



شكل الصحة العالمية

العالم حقق تقدما كبيرا حتى الآن، لكن الطريق لا يزال طويلا

ديفيد بلوم

هيمنت

أنباء فاشية إيبولا على أخبار الصحة العالمية خلال معظم النصف الثاني من عام ٢٠١٤، وهو أمر يمكن تفهمه نظرا لطبيعة مرض فيروس الإيبولا المفزعة والمميتة، ولعدم وجود لقاح مضاد أو علاج في الوقت الراهن، بالإضافة إلى توقعات سرعة انتشار الإيبولا وعلى نطاق واسع في ظل النظم الصحية الضعيفة والبطيئة في ردود أفعالها على المستويات المحلية والإقليمية والعالمية — الأمر الذي يزداد فداحة في ظل توقعات وقوع الأخطاء البشرية في التعامل معه.

وفاشية إيبولا يمكنها أيضا أن تلقي عبئا اقتصاديا ثقيلا على كاهل البلدان المتضررة وتتسبب في حالة من الذعر وتنشر القلاقل السياسية والاجتماعية في المشهد العام الذي يتسم بالهشاشة بالفعل. وتجلب فاشية إيبولا إلى الأذهان مقارنات مع غيرها من الأمراض المعدية القاتلة — مثل الطاعون الدبلي، والجذري، وشلل الأطفال، والإنفلونزا، وفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).

لكن رغم الهجمات الكبرى السابقة والأخطار المعاصرة على الصحة العامة، يجب ألا ننسى أن البشرية حققت إنجازات هائلة في الوقاية من الأمراض المعدية والتعامل معها. ويرجع جانب كبير

من هذا التقدم لزيادة فرص الحصول على المياه النقية ومرافق الصرف الصحي، وتطوير اللقاحات الآمنة والفعالة واستخدامها على نطاق واسع، وتحقيق ثورة في عالم التشخيص والعلاج الطبي، وتحسين مستويات التغذية والتعليم والدخل. وكانت هناك مساهمات كبيرة أيضا من النظم الصحية — وهي مزيج من جهود الأفراد، والقواعد التنظيمية والمؤسسات الرسمية، والممارسات غير الرسمية، وغيرها من الموارد التي تلبى الاحتياجات الصحية للسكان. ومن النظم الفعالة بصفة خاصة تلك النظم التي تؤكد على الوقاية من الأمراض، وتهدف إلى توفير التغطية الشاملة للسكان، والقادرة على إجراء أعمال الرقابة لتقصي الأخطار الفعلية والمحتملة على الصحة العامة — مما يؤدي إلى تحسين السلوكيات الصحية ورفع المعايير الصحية ومستوى البرامج التدريبية، بالإضافة إلى المحافظة على العاملين في مجال الرعاية الصحية وتحفيزهم وتمكينهم.

ولا جدال أن الصحة هي أحد الجوانب الأساسية للرخاء، وهناك مسارات عديدة يمكن من خلالها تحسين وحماية الرفاهية البشرية. للأفراد والمجتمعات على السواء. ورغم الأخطار المستقبلية، فإن الابتكارات التكنولوجية والمؤسسية تبشر بإنجازات كثيرة تجعل العالم أكثر صحة وثراء ومساواة وأمنًا. والإنفاق على الصحة لا يتوقف على مجرد أنه نفقات استهلاكية تشكل عبئا على الموازنة، فهو استثمار في الإنتاجية، ونمو الدخل، والحد من الفقر.

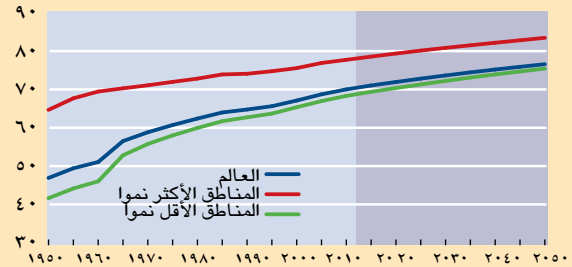
مزيد من الأعوام

من أوضح مؤشرات التقدم في الرعاية الصحية الزيادة الحادة التي تحققت في أعمار المواطنين. فعلى مدار العقود الستة الماضية، زاد متوسط العمر المتوقع عالميا بأكثر من ٢٣ عاما ومن المتوقع طبقا لتوقعات «شعبة السكان في الأمم المتحدة» أن يزداد قرابة ٧ أعوام أخرى بحلول عام ٢٠٥٠ (انظر الرسم البياني ١). ويوضح الرسم البياني التقديرات المتوقعة لعمر الأطفال المولودين في سنة معينة إذا خضعوا طوال عمرهم لمعدلات الوفيات لفئة عمرية محددة خلال هذه السنة. وتنعكس الزيادة المطردة في متوسط العمر المتوقع بين عامي ١٩٥٠ و٢٠١٠ حدوث هبوط حاد في معدلات وفيات المواليد والأطفال (فانخفض معدل وفيات المواليد عالميا من ١٣٥ حالة وفيات لكل ألف مولود حي في عام ١٩٥٠ إلى ٣٧ حالة فقط في ٢٠١٠) وزيادة في طول أعمار البالغين. وقد تآرجح متوسط العمر المتوقع من ٢٥ إلى ٣٠ سنة طوال معظم تاريخ البشرية، ومن ثم فإن المكاسب الأخيرة والمتوقعة في هذا المجال تدخل في زمرة أكبر إنجازات البشرية.

الرسم البياني ١

امتداد العمر

يتزايد متوسط العمر المتوقع حول العالم وينتظر استمرار هذه الزيادة في العقود القادمة.
(متوسط العمر المتوقع، سنوات)



المصدر: الأمم المتحدة، التوقعات السكانية في العالم لعام ٢٠١٣ ملحوظة: تصنف شعبة السكان في الأمم المتحدة «المناطق الأكثر نموا» بأنها أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا/نيوزيلندا واليابان؛ وتتألف «المناطق الأقل نموا» من إفريقيا وآسيا (عدا اليابان) وأمريكا اللاتينية والكاريبي، وميلانيزيا ومايكرونيزيا وبولينيزيا. البيانات بعد عام ٢٠١٢ هي توقعات.



تباين أعباء المرض

الأمراض المعدية هي من أكبر الأسباب المفضية للموت في الاقتصادات النامية، بينما الأمراض غير السارية أكثر انتشاراً في الاقتصادات المتقدمة.

نسبة الوفيات	نسبة سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة		نسبة الوفيات	
	عالمي	نامية متقدمة	عالمي	نامية متقدمة
أمراض غير السارية	١١,٩	١٠,٢	٢١,٣	٢٩,٦
أمراض القلب والشرايين	٧,٦	٦,٢	١٥,٣	١٢,٣
الأورام الخبيثة	٧,٤	٦,٧	١١,١	٠,٣
الاضطرابات العقلية والسلوكية	٦,٧	٥,٧	١٢,٣	٠,٣
اضطرابات العضلات والعظام	٤,٩	٤,٧	٥,٨	٥,٢
أمراض السكري، والأجهزة التناسلية، والدم، والغدد الصماء	٤,٨	٤,٨	٤,٥	٧,٢
أمراض الجهاز التنفسي المزمنة	٣	٢,٧	٤,٤	١,٩
الاضطرابات العصبية	١,٣	١,٢	١,٧	٢
تليف الكبد	١,٣	١,٣	١,٥	٢,١
أمراض الجهاز الهضمي	٥,١	٥,١	٥,٢	١,٢
أمراض غير سارية أخرى	١١,٤	١٣	٢,٥	١٠
الأمراض المعدية	٥,٣	٦	١,٧	٥
الإسهال، وعدوى الجهاز التنفسي السفلي، والأمراض المعدية الشائعة الأخرى	٤,٤	٤,٤	٠,١	٢,٥
فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل	٢٤,٩	٢٧,٢	١٢,٦	١٧,١
الأمراض الاستوائية المهملة والملاريا	١٢	١٢	١٢	١٢
أخرى	٤	٤	٤	٤

المصدر: معهد Institute for Health Metrics and Evaluation، تقرير «Global Burden of Disease» لعام ٢٠١٠. ملحوظة: تستخدم سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة لقياس سنوات العمر الفعلية الضائعة نتيجة المرض أو الإعاقة أو الوفاة. وتضم فئة «أخرى» الوفيات الناجمة عن الإصابات، واضطرابات التغذية، وتعقيدات الحمل والولادة.

الأمراض غير السارية

على وجه العموم، تعتبر الحملات التي أدت إلى القضاء التام على مرض الجدري والقضاء شبه التام على شلل الأطفال أنجح التدخلات في مجال الصحة العامة. لكن لم تتضح بعد الدروس المستخلصة من جهود القضاء على هذين المرضين حتى يمكن استخدامها في مكافحة الأمراض غير السارية، التي تمثل نحو ثلثي وفيات العالم السنوية وتقدر بين ٥٣ إلى ٥٦ مليون حالة.

وذلك لأن الموت، أو عدم حدوثه، ليس هو المشكلة الوحيدة في التعامل مع الأمراض غير السارية. فأسلوب الحياة الصحي مهم أيضاً. ويستخدم مقياس «سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة»

ليس الموت، أو عدم حدوثه، هو المشكلة الوحيدة في التعامل مع الأمراض غير السارية

(DALY) لقياس سنوات العمر الفعالة التي ضاعت نتيجة الإعاقة أو الوفاة المبكرة. ويوضح الجدول توزيع الوفيات و«سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة» حسب سبب الوفاة — عالمياً، وهي مقسمة حسب البلدان المتقدمة والنامية. وتسهم الأمراض المعدية بحصة أكبر غير متناسبة من الوفيات في البلدان النامية، بينما تتسم الأمراض غير السارية بأنها أكثر أهمية نسبياً في البلدان المتقدمة. ويعكس هذا التناقض ظاهرة تعرف بالتحول الوبائي. وبينما يعد هذا التحول بمثابة علامة على التقدم، لأن الأمراض المعدية غالباً ما تصيب المرضى في مراحل مبكرة من العمر، فإن الحقيقة تبقى قائمة من أن وفيات كثيرة من الأمراض غير السارية تكون وفيات مبكرة من حيث حدوثها قبل سن السبعين. وهناك بعض البلدان، مثل بنغلاديش وغانا، لم تصل حتى الآن إلى منتصف طريق التحول الوبائي وتواجه عبئاً مزدوجاً ثقيلًا من الأمراض المعدية وغير السارية. ومن الأمراض غير السارية تمثل أمراض القلب والشرايين السبب الرئيسي للوفيات يليها السرطان. وتشير مقاييس «سنوات العمر المعدلة لاحتمال الإعاقة» إلى أن المرض العقلي مساهم رئيسي في عبء الأمراض العالمي — بما له من انعكاسات سلبية على إنتاجية العمل وجودة الحياة.

ومن المتوقع أن تساهم الأمراض غير السارية بحصة متنامية في عبء الأمراض الكلي — سواء الناتجة عن شيخوخة السكان وعن الآثار السيئة لاستخدام التبغ، وعدم ممارسة النشاط البدني، والتغذية غير السليمة والاستخدام الضار للكحوليات.

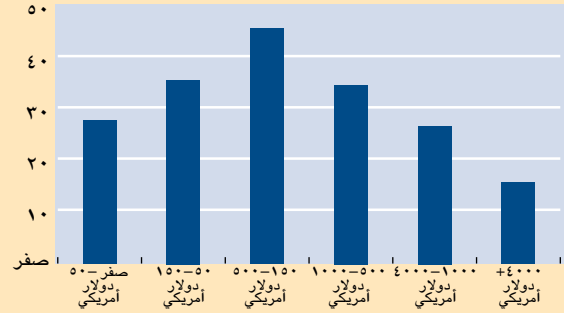
ومع ذلك، فإن الانعكاسات الاقتصادية والمالية العامة لتحسن متوسط العمر المتوقع، ومغزى إطالة الأعمار بالنسبة للرخاء البشري، غير مؤكدة. فالباحثون يعرضون صورة مختلطة حول ما إذا كان التأجيل المتصور للموت يؤجل أيضاً السن الذي يبدأ عنده عقل الإنسان وجسده في التدهور وفقدان استقلالية وظائفهما. ورغم أن امتداد العمر قد لا يعني دائماً تحسن مستوى المعيشة، فإن المكاسب المتحققة في متوسط العمر المتوقع هي مؤشر واعد بما يمكن تحقيقه في مواجهة الأخطار الصحية المزمنة والجديدة. ومن هذه الأخطار أمراض معدية مثل الإيبولا والملاريا والسل والإيدز والتهاب الكبد الفيروسي والإسهال وحمى الضنك (بما في ذلك الأشكال المقاومة للعقاقير من هذه الفيروسات وغيرها من مسببات المرض)، إلى جانب الأسقام المزمنة مثل أمراض القلب والشرايين، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي، والسكري، والأمراض العصبية والنفسية، واختلالات أجهزة الإحساس، واضطرابات العضلات والعظام.

وفي عام ٢٠١٣، توفي ٦,٣ مليون طفل قبل بلوغهم العام الخامس من العمر، مما يمثل تراجعاً في أعداد الوفيات من ٩٠ حالة وفاة بين الأطفال لكل ألف مولود حي في ١٩٩٠ إلى ٤٦ حالة وفاة في ٢٠١٣. ورغم أن هذا يمثل تحسناً كبيراً، فإن حتى هذا المستوى المنخفض من الوفيات في سنوات الطفولة المبكرة يسلط الضوء على ضعف كبير في النظم الصحية. ومن الممكن منع حالات الوفيات في سن الطفولة المبكرة استناداً إلى قدر المعرفة المتاحة والتدخلات غير المكلفة نسبياً مثل التحصين باللقاحات، ومعالجة الجفاف عن طريق الفم، وتحسين التغذية، وإمكانية الحصول على وسائل منع الحمل، واستخدام شبكات الأسرة (الناموسيات) المعالجة بالمبيدات الحشرية، وتحسين الرعاية قبل الولادة، والاعتماد على العمالة الماهرة القائمة بعمليات التوليد. وتمثل حالات الحمل غير المقصود عاملاً مهماً يساهم في وفيات المواليد والأمهات. وقد قُدرت حالات الحمل غير المخطط لها بحوالي ٤٠٪ من مجموع حالات الحمل على المستوى العالمي في عام ٢٠١٢ وتبلغ ٢١٣ مليون حالة حمل. وقد نتجت حالات ولادة عن ٣٨٪ من حالات الحمل غير المخطط له، وتشكل نسبة غير متجانسة من وفيات الأمهات البالغة قرابة ٣٠٠ ألف حالة نتيجة تعقيدات الحمل أو الولادة.

إنفاق محدود، إنفاق كبير

تتباين مستويات الإنفاق على الصحة بدرجة كبيرة في مختلف أنحاء العالم.

(عدد من البلدان حسب فئة الإنفاق)



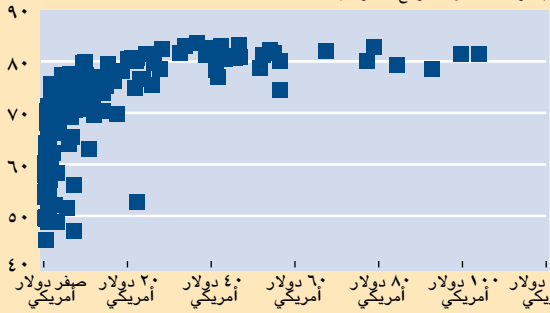
نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة، بالدولار الأمريكي

المصدر: تقرير «مؤشرات التنمية العالمية» (٢٠١٤)، الصادر عن البنك الدولي. ملحوظة: البيانات عن عام ٢٠١٢.

الأغنياء يتمتعون بصحة أفضل

أعمار المواطنين في البلدان مرتفعة الدخل تمتد أطول من مواطني البلدان منخفضة الدخل.

(متوسط العمر المتوقع، سنوات)



نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، بألاف الدولارات الحالية

المصدر: تقرير «مؤشرات التنمية العالمية» (٢٠١٤)، الصادر عن البنك الدولي. ملحوظة: البيانات عن عام ٢٠١٢.

في العديد من القطاعات السكانية مما يؤدي إلى الإصابة بتليف الكبد، وأمراض القلب، والسرطان، والإصابات. وتبلغ معدلات تناول المسكرات في الحفلات مستويات شديدة الارتفاع في أوكرانيا وروسيا وتتجه نحو الارتفاع غالبا مع ارتفاع متوسط دخل الفرد في مختلف البلدان. وتُعزى نسبة ٦٪ تقريبا من حالات الوفيات حول العالم لتناول الكحوليات (٦٪، ٧٪ بين الرجال و٤٪ بين النساء).

تفاوتات مُربكة

على مختلف الأصعدة، يتبين أن أكبر صدمة تلقيناها على ساحة الصحة العالمية تتمثل في التفاوت الهائل بين إنجازاتنا وإخفاقاتنا. فعلى سبيل المثال:

- هناك فجوة قدرها ٣٨ عاما بين البلد صاحب أطول متوسط عمر متوقع، وهو اليابان حيث يسجل متوسطا قدره ٨٣ عاما، والبلد صاحب أقصر متوسط عمر متوقع، وهو سيراليون الذي يسجل ٤٥ عاما.
- هناك أربعة عشر بلدا يسجل متوسط عمر متوقع عند الولادة أقل من ٥٥ عاما، بينما يسجل ٢٥ بلدا متوسط عمر متوقع أكثر من ٨٠ عاما.
- زاد متوسط العمر المتوقع على مدار العقدين الماضيين في كل بلد صناعي غني، لكنه انخفض في خمسة بلدان إفريقية هي بوتسوانا وليسوتو وجنوب إفريقيا وسوازيلند وزيمبابوي — مما يرجع أساسا للوفيات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).
- سجل تسعة عشر بلدا معدلات وفيات بين الأطفال الرضع أكثر من ٦٠ طفلا لكل ١٠٠٠ مولود حي، بينما سجل ٣٢ بلدا معدلات أقل من ٤ وفيات من الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي.
- تسعة وتسعون بالمئة من وفيات الأطفال تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.
- يزيد معدل وفيات الأطفال في البلدان منخفضة الدخل ١٢ ضعفا على نظيره في البلدان ذات الدخل المرتفع.
- من المتوقع أن يمتد عمر المرأة أكثر من أربع سنوات مقارنة بالرجل. لكن هذا الاختلاف ينخفض إلى أقل من سنتين في ٢٤ بلدا، مما يفترض رجوعه لتفضيل المواليد الذكور الذي يتضح في سوء معاملة الأطفال الإناث، والعنف القائم على نوع الجنس، وعدم المساواة بين الجنسين، مثل القيود المفروضة على فرص حصول المرأة على القدر الكافي من التغذية والرعاية الصحية.
- في عام ٢٠١٢، أنفق ٢٨ بلدا (معظمها في إفريقيا جنوب الصحراء، تمثل قرابة ١٣٪ من سكان العالم) أقل من ٥٠ دولارا للفرد على الرعاية الصحية، بينما أنفق ١٦ بلدا (١٠٪ من سكان العالم) أكثر من ٤ آلاف دولار (انظر الرسم البياني ٢). وكانت النرويج صاحبة

ويبلغ حاليا عدد المدخنين في العالم ٩٦٧ مليون مدخن (١٨٪ من تعداد السكان من البالغين)، مع قرابة ٦ ملايين حالة وفيات سنويا مرتبطة باستخدام التبغ. وسجلت أعلى مستويات استخدام التبغ في أوروبا الشرقية وشرق وجنوب شرق آسيا. كذلك يُستهلك التبغ بطرق أخرى غير التدخين، وذلك في شرق وجنوب شرق آسيا غالبا. ورغم انخفاض معدل التدخين العالمي (وكذلك عدد السجائر التي يستهلكها كل مدخن) بنحو ١٠ نقاط مئوية منذ عام ١٩٨٠، فإن أعداد المدخنين قد زاد نتيجة النمو السكاني. ويتمثل السبب الرئيسي لحالات المرض والوفيات المرتبطة باستخدام التبغ في مرض الانسداد الرئوي المزمن، الذي يؤدي إلى ما يقدر بنحو ٣ ملايين حالة وفاة سنويا و٧٧ مليون سنة معدلة لاحتساب الإعاقة. أما سرطان الرئة فيتسبب في ١,٥ مليون حالة وفاة سنويا و٣٢ مليون سنة معدلة لاحتساب الإعاقة. وعلى وجه العموم، يلاحظ أن معدلات تدخين النساء أقل كثيرا من الرجال، رغم أن الفجوة بين الجنسين ضاقت في العقود الأخيرة.

السلوكيات المستقرة

زاد نمو التوظيف في قطاع الخدمات، على حساب قطاعي الزراعة والصناعة، واتسع نطاقه في العقود الأخيرة واقترب ارتفاع السلوكيات المستقرة. وتعاطم هذا التحول مع زيادة نسبة سكان العالم الذين يعيشون في المناطق الحضرية، حيث تقل غالبا فرص ممارسة الأنشطة البدنية. ففي عام ١٩٥٠ بلغت نسبة من يعيشون في المناطق الحضرية ٣٠٪ من سكان العالم؛ بينما تبلغ هذه النسبة حاليا ٥٤٪ (راجع مقال «التحرك إلى الأعلى» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية). وتفيد تقديرات منظمة الصحة العالمية بأن ٣١٪ من البالغين حول العالم في عام ٢٠٠٨ كانوا يفتقرون للياقة البدنية الكافية.

ومع تراجع تناول الناس للفاكهة والخضروات في وجباتهم الغذائية وزيادة تناولهم للنشويات المكررة والسكر والملح والدهون غير الصحية، ارتفعت أعداد من يعانون من زيادة الوزن والبدانة بين البالغين (من ٢٩٪ من سكان العالم في عام ١٩٨٠ إلى ٣٨٪ في ٢٠١٣) والأطفال (من حوالي ١٠٪ إلى ١٤٪ خلال نفس الفترة). وتساهم مشكلات زيادة الوزن في أمراض ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع السكر بالدم، وارتفاع الكوليسترول إلى جانب زيادة الإصابة بأمراض القلب والمثريين والسكري وأنواع معينة من السرطان.

ويتزايد استهلاك الكحوليات عالميا، وخاصة في الصين والهند. وقد ارتفعت معدلات الإسراف في تناول المشروبات الكحولية

أكبر مستوى إنفاق حيث أنفقت ٩٠٥٥ دولارا للفرد — أي حوالي ٦٠٠ ضعف إنفاق إريتريا البالغ ١٥ دولارا للفرد على النقيض الآخر.

أهمية الصحة

كتب الفيلسوف الأمريكي «رالف والدو إيميرسون» في إحدى مؤلفاته الشهيرة في عام ١٨٦٠ أن «الصحة هي أولى الثروات». فالصحة مهمة لأن الناس يولون أهمية كبيرة للعيش حياة طويلة خالية قدر الإمكان من أي اعتلال بدني أو عقلي. ويوضح خبراء اقتصاديات التنمية باستمرار الرابطة القوية بين الدخل والصحة، وهو ما يتضح على أساس قطري في الرسم البياني ٣. فالسكان في البلدان ذات الدخل الأكثر ارتفاعا غالبا ما يتمتعون بمستويات أفضل من الصحة، مما يعتبر عادة نتيجة التغذية المتميزة وزيادة فرص الحصول على مياه الشرب الآمنة، والصرف الصحي، والرعاية الصحية التي يوفرها الدخل المرتفع.

سلامة الصحة العامة والتناسلية هي محرك قوي للنمو الاقتصادي

لكن إلى جانب الصحة الشخصية للفرد فإن صحة الآخرين مهمة أيضا لأسباب منها المشاغل المعنوية والأخلاقية والإنسانية وكذلك ما يتعلق بقانون حقوق الإنسان. والصحة العامة مهمة أيضا نظرا لما تقدمه من إسهامات في بناء المجتمعات المتماسكة اجتماعيا والمستقرة سياسيا. فعلى سبيل المثال نجد أن عدم قدرة الحكومات على تلبية احتياجات شعوبها الصحية الأساسية تتسبب في إضعاف الثقة وقد تتسبب في نوبات متكررة من عدم الاستقرار والانهيار. وهذا هو أحد الأسباب التي حثت بمجلس الأمن التابع للأمم المتحدة في سبتمبر ٢٠١٤ إلى إعلان إيولا خطرا يهدد السلام والأمن وليس مجرد أزمة في الصحة العامة — وهو تقييم سبق أن وضعته قبل سنوات بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وفي السنوات الأخيرة، قام الخبراء الاقتصاديون بتعميق فهمهم لأهمية الصحة من الناحية الاقتصادية، واعتبروها أحد أشكال رأس المال البشري الذي يمكن استخدامه بشكل أفضل، على غرار المعرفة والمهارات لدى الشعوب. وما دامت الصحة تمثل عاملا محددًا أساسيا لقيمة العمل، وهو الأصل الرئيسي الذي يمتلكه معظم الشعوب الفقيرة، فإنها تتسم بأهمية خاصة لقدرة الأفراد والأسر على النهوض بمستوياتهم المعيشية، أو إبقائها، فوق خط الفقر. وتتمثل أدق الأدلة على قيمة الصحة من الناحية الاقتصادية في تحليلات الاقتصاد الجزئي — لأنها تقوم في المعتاد على حجم العينات الكبير وأدوات القياس الوفيرة لمستويات الصحة والدخل ومحدداتها. وبالإضافة إلى ذلك، هناك دراسات جزئية عديدة، تركز على القضايا المتعلقة بصحة الأفراد، تقوم على أساس التجارب العشوائية الخاضعة للرقابة، وتعتبر عموما بمثابة القاعدة الذهبية في هذا المجال. وقد اتضحت من خلال بعض الدراسات الأكثر دقة الآثار الإيجابية لأمر منها:

- آثار العلاج من الديدان على الالتحاق بالمدارس والمكاسب اللاحقة في كينيا؛
- وآثار علاج نقص الحديد بالدم على المشاركة في قوى العمل، والإنتاجية ومكاسب الدخل في إندونيسيا؛
- وآثار علاج نقص الأيودين بالدم على الوظائف الإدراكية في تنزانيا؛
- وآثار العلاج من الديدان الخطافية والملاريا على الالتحاق بالمدارس وعائدات العمل في الأمريكتين خلال القرن الماضي.

أما دراسات الاقتصاد الكلي، التي تستعرض الصورة الأكبر، فهي بطبيعتها أقل دقة، لكنها تفيد بأن سلامة الصحة العامة والتناسلية هي محرك قوي للنمو الاقتصادي، حيث يزداد نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي بما يقدر بنحو ٤٪ من كل سنة إضافية في متوسط العمر المتوقع. ويبدو أن هناك عدة قنوات تعمل في هذا المسار، ومنها الآثار الإيجابية للصحة على إنتاجية قوى العمل؛ ومعدل الالتحاق بالمدارس، والتحصيل العلمي، والوظيفة الإدراكية للبشر؛ ومعدلات الادخار. لأن الناس يدخرون أكثر تحسبا لفترات التقاعد الأطول أجلا؛ والاستثمار الأجنبي المباشر، الذي يقترن غالبا بالتكنولوجيا الحديثة، وتوفير فرص العمل، وزيادة التجارة. وتراجع معدلات الخصوبة أيضا في المجتمعات السكانية الأكثر صحة، مما يؤدي إلى ما يعرف بالكسب الديمغرافي من تزايد الدخل بوجه عام، لأن القوى العاملة تنمو بسرعة أكبر من حصة نمو السكان (من الشباب والكبار) التي تعتمد عليها.

التركيز على المستقبل

زادت أهمية الصحة العالمية بدرجة هائلة خلال العقد الماضي، مع شغل هذا الموضوع مكانة رئيسية كمؤشر وأداة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية.

ووفقا لما ورد في مقال نشر في نوفمبر ٢٠١٣ في مجلة “The Atlantic”، حول أكبر ٢٠ ابتكارا ساهمت أكثر من سواها في صياغة طبيعة الحياة الحديثة منذ اختراع العجلة قبل ٦٠٠٠ عام، فإن خمسة من هذه الابتكارات يرتبط مباشرة بالصحة، وهي البنسلين، وعدسات النظر، والتحصين باللقاحات، ونظم الصرف الصحي، وعقاقير منع الحمل عن طريق الفم.

والابتكارات في مجال الصحة غزيرة. فالطب بالغ الدقة والمخصص لأفراد بعينهم، المعزز بالتقدم المحرز في اختبارات الجزيئات والجينات الوراثية، يفتح المجال أمام فرص جديدة للتنبؤ بالأمراض وعلاجها على المستوى الفردي. والابتكارات التكنولوجية، مثل إنتاج اللقاحات والأدوية الجديدة أو المتطورة والكائنات العضوية المعدلة وراثيا تبشر بالنجاح في منع الإصابة بالأمراض ومعالجتها. ومع قدوم عصر الصحة الرقمية — بما في ذلك العلاج الطبي عن بعد، والمجسات التي يمكن ارتداؤها، والملفات الطبية الإلكترونية، والإنفراجات التي تحققت في قدرتنا لتحليل كميات كبيرة من البيانات، والأساليب الجديدة لنقل المعلومات والتوصيات الصحية — تفتح المجال أمام فرص جديدة ومثيرة لتوفير الرعاية الصحية عالية الجودة بتكلفة منخفضة. كذلك، فإن الأجهزة التشخيصية والمساعدة والعلاجية الجديدة تفتح المجال أمام فرص مماثلة.

غير أنه يتعين التعامل مع العديد من المشكلات قبل أن تبدأ وعود هذه الابتكارات في التحول إلى حقيقة بالكامل في أنحاء العالم. ولتحقيق هذا الهدف سوف يتعين توافر القوة المالية والإرادة السياسية والتعاون بين العديد من الأطراف المعنية والأطراف الفاعلة — بما في ذلك المنظمات غير الحكومية، والشركات الخاصة، ووسائل الإعلام، والدوائر الأكاديمية، والمجتمع الطبي، والإدارات الحكومية في قطاع الصحة والقطاعات ذات الصلة — داخل البلد الواحد وفيما بين البلدان المختلفة.

وسوف يتطلب تنفيذ بعض الطول ببساطة توفير الموارد اللازمة لتمكين مقدمي الرعاية الصحية من الاستفادة بصورة أفضل من المعرفة المتاحة حول كيفية تطوير الصحة ووقايتها. وسيطلب تنفيذ حلول أخرى تشييد البنية التحتية اللازمة لتوفير الصرف الصحي، ومياه الشرب، وخدمات النقل والاتصالات والتعليم والطاقة — وهي جميعا مكونات مهمة في توفير إمكانية الحصول على الرعاية الصحية ذات الجودة العالية. غير أن هناك حلول أخرى

فاشية حمى الإيبولا

اكتشف العلماء فيروس إيبولا في عام ١٩٧٦ بعد تفشي الوباء في جمهورية الكونغو الديمقراطية (بالقرب من نهر إيبولا) وفي السودان.

وتقتزن الفاشيات الحالية في كل من غينيا وليبيريا وسيراليون بنوع الفيروس إيبولا زائير، الذي يعتقد بأنه أشد أنواع الفيروس الخمسة المعروفة فتكا بالحياة. والوباء الحالي هو الأسوأ على المستوى القياسي — وربما بفارق كبير، نظرا للتدني الشديد في درجة الإبلاغ بالإصابة بالإيبولا بسبب الخوف والعار وضعف رقابة نظم الصحة العامة.

وينتقل الفيروس إلى البشر على الأرجح عبر ملامسة دماء الحيوانات المصابة أو السوائل التي تخرج منها. وبمجرد ظهور الأعراض على المصاب (والتي تستغرق عادة بين بضعة أيام وبضعة أسابيع) يمكن أن ينتقل الفيروس إلى أشخاص آخرين بلامسة سوائل الجسم التي تخترق الأغشية المخاطية أو أي تشقق بالجلد — بما في ذلك الحالات التي تقع بعد الوفاة، على سبيل المثال، إذا لم تتخذ الاحتياطات المناسبة عند تجهيز جسد المتوفي للجنائز. وفي النظم الصحية الضعيفة التي تعاني من شدة نقص الموظفين والمخصصات، يتراوح معدل وفيات الإيبولا بين ٤٠٪ و ٨٠٪. وبالإضافة إلى ذلك، ينتشر المرض إلى عاملي الرعاية الصحية، ومع انخفاض أعداد هؤلاء العاملين تزداد معدلات المرض والوفاة نتيجة الإصابة بأمراض أخرى وظروف أخرى.

ومن المتوقع أن تسبب هذه الفاشيات في خسائر بمليارات الدولارات نتيجة تكلفة المرض في حد ذاته ومن خشية الإصابة

بالعدوى، الأمر الذي تترتب عليه زيادة غياب الموظفين عن أعمالهم وتعطيل العديد من الأنشطة الاقتصادية. وتدفع مخاوف العدوى أيضا بالمواطنين إلى إخلاء المناطق الموبوءة، مما قد يزيد من انتقال الفيروس ويزيد من صعوبة تفقي أثر المتصلين بالمصابين.

ويعالج الأطباء مرضى الإيبولا أساسا بالعقاقير لمعالجة أعراض المرض وتعويض السوائل المفقودة من الجسم. ويجري حاليا اختبار أدوية تجريبية تهاجم الفيروس، إلى جانب استخدام مصل الدم من الناجين بعد إصابتهم بالفيروس.

وقد تم إنتاج لقاحات واعدة لكنها لم تختبر حتى الآن على الإنسان. وسيكون توزيع هذه اللقاحات على الأرجح محفوقا بالتحديات في مناطق تعاني من ضعف البنية التحتية وتتجاوز فيها الاحتياجات المتاحة من الإمدادات. وهناك مخاوف أيضا من احتمال تحور الفيروس.

وبالإضافة إلى الحالات المثبتة في غينيا وليبيريا وسيراليون ظهرت حالات اشتباه وحالات مؤكدة في نيجيريا والسنگال، وإن كان البلدان سرعان ما سيطرا على الفاشيتين وتم إعلان خلوهما من حالات انتقال فيروس الإيبولا. وحتى وقت كتابة هذه السطور، تم رصد بعض حالات قليلة في مالي وإسبانيا والولايات المتحدة. وبالإضافة إلى زيادة الوعي بالممارسات التي تعرض المواطنين لخطر العدوى بفيروس إيبولا، والتشجيع على ممارسات الوقاية من العدوى، فقد تضمنت تحركات نظم الصحة العامة لمواجهة الإيبولا فرض الحجر الصحي على المشتبه في إصابتهم بالعدوى، وتحديد هوية من اتصل بهم واقتفاء أثرهم ومتابعة حالتهم الصحية.

وعندما يتعلق الأمر باستراتيجيات الصحة، فإن مفهوم الحل الواحد الذي يناسب الجميع ليس له أساس من الصحة، نظرا للتباين الكبير بين البلدان من حيث البناء الاجتماعي والعادات والنظم السياسية والإمكانات الاقتصادية والموروثات التاريخية. فعلى سبيل المثال، من غير المقبول في بعض الخلفيات الثقافية أن يقوم الأطباء الذكور بتوقيع الفحص الطبي على النساء أو معالجتهم. وفي ثقافات أخرى تتوقع الأسر أن تشارك بفاعلية في تقديم الرعاية السريرية لمرضاهم. كذلك تشهد الخلفيات الثقافية المختلفة تباينا في معايير اعتماد الممارسين في المجال الطبي، وحتى في فلسفة وطبيعة الممارسة الطبية (على سبيل المثال، طب الاتجاه السائد، والطب البديل (homeopathic)، والطب الهندي القديم (ayurvedic)، والطب الصيني التقليدي).

ومن الأمور الأخرى التي ينبغي مراعاتها إلغاء مركزية النظم الصحية الوطنية (راجع مقال «التحول إلى المحلية» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية)، وتنفيذ نماذج «الدفع مقابل الأداء»، والنهوض بمستويات صحة ورفاهية السكان في الحاضر والمستقبل من خلال مناهج التحولات النقدية الطارئة، التي تكافئ الأسر من السكان الأصليين لقيامها بأعمال محددة مثل تحصينات الأطفال (أو الإبقاء عليهم في المدارس).

وللحكومة دور طبيعي في التدخلات التي تتسم بفعالية التشجيع على بلوغ مستويات تقديم الرعاية الصحية على النحو المحبذ اجتماعيا. وسوف يتعذر على الأسواق غير الخاضعة للتنظيم القيام بهذا الأمر لأسباب منها آثار انتقال التداعيات المصاحبة للأمراض المعدية وفي بعض الأحيان السلوك الانتهازي لمقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص الذين يستخدمون معلوماتهم المتميزة ومكانتهم في الأذهان فيسيئون استغلال المستهلكين بتقديم المشورة لهم بإجراء عمليات غير ضرورية ومكلفة.

ويمثل تنظيم العمل في نظم الرعاية الصحية مسألة بالغة الأهمية. فالجدل دائر بصفة مستمرة بين الباحثين في مجال الصحة وصناع السياسات حول ما إذا كان المنهج الأفضل من حيث الفعالية والتطبيق العملي لتنظيم العمل في نظم الرعاية الصحية هو المنهج الرأسي، كمجموعة من البرامج المتعلقة بأمراض واضطرابات

ستتطلب اعتماد سياسات وترتيبات مؤسسية جديدة لتشجيع الناس على إجراء تغييرات إيجابية في أسلوب الحياة وتشجيع ابتكار دوائر الأعمال في تصميم المنتجات الداعمة للصحة وإيصالها للمواطنين مثل اللقاحات والأدوية وكذلك الخدمات مثل الفحوص الطبية، ورسائل التوعية بالصحة العامة، والجراحات. ويجب أن تستمر جوانب التقدم العلمي في دعم العمليات المؤدية إلى هذه المنتجات وسلاسل العرض والتصدي للتحديات الهائلة التي تفرضها المخاطر الصحية الناجمة عن أمراض مثل فيروس الإيبولا؛ وداء الشيكونغونيا (وهو عدوى فيروسية تنتقل عن طريق البعوض، وتتسبب عادة في الإصابة بالحمى وآلام المفاصل)؛ وفيروس MRSA (العنقوديات الذهبية المقاومة للميثيسيلين) وغيره من أشكال العدوى المقاومة للمضادات الحيوية؛ والمخاطر غير المعدية مثل البدانة والاكتهاب ومشكلات الصحة البيئية (راجع مقال «مخاطر الصحة العالمية في القرن الحادي والعشرين» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية). ويجب زيادة إمكانات النظم الصحية وتوسيع نطاقها من خلال الاستعانة بنماذج جديدة لإجراء أعمال الرقابة الوبائية وكفاءة توظيف الأطباء والمرضى والصيادلة والعاملين في مجال الصحة المجتمعية والاستشاريين. وسوف يتعين تنسيق جهود مختلف الأطراف المعنية والأطراف الفعالة على المستويات المحلية والوطنية والعالمية وذلك لتجنب ازدواجية الجهود وضمان تبادل المعلومات المؤثرة، ووضع الأولويات على أساس قوي ومعقول، وتحقيق الكفاءة الفنية والاقتصادية. ويتعين التنسيق أيضا لوقاية الصحة من انتقال تداعيات التقدم الاقتصادي والعولمة مثل حرية الحركة عبر الحدود، وتغير المناخ، والتصحر، والجفاف، والتلوث الغذائي والدوائي.

وسوف يتعين بذل كل هذه الجهود على نحو يتسم بالمسؤولية المالية، الأمر الذي سيزداد صعوبة مع نمو السكان وتقدمهم في العمر لما بعد سنوات العمل التقليدية وكذلك مع توسع النظم الصحية واتساع نطاق صلاحياتها لتقديم الخدمات. وسوف تؤدي مشكلات المالية العامة في كثير من البلدان إلى جعل الأمر صعبا على الحكومات لتخصيص موارد إضافية للصحة (راجع مقال «ضرورة الكفاءة» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية).

الأمراض والتقصي المبكر لها، مما يساعد المواطنين على العمل لفترات أطول وإنتاجية أكبر. ويتعين تعزيز حوكمة الصحة العالمية — أي البنيان المتنامي والمتشعب وتفاعل المؤسسات التي ينصب تركيزها على الصحة العالمية — من أجل تشجيع الشفافية والمساءلة والكفاءة واتساع نطاق المشاركة الفعالة والمنسقة بغية التعامل مع المجموعة المتشابكة من مشكلات الصحة الوطنية وحلولها (راجع المقال «الإشراف على الصحة العالمية» في هذا العدد من مجلة التمويل

التقصي المبكر للأمراض يمثل عاملا حاسما لأن الأمراض التي تُكتشف مبكرا يسهل في العادة علاجها وتقل تكلفتها

والتنمية). وقد ظلت منظمة الصحة العالمية لفترة طويلة حجر الأساس لحوكمة الصحة العالمية. لكن هناك أشكالا جديدة وملحة من الشراكات العالمية ظهرت في السنوات الأخيرة — مثل «اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ»، و«منظمة التحالف العالمي للقاحات والتحصين» (GAVI) (المعنية بزيادة فرص الحصول على الترخيص في البلدان الفقيرة)، و«الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا» لتمويل أنشطة الوقاية والعلاج). غير أنه يتعين توفير آليات جديدة أيضا لتشجيع مزيد من جهود الرقابة على المرض والتحرك لمواجهة في الوقت المناسب وبفعالية، وتبادل المعلومات على المستوى الدولي، وتشجيع وضع معايير الملكية الفكرية التي تضمن توفير الحوافز المالية الملائمة للقطاع الخاص، وخاصة شركات الأدوية، لإجراء البحوث والتطوير مع الحفاظ على القدر الملائم من المرونة للتعامل مع الاحتياجات الصحية الطارئة للفقراء.

ومن الأمثلة الرائعة للحوكمة السليمة في الصحة العالمية «الأهداف الإنمائية للألفية»، التي وضعتها هيئة الأمم المتحدة في عام ٢٠٠٠ بهدف تحسين مستويات الفقر والتعليم والصحة. ورغم أن هذه الأهداف ليست ملزمة قانونا فإنها تتمتع بشعبية كبيرة نظرا لإقرارها من ١٨٩ بلدا عضوا في الأمم المتحدة. كذلك يمكن استخدام هذه الأهداف في المساءلة لأنها مقياسة بالفعل ومعلن عنها. ورغم أنه من غير الممكن وضع تقديرات دقيقة لمدى مساهمة الأهداف الإنمائية للألفية في التحسينات المدخلة على الصحة العالمية، فقد أدت هذه الأهداف على ما يبدو إلى تركيز انتباه المجتمع الإنمائي الدولي على قضايا الصحة وحفزت زيادة الإنفاق على الصحة، وخاصة في البلدان منخفضة الدخل. وتبرز الأهداف الإنمائية للتنمية أيضا الحاجة لزيادة الجهود الرامية إلى التصدي لمشكلات الجوع، ووفيات الأطفال، ونقص التغذية المزمن بين الأطفال، ووفيات الأمهات.

وسوف تظل الصحة في مركز الصدارة بالتأكيد في جدول أعمال التنمية لمرحلة ما بعد ٢٠١٥، رغم أنه لم يتم بعد توضيح طبيعة الهدف الجديد (أو الأهداف) وبؤرة تركيزه ومؤشراته الملموسة. ومن الأمور التي يجدر الاهتمام بها بصفة خاصة، مكانة الأمراض غير السارية؛ والتركيز على الإجراءات والمدخلات وعوامل الخطر وليس النتائج الصحية؛ والدروس التي يستخلصها المجتمع العالمي من انتشار أمراض مثل إيبولا وبطرقها في تحديد مجموعة جديدة من الأهداف للصحة العالمية. ■

ديفيد بلوم هو أستاذ الاقتصاد ودراسات الإحصاءات السكانية في كلية الصحة العامة بجامعة هارفارد الأمريكية.

محددة (تهدف إلى التعامل، على سبيل المثال، مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا)، أم المنهج الأفقي، كنظام موحد للتعامل مع كل الأمراض والاضطرابات. ورغم أن البرامج الرأسية يمكن اعتبارها الأكثر تحقيقا للنجاح في الصحة العامة وأكثر قابلية للتقييم الدقيق، فقد حدث تحول ملحوظ في السياسات في غضون السنوات الأخيرة من التدخلات الرأسية إلى التدخلات الأفقية (ونحو التدخلات المائلة، التي تستخدم فيها المبادرات المعنية بأمراض محددة لتحقيق تحسينات في النظام بأكمله). وقد حدث هذا التحول جزئيا نتيجة مخاوف من نجاح البرامج الرأسية غالبا على حساب استنزاف أجزاء أخرى من القطاع الصحي من مواردها البشرية والمالية الحيوية. ويرجع هذا التحول أيضا لوجهة النظر بأن النظم الصحية التي يجري تنظيم العمل فيها رأسيا تؤدي إلى ازدواجية وتفقر للفعالية في البنية التحتية وآليات إيصال الرعاية الصحية للمواطنين. ويرى كثير من المتخصصين أيضا أن البرامج الأفقية مؤهلة بصورة أفضل للتطور عند ظهور أي مخاطر صحية جديدة كما أنها قادرة بشكل أفضل على صياغة البيئة الاجتماعية حولها — على سبيل المثال، عن طريق تشجيع أساليب الحياة الصحية والالتزام ببرامج المعالجة الدوائية.

دور القطاع الخاص

هناك أهمية أيضا للمؤسسات الخاصة في تحسين الصحة وربما تضطلع بدور موسع في هذا الشأن. ومن مواطن قوتها قنوات توجيه الرسائل والتوزيع؛ والقدرة على الابتكار والتنفيذ وسرعة التوسع؛ والالتزام بالمبادئ التجارية التي تشجع الاستقرار المالي. ويتسم الإنفاق الخاص على الصحة (أكثر من ٢,٩ تريليون دولار عالميا في عام ٢٠١٢، منه ٤٤٪ إنفاق مباشر من الأسر بضخامته في كل البلدان، ولكن بالأخص في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (راجع مقال «الخاص مقابل العام» في هذا العدد من مجلة التمويل والتنمية)). وبالرغم من فضائل قوة القطاع الخاص، يجب أن تشارك الحكومات مع ذلك في الأنشطة الأساسية، بما في ذلك توفير شبكة أمان لمن لا يحصلون على الخدمة الكافية من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص ومراقبة وتنظيم أسواق الخدمات الصحية لمنع الاستغلال والفساد وغير ذلك من المخالفات القانونية. والشراكات بين القطاعين العام والخاص التي تجمع بين الحكومات والأجهزة متعددة الجنسيات والعمليات الخاصة لتمويل وتوفير الرعاية الصحية هي أسلوب محبذ على وجه الخصوص عندما تحقق كفاءة اقتسام العمالة بين القطاعين.

وتتسم أنشطة الوقاية والرصد المبكر والعلاج والرعاية — وتحقيق التوازن بينها — بطابع مهم دائما. وسوف تحتل الوقاية من الأمراض صدارة المشهد في المستقبل، وذلك على الأرجح من خلال التوسع في برامج الترخيص باللقاحات، وتخصيص مزيد من الأماكن غير المسموح فيها بالتدخين، وحظر الدعاية عن التبغ، وفرض ضرائب على التبغ، وزيادة التركيز على صحة الأجنحة والأطفال في سن الطفولة المبكرة. ويمثل التقصي المبكر للأمراض عاملا حاسما لأن الأمراض التي تُكتشف مبكرا يسهل عادة علاجها وتقل تكلفتها. وينبغي عند معالجة المرضى — وخاصة الأكبر سنا مع كثرة متاعبهم — مراعاة تفاعلات الحالة الصحية والأدوية ومن ثم تحويل التركيز من الشفاء إلى جودة الحياة. ويرجع أيضا أن الدولة ستضطر إلى تحمل عبء أكبر بتقديم الرعاية طويلة الأجل لأن تراجع مستويات الخصوبة وزيادة مشاركة النساء في قوى العمل المدفوع يخفض عدد أفراد الأسرة القادرين على تقديم الرعاية البدنية والرفقة لكبار السن. وقد يؤدي الاستثمار في الصحة إلى تحقيق عائدات مجزية وتشجيع الملاءة المالية، وخاصة إذا كان ذلك يحد من تكاليف الرعاية الصحية بالتركيز على الوقاية من