا محالة. كان يعتقد بأنه عندما يتضاعف عدد السكان 16 مرة، سوف يتضاعف إنتاج الغذاء أربع مرات فقط. سقطت النظرية نتيجة للثورة الزراعية ودخول التكنولوجيات المختلفة في الزراعة. بين عامي 1981 - 1985 قُدرت الفاو الزيادة في إنتاج الحبوب ب 3.4%، وزيادة السكان ب 1.7%.¹⁶ إن المشكلة تكمن في سوء التوزيع.

بروفيسور موريس كنج Maurice King مؤلف كتاب (الخدمات الطبية في دول العالم النامي¹⁷)، كتب كثيراً عن العلاقة بين الصحة والزيادة السكانية، وكان دائماً يشير إلى الحلقة اللئيمة: زيادة عدد السكان تؤدي إلى زيادة الفقر والذي يؤدي بدوره إلى زيادة في معدلات الأمراض فيزداد الفقراء فقراً فيزداد عدد السكان أكثر فأكثر (معدلات زيادة عدد أفراد الأسر هي دائماً الأعلى وسط الفقراء) وهكذا حتى يقع المجتمع المعين في مصيدة الفقر. لقد ربط بين التنمية والفقر والجهل والمرض وغيرها، وبين زيادة عدد السكان ومصيدة لفقر¹⁸ وأشار إليها بالمصيدة السكانية Demographic Trap مؤشرات مصيدة السكان تنطبق تماماً على الوضع الإفريقي، وهي:

1. تزداد احتياجات المجتمع المعين عن موارده .
2. أن يكون المجتمع غير قادر على استغلال موارده .

3. أفراد المجتمع غير قادرين على الهجرة الطوعية، ويتوقع بروفيسور كنج

خمسة احتمالات للمجتمعات التي تقع في مصيدة الفقر:

- أ- الهجرة إلى الأكواخ ومعسكرات اللاجئين المزرية.
- ب- أن يعتمد المجتمع المعين على المعونات الغذائية بصورة دائمة، والتي قد تؤدي في النهاية إلى تدمير الإنسان والزرع والضرع.
- ج- المجاعات.
- د- الحروب الأهلية.
- هـ- الوفيات من الأوبئة والأمراض على نطاق واسع.

الجديد فيما يعلنه بروفيسور كنج، هو أن دول العالم النامي قد دخلت فعلا في المصيدة السكانية، وأن معظم المؤسسات الدولية والأكاديمية تخفي هذه الحقيقة، بل إن بعض هذه المؤسسات تطالب بضرورة إخفاء هذه الحقيقة، لتحقيق أهداف أخرى لآخرين، بعضها مدفوعة الأجر.

للخروج من المصيدة السكانية يرى بروفيسور كنج بأن هنالك مقترحين لا ثالث لهما: الحل الأول هو تنظيم الأسرة، والحل الثاني هو وقف تقديم الخدمات الصحية خاصة للأطفال. ويتساءل "هل لدينا الحق في تحريك إجراءات الصحة العامة الجديدة التي من شأنها أن تؤدي إلى زيادة البؤس الكلي النهائي للجيل القادم؟ هل لدينا المسؤولية الأخلاقية لأطفال الغد كما لدينا المسؤولية لأطفال اليوم؟"

الحل الثاني كما هو واضح غير أخلاقي، وغير فعال في نفس الوقت.

ترى أولا برايت ومعاونيها 19 بأنه إذا تمت مضاعفة وفيات الأطفال في نيجيريا، فسيتضاعف عدد السكان بعد 22 عاما بدلا من 28 عاما، ولن يؤدي ذلك إلى الخروج من مصيدة الفقر.

الخاتمة:

على الرغم من أن البعض يعتقد أن القارة الإفريقية محكوم عليها الفقر الدائم، والاستعداد الاقتصادي، ولكن أفريقيا لديها إمكانات هائلة لمحاربة الفقر. الاهتمام بصحة المواطن هو أحد المداخلات الأهم لمحاربة الفقر، الذي تعاني منه إفريقيا. المستفيد الأول من الرعاية الصحية الأولية هو المريض، ولكن المجتمع في مجموعه يكون أفضل فيما لو كان مستوى الصحة العامة مرتفعاً، وبما يوفره من أفراد أصحاء أكثر قدرة على العمل، وأكثر كفاءة في الإنتاج. وهكذا فالصحة العامة، وإن لم تكن سلعاً عامة المعنى الدقيق، فهي أقرب إليها، ويجب أن تقوم بها الدولة أو تقوم بدعمها.

ما يعيق تحقيق ذلك هو وقوع إفريقيا بين مطرقة البنك الدولي، وسياسات الخصخصة، مع ضعف ميزانياتها العامة.

تقتضي المعالجة في التعامل بحكمة ما بين خصخصة القطاع الصحي الخاص، والتأكيد على دور الدولة القوي في توفير المناخ الملائم لسوق تنافسية حرة، والذي لا يمكن الوصول إليه بدون تقوية مؤسسات الدولة ومعالجة عيوبها، وخاصة التعامل مع قضايا الفساد الإداري، وتقوية فرض هيبة القانون، وضمان تكافؤ الفرص للأفراد، والمستثمرين في مجال الصحة، والالتزام بمبادئ الحكم الرشيد. للخروج من هذه الحالة لا بد من اعتماد الرعاية الصحية الأولية المبنية على الاعتماد على الذات، وتكثيف الصرف على الأنشطة الوقائية، وتفعيل دور طبيب الأسرة. وقبل هذا وذاك الاهتمام بالتنمية وعدالة توزيع الثروة.

الهوامش:

- ¹ منظمة الصحة العالمية – دخول الموقع نوفمبر 2016
1-http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma_ata/ar/
- ² Mahler, Halfdan (1981) "The meaning of Health For All by the year 2000", World Health Forum, Vol. 2, No. 1
- ³ David Werner – 1993 – The life and Death of Primary Health Care - http://healthwrights.org/articles/Life_and_Death_of_PHC_Belgium.pdf
- ⁴ منظمة الصحة العالمية - 2008 – الرعاية الصحية الأولية تعود إلى الواجهة
- ⁵ Cash, R.; Keusch, G. T.; Lamstein, J. Child health and survival. The UNICEF GOBI-FFF program – 1987 - <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19871849394>
- ⁶ World Population Prospects تقرير الأمم المتحدة 2006 Revision - www.un.org/esa/population/.../wpp2006/WPP2006_Highlights_rev.pdf
- ⁷ The Huffington Post – 2014-Cuba's Health Care System: a Model for the World - http://www.huffingtonpost.com/salim-lamrani/cubas-health-care-system-_b_5649968.html
- ⁸ البنك الدولي
http://data.albankaldawli.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=CU&year_low_desc=false
- ⁹ Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2007)
World Population Prospects: The 2006 Revision, Highlights. New York: United Nations
- ¹⁰ البنك الدولي – تقرير عن التنمية في العالم – 2012
www.worldbank.org
- ¹¹ 2010-07-10 اطلع عليه بتاريخ المرامي الإنمائية للألفية. منظمة الصحة العالمية
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/ar/
- ¹² National Consulting Group – 2016 - <https://sccfile.scc.virginia.gov> > Entity Search
- ¹³ 1995 - منظمة الصحة العالمية - <http://www.who.int/whr/1995/en/>
- ¹⁴ Susan Meeker-Lowry – 1955 - A people's alternative to Structural Adjustment - http://www.thirdworldtraveler.com/IMF_WB/Budhoo_IMF.html
- ¹⁵ Malthus, T-Essay on Principles of Population - 1789
- ¹⁶ Britta A, 1995 – Nutrition, Agriculture and Health – Upsala University
- ¹⁷ Maurice King - Medical Care in Developing Countries – 1966 - Oxford
- ¹⁸ King M – 1990 - Health is a sustainable state - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1975859>
- ¹⁹ Uppsala University -Nutrition, Agriculture and Health 1992