



القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي

لكل امرأة أهميتها ولكل طفل أهميته



الاتحاد الدولي
لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر 
www.ifrc.org إنقاذ الحياة، وتغيير الفكر



الاستراتيجية حتى عام ٢٠٢٠

تعتبر الاستراتيجية حتى عام ٢٠٢٠ عن عزم الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أجمع على مواجهة التحديات الكبرى المطروحة على البشرية في العقد المقبل. وفي ضوء احتياجات ومواطن ضعف مختلف المجتمعات التي نعمل ضمنها، وكذلك في ضوء الحقوق والحريات الأساسية التي يحق للجميع التمتع بها، تسعى هذه الاستراتيجية إلى خدمة كافة الذين يتوجهون إلى الصليب الأحمر والهلال الأحمر طلباً للمساعدة ولبناء عالم يسوده قدر أكبر من الإنسانية والكرامة والسلام.

وسيركز الاتحاد الدولي أجمع خلال السنوات العشر المقبلة على تحقيق الأهداف الاستراتيجية التالية:

- ١- إنقاذ حياة الناس وحماية سبل عيشهم، وتعزيز الانتعاش في أعقاب الكوارث والأزمات
- ٢- توفير مقومات العيش الصحي والآمن
- ٣- تشجيع الاحتواء الاجتماعي وثقافة السلام ونبذ العنف.

شكر

يود الفريق الصحي العالمي التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أن يوجه الشكر للدكتورة كارول بريزيرين وفريقها في «الشراكة من أجل صحة الأم والوليد والطفل» على إجراء مراجعات مدققة للنص. ونوجه الشكر أيضاً إلى جميع الجمعيات الوطنية والزملاء من الحركة الذين قدموا إسهامات ودراسات حالة قيمة. ونود أن نشكر زملاءنا في قسمي القانون والقيم والمبادئ الإنسانية لتزويدهم إيانا بأفكار ثاقبة وإسهامهم في زوايا النظر المختلفة المعبر عنها في هذا التقرير. ونوجه شكراً خاصاً أيضاً إلى زميلتنا المتدربة السابقة ريكي ستيرن على جمع وتصنيف وتحليل البيانات. ونشكر كذلك غادة البرغوثي التي أشرفت على تدقيق مضمون الترجمة العربية.

© الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، جنيف، عام ٢٠١١

يجوز نسخ هذه الوثيقة كلياً أو جزئياً لأغراض غير تجارية شريطة الإشارة إلى المصدر. ويرجو الاتحاد الدولي شاكراً تلقي تفاصيل عن هذا الاستخدام. وينبغي توجيه طلبات إعادة النسخ إلى الاتحاد الدولي على العنوان التالي: secretariat@ifrc.org

والتسميات والخرائط المستخدمة لا تعبر إطلائاً عن رأي الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر أو الجمعيات الوطنية فيما يتعلق بالوضع القانوني لإقليم معين أو سلطاته. وجميع حقوق الاتحاد الدولي محفوظة بالنسبة إلى كل الصور المستخدمة ضمن هذه الوثيقة ما لم يشار إلى غير ذلك.

P.O. Box 372
CH-1211 Geneva 19
Switzerland

الهاتف : +41 22 730 4222

الفاكس : +41 22 733 0395

البريد الإلكتروني: secretariat@ifrc.org

الموقع الإلكتروني: <http://www.ifrc.org>

صورة الغلاف: أولاف أ. سالتيونز / الاتحاد الدولي

قائمة المحتويات

٤	تمهيد
٥	الموجز التنفيذي
٧	توصيات الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر
١١	المقدمة:
١٧	الفصل الأول: التركيز على النساء والأطفال نقطة انطلاق جيدة
١٧	الاحتياجات الفريدة للنساء والأطفال
١٧	أوجه عدم المساواة الاجتماعي تفاقم نقاط الضعف في الاختلافات البيولوجية
١٩	مضاعفة الخطر ومضاعفة الإهمال: فيروس الإيدز والنساء اللاتي يتعاطين المخدرات
٢١	الفصل الثاني: أن أوان العمل
٢١	التقدم نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية يخفي الأعباء
٢٣	حقوق الإنسان هي إطار القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي
٢٥	الفصل الثالث: حجم المشكلة: أبعاد أوجه عدم المساواة في المجال الصحي
٢٥	نظم الصحة العامة: سببٌ وحلٌ لأوجه عدم المساواة في المجال الصحي في آن واحد
٢٦	الفقر في ظل الاتجاهات العالمية الراهنة يفاقم أوجه عدم المساواة في المجال الصحي
٢٩	السياسات العامة الملتزمة بالإنصاف تطرح فرصا
٣١	الفصل الرابع: استجابة الصليب الأحمر والهلال الأحمر
٣١	نهج كلي إزاء المساواة في المجال الصحي يسترشد بحقوق الإنسان
٣١	توفير الوقاية والعلاج والرعاية والدعم متى وحيثما تدعو الحاجة
٣٢	إتاحة المعلومات الموثوقة والدقيقة والتشجيع على السلوكيات الصحية
٣٥	تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات وحشد دعم الرجال والصبيان
٣٥	المعوقات والفرص
٣٧	طريق المضي قدماً
٣٩	المراجع

تمهيد

تؤثر أوجه عدم المساواة في المجال الصحي على حياة ومستقبل جميع الفئات المستضعفة في المجتمع عبر أنحاء العالم، حيث توجد نظماً للظلم الاجتماعي. ومن خلال إزالة الحواجز التي تعيق وصول الخدمات والموارد الصحية، فإننا نحدد من عبء المرض الذي يؤثر في مستقبل الأطفال ويفقر أسراً بأكملها ويمتدّ الرظلم الاجتماعي عبر الأجيال. وفي هذا التقرير ينصب تركيزنا على النساء والأطفال لأن الكثيرين منهم يعانون من مشاق لا مبرر لها فحسب، ولكن أيضاً لأن النساء لهن فضل كبير في تحسين صحة أطفالهن وأسرهن ومجتمعاتهن المحلية.

ويوفر هذا التقرير براهين تدل على أن أوجه عدم المساواة في المجال الصحي يمكن وينبغي معالجتها من خلال نهج كلي. فأوجه عدم المساواة في المجال الصحي وما يترتب عليها من ظلم اجتماعي وثيقة الصلة بقضايا أخرى مثل الفقر وعدم المساواة بين الجنسين وانتهاكات حقوق الإنسان، والتي تؤثر بدورها على التعليم والنقل والصحة والزراعة والرفاهية العامة. ولذا ينبغي لتدخلاتنا أن تكون متعددة القطاعات، وأن تتخطى نطاق الصحة وتتصدى للمحددات الاجتماعية والاقتصادية وسوء التغذية، والإفراط في تناول الكحول، وظروف السكن المتردية، وتلوث الهواء الداخلي، والفقر، من بين جملة أمور أخرى.

إننا نعتد على عضويتنا العالمية من الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر كما نعتد عليك، عزيزنا القارئ، في استخدام تقرير المناصرة هذا من أجل تحقيق تغيير ملموس خلال السنوات المقبلة. ونستطيع معاً تخليص العالم من الظلم الاجتماعي والإسهام إيجابياً في تعزيز ثقافة الاحترام والسلام ونبذ العنف.

ماتياس شمالي

وكيل الأمين العام لخدمات البرامج، الاتحاد الدولي

ستيغان سيباشر

رئيس قسم الصحة، الاتحاد الدولي

الموجز التنفيذي

أوجه عدم المساواة في المجال الصحي

أوجه عدم المساواة في المجال الصحي هي «اختلافات مجحفة ويمكن تجنبها تُرصد في الحالة الصحية داخل البلدان وفيما بينها». وتتسم أوجه عدم المساواة في المجال الصحي بأنها نسقية: فهي عادة ما تؤثر في فئات معينة من الناس، وتحدث على امتداد السلم الاجتماعي. ويتمتع أشد الناس ضعفاً بأقل إمكانيات للانتفاع بالخدمات الصحية فحسب، وإنما أيضاً بالموارد التي تسهم في الصحة الجيدة.

القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي ضرورة أخلاقية

إن الصحة مورد يمكن الناس من تحقيق كامل القدرات الكامنة فيهم. ومن الظلم أن تتحدّد تلك الإمكانيات بالمكان الذي يولد فيه الإنسان، أو بالفئة العرقية أو الإثنية التي ينتمي إليها. ومن حسن الحظ أن القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي يُعد أيضاً سليماً من الناحية الاقتصادية. فالتدابير البسيطة والفعالة من حيث التكلفة، متى تم تعزيزها، تؤدي إلى صحة أفضل كثيراً للجميع. ويؤدي الفشل في القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي إلى ترك أشد الناس ضعفاً يواجهون أشد المخاطر. وتحذر اليونسيف من أننا، بدون إعطاء الأولوية لأوجه عدم المساواة في المجال الصحي: «قد نجد أنفسنا في عام ٢٠١٥ نواجه التحديات العسيرة المتمثلة في الوصول إلى أشد الأطفال حرماناً ولكن في ظل تآكل الموارد واستنفاد الإرادة السياسية وانصراف اهتمام الجمهور».

التركيز على النساء والأطفال

ينصب اهتمامنا على النساء والأطفال لأسباب ثلاثة:

- ١- النساء أكثر عرضة لمواجهة أوجه عدم المساواة في المجال الصحي لأن تكوين المرأة البيولوجي يتطلب رعاية أكبر. والحمل والولادة هما حدثان حياتيان يُعرّضان المرأة لمخاطر أكبر.
- ٢- النساء هن المدخل لتحسين صحة مجمل السكان، بدءاً بالأطفال وباقي أعضاء أسرهن.
- ٣- يقع الجانب الأكبر من عبء رعاية الأطفال المرضى والمسنين على الأمهات وسائر مقدمات الرعاية. ويؤدي ذلك إلى الانقطاع عن العمل، وفقدان الدخل، والمزيد من الفقر لأسرهن. كما أن الفقر بدوره يقوّض فرص الوصول للموارد التي تفضي إلى الصحة الجيدة، ويحول دون علاج سوء الأحوال الصحية، ويؤدي إلى إدامة الحالة الصحية السيئة في صفوف النساء والأطفال. وتبدأ حلقة مفرغة هابطة يتم تمريرها إلى الجيل التالي.

أوجه عدم المساواة الاجتماعي تضاعف الاختلافات البيولوجية

يمكن للاختلافات الأوسع في ميزان القوى بين الرجال والنساء أن تحول بين النساء وممارسة السيطرة على صحتهن أو صحة أطفالهن. ويتطلب القضاء على أوجه عدم المساواة الصحي اتباع نهج كلي يتم

من خلاله الاعتراف بالآثار الصحية لجميع السياسات الحكومية والممارسات المجتمعية ومعالجة تلك الآثار.

حقوق الإنسان هي إطار القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي

تعكس حقوق الإنسان الالتزامات القائمة وتوفر الأساس للقوانين واللوائح الوطنية. وحقوق الإنسان المتعلقة بأوجه عدم المساواة في المجال الصحي هي الحق في الحياة، والصحة، والغذاء والتغذية، والمياه، والتعليم. كما أن المعايير التي تبلورها حقوق الإنسان يمكنها أن ترشد جميع الأطراف المعنية في عملية إزالة الحواجز التي تعيق الصحة. وكثيراً ما تكون أوجه عدم المساواة في المجال الصحي نتيجة لانتهاكات حقوق الإنسان، ومن الممكن التعامل معها على هذا النحو.

نظم الصحة العامة: سبب وحل لأوجه عدم المساواة في المجال الصحي

على حين أن النظم الصحية يمكنها تعزيز الصحة الجيدة، فإنها قد تفضي أيضاً إلى أوجه عدم المساواة في المجال الصحي. وعلى سبيل المثال، فإن الاستثمار في مراكز الرعاية المتقدمة، مثل المستشفيات ذات التكنولوجيا الرفيعة ومراكز الرعاية المتخصصة، تعود بالنفع على الأغنياء بشكل غير متناسب على حساب الفقراء. وينبغي أن تكون الرعاية المتوفرة والمتاحة والمقبولة والجيدة في متناول الناس جميعاً. ويشير التوفّر إلى إنشاء المرافق والخدمات والمنافع الصحية. والإتاحة تعني أن تكون موارد الرعاية الصحية غير تمييزية وأن تمكن الناس جميعاً بغض النظر عن الجغرافيا أو الشؤون المالية أو الحصول على المعلومات من الاستفادة منها.

الفقر يفاقم أوجه عدم المساواة في المجال الصحي

وللفقر «مقترنا» باتجاهات عالمية مثل التوسع الحضري وزيادة الهجرة والشيخوخة»، والأمراض غير المعدية، وأنماط الحياة غير الصحية دور هام في خلق أوجه عدم المساواة في المجال الصحي، لاسيما حيثما توجد فجوات كبيرة في الانتفاع بالموارد التي تفضي إلى الصحة الجيدة، مثل الغذاء والتغذية الملائمين، والإسكان، والمياه والصرف الصحي.

السياسات العامة والتقاليد المجتمعية

تطرح فرماً للقضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي

ثمة قوانين وسياسات تفضي إلى أوجه عدم المساواة في المجال الصحي، ويتعين إلغاؤها؛ ويشمل ذلك القوانين التي تعيق الانتفاع بالخدمات الصحية للأمهات وللنساء في فترة ما حول الولادة، أو اللوائح التي تقتضي موافقة الزوج على حصول زوجته على خدمات الصحة الإنجابية، أو تلك التي تحد من إمكانية الانتفاع بالعلاج المنقذ للأرواح في حالات المضاعفات المتصلة بالحمل. ومن الممكن أيضاً وقف ممارسات تقليدية لكنها ضارة، مثل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، عن طريق انخراط القادة التقليديين والدينيين في مجتمعاتهم المحلية.

نداء للعمل

يتولى الاتحاد الدولي الدفاع بالنيابة عن أشد نساء وأطفال العالم ضعفاً، أولئك الذين تتوفر لهم أقل الموارد والظروف المفضية إلى الصحة الجيدة. ويطلب الاتحاد الدولي صناعات السياسات والحكومات والجهات المانحة إلى موازنة الموارد مع الاحتياجات، والعمل مع الأطراف المعنية والمنظمات المتعددة الأطراف ومنظمات المجتمع المدني على تجسير الهوة الصحية بحيث يتسنى للناس جميعاً بما في ذلك أشد النساء والأطفال ضعفاً تحقيق كامل القدرات الكامنة فيهم.

توصيات الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

الحكومات: تولي زمام القيادة في إعطاء الأولوية للمساواة

- **ضمان التغطية الشاملة**
ينبغي للحكومات ضمان التغطية الشاملة للجميع لتدخلات الصحة العامة المستندة إلى البراهين وتخصيص الموارد الصحية بحسب الحاجة.
- **التمكين من اتخاذ قرارات مستنيرة**
ينبغي للحكومات توفير المعلومات الصحية الدقيقة للجميع بحيث يتسنى للناس كافة، ولاسيما أشدهم ضعفاً، اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم.
- **اتباع نهج كلي**
ينبغي للحكومات تعزيز المساواة والتضامن والمشاركة وعدم التمييز ونبذ العنف في جميع جوانب حياة المجتمع، وليس الصحة فحسب، لأن مواجهة أوجه عدم المساواة في المجال الصحي تعني مواجهة أوجه عدم المساواة في المجتمع ككل.
- **تسخير قوة شبكة من المتطوعين**
ينبغي للحكومات تعظيم الاستفادة من متطوعي الصليب الأحمر والهلال الأحمر، الذين يشكلون جزءاً من أوسع شبكة إنسانية في العالم، من أجل القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي. ويستطيع المتطوعون على نحو فريد الوصول إلى أشد الفئات تهميشاً. وينتمي بعض المتطوعين أنفسهم إلى تلك الفئات، ولذا فهم مدخل للوصول إلى أولئك الذين يعجز القطاع الصحي الرسمي عن الوصول إليهم.

الجمعيات الوطنية: تكثيف الجهود

- **الوصول إلى من لا سبيل للوصول إليهم**
تحتاج الجمعيات الوطنية، من خلال شبكات متطوعيها الواسعة، إلى تكثيف أنشطتها من أجل تقديم الوقاية والعلاج والرعاية والدعم لأولئك المتروكين خارج النظام الصحي الرسمي («النساء والأطفال من ذوي أقل فرص الانتفاع بالخدمات الصحية الملائمة»). وينبغي للجمعيات الوطنية توسيع نطاق تأثيرها من خلال التشجيع على السلوكيات الصحية، إضافة إلى تعزيز الاندماج الاجتماعي والسلام.
- **التشجيع على وضع الأولويات واتخاذ القرارات المستنيرة**
ينبغي للجمعيات الوطنية استخدام وضعها كهيئات مساعدة للحكومات في دفع صناع القرار إلى إعطاء الأولوية للإنصاف في المجال الصحي والإنصاف في جميع جوانب حياة المجتمع، وفي إخضاع السلطات للمساءلة.
- **إقامة شراكات قوية**
من أجل القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي بأسرع وأفضل ما يمكن، ينبغي للجمعيات الوطنية الانخراط في حوار ذي مغزى مع الأطراف المعنية الرئيسية وتكوين شراكات استراتيجية بغرض زيادة فعالية المناصرة.

الجهات المانحة: إيجاد بيئة مواتية

- **الحفاظ على مستوى التمويل وزيادته**
نظرا للأزمة الاقتصادية العالمية الراهنة، سيكون لأي اقتطاعات من تمويل برامج الرعاية الصحية للأمومة والطفولة آثاراً مدمرة على الفئات المستهدفة، إذ سيتعرض الكثيرون لمخاطر صحية أكبر ومستويات أعمق من الفقر. وقد أدى ضغط الأقران إلى إبقاء بعض الجهات المانحة على مستويات التمويل الذي توفره، على الرغم من الظروف الاقتصادية الصعبة في بلدانها.
- **مواءمة الالتزامات مع الثغرات التي تم تحديدها**
تشجيع توجيه المهارات والموارد البشرية المكثفة إلى الصحة، وتغطية التدخلات الصحية الضرورية لصالح الأمومة والطفولة والشباب، وتحقيق التكامل مع سائر الأهداف الإنمائية للألفية. ويتعين على الجهات المانحة كفاءة استجابة متوازنة وفعالة ومكثفة لسد الثغرات القائمة في صحة النساء والأطفال والشباب.
- **تذكّر أن الإنفاق على الصحة سليم من الناحيتين الاقتصادية والاجتماعية**
الإنفاق الصحي استثمار يؤتي على هيئة صحة الأفراد والسكان وتعليمهم، ومن حيث النمو الاقتصادي.
- **الاستمرار في التمويل المبتكر للصحة**
ثمة ضرورة لآليات تمويل مبتكرة من أجل زيادة وتحسين الخدمات الصحية في أفقر بلدان العالم، وهو ما يقتضي مشاركة نطاق واسع من الأطراف الفاعلة.
- **البدء بالإنسان، لا بالمشروع أو البرنامج**
يتمثل الطريق الوحيد للمضي قدما في الاستثمار في نهج شامل، ومتعدد القطاعات، ومتكامل إزاء الصحة. فالمشاريع المنفردة لها تأثيرها، ولكنه تأثير محدود. وإذا تم تلقيح طفل ولكن الأم توفيت أثناء الولادة بسبب فشل الخدمات الصحية، فإنه يكون من الصعوبة بمكان اعتبار أن رفاه الطفل قد تحسّن.

الجمعيات الوطنية والمجتمع المدني معاً:

المساعدة في جلب الدعم الفعال

- **التحوّل إلى طرف معني مسؤول عن التنمية**
ينبغي لممثلي منظمات المجتمع المدني والقطاع الخاص والأوساط الأكاديمية الاضطلاع بدور أكبر في مساعدة حكوماتهم على جلب التزام دولي يضع قضايا أوجه عدم المساواة في المجال الصحي في مرتبة عالية على جدول أعمال التنمية. وعليهم أيضاً أن يكفلوا التزام حكوماتهم بدعم البلدان في تنفيذ التدابير الفعالة للحد من الفجوة الصحية، ولاسيما بشأن الأمهات والأطفال. وللمجتمع الدولي دور رئيسي في التعبير عن صوت من لا صوت لهم.
- **مساءلة صناعات السياسات**
كفالة تمثيل البرلمانيين لجميع ناخبهم، واتخاذهم القرارات التشريعية والمتعلقة بالميزانية السليمة. وكفالة خضوعهم وخضوع المسؤولين التنفيذيين، للمساءلة.

دراسة حالة - مصر

تمكين النساء في « النهضة »

تُعد مدينة النهضة، الواقعة في الأطراف الشمالية للقاهرة، مجتمعاً محلياً فريداً. فقد توسعت سريعاً حينما فقد آلاف الناس ديارهم أثناء زلزال عام ١٩٩٢ وأعيد تسكينهم هناك. وتواجد فجأة آلاف الناس من مجتمعات محلية مختلفة معاً في حياة جديدة. وفي السنوات التالية، أُعيد تسكين أعداد متزايدة من الأسر في النهضة أحياناً نتيجة لسياسات إعادة التوطين الحكومية وبحلول عام ٢٠٠٣، كان السكان قد ارتفعوا من ١٣ ألف أسرة إلى ٣٧ ألفاً. وبحلول عام ٢٠٠٨، ارتفع هذا الرقم ليبلغ ٥٢ ألفاً.

وغالبا ما بدأ مستقبل قاطني النهضة يحمل الكثير من المشاكل فالكثير من سكانها يأتون من أصول اجتماعية-اقتصادية متدنية ويعانون من نسبة عالية من الأمية، ويعيش الكثيرون على دخول منخفضة، كما يرتفع معدل البطالة، ويفتقر إلى المرافق الصحية، وتتسم المنطقة بضعف المشاركة المجتمعية. بيد أن مركزاً جديداً تديره مجموعة من متطوعي الهلال الأحمر أقيم في عام ٢٠٠٤ في النهضة. وقد رمى إلى تمكين أفراد المجتمع المحلي ولاسيما النساء بغية تحسين ظروف عيش السكان.

وقام الهلال الأحمر المصري بتنظيم مدينة النهضة حيث تم انتقاء ٢٠ امرأة متدربة كمنسقات للمجتمع المحلي. وبالإضافة إلى اختيار ٤٠ امرأة تمثل المناطق السكنية وتتولى الإشراف على مجموعة من الأسر. وقد أثبت هذا التنسيق فعاليته المذهلة. فأتناء وبائي أنفلونزا الطيور والأنفلونزا البشرية، شن قادة المجتمع المحلي حملة أسفرت عن اختفاء تربية الدواجن في الأفنية تقريبا.

الخدمات الطبية

تقدم العيادات الشاملة في المدينة نطاقاً عريضاً من الخدمات الطبية حيث يحصل نحو ٤٠ سيدة يومياً على الرعاية الصحية للأمومة وخدمات الصحة الإنجابية. وإلى جانب خدمات الرعاية الطبية، تجري الكثير من أنشطة تعزيز الصحة المتواصلة من أجل رفع وعي سكان المدينة بالصحة.

ولا يزال تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يُمارس على نطاق محدد في مصر، وقد ركزت حملات توعية المجتمعات المحلية على توعية الفتيات والوالدين والأجداد بمخاطر تلك الممارسة. وقام الهلال الأحمر بالاستعانة بقيادة الدينبيين والأطباء وعلماء الاجتماع بغية الإسهام في وضع نهاية للممارسة، والتي غالباً ما تكون أكثر شيوعاً في صفوف الفئات الاجتماعية-الاقتصادية المتدنية.

الأنشطة التعليمية

استفادت نحو ١٩٥٠ امرأة من فصول محو أمية الكبار. وإضافة إلى ذلك، يقدم الهلال الأحمر التدريب المهني والحرف اليدوية لقرابة ١٥٠٠ امرأة يشاركن في الأنشطة المدرة للدخل دعماً لأسرهن.

وحقق الهلال الأحمر المصري قدراً كبيراً من النجاح في النهضة دفعه إلى توسيع البرنامج وصولاً إلى جميع الأسر القاطنة في المدينة والبالغ عددها ٥٣ ألفاً. وقد تضاعف عملياً النفع العائد من تقديم الخدمات الطبية والتدريب المهني وبناء قدرات نساء المدينة، إذ راحت النساء تضطلع بدور جديد في حشد مجتمعاتها المحلية وتعزيز الصحة.

وقالت فاطمة، وهي منسقة للمجتمع المحلي في النهضة: «في وقت مبكر، اقتصر اهتمامي على الخدمات الطبية المجانية التي تقدمها عيادة الهلال الأحمر المصري الشاملة، ولكنني أدرك الآن أن الأمر أكبر كثيراً. فكوني منسقة للمجتمع المحلي يجعلني أضطلع بمسؤولية تجاه تمتع مجتمعي بصحة جيدة.»

لمزيد من المعلومات، رجاء زيارة الموقع: <http://www.egyptianrc.org/ContentPageEn.aspx?pageNo=334>



المقدمة:

أوجه عدم المساواة في المجال الصحي،
مع إيلاء تركيز خاص للنساء والأطفال، تستحق الاهتمام والعمل الفوريين

إطار معلومة

استنادا إلى بيانات مستقاة من ٣٢ بلدا،
تكون نساء الخمس الأفقر من السكان أقل
ميلا للسمع عن رسائل الصحة الإنجابية
مقارنة بنساء الخمس الأغنى^١.

« حينما نعمل لصالح كل امرأة وكل طفل،
فإننا سوف نرتقي بحياة الناس جميعا
عبر أنحاء العالم ».

السيد بان كي مون متحدثا أمام الحدث
الفرعي المعنون «كل امرأة، كل طفل» في
مقر الأمم المتحدة إبان الدورة السادسة
والستين للجمعية العامة في ٢٠ أيلول/
سبتمبر ٢٠١١ بنيويورك.

إن الصحة مورد يَمكِّن الناس من
تحقيق كامل القدرات الكامنة فيهم.
ومن الظلم أن تتحدَّد تلك الإمكانية
بالمكان الذي يولد فيه الإنسان، أو
بالفئة العرقية أو الإثنية التي ينتمي
إليها.

شهدت السنوات القليلة الأخيرة تطورات هائلة تستحق الترحيب في مجال الصحة العامة العالمية. بيد أن
ثمة إدراك متنام مدعوم بشكل متزايد بالبراهين مفاده أن تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية سوف يتطلب
كفالة أن يكون لكل امرأة أهميتها ولكل طفل أهميته.

إن الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل، التي أطلقها الأمين العام للأمم المتحدة في عام ٢٠١٠،
لاحظت أوجه عدم المساواة المستمرة والهائلة التي لا تزال قائمة^١. ويموت الكثير من أشد نساء وأطفال
العالم ضعفا بلا مبرر بسبب عدم كفاية الحصول على المعلومات والوقاية والعلاج والخدمات اللازمة
للوفاة بأبسط احتياجاتهم. وتؤثر الثروة والتعليم ومحل الميلاد تأثيرا كبيرا في صحة النساء والأطفال
بين البلدان وداخلها. ووفقا لأرقام الأمم المتحدة، لا يزال ٧,٦ مليون طفل يموتون سنويا عبر أنحاء
العالم. وتحدث قرابة ٩٥ في المائة من وفيات المواليد الجدد في العالم النامي. ووجدت دراسة أجرتها
مؤخرا منظمة الصحة العالمية^٢ أن أكثر من نصف تلك الوفيات يحدث في خمسة بلدان كبيرة فقط
الهند ونيجيريا وباكستان والصين وجمهورية الكونغو الديمقراطية. ويقول العد التنازلي لتقرير العقد
(٢٠٠٠-٢٠١٠) لعام ٢٠١٥ إن الهدفين الإنمائيين للألفية ٤ و٥ لا يزالان قابلين للتحقيق، ولكن هذا
لن يحدث سوى من خلال تعجيل هائل للالتزام السياسي والاستثمار المالي^٣.

وتشهد الهند وحدها أكثر من ٩٠٠ ألف وفاة لحديثي الولادة سنويا، أي قرابة ٢٨ في المائة من المجموع
العالمي بينما تكون ٢٠ مليون ولادة سنويا عرضة للخطر^٤. * والتفاوت بين البلدان مشهود: ففي أيسلندا،
يبلغ معدل وفيات الأمهات ٥ من كل ١٠٠ ألف ولادة حية فقط، بينما يرتفع الرقم في موزمبيق إلى
٥٥٠ من كل ١٠٠ ألف^٥. وحتى داخل البلدان، يكون الأطفال الفقراء أشد عرضة كثيرا للموت قبل
سن الخامسة مقارنة بنظرائهم الأكثر ثراء. ومن اللافت أنه في ١٨ من أصل ٢٦ من البلدان النامية التي
نجحت في الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار ١٠ في المائة أو أكثر، فإن الفجوة بين أفقر
٢٠ في المائة وأغنى ٢٠ في المائة من الأسر المعيشية قد اتسعت أو بقيت على حالها. ولذا، فعلى الرغم
من حدوث تقدم عام بالنسبة للأطفال خلال الأشهر الأولى من حياتهم، فإن وضعهم لا يتحسن.
ويضاف إلى ذلك أنه لا يزال هناك ٢,٦ مليون طفل يولدون ميتين، وهم حتى لا يُحسبون لأنه نادرا ما
يتم إدراج الأطفال المولودين ميتين في الإحصائيات^٦.

وعلاوة على ذلك، فإن الأزمة الاقتصادية العالمية الراهنة تُدخل أكثر من مائة مليون شخص في الفقر
سنويا. ويؤدي الاضطرار إلى دفع المصروفات الصحية من الجيب إلى مفاقمة وضعهم والنتيجة الصافية
هي أن الملايين لا يحصلون على أي خدمات على الإطلاق.

* العد التنازلي لتقرير العقد (٢٠٠٠-٢٠١٠) لعام ٢٠١٥، منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، ٢٠١٠.

** <http://goo.gl/BbSxy>

لماذا أوجه عدم المساواة في المجال الصحي الآن؟

في كل منطقة من مناطق العالم، يتوقف بقاء الطفل، من ذكر أو أنثى، على قيد الحياة إلى حد كبير على مقدار ثراء الأسرة المعيشية التي ينتمي إليها، والمنطقة التي يعيش فيها، والتعليم الذي تلقاه الوالدان^{٨٧} والأطفال المولودون في المناطق الريفية أو في الأحياء الفقيرة الحضرية، والأطفال المولودون لأمهات ذوات مستويات متدنية من التعليم، والأطفال المولودون في أسر ذات دخل أقل يكونون أسوأ حالا من غيرهم^٩. وعلى سبيل المثال، فمن بين مجموعة منتقاة من البلدان التي تتوفر بها بيانات في أفريقيا وآسيا والأمريكتين، يزيد احتمال بلوغ سن الخامسة للطفل المولود في أغنى ٢٠ في المائة من الأسر المعيشية بمقدار أكثر من الضعف مقارنة بالطفل المولود في أفقر ٢٠ في المائة من الأسر المعيشية في المناطق الحضرية^{١٠}. وفي أوروبا، تُلاحظ اتجاهات مماثلة: معدلات الوفيات دون سن الخامسة أعلى بمقدار ١,٩ مرة على الأقل في صفوف أفقر ٢٠ في المائة من الأسر المعيشية منها في صفوف أغنى ٢٠ في المائة^{١١}.

التركيز على الرعاية الصحية الأولية

تبرز الاختلافات المعروضة في وقت أسبق أوجها غير مقبولة لعدم الإنصاف في المجال الصحي: فالتقدم غير متكافئ بشكل بالغ داخل البلد الواحد وفيما بين البلدان، وثمة قضايا خطيرة تتعلق بالحقوق وبالعدالة، علاوة على فشل للسياسات يستحق اهتمامنا الكامل والفوري. ويُعد التركيز على الرعاية الصحية الأولية للنساء والأطفال أفضل التدابير تكلفة. فالنساء والأطفال من بين أشد الفئات ضعفا، ولكنهم يوفرُونَ أفضل فرص النجاح لأن صحة النساء والأطفال غالباً ما تعتمد إحداهما على الأخرى. ومن شأن الحد من الأعباء التي تواجه النساء أو الأطفال أن يعود بالنفع على الفئة الأخرى. وكثيراً ما تمتد المكاسب إلى فئات أخرى، وهو ما يزيد من مرونة المجتمع وقدرته على الصمود. كما أن المنافع الاقتصادية ذات شأن. ويُقدَّر أن جزءاً كبيراً من التقدم الحادث في شرق آسيا على مدى العقود القليلة الأخيرة يمكن نسبته مباشرة إلى خيارات سليمة على صعيد السياسات: تعليم الفتيات، وإتاحة المعلومات والخدمات، والمساواة بين الجنسين، والتمثيل الأفضل في السياسة.

وتُعد الصحة العامة والتنمية وحقوق الإنسان الأبعاد التي تكمن فيها أسباب وحلول أوجه عدم المساواة في المجال الصحي. بيد أن المزيد من النساء والأطفال لا يزالون مهمليين من قبل الاستراتيجيات القائمة التي تستطيع إلى حد كبير التخفيف من تلك الهوة في الحصول على الخدمات الصحية. ولكي تكون البرامج الصحية فعالة، فإنه يتعين تصميمها بحيث تلائم السياقات المحلية. ومن شأن الاستجابات الفعالة كفاءة ما يلي:

- الحد من التهميش الاجتماعي وما يترتب عليه من ضعف للنساء والأطفال والشباب
- زيادة الانتفاع بالرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية وهي تشمل حزمة شاملة من التدخلات تتمثل في الوقاية من الأمراض، والعلاج، والرعاية، والدعم
- تعزيز نهج صحي يسترشد بحقوق الإنسان وبمبادئ الصحة العامة

ويعمل الصليب الأحمر والهلال الأحمر استناداً إلى التزاماته من خلال تدعيم قدرة النساء والأطفال والشباب على الصمود ومواجهة المخاطر الصحية التي تواجههم داخل مجتمعاتهم. ويتمثل الهدف في الحفاظ على قدراتهم داخل المجتمعات المحلية بحيث يستطيعون تحمل عبء إيجاد بيئة يتمكن فيها الناس بالصحة الجيدة، والإسهام في الصمود أمام أي مخاطر صحية يواجهونها والتعافي من تلك المخاطر والتصدي لها.

ويستلزم القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي زيادة القدرة على الصمود والإسهام الإيجابي في الصحة العامة العالمية. ويدو الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى اتباع نهج كلي يسترشد ويستكمل بمبادئ حقوق الإنسان^{١٢}. ويسعى هذا النهج إلى تحسين الظروف المفضية إلى الصحة الجيدة في صفوف الناس جميعاً، بما في ذلك أشد النساء والأطفال ضعفاً. وتوفر حقوق الإنسان المبادئ التي تركز عليها الصحة وعدم التمييز والاستقلالية. ويبلور الاتحاد الدولي مكونات ثلاثة للنهج الكلي إزاء أوجه عدم المساواة في المجال الصحي:

١- الإسهام في كفاءة حصول النساء والأطفال على الرعاية الصحية على مدار دورة حياتهم.

٢- كفاءة توفر معلومات دقيقة ومستندة إلى البراهين بشأن الصحة، وتشجيع السلوكيات الصحية الملائمة.

٣- تعزيز المساواة بين الجنسين، وتمكين النساء والفتيات، وحشد دعم الرجال والصبيان.

وفي إطار عمل الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وبينما توجد أمثلة كثيرة على النجاح، فإن الضرورة تقتضي توفر قوة الالتزام والقيادة الحكوميين، والشراكة مع الجهات المانحة ومنظمات المجتمع المدني، وإشراك النساء والأطفال.

وتدلل تلك الاختلافات على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي، وهي «اختلافات مجحفة ويمكن تجنبها تُرصد في الحالة الصحية داخل البلدان وفيما بينها»^{١٢}. وتتسم أوجه عدم المساواة في المجال الصحي بأنها نسقية، إذ أنها عادة ما تؤثر في فئات معينة من الناس.^{١٣} وهي تحدث على امتداد السلم الاجتماعي، وغالبا ما تكون الاختلافات في الصحة أكثر بروزا في صفوف أشد الناس ضعفاً، والذين يتمتعون بأقل إمكانية للانتفاع بالخدمات الصحية فحسب، وإنما أيضاً بالموارد التي تسهم في الصحة الجيدة.^{١٤} واستناداً إلى بيانات مستقاة من ٣٢ بلداً، تكون نساء الخمس الأفقر من السكان أقل ميلاً للسمع عن رسائل الصحة الإنجابية مقارنة بنساء الخمس الأغنى.^{١٥}

وتستحق أوجه عدم المساواة في المجال الصحي كامل عنايتنا وتقتضي اتخاذ تدابير فورية. وهاهنا بعض الحجج للتدليل على ذلك.

أولاً، يُعد القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي ضرورة أخلاقية.^{١٦} فالصحة مورد يمكن الناس من تحقيق كامل القدرات الكامنة فيهم. ومن الظلم أن تتحدد تلك الإمكانية بالمكان الذي يولد فيه الإنسان، أو بالفئة العرقية أو الإثنية التي ينتمي إليها.^{١٧}

وثانياً، فإن القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي يُعد سليماً من الناحية الاقتصادية. فالتدابير البسيطة والفعالة من حيث التكلفة، متى تم تعزيزها، تؤدي إلى صحة أفضل كثيراً. وتمثل بعض تلك الأساليب الفعالة التكلفة للحد من الوفيات دون سن الخامسة في التلقيح والمغذيات الدقيقة وعلاج الإسهال والملاريا والأمراض التنفسية الحادة، إضافة إلى تحسين رعاية ما قبل الولادة والرعاية أثناء الوضع.^{١٨} وعلى سبيل المثال، تشير البيانات المستقاة من بنغلاديش والهند وباكستان إلى أن الرعاية المنزلية تقلل من وفيات حديثي الولادة بما بين ٣٠ و ٦١ في المائة. وتزود الرعاية المنزلية الأمهات الجدد بمعلومات بشأن الرضاعة الطبيعية الخالصة، والرعاية بالتدفئة للرضع، وعلامات الخطر بالنسبة لحديثي الولادة.

ويوفر أفراد الخدمات الصحية داخل المجتمع المحلي، والمتطوعون، والقابلات أمثلة للأشخاص الذي يمكنهم زيارة حديثي الولادة وأمهاتهم ضمن البرامج الصحية القائمة.^{١٩} وثمة تدابير بسيطة لا تحسّن صحة الأم والطفل فحسب، بل توجد منافع إضافية أيضاً حيث تمكن النساء والأطفال من العيش بشكل صحي ومنتج، وتسهم في قدرة المجتمعات المحلية على الصمود.^{٢٠} وتؤدي الوقاية والكشف المبكر والعلاج المبكر إلى تجنب الرعاية المكلفة والمطولة الضرورية، وتوفير الأموال للغذاء ولتعليم الأطفال والتصدي لأمية النساء.^{٢١} كما أن الاستثمار في مقدمات الخدمات المهرة مثل القابلات المتخصصات في الحمل والإنجاب قلبي المخاطر والرعاية اللاحقة على الولادة، والمدربات على التعامل مع أي مضاعفات، هو أيضاً أحد أفضل السبل الصحية من حيث التكلفة إذ بوسع مقدمات الخدمات هؤلاء تقديم الرعاية في المجتمعات المحلية وفي مراكز الرعاية الصحية الأولية. ويمكنهن أيضاً ربط النساء بخدمات الرعاية في حالات الولادة الطارئة عند الحاجة. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن البلدان تحتاج إلى حد أدنى قدرة ست قابلات مهرة لكل ألف حالة ميلاد لكي يتسنى بلوغ الهدف المتمثل في نسبة تغطية قدرها ٩٥ في المائة.^{٢٢} ولذا فإن الإنفاق على الصحة هو استثمار يوّثي ثماره في صحة الأفراد والسكان عموماً، وكذلك في التعليم والنمو الاقتصادي.

وأخيراً، يؤدي الفشل في القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي إلى ترك أشد الناس ضعفاً يواجهون أشد المخاطر. وتحذر اليونيسيف من أننا، بدون إعطاء الأولوية لأوجه عدم المساواة في المجال الصحي: «قد نجد أنفسنا في عام ٢٠١٥ نواجه التحديات العسيرة المتمثلة في الوصول إلى أشد الأطفال حرماناً ولكن في ظل تآكل الموارد واستنفاد الإرادة السياسية وانصراف اهتمام الجمهور».^{٢٣}

دراسة حالة - بنغلاديش

تقديم الرعاية الصحية للأمومة والطفولة بتكلفة منخفضة أو مجاناً

يواجه الفقراء في بنغلاديش سلسلة كاملة من العقبات التي تحول دون الوقاية والعلاج والرعاية والدعم. ويمثل الإنفاق على الصحة ٣ في المائة فقط من الدخل المحلي الإجمالي للبلاد، تسهم فيه الحكومة بـ ١, ١ في المائة فقط.^{٢٤} وتكون النساء والأطفال الفقراء في المناطق الريفية والأحياء الفقيرة الحضرية عرضة للخطر بوجه خاص بسبب انخفاض الاستثمار المستمر في مراكز الرعاية الأولية^{٢٥} ولأن أغلب خدمات الرعاية الصحية ممولة عن طريق المدفوعات المباشرة.^{٢٦} كما أن الشح الحرج في عمال الرعاية الصحية يصل إلى أعلى معدلاته في العالم.^{٢٧}

وتعمل جمعية الهلال الأحمر في بنغلاديش على الحد من العراقيل المتمثلة في شح الموارد البشرية والمالية عن طريق تقديم الرعاية على مستوى المجتمع المحلي. وتوفر مراكز الهلال الأحمر للرعاية الصحية للأمومة والطفولة الفحوص الطبية، والتوعية، والمشورة للنساء الحوامل، والقابلات المهرة، ورعاية ما بعد الولادة، وخدمات الرعاية الصحية الأولية. ويوفر ما مجموعه ٥٨ مركزاً من مراكز الرعاية الصحية للأمومة والطفولة، إلى جانب خمس مستشفيات ولادة، العلاج لما يربو على مائة ألف مريض عام، حيث تشهد تلك المراكز خمسة آلاف حالة ولادة سنوياً كما تنشر الآلاف من الرسائل الصحية بشكل منتظم.

وتعمل في كل مركز قابلة واحدة على الأقل تقدم الرعاية طوال ٢٤ ساعة يومياً، سبعة أيام أسبوعياً. وتتلقى القابلات التدريب لمدة ١٨ شهراً في معهد تريض تابع للحكومة في عاصمة البلاد دكا. ويعدن بعد ذلك إلى مجتمعاتهن المحلية لتقديم الرعاية محلياً. ويعمل في المراكز أيضاً مساعداً للقابلة، وهي مولدة ماهرة، وثلاثة من مروجي الصحة في المجتمع المحلي، ومساعد لشؤون إدار الدخل، وموظف يتولى دعم الخدمات. ويسهم هذا الفريق في التوفير والتمويل الفعال للوقاية والعلاج والرعاية والدعم.

وتقدم العيادات الرعاية الرخيصة بأسعار أقل كثيراً من العيادات الخاصة. وتلاحظ الدكتورة كريستيان هاس، وهي مستشارة صحية للصليب الأحمر الألماني: «في بلد مثل بنغلاديش، حيث لا يزال أكثر من ثلثي النفقات الصحية ممولاً تمويلًا خاصاً من خلال المدفوعات من الجيب، فإن ثمة إمكانية لأن تصبح المراكز الصحية للهلال الأحمر نموذجاً يحتذى في آليات تمويل الرعاية الصحية على صعيد المجتمع المحلي. ويسهم هذا النهج، جنباً إلى جنب صندوق الفقراء المدار جيداً، في تعزيز الانتفاع المنصف بالرعاية الصحية والعدالة في الإنفاق على الصحة، خاصة في المناطق الريفية».

فالعيادات مثلاً لا تتقاضى سوى سنتين إلى ٣ سنتات من المريض مقابل المشورة الطبية وثلاثة دولارات أمريكية مقابل حالة الولادة العادية. ويمول كل مجتمع محلي صندوقاً للفقراء يغطي تكاليف الأشخاص غير القادرين على سداد الرسوم. ويشرح الدكتور أس. حيدر، وهو مدير الصحة السابق في الجمعية الوطنية ومنتدب حالياً في مهمة في هاييتي، قائلاً: «صندوق الفقراء مثالاً على كيفية عمل المجتمعات المحلية معاً على الحد من أوجه عدم المساواة في المجال الصحي على الصعيد المحلي. وقد أظهر المجتمع المحلي بحق الحافز ووفر الدعم لصندوق الفقراء الخاص بمركز رعاية الأمومة والطفولة خلال السنوات الست الأخيرة».

واستطاعت السيدة شهيدة بيغوم، وهي عاملة في الثامنة عشرة من العمر تعيش في حي فقير في دكا، الحصول على الرعاية الصحية بفضل عمل الهلال الأحمر ومساهمات مجتمعها المحلي. وكانت السيدة بيغوم وزوجها، وهو قائد عربية جر، قد انتقلا إلى دكا بحثاً عن عمل. وبعدها بقليل، حملت السيدة بيغوم. ونتيجة لمعاناتها من سوء التغذية والأنيميا، أصبحت عليلة بدنياً ونفسياً. وبفضل زيارة عائلية أجراها منطوع مختص بالصحة على صعيد المجتمع المحلي، أحييت السيدة بيغوم إلى مركز جميلة خاتون للرعاية أثناء حملها.

وحضرت السيدة بيغوم إلى المركز حيث قادت لها قابلة محلية من الهلال الأحمر الرعاية السابقة على الولادة والمشورة. ولم تكن السيدة بيغوم قادرة على سداد رسوم الخدمات، وتقدمت بطلب إلى اللجنة الإدارية للمركز للحصول على مساعدة مالية لتغطية التكاليف. وتلقت السيدة بيغوم الرعاية مجاناً عن طريق تمويل جاء من صندوق المجتمع المحلي، وولدت طفلاً في صحة جيدة في ٢٩ كانون الثاني/يناير ٢٠١١ في المركز. وأصبحت السيدة بيغوم نصيرة لعمل الهلال الأحمر في مجتمعها المحلي، وراحت تشجع أسرته وجيرانها وأصدقائها على طلب المشورة والرعاية في المركز. ويعد هذا مثالاً لكيفية وصول الهلال الأحمر الآن إلى أعداد أكبر من النساء والأطفال كل عام.

وقد تلقت مراكز صحية عدة الدعم من الصليب الأحمر الألماني على مدى أكثر من عشر سنوات. وفي حزيران/يونيه ٢٠١١، احتفلت كلا الجمعيتين الوطنيتين بنقل الملكية والقيادة إلى الهلال الأحمر في بنغلاديش. وتقدم مراكز الهلال الأحمر لرعاية الأمومة والطفولة خدمات صحية أولية بأسعار معقولة لنساء وأطفال بنغلاديش الفقراء والمهمشين.



الفصل الأول: التركيز على النساء والأطفال نقطة انطلاق جيدة

إطار معلومة

إن غالبية حاملي فيروس الإيدز في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وبعض بلدان الكاريبي من النساء، وعلى الصعيد العالمي يُعد فيروس ومرض الإيدز السبب الأبرز للوفيات في صفوف النساء في سن الإنجاب.

يشاطر هذا التقرير بعض التحديات والانتصارات التي واجهتها الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر بينما كانت تعمل على القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي التي تؤثر في النساء والأطفال بوجه خاص. وقد تتيح دراسات الحالة أمثلة مفيدة لكيفية القضاء على أوجه عدم المساواة أو الحد منها. ويمكن لصناع السياسات تكييف الدروس المستفادة طبقا لاحتياجات مجتمعاتهم المحلية وتصميم السياسات وفقا لذلك. ويبين هذا التقرير أن الطريق نحو تحقيق الإنصاف في المجال الصحي مليء تكنفه التحديات لكنه مثيرٌ للأمل، وأن التركيز على النساء والأطفال نقطة انطلاق جيدة.

الاحتياجات الفريدة للنساء والأطفال

ينبغي أن ينصب اهتمامنا على النساء والأطفال لا لكونهم أكثر عرضة لمواجهة عدم الإنصاف في المجال الصحي فحسب، ولكن لأن النساء يمثلن أيضا المدخل لتحسين صحة السكان ككل. ويؤدي نقص الانتفاع بالوقاية والعلاج والرعاية والدعم إلى جعل النساء أكثر عرضة لمواجهة أوجه عدم المساواة في المجال الصحي لأن تكوين المرأة البيولوجي يتطلب رعاية أكبر. والحمل والولادة هما حدثان حياتيان يُعَرِّضان المرأة لمخاطر صحية أكبر، وهو ما يجعلهن بحاجة إلى مزيد من الرعاية الطبية.

يقتضي التكوين البيولوجي للنساء المزيد من العناية. والحمل والولادة هما حدثان حياتيان يُعَرِّضان المرأة لمخاطر أكبر ويتطلبان المزيد من الرعاية الطبية.

كما أن النساء يعشن لفترة أطول من الرجال، ومن ثم يواجهن بدرجة أكبر خطر الإصابة بالمشكلات الصحية المزمنة التي تقتضي عناية طبية.^{٢٨} والتكوين البيولوجي للنساء يجعلهن أكثر عرضة للإصابة بفيروس الإيدز عن طريق ممارسة الجنس دون حماية.^{٢٩} كما أن بعض الأمراض، مثل فيروس ومرض الإيدز، تلقي على النساء بعبء مفرط. فغالبية حاملي فيروس الإيدز في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفي بعض بلدان منطقة الكاريبي مثلا من النساء،^{٣٠} وعلى الصعيد العالمي يُعد فيروس ومرض الإيدز السبب الأبرز للوفيات في صفوف النساء في سن الإنجاب.^{٣١}

السمنة وسوء التغذية

ربما تسقط أشد نساء وأطفال العالم ضعفا اليوم فريسة للجوع وسوء التغذية من جانب، والسمنة والإفراط في الطعام من جانب آخر. وهو ما يعرضهم بدوره إلى الإصابة بالأمراض غير المعدية. وكلا الظاهرتين وثيق الصلة بالفقر.

أوجه عدم المساواة الاجتماعي تقاوم نقاط الضعف في الاختلافات البيولوجية

أحيانا ما تحول الاختلافات الأوسع في ميزان القوى بين الرجال والنساء دون ممارسة النساء السيطرة على صحتهن. وعلى سبيل المثال، ربما كانت النساء أقل قدرة على التفاوض بشأن الجنس الآمن والمطالبة بارتداء شركائهن الواقي الذكري.^{٣٢} كما أن ارتفاع العمر المتوقع عند الميلاد يجعل النساء يعتمدن بدنيا وماليا على رعاتهن، وتلك التبعية تُعَرِّض النساء المسنات لخطر العنف ضد المسنين.^{٣٣}

وثمة صلة وثيقة بين صحة الأم والطفل، بحيث أن تخفيف عبء انعدام الإنصاف في المجال الصحي على أي من النساء أو الأطفال يؤدي إلى تحسين صحة الطرف الآخر. وعلى سبيل المثال، فإن ما يربو على ٩٠ في المائة من الأطفال حاملي فيروس الإيدز ينتقل إليهم الفيروس عن طريق الأم، سواء أثناء الحمل أو عند الولادة أو من خلال الرضاعة الطبيعية.^{٣٤}

لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز هدف استراتيجي يتمثل في القضاء على الانتقال الرأسي لفيروس الإيدز والحد من وفيات الأمهات ذات الصلة بمرض الإيدز بمقدار

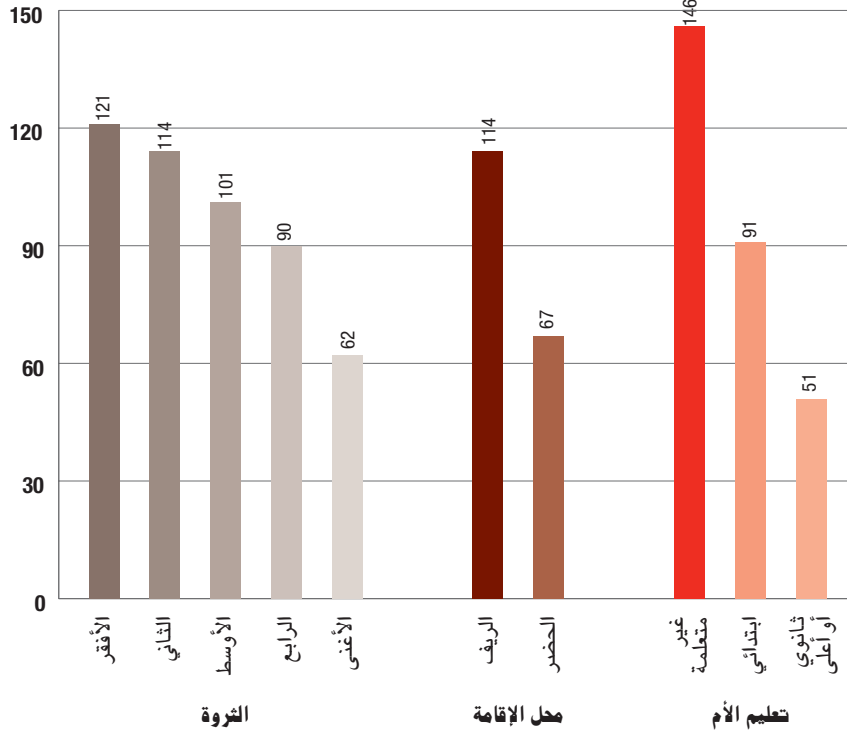
دراسة حالة - مالاوي

تمكين المجتمعات المحلية من مكافحة العنف القائم على نوع الجنس

يُعد مخيم دزليكا للاجئين في مالاوي المأوى المؤقت لأكثر من عشرة آلاف لاجئ، جاء أغلبهم من بوروندي وجمهورية الكونغو الديمقراطية ورواندا. والحياة في المخيم عسيرة. فبعض الرجال يلجأون إلى العنف، والنساء والأطفال في المخيم عرضة للانتهاك الجسدي والجنسي. ومثلما تشرح جانيت هونوري، وهي منطوقة مع لجنة مكافحة العنف القائم على نوع الجنس، «قد تحتاج الفتاة إلى الصابون والغسل. وعوضاً عن مجرد مساعدتها، يريد الرجال خدماتها الجنسية».

ولما كان العنف ضد المرأة قضية مهمة من قضايا الصحة وانتهاكاً لحقوق الإنسان، فإن الصليب الأحمر المالاوي يعمل على تمكين اللاجئيين في المخيم من أخذ زمام السيطرة على العنف القائم على نوع الجنس داخل مجتمعاتهم المحلية. ويقوم الصليب الأحمر المالاوي بالتوعية في صفوف اللاجئيين بشأن العنف القائم على نوع الجنس ويزودهم بالمعرفة والمهارات اللازمة للتصدي له. ويشرح جوزيف مويو مدير شؤون تنقلات السكان في الصليب الأحمر المالاوي قائلاً: «الأطراف المعنية الرئيسية في مكافحة العنف القائم على نوع الجنس تتمثل في اللاجئيين أنفسهم». ويوزع الصليب الأحمر النشرات والرسائل الأساسية، ويدرب المتطوعين على إجراء عمليات الإجراء المتصلة بالعنف القائم على نوع الجنس باللغة المتكلمة في المخيم. ويساعد الصليب الأحمر في حل قضية العنف القائم على نوع الجنس من خلال الوساطة، وإسداء المشورة النفسية الاجتماعية، والأنشطة المدرة للدخل لصالح الضحايا. وعند الاقتضاء، يساعد الصليب الأحمر الضحايا أيضاً على طلب العدالة من خلال النظام القانوني الرسمي. ويرى الرائد كريستوفر سيبال نجاح الصليب الأحمر المالاوي من خلال الزيادة في الحالات المفاد عنها. ففي السابق، كان الناس «عرضة للإيذاء والاحتقار»، لكنهم الآن يتحركون قدماً. وأنشطة التوعية «حققت تأثيراً بحق».

أطفال الأسر المعيشية الأفقر والمناطق الريفية والذين تخطى أمهاتهم بقدر أدنى من التعليم أكثر عرضة لخطر الموت دون سن الخامسة.



معدل الوفيات دون الخامسة، بحسب شريحة الثروة الخمسية، ومحل الإقامة، ومستوى تعليم الأم، ٢٠١٠-٢٠٠٠ (الوفيات لكل ألف مولود حي)

ملحوظة: الحساب يستند إلى ٣٩ بلداً أجريت فيها أحدث المسوح الديموغرافية والصحية بعد عام ٢٠٠٥، علاوة على تحليلات إضافية لليونيسيف بشأن معدلات الوفيات دون سن الخامسة بحسب شريحة الثروة الخمسية، كما يقوم الحساب على ٤٥ بلداً فيما يتعلق بمعدلات الوفيات بحسب محل الإقامة، و٤٠ بلداً بشأن معدلا الوفيات بحسب تعليم الأم. واحتسب المتوسط استناداً إلى معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة مقارنة بعدد الولادات. وتحيل التقديرات القطرية المأخوذة من المسوح الديموغرافية والسكانية إلى فترة عشر سنوات قبل إجراء المسح. وحيث أن المستويات أو الاتجاهات ربما كانت قد تغيرت منذ ذلك الحين، فإنه ينبغي توخي الحذر عند تفسير النتائج.

المصدر:

http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Child_Mortality_Report_2011_Final.pdf

النساء والصحة: القضايا ٣٦

- **الأطفال ووفيات الأمهات والإعاقة**
الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، وثمة ظلم مستدام في البلدان التي يموت فيها الأطفال مبكرا وتموت الأمهات عند الولادة.
- **طيف قضايا الصحة الجنسية والإنجابية**
التحديات العاجلة تتضمن الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، والعنف الجنسي، والحصول على خدمات الصحة الإنجابية.
- **جميع أشكال المرض والإعاقة التي تواجهها الإناث على مدار حياتهن**
- **النساء والصحة، بما في ذلك أدوار النساء في النظام الصحي**
من مقدمي الرعاية خارج القطاع الرسمي إلى صناع القرار الرئيسيين بشأن صحة أسرهن إلى دورهن المتزايد الأهمية كمهنيين صحيين
- **الفوارق بين النساء والرجال في الحصول على الرعاية الصحية وفي نوعية ما يحصلون عليه من رعاية صحية**

النصف بحلول عام ٢٠١٥. ويتضمن ذلك توفير العلاج المضاد للفيروسات الرجعية للنساء اللاتي يحملن فيروس الإيدز من أجل صحتهم، وإعطائهن العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس للوقاية من انتقال الفيروس منهن إلى أطفالهن.^{٣٥} ويبين هذا النهج كيف أن الوقاية والعلاج والرعاية والدعم إزاء فيروس ومرض الإيدز لا تعود بالنفع على صحة الأم فحسب، وإنما على صحة الطفل أيضا.

ويقع الجانب الأكبر من عبء رعاية الأطفال المرضى على الأمهات وسائر مقدمات الرعاية. ويؤدي ذلك إلى الانقطاع عن العمل، وفقدان الدخل، والمزيد من إفقار الأسر. كما أن الفقر بدوره يقوّض فرص الوصول للموارد التي تفضي إلى الصحة الجيدة، ويحول دون علاج سوء الأحوال الصحية، ويؤدي إلى إدامة الحالة الصحية السيئة في صفوف النساء والأطفال. وهكذا تبدأ حلقة مفرغة هابطة.

والأطفال الذين يعيشون في أسر أفقر وفي المناطق الريفية، والذين تحظى أمهاتهم بقدر أثنى من التعليم، يكونون أكثر عرضة للموت قبل سن الخامسة.

مضاعفة الخطر ومضاعفة الإهمال:

فيروس الإيدز والنساء اللاتي يتعاطين المخدرات

تفتقر الكثير من النساء ممن يتعاطين المخدرات إلى القوة اللازمة للتفاوض بشأن الجنس الآمن. ومع ذلك، فإن أغلب استراتيجيات الوقاية من فيروس الإيدز تركز على ضرورة إصرار النساء على الجنس الآمن، وهو ما يزيد من احتمال تعرضهن للانتهاك الجسدي والجنسي.

والنساء اللاتي يتعاطين المخدرات كثيرا ما يعتمدن على شركائهن في جلب المخدرات، ولأن المرأة غالبا ما يحققها شريكها، فإنها تصبح «الثانية على الإبرة». ويزيد ذلك من خطر الإصابة بفيروس الإيدز وغيره من مسببات المرض. ويؤدي رفض تشاطر الإبر والمحاقن إلى تعريض النساء من متعاطي المخدرات عن طريق الحقن لخطر العنف الجسدي والجنسي على السواء من قبل الشريك الحميم، وهو ما يزيد بدوره من احتمال الإصابة بفيروس الإيدز.

وفي صفوف النساء اللاتي يتعاطين المخدرات ولاسيما مستخدمات الكوكايين الحصري، يصل معدل شيوع العنف الجنسي والجسدي على مدار العمر بما في ذلك على يد الشريك الحميم إلى ثلاثة أضعافه لدى النساء من غير متعاطي المخدرات. ويُعدّ عنف الشريك الحميم عامل خطر رئيسيا في الإصابة بعدوى فيروس الإيدز^{٣٦،٣٧} بيد أن أقل القليل من استراتيجيات الوقاية من فيروس الإيدز المستندة إلى البراهين تعالج تلك التفاعلات المعقدة بشكل كلي.

الصحة الإنجابية وحقن متعاطي المخدرات

تتجاهل أغلب الاستراتيجيات محنة النساء اللاتي يعانين من عنف الشريك الحميم ومن الصدمة الجنسية، بل ولا يركز سوى عدد أقل على الحاجة إلى الصحة الإنجابية وبالأخص فيما يتعلق بالعاملين بالجنس وبالنساء من نزيلات السجون.

وفي بلدان كثيرة، لا تستطيع متعاطيات المخدرات من الحوامل الحصول على خدمات الوقاية والعلاج من فيروس الإيدز. ولا تقوم أغلب البرامج بتوعية النساء بآثار المخدرات أثناء الحمل، وتواجه الكثير من النساء الإجراءات الجنائية إذا استمررن في تعاطي المخدرات أثناء الحمل. ويدفع الوصم بالعار والتجريم إزاء تعاطي المخدرات أثناء الحمل النساء إلى إخفاء إدمانهن عن مقدمي الرعاية الصحية. ويؤدي ذلك إلى تعريض الجنين للخطر لأنه لا يحصل على خدمات الوقاية إزاء انتقال المرض من الأم إلى الطفل.

ومن شأن الافتقار إلى مرافق أو برامج رعاية الطفل أن يزيد من صعوبة حصول الأمهات من مدمنات المخدرات على الخدمات التي يشتد احتياجهن لها. ويعني العجز عن معالجة احتياجات النساء الحوامل ممن يتعاطين المخدرات أن حلقة الإدمان والإصابة بعدوى الإيدز تنتقل إلى الجيل التالي.



الفصل الثاني: آوان العمل

لقد حان أوان تقليص عبء عدم الإنصاف الصحي الواقع على النساء والأطفال، ليس فقط لأن النساء والأطفال من بين أكثر الفئات ضعفاً، ولكن أيضاً لأن العمل في هذا الصدد له تأثير إيجابي مضاعف. إن الطبيعة المتلازمة بين صحة المرأة وصحة الأطفال تعني أن الجهود الرامية إلى خفض الحواجز أمام تمتع النساء بالإنصاف الصحي ستأتي بالنفع على الأطفال أيضاً، والعكس بالعكس. وفضلاً عن ذلك فإن هذه المكتسبات تنضج على الأسر والمجتمع الأوسع.

التقدم نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية يخفي الأعباء

إن التقديرات التي أعلنتها الأمم المتحدة عام ٢٠١١ تؤكد إحراز تقدم نحو بلوغ الهدفين الرابع والخامس بين الأهداف الإنمائية للألفية، وهما يتعلقان بخفض وفيات الأطفال ووفيات الأمهات. وتشير تقديرات الأمم المتحدة الخاصة بوفيات الأطفال دون الخامسة إلى إحراز تقدم ثابت، إذ تقدر الأمم المتحدة وقوع ٧,٦ مليون حالة وفاة عام ٢٠١٠. وهذا الرقم يشير إلى حدوث انخفاض كبير عند مقارنته بالرقم التقديري للوفيات في عام ١٩٩٠ وهو أكثر من ١٢ مليون حالة. وكذلك فإن وتيرة الانخفاض آخذة في التسارع، ولاسيما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تضاعفت الوتيرة منذ عام ١٩٩٠، ووصل معدل انخفاض وفيات الأطفال إلى ٢,٤ في المائة في المتوسط كل سنة في الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٠.

إن هذه الأنباء السارة مؤثرهام على التقدم المحرز في الجهود الرامية إلى إنقاذ أرواح الملايين من الأطفال الصغار كل عام. ومن الواضح أننا نمضي في الطريق الصحيح، غير أننا لا نمضي بالسرعة اللازمة على الإطلاق. فثمة تسعة بلدان فقط من العالم النامي في طريقها لتحقيق الهدفين الرابع والخامس بحلول عام ٢٠١٥. وفي الوقت نفسه فإن العبء العالمي آخذ في زيادة عدم توازنه. فأفريقيا جنوب الصحراء الآن تشهد ٤٩ في المائة من إجمالي وفيات الأطفال دون الخامسة - بينما كانت هذه النسبة ٣٣ في المائة عام ١٩٩٠.

في حين أن التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية ينفع أغلب الناس، فإن للأسف ما يحدث كثيراً هو أن أضعف الناس لا يستفيدون. إن الأهداف الإنمائية للألفية تمثل غاية عالمية وتتألف من أهداف إنمائية يمكن تحقيقها في كل بقاع الأرض، حتى أكثر الأماكن حرماناً وفقراً في الموارد. ومع ذلك فإن هذه الأهداف تمثل متوسطات حسابية؛ أي أنها تطمس الفروق بين الطرفين النقيضين، وبذا تخفي التوزيع غير العادل لموارد الرعاية الصحية والنتائج الصحية غير العادلة التي يجنيها أضعف الناس.

ويذكر «تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١١» بصراحة ما يلي: «بالرغم من التقدم الحقيقي، أخفقنا في الوصول إلى أضعف فئات الناس.» ففي جنوب آسيا على سبيل المثال، لم يحدث انخفاض في الجوع بالنسبة للأطفال في أفقر خمس للبيوت.^{٣٩} ويتعرض الأطفال في المناطق الريفية، في مختلف أنحاء العالم، إلى ضعف احتمال الوفاة دون سن الخامسة بالمقارنة بالأطفال في المناطق الحضرية.^{٤٠} ويتعرض الأطفال من أفقر الأسر المعيشية إلى ضعف أو ثلاثة أضعاف احتمال الوفاة دون سن الخامسة بالمقارنة بأقرانهم الأغنى.^{٤١}

«النساء، سكان الريف، الأقليات العرقية، ذوي الإعاقات، وغيرهم من المجموعات المقصاة تأتي في كثير من الأحيان متأخرة بمسافة كبيرة عن المتوسطات الوطنية للتقدم المحرز في بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية، حتى عندما تكون البلدان نفسها بوجه عام تتحرك صوب هذه الأهداف. [...] إن الحرمان من حقوق الإنسان واستمرار الإقصاء والتمييز وغياب المساءلة [...] هي حواجز أمام السعي إلى تحقيق التنمية البشرية والأهداف الإنمائية للألفية.»

هيلين كلارك،

مديرة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي

الأمر نفسه ينطبق على أكثر التقديرات لوفيات حديثي الولادة شمولاً حتى اليوم، وهي التقديرات التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية في ٢٨ آب/أغسطس ٢٠١١.*** فتشير التقديرات إلى وقوع على الأقل ٢,٦٥ مليون حالة من المواليد الموتى (نطاق عدم التيقن هو ٢,٠٨ مليون إلى ٣,٧٩ مليون) على مستوى العالم عام ٢٠٠٨ (الوزن عند الميلاد ≥ 1000 غم أو ≥ 28 أسبوعاً من الحمل). وعدد المواليد الموتى يتفاوت بصورة كبيرة، إذ يتراوح من ٢ في كل ١٠٠٠ حالة وضع في فنلندا إلى أكثر من ٤٠ في كل ١٠٠٠ حالة وضع في نيجيريا وباكستان. وفي الواقع فإن حوالي ٩٨ في المائة من جميع حالات المواليد الموتى تقع في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وعلى مستوى العالم تقع نسبة ٦٧ في المائة من حالات المواليد الموتى في الأسر التي تعيش في الريف، ومنها ٥٥ في المائة تقع في المناطق الريفية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، حيث تقل كثيراً نسبة وجود مولدين ماهرين أثناء الولادة وإجراء عمليات قيصرية بالمقارنة بالمناطق الحضرية. وعلى نحو الإجمال تشير التقديرات إلى وقوع ١,١٩ مليون حالة وفاة للأطفال أثناء الولادة كل عام (بنطاق عدم تيقن من ٠,٨٢ مليون إلى ١,٩٧ مليون).^{٤٢}

دراسة حالة - إكوادور

تحسين الظروف المعيشية وتعزيز هوية «الكوتاكاشي» من سكان الأنديز

يسعى الصليب الأحمر الإكوادوري إلى تحسين الظروف المعيشية وتعزيز الهوية الجماعية للسكان الأصليين «الهنود» في منطقة كوتاكاشي. والفكرة وراء ذلك هي تعزيز الممارسات الصحية المتوارثة المتعددة الثقافات وتعزيز التعليم الثنائي اللغة المتعدد الثقافات. وتقول الدكتورة غليندا غوتيرييز، المنسقة الوطنية للصحة وتنمية المجتمع في الصليب الأحمر الإكوادوري: «نحن نركز على طرق معالجة النباتات الطبية من أجل تصنيع وتسويق المنتجات، ليتمكن تحقيق الاستفادة في الأجل المتوسط والطويل. والمشروع يديره حالياً اتحاد منظمات الفلاحين والسكان الأصليين «الهنود» بمنطقة كوتاكاشي، وعدد من القابلات، وعدد من المتطوعين، واللجنة المركزية للمرأة.» وقد نجح المشروع في تقليص معدلات الإصابة بالأمراض والوفاة بسبب تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية وإدراج ٢٥ عنصراً جديداً للصحة التقليدية. كما ساهمت «الحملات الصحية المتعددة الثقافات» في عملية إحياء طقوس الأنديز. مثل الاحتفال بانقلاب الشمس الصيفي والشتوي والاحتفال بتساوي الليل والنهار. كذلك تطور المشروع إلى تأسيس مناطق إنتاج جديدة للمواد الأولية وإنشاء مصنع تجهيز لتصنيع النباتات الطبية على يد نساء المنطقة.

<http://www.saludancestralcruzroja.org.ec/web/#>



ومع ذلك فالتغيير ممكن. والتركيز على من يواجهون أشد أشكال عدم الإنصاف الصحي قد يجلب أكبر المكاسب في مجال تحقيق الأهداف الإنمائية.^{٤٣} ينبغي أن نمضي إلى الأمام مسترشدين بنهج منصف إزاء تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وبالتحلي بالالتزام المشترك والعمل المتضافر.

حقوق الإنسان هي إطار القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي

إن حقوق الإنسان توفر إطاراً نافعاً للقضاء على عدم الإنصاف الصحي لأنها حقوق تنتمي للناس جميعاً، وتعكس الالتزامات القائمة، وتوفر الأساس لعمل مراجعة شاملة للأطر القانونية الوطنية من أجل إحداث التغيير. ومن بين حقوق الإنسان المرتبطة بالصحة الحق في الحياة، والصحة، والطعام والتغذية، والمياه والتعليم. بالإضافة إلى ذلك فالأطراف الفاعلة من غير الدول يمكنها أن تستشرف معايير حقوق الإنسان للاسترشاد بها في القضاء على عدم الإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية.

وعلى سبيل المثال، فإن الدول الأطراف في العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية - وهي اتفاقية دولية أساسية لحقوق الإنسان تنص على الحق في الصحة - ملزمون باحترام الحق في الصحة وحمايته وكفالاته.^{٤٤}

- الاحترام يعني أن الدول لا يمكنها التدخل في الحق في الصحة من خلال مثلاً حرمان أي فئات سكانية - بما في ذلك الفئات المستضعفة مثل النساء والأطفال والأقليات - أو تضييق فرصتها في التمتع بالحق في الصحة، ولا يمكن للدول أن تضييق فرصة الانتفاع بالمنتجات الصحية، بما فيها تلك المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية.^{٤٥}
- والحماية تعني أنه يجب على الدول اتخاذ إجراءات تضمن عدم تدخل الأطراف الأخرى في الحق في الصحة، على سبيل المثال باشتراط موافقة الزوج أو الوالدين للحصول على خدمات صحية.^{٤٦}
- وأخيراً فإن كفالة الحق يقتضي أن تتخذ الدول الإجراءات المناسبة، بما في ذلك الإجراءات التشريعية والإدارية والمالية والقضائية ولا يقتصر عليها، من أجل إعمال الحق في الصحة، بما في ذلك وضع وتنفيذ خطط صحية وطنية تفصيلية.^{٤٧} والمعاهدات الدولية لحقوق الإنسان تقر بالاحتياجات الفريدة ومواطن الضعف الخاصة بالنساء والأطفال، وتمنحهم الحق في الحماية الخاصة.^{٤٨}

إن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه يشمل الحق في الحصول على الخدمات الصحية دون الخوف من العقاب بسبب المعايير الثقافية أو الضغوط الأسرية. إن السياسات التي من شأنها أن تسفر عن الإصابة بأمراض بلا داع أو وفيات يمكن تفاديها تعتبر خروفاً للالتزام الحكومة باحترام الحق في الصحة. وهذا الحق - مثله مثل أي حق آخر - مكفول بصورة أصيلة في ظل القانون الدولي ودونما تمييز. إن اتباع نهج كلي يسترشد بحقوق الإنسان للتعامل مع أوجه عدم المساواة في مجال الصحة من شأنه أن يساهم في «الارتقاء إلى مستوى الآخرين» أو تحسين صحة أضعف النساء والأطفال دون الإضرار بصحة الآخرين.^{٤٩} وينبغي اتخاذ تدابير ملموسة من أجل احترام الحق في الصحة وحمايته وكفالاته، ومنها على سبيل المثال تقريب التفاوتات الصحية بين فئات السكان المختلفة، بين الغني والفقير، وفي صفوف أضعف الفئات.

وبهذا المنطق يذكر تقرير قوي للهيئة صادر عن المقرر الخاص للأمم المتحدة بشأن الحق في الصحة أنه يجب على جميع الدول أن توفر الإجهاض ووسائل منع الحمل بصورة آمنة للنساء. «يجب على الدول اتخاذ تدابير لضمان أن خدمات الإجهاض القانونية والآمنة متوافرة ومتاحة وذات نوعية جيدة.» ولكن التحدي الحقيقي هو معرفة كم بلداً سيغير بالفعل سياساته بناء على ذلك.^{٥٠}

قد يوفر مقدمو الرعاية الصحية قصداً أو عن غير عمد رعاية تشتمل على إحراج النساء أو إذلالهن أو عدم احترامهن، ومن ثم يثوهن عن طلب العناية أو المشورة الطبية.

إطار معلومة

ألغت سيراليون رسوم استخدام المرافق الصحية، وعليه ازداد عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يتلقون الرعاية في تلك المرافق بنسبة ٢١٤ في المائة.



الفصل الثالث: حجم المشكلة:

أبعاد أوجه عدم المساواة في المجال الصحي

نظم الصحة العامة: سببٌ وحلٌ لأوجه عدم المساواة

في المجال الصحي في آن واحد

التغطية الشاملة بالخدمات الصحية

تُغطى اليوم أغلب تكاليف الرعاية الصحية من خلال المدفوعات من الجيب، وهو ما يفضي إلى مصروفات طبية كارثية. وقد تبنت بلدان كثيرة التغطية الشاملة كهدف مهم لتنمية نظم تمويل الصحة، ولكن تحقيق هذا الحل الطويل الأجل يحتاج إلى استجابات مرنة قصيرة الأجل. وليس ثمة معادلة عالمية في هذا المجال. والحاصل أن الأمر سيستغرق بعض السنوات لكي تستطيع بلدان كثيرة تحقيق التغطية الشاملة، كما أن الطريق معقد. وسوف تتحدّد استجابات كل بلد جزئياً من خلال تاريخه الخاص والطريقة التي تطورت بها نظم تمويل الصحة فيه حتى الآن، علاوة على التفضيلات الاجتماعية ذات الصلة بمفاهيم التضامن.

المصدر:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387/en/e:>

على حين أن النظم الصحية يمكنها تعزيز الصحة الجيدة، فإنها قد تقضي أيضاً إلى أوجه عدم المساواة في المجال الصحي، وإن تكن في الوقت نفسه عامرة بفرص التغيير.^{٥١} وينبغي من أجل الحد من أوجه عدم المساواة في المجال الصحي أن يكون الناس جميعاً ولكن بوجه خاص الفئات الضعيفة مثل النساء والأطفال ضمن نطاق الرعاية المتوفرة والمتاحة والمقبولة والجيدة. ويشير التوفّر إلى إنشاء المرافق والخدمات والمنافع الصحية. والإتاحة تعني أن تكون موارد الرعاية الصحية غير تمييزية وأن تمكن الناس جميعاً بغض النظر عن الجغرافيا أو الشؤون المالية أو الحصول على المعلومات من الاستفادة منها. وعلى سبيل المثال، فإن الاستثمار في مراكز الرعاية المتقدمة، مثل المستشفيات ذات التكنولوجيا الرفيعة ومراكز الرعاية المتخصصة، تعود بالنفع على الأغنياء بشكل غير متناسب على حساب الفقراء.

ويمكن أيضاً للرسوم الرسمية على الخدمات أن تثني السكان الفقراء عن طلب العلاج. بيد أن من شأن إلغاء الرسوم أن يجلب مكاسب سريعة وواضحة من حيث الإتاحة. وقد ألغت سيراليون مثلاً الرسوم المفروضة على المستخدمين، وهو ما أفضى إلى ارتفاع عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يتلقون الرعاية في المرافق الصحية بنسبة ٢١٤ في المائة.^{٥٢} وإذا كانت الرسوم الرسمية على الخدمات مثبطة، فثمة عوائق أخرى أيضاً. فالتكلفة المالية للتنقل إلى المركز الصحي ومنه، والعبء البدني للسفر لمسافات طويلة، وفقدان الدخل أو فرص العمل، تُعد جميعاً عوامل مسهمة.^{٥٣}

وتسعى المقبولية لكفالة انسجام المرافق والمنافع والخدمات الصحية مع المعتقدات المحلية. وعلى سبيل المثال، كثيراً ما تنفر المعتقدات المحلية من مناقشة الجنس والممارسات الجنسية، والاعتصاب، وعنف الشريك الحميم.^{٥٤} ومن الأهمية بمكان أن تُراعى المسائل الجنسانية، مثل توفير العملات في مجال الصحة، عند العمل على تحسين مستوى انتفاع النساء بالخدمات الصحية واستخدامهن لها. كما أن القابلية الثقافية للانتفاع تشمل أيضاً توفير الوقاية والعلاج والرعاية والدعم بلغات يتحدثها ويفهمها المرضى.^{٥٥} ويمكن في ظل غياب الرعاية الجيدة، مثل القابلات الماهرات أو خدمات التوليد في حالات الطوارئ، أن تصبح الرعاية المحدودة المتوفرة غير ملائمة، بل ربما صارت ضارة. وثمة حاجة ضرورية إلى التخطيط الموقوت والواضح. ومن شأن الإرشاد الواضح بخصوص الإجراءات الواجب اتخاذها حينما تقع مشكلات أن يفضي إلى إنقاذ أرواح.

إن الغالبية العظمى من مقدمي الرعاية الصحية يوفرون خدمات جديدة بالثناء، وكثيراً ما يفعلون ذلك في ظل ظروف بالغة الصعوبة. ففهم كثيراً ما يكونون حراس المعارف والخدمات والمنافع الصحية، ويضطلعون بدور حيوي في الإسهام في كفالة نظم صحية متوفرة ومتاحة وملائمة وجيدة. بيد أن الممارسات الفاسدة مثل استغلال النساء، أو الحرمان التعسفي من الخدمات، أو طلب الرشاوى قائمة وتعيق الانتفاع.^{٥٦} وقد يحمل مقدمو الرعاية الصحية معتقدات أخلاقية النزعة تدفعهم إلى حجب خدمات الصحة الإنجابية عن المراهقات والنساء غير المتزوجات والنساء غير ذوي الأطفال، وهو ما يعرقل فعلياً انتفاعهن بالرعاية التي يحتجن إليها.^{٥٧}

وقد يوفر مقدمو الرعاية الصحية قصداً أو عن غير عمد رعاية تشتمل على إحراج النساء أو إذلالهن أو عدم احترامهن، ومن ثم يثنوهن عن طلب العناية أو المشورة الطبية.^{٥٨} إن تحسين نوعية وطبيعة التفاعلات بين المريض ومقدم الرعاية من خلال زيادة الالتزام بالممارسات الأخلاقية واحترام حقوق الإنسان، بما في ذلك الاستقلالية والتكتم، قد يكون من شأنه الحد من العوائق التي تحول دون الانتفاع بخدمات الرعاية الصحية وتحسين معدل الانتفاع بالرعاية. وتتضمن السبل العملية لتحقيق ذلك عرض حقوق المرضى في المراكز الصحية، واعتماد موثيق أخلاقية، وإنشاء لجان أخلاقيات مستقلة.

دراسة حالة - أفغانستان

الرعاية المتاحة ثقافياً في المناطق النائية من البلاد

أفغانستان هي إحدى أقل بلدان العالم نمواً. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن ٧٠ في المائة من سكانها «يعيشون في فقر مدقع وهشاشة صحية»^{٥٩} كما أن معدل وفيات الأمهات فيها هو الأعلى في العالم.^{٦٠} وبمساعدة ما يربو على ٢٥ ألف متطوع، جلب الهلال الأحمر الأفغاني الإسعافات الأولية، وتعزيز الصحة، والتوعية الصحية من خلال البرامج الصحية القائمة على المجتمعات المحلية.

ومن أجل التصدي للتحديات الفريدة المتعلقة بصحة الأم والطفل وحديث الولادة في المناطق النائية من هذا البلد المحافظ، كان الهلال الأحمر الأفغاني بحاجة إلى نهج جديد إزاء الصحة المجتمعية يقر بالقيم المحلية والثقافية. وبضع الهلال الأحمر الأفغاني النساء في قلب عملية التخطيط وتصميمه للبرامج.

وقد بدأ الهلال الأحمر الأفغاني بحشد وتدريب اثنتين من المدربات الممتازات في مقر الجمعية الوطنية بكابول. وسافرت المرأتان، اللتان عملتا بشرط أن يصحبهما أقارب لهما من الذكور، إلى مناطق نائية من البلاد والتقتا بقيادة المجتمعات المحلية. وناقشت المدربتان الممتازتان فوائد إشراك المتطوعات في تعزيز الصحة، وطلبتا المشورة بشأن حشد المتطوعات.

واستناداً إلى تلك النقاشات، قام الهلال الأحمر الأفغاني بحشد وتدريب النساء في القرى النائية من خلال نهج يتسم بالحساسية الثقافية. وقادت المعاونات عمليات التدريب ولم يُسمح لمعاونين من الذكور بالدخول. وتمثل أحد أهم التحديات التي واجهت تدريب المتطوعات في الأمية. ففي بلد تُقدر فيه معدلات الأمية بخمسين في المائة بين الرجال و٨٥ في المائة بين النساء، كانت غالبية المتطوعات من الأميات. وقامت مدربات الهلال الأحمر باستحداث طرق مبتكرة لتعليم المتطوعات بغية كفاءة تعلمهن للرسائل الصحية الرئيسية بشكل دقيق.

وبدأ النفع يعود بالفعل على المجتمعات المحلية من عمل متطوعات الهلال الأحمر. فهن يوصلن رسائل صحية رئيسية للنساء القاطنات في القرى، ويؤدين إجراءات بسيطة في المجال الصحي مثل علاج الإسهال عن طريق محلول الإمهاء الفموية ويحلن النساء إلى العيادات الطبية لتلقي الرعاية السابقة لولادة، والرعاية في فترة ما حول الولادة، وتنظيم الأسرة. وفي بلد يعاني التحديات المركبة المتمثلة في سوء البنية التحتية والفقر المدقع وارتفاع معدل الأمية وأوجه عدم المساواة بين الجنسين، يعمل الهلال الأحمر الأفغاني على تمكين النساء على الصعيد المحلي بغية التشجيع على سلوكيات طلب الصحة والحد من معدل وفيات الأمهات.

الفقر في ظل الاتجاهات العالمية الراهنة يقاوم أوجه عدم المساواة في المجال الصحي

وللفقر مقترنا باتجاهات عالمية مثل التوسع الحضري، والأمراض غير المعدية، وأنماط الحياة غير الصحية دور هام في خلق أوجه عدم المساواة في المجال الصحي، لاسيما حيثما توجد فجوات كبيرة في الانتفاع بالموارد التي تفضي إلى الصحة الجيدة، مثل الغذاء والتغذية الملائمين، والإسكان، ومرافق المياه والصرف الصحي المحسنة. وعلى سبيل المثال، يفتقر ٢,٦ بليون نسمة، أو ٣٩ في

«ينطلع عدد من المنظمات الكبرى في المجال الصحي، بما في ذلك إدارة التنمية الدولية، إلى تحسين النتائج الصحية لفقراء العالم، أو القضاء على الفقر، بوصفه الهدف الرئيسي لتلك المنظمات [...] وذلك إقراراً لا بالأهمية التنموية للإنصاف في المجال الصحي فحسب [...] وإنما أيضاً بدور سوء الأحوال الصحية في إنتاج الفقر».

إدارة التنمية الدولية، تقييم صحة الفقراء: نحو استراتيجية قياس محابية للفقراء، ٢٠٠١

المائة من سكان العالم، إلى الصرف الصحي المحسّن.^{٦١} ويعيش أغلب هؤلاء الناس في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أو آسيا. ويمارس زهاء ١,١ بليون نسمة التغوط في العراء، يعيش أغلبهم في المناطق الريفية.^{٦٢} والتفاوتات أشد بروزاً في البلدان النامية وفي صفوف سكان الريف وفقراء الحضر، وهو ما يؤكد الحاجة إلى التنمية الريفية والتخطيط الحضري مع التركيز على الانتفاع المنصف بالموارد الأساسية التي تعزز الصحة والرفاه.^{٦٣}

وتُعتبر الأمراض غير المعدية أيضاً أحد أشد التهديدات المحدقة بالصحة خطورة، وأكثرها ذبوعاً، في القرن الحادي والعشرين. والروابط المتداخلة بين صحة الأم وحديث الولادة والطفل وبين ذبوع الأمراض غير المعدية تزداد وضوحاً. وتنشُر الوباء اتجاهات قوية، شبه عالمية: الشيخوخة المبكرة، والتوسع الحضري السريع وغير المخطط، وعملة أنماط الحياة غير الصحية وهي اتجاهات ليس من السهل عكس مسارها.

- ٨٠ في المائة من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية تحدث في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، وتثلث تلك الوفيات تلحق بأشخاص دون الستين عاماً.
- بعض الأمراض غير المعدية تصيب تحديداً النساء والمراهقات والطفلات، وذلك كسرطان الثدي مثلاً. ومن بين ١,٤ مليون حالة جديدة من سرطان الثدي تم الكشف عنها في عام ٢٠٠٨، وقع نصف الحالات تقريباً في البلدان الفقيرة.
- كان زهاء ٤٣ مليوناً من الأطفال دون الخامسة من العمر يعانون من السمنة في عام ٢٠١٠.

ومع زيادة التوسع الحضري السريع وغير المخطط، تصبح المدن مرتعاً لأوجه عدم المساواة في المجال الصحي البارزة، حيث يعاني فقراء الحضر من معدلات أدنى كثيراً من الانتفاع بالموارد التي تسهم في الصحة الجيدة.^{٦٤} وفي ظل العجز عن مواكبة النمو السكاني، يؤدي التوسع الحضري السريع إلى جعل بلدان نامية كثيرة عاجزة عن الوفاء باحتياجات السكان من المياه والصرف الصحي.^{٦٥}

وفي الأحياء الحضرية الفقيرة، يُعد الصرف الصحي، والغذاء والتغذية، والاحتفاظ، وسوء نوعية الهواء، ومعدلات الجريمة المرتفعة، وارتفاع نسبة البطالة من بين المحددات الاجتماعية التي تسهم في سوء الأحوال الصحية لسكان الحضر،^{٦٦} الذين «يعانون من أمراض أكثر وبموتون أبكر مقارنة بالأشخاص المنتمين إلى أي شريحة أخرى من السكان».^{٦٧} كما أن العيش في الأحياء الحضرية الفقيرة يفرض عبئاً خاصاً على النساء والأطفال.^{٦٨} إن المياه الملوثة، ومرافق الصرف الصحي دون المستوى، وظروف الحياة المكتظة، والتلوث تسهم جميعاً في انتشار الأمراض مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا.

والمعدلات المرتفعة للجريمة والبطالة تجعل الأطفال عرضة للعنف والاستغلال. وتكون النساء في الأحياء الحضرية الفقيرة عرضة للخطر بوجه خاص لأنهن كثيراً ما يكن أقل تعليماً، ويتمتعن بقدر أقل من السيطرة على الموارد وقدرة أقل على اتخاذ القرارات مقارنة بالرجال.^{٦٩} وأخيراً، قد يؤدي التوسع الحضري إلى ترسيخ العراقل التي يضعها نظام الصحة العامة أمام الإنصاف الصحي، وهو ما تبرهن عليه أوجه التفاوت الصارخة في الحصول على خدمات المولدات الماهرات بين مختلف فئات الدخل.

وثمة ترابط بين الفقر وأوجه عدم المساواة في المجال الصحي حيث يعزز كل منهما الآخر، وهناك ضرورة لقيادة حكومية متضافرة لكسر هذه الحلقة. ويُعد تخصيص الموارد المالية للخدمات الصحية والمحددات الاجتماعية المفضية إلى الصحة الجيدة نقطة بداية معقولة، حتى بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وعلى سبيل المثال، يؤدي زيادة كفاءة نظام الضرائب والتحويلات واللجوء إلى التمويل المبتكر، مثل الضرائب المرتفعة على الكحول والتبغ، إلى توليد مزيد من التمويل للصحة وتمكين الحكومات من إعادة ترتيب أولويات ميزانياتها من أجل الإنصاف.^{٧٠}

«الاستثمار في الصحة هو استثمار في التنمية الاقتصادية. ويتمثل عنصر رئيسي من عناصر التنمية الاقتصادية المستدامة في الاستثمار الطويل الأجل في التنمية البشرية والصحية والاجتماعية. ويُعد رأس المال البشري لأي مجتمع أعظم أصوله على الإطلاق. ولرأس المال البشري أهمية قصوى في خلق الثورة والتوظيف والتراكم المستدام ونقل المعارف والمهارات وهو شرط قيم للتنمية الصناعية والتكنولوجية والاقتصادية. ولا يمكن تحقيق ذلك في سياق تسوده مستويات مرتفعة من الوفيات والأمراض، وانخفاض العمر المتوقع عند الميلاد».

شباط/فبراير ٢٠١١، مذكرة لحلقة النقاش الرفيعة المستوى بشأن تمويل الصحة في أفريقيا

بعنوان «مزيد من الصحة من أجل المال، ومزيد من المال من أجل الصحة»

إحصائيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

- ١٦١ مشروعاً في ٥٤ بلداً
- ٨٨٠ ٤٠٤ ٨ من المستفيدين المستهدفين
- ٦٣٠ ٢١٥ ٤ مستفيداً تم الوصول إليهم حتى تاريخه (أذار/مارس ٢٠١١)
- ١٣٦ ١٠٤ ٢٦٧ فرنكا سويسرياً من الموارد المالية تم حشدها

دراسة حالة - إريتريا

نهج المرافق الصحية الشاملة بقيادة المجتمع المحلي من أجل الحد من أوجه عدم إنصاف الريف

المياه والصرف الصحي يرتبطان بالصحة على نحو وثيق. فعدم القدرة على الانتفاع بخدمات المياه والصرف الصحي المحسنة، وعدم الوعي بالحصّة العامة يمثل عبئاً خاصاً على الأطفال، الذين يواجهون خطر كبير للإصابة بمرض الإسهال. وفي إريتريا، ثمة تفاوتات ذات شأن بين معدل الانتفاع بخدمات المياه والصرف الصحي المحسنة بين الريف والحضر. وينتفع ٥٤ في المائة فقط من سكان الريف بالمياه المحسنة، مقارنة بـ ٧٢ في المائة من سكان الحضرية. بل إن الأرقام المتعلقة بالصرف الصحي تكشف عن أوجه أكبر لعدم الإنصاف: لا ينتفع بالصرف الصحي سوى ٣ في المائة من سكان الريف مقارنة بـ ٣٤ في المائة من سكان الحضر.^{٧١}

ومن أجل تحسين التغطية والحد من عبء عدم الإنصاف على سكان المناطق الريفية، رعى الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والاتحاد الأوروبي مشروعاً للمياه والصرف الصحي في الريف يتولى تنفيذه الصليب الأحمر الإريتري. ويستهدف المشروع ١٢٠ قرية ويرمي إلى الوصول لما مجموعه ١٤٥ ألف شخص.

ويفيد «يوسف ولدتنسي»، وهو موظف مكلف بإعداد التقارير في وفد الاتحاد الدولي بأسمر في إريتريا: «يُضطلع النساء بدور لافت في إنجاز برنامج الصرف الصحي الشامل بقيادة المجتمع المحلي». وتتولى مبادرات المجتمع المحلي التوعية بالصحة العامة والتشجيع على التغيير السلوكي باستخدام نهج المرافق الصحية الشاملة بقيادة المجتمع المحلي. وعلى سبيل المثال، فإن امرأة ريفية دعونا نسميها «نجيستي»^{٧٢} حضرت عملية تحفيز للمجتمع المحلي هي أساساً بمثابة نشاط يشجّد الوعي بسرعة من خلال الأشمزاز كشكل جديد لحشد المجتمع المحلي. وقررت بعد ذلك أن تصبح مروجّة للصرف الصحي داخل مجتمعها. ويقوم «المحفزون» بشجّد وعي المجتمع المحلي على نحو عاجل بشأن الصرف الصحي والمراحيض وتشجيع المجتمعات المحلية على التوقف عن التغوط في العراء.

وقد تلقت «نجيستي» التدريب من فرع الصليب الأحمر المحلي على الوعي بالصحة العامة والصرف الصحي، وبإساءة المراحيض، والتصميم والتنظيف والحد من الأمراض المتصلة بالإسهال. وإن تتولى المسؤولية عن حشد ١٥ أسرة معيشية من أجل تعزيز أنشطة الصحة العامة والصرف الصحي، فإنها تفيد أن أغلب الأسر المعيشية التي تتولى رعايتها بما في ذلك أسرتها هي لا تمارس التغوط في العراء. و«نجيستي» هي واحدة من ١٩٦٩ متطوعاً يحشدون المجتمعات المحلية لكي تقلع عن ممارسة التغوط في العراء، وهو ما تترتب عليه آثار مباشرة على صحة الأطفال والأسر والمجتمعات.

وتبين «نجيستي» بعض نجاحات المشروع، ولكن يتبقى نطاق من التحديات. فكفالة تمتع سكان الريف بالانتفاع المنتظم بخدمات المياه والصرف الصحي المحسنة وبالصحة العامة يتطلب التوفر المستمر للموارد المحلية اللازمة لبناء المراحيض. وبالطبع سيكون هناك دوماً أشخاص يحتاجون إلى دعم إضافي لبناء مرحاض، مثل المسنين. ويرى «ولدتنسي» أن وزارات الصحة والفروع المحلية ومتطوعي المجتمع المحلي قادرون على التصدي لتلك التحديات وتقديم الحلول.

في إريتريا، تم حتى الآن بناء ١١ ٩٥٠ مرحاضاً وتم الوصول إلى ما يربو على ٨٣ في المائة من الناس (١٠٩ ٣٢٤ نسمة) بالرسائل المتعلقة بالصحة العامة والصرف الصحي من خلال تحفيز المجتمع المحلي والزيارات من بيت إلى بيت.

السياسات العامة الملزمة بالإنصاف تطرح فرسا

يمكن للقوانين والسياسات العامة أن تفضي إلى أوجه عدم المساواة داخل نظام الصحة، ولكنها تطرح أيضا فرسا للتغيير. فالقوانين التي تعيق الانتفاع بالخدمات الصحية للأمهات وللنساء في فترة ما حول الولادة يتعين إلغاؤها، بما في ذلك القوانين أو اللوائح التي تقتضي موافقة الزوج على حصول زوجته على خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات،^{٧٣} أو التي تحد من إمكانية الانتفاع بالعلاج المنقذ للأرواح في حالات المضاعفات المتصلة بالحمل.^{٧٤}

وبينما تُعد التشريعات والسياسات ضرورية، فإن المهم هو متابعتها من خلال الإنفاذ القوي لأن القوانين دون ذلك تصبح بلا معنى. وعلى سبيل المثال، يمنع القانون في بعض البلدان ممارسات تقليدية لكنها ضارة مثل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وزواج الأطفال. بيد أن آليات الإنفاذ قد تكون غير قائمة أو رخوة، وبالتالي تستمر الممارسات الضارة بلا قيود.^{٧٥}

ويُعد مقدمو الرعاية الصحية والنساء أنفسهن شركاء مهمين في كفاءة تنفيذ القوانين الساعية إلى تحسين مستوى الإنصاف. وأحيانا ما يتسنى أيضا لمقدمي الرعاية الصحية من النساء الإسهام في الظلم. فعلى سبيل المثال، تنص القوانين تحديدا في بعض البلدان على إتاحة خدمات الصحة الإنجابية للجميع، ولكن مقدمي الرعاية الصحية قد يمنعون تقديم الخدمات. وقد تؤدي المفاهيم الخاطئة في القانون، أو الافتقار إلى الوضوح، أو معتقدات مقدمي الرعاية الصحية إلى عرقلة التمتع بالإنصاف الصحي.^{٧٦}

وفي دراسة أجريت في الصين، لم يقر ٤٠ في المائة من مقدمي الرعاية الصحية تزويد الحكومة الأشخاص غير المتزوجين بخدمات منع الحمل؛ ورأى ٧٥ في المائة من مقدمي الرعاية أن حبوب منع الحمل لا ينبغي توفيرها لطلاب المدارس الثانوية. كما كشفت الدراسة أن مقدمي خدمات تنظيم الأسرة لم يعتبروا الأشخاص غير المتزوجين عملاء لهم. وقد رأوا أنهم غير مسؤولين عن تقديم تلك الخدمات للأشخاص غير المتزوجين.^{٧٧}

ويمكن للإرادة السياسية والالتزام بالتغيير أن يجلبا تغييرات قابلة للإنجاز. فالخطوات الأولى تتمثل في الإرادة السياسية التي يتلوها إجراء تقييم لأوجه التفاوت والتغيرات اللازمة في السياسات. وتبين اللجنة الوطنية البرازيلية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، والتي نشأت بموجب مرسوم رئاسي، مستوى الالتزام السياسي اللازم للبدء في الحد من أوجه عدم المساواة في المجال الصحي. وقد أجرت اللجنة المكونة من ١٦ خبيرا في المحددات الاجتماعية للصحة دراسة جادة بغية تقييم أوجه عدم المساواة في المجال الصحي القائمة في البلاد. ثم صممت اللجنة حلولا سياساتية رشيدة تتصدى لأوجه عدم المساواة التي وجدتتها.^{٧٨}



الفصل الرابع: استجابة الصليب الأحمر والهلال الأحمر

نهج كلي إزاء المساواة في المجال الصحي يسترشد بحقوق الإنسان

يعتقد موظفو ومتطوعو الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر أن أي شخص رجلاً كان أو امرأة أو مراهق أو طفل يحتاج إلى الرعاية الصحية لديه الحق في الحصول عليها بغض النظر عن هويته أو مكان عيشه، وأنه ينبغي أن يكون بوسع هؤلاء الأشخاص الحصول على الخدمات الصحية مجاناً بطريقة تحترم كرامتهم.

وعلى صعيد عالمي، يضطلع الصليب الأحمر والهلال الأحمر بدور حيوي في الحفاظ على حقوق الإنسان الخاصة بالمرضى، والحد من شعورهم بالاغتراب، ومكافحة الوصم بالعار والتمييز، والدعوة بلا هوادة إلى التصدي لأوجه عدم المساواة في المجال الصحي.

وتكمن قوة استجابة الصليب الأحمر والهلال الأحمر لأوجه عدم المساواة في المجال الصحي في متطوعي الصليب الأحمر والهلال الأحمر البالغ عددهم ١٣ مليوناً. وبوصفهم أعضاء في مجتمعاتهم المحلية، فإنهم يعرفون الأشخاص الذين يتسربون من الشبكة سواء عاد ذلك لأسباب مالية أو جغرافية أو ثقافية أو غيرها أو يستطيعون معرفتهم والوصول إليهم. ولا يحاول الصليب الأحمر والهلال الأحمر الحلول بديلاً عن أي نظام صحي رسمي أو استنساخه، ولكنه يرمي إلى استكمالها.

ويقدم المتطوعون الرعاية إلى أولئك الذين تشتد حاجتهم إليها وأولئك العاجزين، أي كان السبب، عن الانتفاع بالنظام الصحي الرسمي السكان المحرومون والمهمشون والمستضعفون. وبوسع المتطوعين كسر الحواجز التي تعيق الانتفاع، والتوعية، والتشجيع على السلوكيات الصحية، وتمكين الأشخاص الذين لا تصل إليهم النظم الصحية الرسمية. وحينما يتعلق الأمر باعتماد نهج شامل إزاء الحد من أوجه عدم المساواة في المجال الصحي، فإن المتطوعين يشكلون مورداً قيماً بحق.

توفير الوقاية والعلاج والرعاية والدعم متى وحيثما تدعو الحاجة

من الضروري واللازم تحسين فرص الحصول المنصف على الرعاية الصحية المتيسرة الكلفة، علاوة على توفير الوقاية والعلاج والرعاية والدعم في الوقت المناسب والمكان المناسب. وتتبع الجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر نهجاً للصحة والإسعافات الأولية يستند إلى المجتمع المحلي من أجل تحسين صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال. ويقوم المتطوعون بإسهامات كبيرة، سواء كانت توصيل الرعاية للبيوت أو التحصين أو ترويج الخدمات الصحية، في تقليص التفاوت في فرصة الحصول على الرعاية في مجتمعاتهم المحلية.

مبدأ عدم التمييز

لا تميز الحركة بين الأشخاص على أساس الجنسية أو العنصر أو المعتقدات الدينية أو الوضع الاجتماعي أو الآراء السياسية. فهي تسعى إلى التخفيف من معاناة الأفراد مسترشدة بمعيار واحد هو مدى حاجتهم للكون مع إعطاء الأولوية لأشد الحالات إلحاحاً.

ماذا يمكن أن تعمله الحكومات والمشرعون وصناع السياسات من أجل إزالة أوجه عدم المساواة في المجال الصحي؟

- رصد الموارد الصحية وفقاً للاحتياجات وبالاستناد إلى الأدلة السليمة التي تشير إلى « ما أثبت نجاحه ».^{٧٩}
- اتباع نهج « الرعاية المستمرة » بالنسبة للنساء مع التركيز على مراحل الحياة الأساسية - من الصحة الإنجابية وخدمات تنظيم الأسرة إلى الرعاية السابقة للحمل والسابقة للولادة والرعاية أثناء الولادة (بحضور مولدين مهرة). كذلك ينبغي أن تستمر الرعاية التالية للولادة حتى السنوات الأولى في حياة الطفل وأن تشمل الوقاية من أمراض الأطفال وعلاجها.^{٨٠}
- قطع التزام ثابت بمراعاة المساواة وعدم التمييز عند توفير الرعاية الصحية للأمهات ولحديثي الولادة والأطفال.

كيف يمكن للجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر المساعدة؟

- إن الجمعيات الوطنية تحظى بسبب قاعدتها التطوعية القوية بموقع متميز يسمح لها بتوسيع نطاق الجهود الرامية إلى بلوغ أضعف النساء والأطفال في المجتمعات المحلية. والأمثلة على ذلك تشمل رفع وعي النساء بتنظيم الأسرة، وترك فترات بين الولادات، والتشجيع على الفحوص الطبية للحوامل قبل الولادة، وتشجيع الرضاعة الطبيعية للأطفال دون غيرها، وحماية حديثي الولادة من البرد.^{٨١}
- يمكن للجمعيات الوطنية باستخدام وضعها كهيئات مساعدة لحكوماتها أن تدعو الحكومات إلى إعطاء أولوية لتحقيق الإنصاف في مجال الصحة. إن الجمعيات الوطنية تمثل حلقة وصل هامة بين الحكومات والمجتمعات المحلية، وهذا الوضع الفريد يعني أنها يمكنها إبلاغ المشرعين وصناع السياسات باحتياجات أضعف النساء والأطفال، وأن تلقي الضوء على المعوقات التي يواجهونها في الحصول على الرعاية الصحية على مستوى المجتمع المحلي.
- يمكن للجمعيات الوطنية أن تقيم شراكات مع منظمات المجتمع المدني لرصد وتقييم التقدم المحرز بشأن تقليص أوجه عدم المساواة في مجال الصحة وعدم المساواة بين الجنسين.

إتاحة المعلومات الموثوقة والدقيقة والتشجيع على السلوكيات الصحية

إن التوعية الصحية ضرورية حتى يتسنى للناس أن يتخذوا قرارات مستنيرة ومستقلة بشأن صحتهم أنفسهم وضرورية أيضاً لتحقيق توزيع أكثر إنصافاً للسلطة والمال والموارد. والتوعية الصحية بوجه عام، مثلها مثل الإسعافات الأولية والنظافة الصحية، يمكن تطويعها للسياق المحلي - مثل دروس السباحة في المناطق المعرضة للفيضانات. وهي تعزز من قدرة المجتمع المحلي على الصمود في مواجهة الشدائد من خلال إمداد الناس بالمهارات التي يحتاجونها من أجل العيش بطريقة صحية في حياتهم اليومية والتعامل مع مواطنيهم الضعفاء الخاصة إبان حالات الطوارئ.

إن الوعي يقوي المجتمعات، ويعطي أضعف الناس فرصة معتبرة للمشاركة في تقييم احتياجات المجتمع والمطالبة بالإنصاف في توفير الموارد الصحية والمحددات الاجتماعية التي تؤدي إلى الصحة الجيدة. ويمثل متطوعو الصليب الأحمر والهلال الأحمر حلقة وصل هامة في سلسلة توصيل المعلومات إلى الناس الذين لا تبلغهم في العادة حملات التوعية. وفضلاً عن ذلك فإن المتطوعين يفهمون أشكال مقاومة التغيير وعليه يستطيعون المساعدة في تكسير الحواجز المحلية التي تمنع الناس من اتباع السلوكيات الصحية. كما أن المتطوعين يستطيعون التواصل مع الناس بطريقة تحترم وتشجع على الاستقلالية واتخاذ القرارات بصورة فردية.

دراسة حالة - جمهورية الكونغو الديمقراطية

سد الفجوة الصحية بيتاً بعد بيت

إن الصليب الأحمر بجمهورية الكونغو الديمقراطية، بالشراكة مع التحالف العالمي للقاحات والتحصين^{٨٢}، يعمل على توصيل التطعيمات الروتينية إلى المجتمعات المحلية وفي الوقت نفسه ضمان أخذ الاحتياجات الأساسية العامة لهذه المجتمعات في الاعتبار. ويمثل المتطوعون مورداً ضرورياً لازماً في حملات التطعيم، إذ ينتقلون من دار إلى دار في مجتمعاتهم المحلية حتى «يجتازوا الميل الأخير»، وهو في هذه الحالة الوصول إلى الأطفال دون الخامسة والحوامل ممن أهملهم النظام الصحي الرسمي.

يصل معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في جمهورية الكونغو الديمقراطية إلى ١٩٩ في كل ١٠٠٠ ميلاد على قيد الحياة^{٨٣} - وهو خامس أعلى معدل في العالم^{٨٤} وتغطية التحصين في البلد تتسم بعدم التوازن الشديد، فعلى سبيل المثال لم يتلق لقاح الحصبة إلا ٥٦ في المائة فقط من الأطفال في السنة الأولى من عمرهم في المناطق الريفية، بينما وصلت هذه النسبة إلى ٧٣ في السنة الأولى في المناطق الحضرية^{٨٥}. وقد قام الصليب الأحمر في الكونغو الديمقراطية، بالتعاون مع التحالف العالمي للقاحات والتحصين، بدور رئيسي في الوصول إلى الأطفال في أنأى الأماكن والتي يتعذر بلوغها. قدم التحالف أكثر من ٥ ملايين دولار أمريكي للمشروع بينما قام متطوعو الصليب الأحمر بتوصيل المشروع إلى أضعف الناس.

وقد أحرزت الجمعية الوطنية تقدماً كبيراً في زيادة التطعيمات الروتينية. فدربت وعبأت أكثر من ١٣٠٠ متطوع في خمس مقاطعات (كينشاسا، كاتنغا، جنوب كيفو، كاساي الشرقية، كاساي الغربية) أثناء المرحلة الأولى من الشراكة في فترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩.

وفي المرحلة الثانية، في ٢٠١٠-٢٠١١، ركز المتطوعون جهودهم على ثلاث مقاطعات هي كينشاسا وكاتنغا وجنوب كيفو. تنقل المتطوعون من باب إلى باب يسألون عن الحوامل والأطفال الذين لم يحصنوا أو لم يستكمل جدول تطعيماتهم. وقام المتطوعون، الذين يتكلمون اللغة المحلية، بالتوعية بأهمية التحصين وهدأوا من مخاوف الناس وحاربوا الخرافات السائدة عن التطعيم. وبالعامل تحت قيادة وزارة الصحة، ساعد المتطوعون على رفع نسبة تغطية التطعيمات الروتينية للأطفال الرضع، فغطوا أكثر من ٥٤٠٠ طفل في ٢٠١١ وحدها.

إن جمهورية الكونغو الديمقراطية تواجه قلائل أهلية وتفتقر إلى التمويل اللازم للخدمات الصحية وتعاني نقصاً في العاملين المهرة في المجال الصحي، وهو ما يلقي بظلال الشك على استدامة أي برنامج للتحصين. ومع ذلك فإن الجمعية الوطنية، بالعمل مع مجموعة تضم أربع منظمات محلية أخرى تتلقى التمويل من التحالف العالمي للقاحات والتحصين، أخذت بحث الحكومة على رصد ميزانية للتحصين. وبعد سلسلة من النقاشات العصبية تمت الموافقة على رصد ميزانية مقبولة للتحصين.

كيف يمكن للحكومات أن تقضي على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي؟

- المبادرة بتوفير معلومات سليمة وموثوق فيها وحديثة عن السلوكيات والممارسات الصحية للناس جميعاً، دونما تمييز وبالتواؤم مع السياق المحلي.
- الحرص على أن تقوم حملات التوعية ونشر السلوكيات الصحية بتلبية احتياجات المعلومات الخاصة بالسكان ككل، مع التركيز بوجه خاص على احتياجات أضعف فئات النساء والأطفال.
- إشراك منظمات المجتمع المدني في تنفيذ حملات نشر المعلومات الصحية.

كيف يمكن للجمعيات الوطنية أن تساعد؟

- الاستفادة من وجود شبكات متطوعين قوية يمكنها الوصول إلى أضعف فئات النساء والأطفال، والانتفاع من معرفة المتطوعين بالعوائق المحلية التي تقف في وجه التغيير، من أجل النهوض بحملات التوعية الصحية ونشر السلوكيات الصحية.
- الاستفادة من وضعها باعتبارها هيئات معونة للحكومات في حث الحكومات على نشر معلومات دقيقة موثوق بها.
- القيام بأنشطة دعائية في مجال السلوكيات الصحية وتقوية الشراكات مع الحكومة ومنظمات المجتمع المدني بهدف زيادة فعالية الرسائل الدعائية الحالية.

دراسة حالة - الكاميرون

إزالة الحواجز التي تعيق صحة الأمهات بين اللاجئين من أفريقيا الوسطى

تجذب الكاميرون اللاجئين الفارين من وجه أعمال العنف. وتواجه تهديدات مستمرة لأنها وانتهاكات لحقوق الإنسان من جانب جمهورية أفريقيا الوسطى. ويفتقر اللاجئون الذين بلغوا ٨٠ ٠٠٠ لاجئ من أفريقيا الوسطى في الكثير من الأحيان إلى فرصة الحصول على مياه الشرب والصرف الصحي والخدمات الصحية الكافية.^{٨٦} ويضطلع الصليب الأحمر الكاميروني، بالشراكة مع مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، بدور شديد الأهمية في الاستجابة لاحتياجات الصحة الإنجابية للاجئات من خلال التوعية بأهمية الرعاية الصحية السابقة للولادة ومهارات التوليد.

يقوم الصليب الأحمر بعمل زيارات منزلية للاجئات الحوامل اللاتي لا يمكنهن الاستفادة من الخدمات الصحية الرسمية من خلال ٣٥ متطوع متخصص في الصحة الإنجابية يقومون بأكثر من ٧٠٠ زيارة منزلية كل شهر. إن عمل المتطوعين له أهمية حاسمة لأن ٥٠ في المائة فقط من اللاجئات يسعين للحصول على الرعاية السابقة للولادة و٢٠ في المائة فقط تلدن في مرافق صحية، وهو ما يجعل الحمل والولادة خطراً على النساء. ولأن اللاجئين من أفريقيا الوسطى يعيشون وسط المجتمعات المحلية لا في مخيمات فإن الزيارات المنزلية تعتبر وسيلة مثلى للوصول إلى اللاجئات الحوامل. فأتثناء الزيارات المنزلية يبحث المتطوعون عن النساء البادي عليهن الحمل وعندما يتعرفون عليهن يعرفوهن وأسرنهن بأهمية الرعاية الصحية السابقة للولادة وأهمية أن يحضر الولادة شخص لديه مهارات التوليد.

ولكن عمل المتطوعين عمل صعب وشاق. فالمعتقدات الثقافية تمثل عقبة هائلة في وجه الصحة الإنجابية ورعاية الأمهات. وفي ذلك يقول الدكتور مارك أسوغينا المدير الصحي بالصليب الأحمر الكاميروني: «بالنسبة للعديد من اللاجئين الذين يعيشون في الكاميرون فإن الرعاية الصحية للأمهات غير مترسخة في عادات الحوامل». والعديد منهن لا يسعين للحصول على الرعاية الصحية السابقة للولادة، ومن تفعل منهن غالباً ما تفعل في الشهر السابع للحمل أو بعده. إلا أن عمل متطوعي الصليب الأحمر في الكاميرون يساعد في إزالة بعض هذه الحواجز.

أثناء إحدى الزيارات المنزلية اكتشف أحد متطوعي الصليب الأحمر السيدة أبو جبريلا، وهي لاجئة من أفريقيا الوسطى عمرها ٢٠ سنة كانت في الشهر الثامن من حملها. واستعداداً للولادة كانت قد سافرت مسافة ١٥٠ كيلومتراً باستخدام المواصلات العامة في طريق غير ممدد للوصول إلى بيت أمها. وأمها تعيش على حافة بلدة «ماندجو» حيث يشكل الصليب الأحمر الشريك الطبي الرئيسي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.^{٨٧} عندما وجد متطوع الصليب الأحمر السيدة أبو جبريلا كانت مصابة بأنيميا شديدة، حولها على الفور إلى أقرب مركز صحي في «ماندجو».

ذهبت السيدة بالفعل إلى المركز الصحي وتبين أنها تحتاج إلى رعاية سابقة للولادة بصورة طارئة، فتم تحويلها إلى المستشفى الإقليمي لتلقي العلاج المتخصص. ولكن المحزن أنها وضعت طفلها قبل الأوان وأصيب الطفل بعدوى وتوفي في غضون ٢٤ ساعة. أما هي فأخذت في استعادة صحتها بصورة ببطء في المستشفى الإقليمي.

إن قصة السيدة أبو جبريلا توضح الدور الحيوي الذي يقوم به المتطوعون في ربط اللاجئين بالخدمات الصحية الرسمية من أجل الرعاية المستجلة. فكل واحد من المتطوعين الخمسة والثلاثين المتخصصين في الصحة الإنجابية يقوم بزيارات منزلية أربعة أيام كل شهر. وفي الشهور الستة الماضية، وصل المتطوعون إلى ٢٧١ حاملاً، منهن ١٩٧ سعين للحصول على استشارات بشأن الرعاية السابقة للولادة. ويقوم كل متطوع بعمل جلستين للتوعية الصحية في الشهر، لرفع وعي المجتمع المحلي بأهمية الرعاية السابقة للولادة ومخاطر الولادة في المنزل.

تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات

وحشد دعم الرجال والصبيان

إن القضاء على أوجه عدم المساواة في المجال الصحي لا يعني فقط توفير الخدمات الصحية والتوعية الصحية دون تمييز، ولكنه يعني أيضاً معالجة أوجه التفاوت الأوسع في المجتمع، بما فيها أوجه عدم المساواة بين الجنسين. إن الصليب الأحمر والهلال الأحمر ملتزم بالاندماج الاجتماعي والسلام، وهما مبدآن يطبعان عمل المتطوعين الذين يجسدون المبادئ الأساسية السبعة للحركة ويقومون بتمكين النساء والفتيات ويحشدون دعم الرجال والصبيان من أجل تعزيز ثقافة للسلم ونبد العنف. وفي حين يمثل المتطوعون مورداً هاماً في معالجة أوجه عدم المساواة الأوسع، فإن المساواة بين الجنسين تتطلب في نهاية المطاف قيادة حكومية قوية وإرادة سياسية صلبة والتزاماً بالتغيير، وذلك بالمشاركة مع منظمات المجتمع المدني.

ماذا يمكن أن تعمل الحكومات؟

- قطع التزام ثابت بتحقيق المساواة بين الجنسين وعدم التمييز ومناهضة العنف في الدساتير والتشريعات والسياسات الوطنية، بما في ذلك السياسات الصحية، وضمان وجود آليات تنفيذ ملائمة.
- تمكين النساء والفتيات من معرفة حقوقهن والدفاع عنها.
- حشد دعم الرجال والصبيان في تحقيق المساواة بين الجنسين والاندماج الاجتماعي.

كيف يمكن للجمعيات الوطنية المساعدة؟

- النهوض بالجهود الرامية إلى تحقيق المساواة بين الجنسين ومناهضة العنف والتمييز من خلال ما لديها من شبكات متطوعين قوية.
- الاستفادة من وضعها باعتبارها هيئات مساعدة للحكومات في أن تحث صناع القرار على الالتزام بإدراج المساواة بين الجنسين وعدم التمييز بينهما في الدساتير والتشريعات والسياسات الوطنية.
- إقامة الشراكات مع منظمات المجتمع المدني حتى تكون مرجعاً لأضعف الناس، ومن بينهم النساء والأطفال، في المطالبة بحقوقهم.

المعوقات والفرص

إن القضاء على عدم الإنصاف الذي يواجه النساء والأطفال في مجال الصحة مسؤولية عالمية تتطلب جهوداً متضافرة على الصعيد العالمي والوطني والمحلي. وتحتاج إلى نهج كلي يوفر إطاراً يقدم فرصة الحصول على الخدمات الصحية والمعلومات بلا تمييز للجميع، بمن فيهم أضعف النساء والأطفال.

الإرادة السياسية الصلبة والقيادة الحكومية الفعالة والموارد المالية والبشرية كلها عوامل لا غنى عنها لتحقيق الإنصاف الصحي. ولكن الحكومات والمشرعين وصناع القرار ليسوا وحدهم. فالجمعيات الوطنية للصليب الأحمر والهلال الأحمر حاضرة للمساعدة، تقوم بتمكين المجتمعات المحلية من أجل سد الثغرات في الرعاية الصحية وترفع من قدرتها من أجل معالجة مواطني الضعف.

دراسة حالة - جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية تمكين النساء من خلال التدريب الصحي والتدريب على الإسعافات الأولية في المجتمع المحلي

في جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية تُقدم الخدمات والأدوية بالمجان، ولكن التكاليف غير المحسوبة للحصول على الرعاية الصحية في المناطق الريفية تكاليف كبيرة. فبالنسبة للنساء والأطفال الذين يعيشون في الريف كثيراً ما يعني الحصول على الأدوية والرعاية ضرورة السفر لساعات طويلة. ويفاقم نظام النقل المتردي من هذه المشكلة. وهكذا يقوم متطوعو الصليب الأحمر المتخصصون في الرعاية الصحية والإسعافات الأولية والموجودون في المجتمعات المحلية بدور شديد الأهمية في تقريب الرعاية الصحية إلى متناول الناس.

الصليب الأحمر في كوريا الشعبية يقدم التدريب ولديه ما يزيد عن ٢٥٠٠ مركز للإسعافات الأولية في مختلف أنحاء البلاد، ويستخدم شبكة متطوعين قوية لنشر المعارف وإجراء تدخلات صحية بسيطة وزهيدة الكلفة في المجتمعات الريفية.^{٨٨} وفي هذا يقول أحد المدربين: «في مراكز الإسعافات الأولية التابعة للصليب الأحمر البعيدة عن العيادات الطبية يتشكل الزائرون بالأساس من النساء والأطفال. فهذه المراكز تساعد النساء إذ لا يضطررن إلى قضاء وقتهن في السفر إلى العيادات.»

ويقوم المتطوعون بنشر أحدث وأصدق المعلومات الخاصة بالصحة والنظافة الصحية في صفوف مجتمعاتهم المحلية، ويروجون السلوكيات الصحية مثل الرضاعة. كما يستخدمون حلولاً بسيطة للمساعدة في علاج الأطفال المرضى، مثل استخدام محاليل معالجة الجفاف للأطفال المصابين بالجفاف. وفي بعض الأحيان يساعد هذا الأمهات بدلاً من أخذ أطفالهن إلى الطبيب. ويقول أحد المتطوعين: «لقد استطعت تقديم النصح لمرضعات مريضات، وعليه استطعن تولي رعاية أطفالهن، وتحسن حال الاثنان نتيجة لذلك.»

إن التدريب الصحي والتدريب على الإسعافات الأولية في المجتمعات المحلية لا يقدم للمتطوعين بعض المهارات وحسب، بل يعزز من ثقتهم بأنفسهم وقوتهم ويزيد من الاعتراف بهم في مجتمعاتهم. وقد لاحظت إحدى المتطوعات المشتركات في دورة تدريبية أقامها الصليب الأحمر مؤخراً أنه «من خلال التدريب الصحي والتدريب على الإسعافات الأولية في المجتمع المحلي باتت النساء في مجتمعاتنا المحلية تحظى باحترام أكبر وأصبح صوتهن مسموعاً أكثر. إن مدربي ومتطوعي الصليب الأحمر يحظون بسمعة جيدة جداً في المجتمع. وهو ما زاد بلا شك من قوتنا ومكانتنا نحن النساء جميعاً.»



طريق المضي قدماً

بالنسبة للصليب الأحمر والهلال الأحمر، تتطلب أوجه عدم المساواة الصحي - بالتركيز على النساء والأطفال - اهتمامنا وتحركنا الفوريين. والعمل يبدأ باحترام حقوق الإنسان وإزالة العوائق الخاصة بالصحة العامة والتنمية والعقبات القانونية والتنظيمية التي تقف في وجه الصحة الجيدة. إن إزالة هذه العوائق يتطلب نهجاً متعدد القطاعات وسياسات متسقة وتمويلاً متواصلًا.

ومن منظور الصحة العامة، يقوم قطاع الصحة بدور هام في إتاحة رعاية جيدة ومقبولة ومتيسرة ومتوافرة لأضعف فئات الناس. بيد أن توفير الخدمات الصحية يمضي يدًا بيد مع رفع الوعي. فالمعرفة والمعلومات تشجع النساء والأطفال على الانتفاع بالخدمات المتاحة، وتغيير السلوكيات، والمطالبة بالإنصاف في مجتمعاتهم. إن الخدمات والمعارف وعدم التمييز تمكن أضعف الناس من تولي زمام أمور صحتهم، وهو ما يقوي في نهاية المطاف قدرات المجتمع.

ومن منظور حقوق الإنسان، يدعو الصليب الأحمر والهلال الأحمر إلى اتباع سياسات سليمة تدرج في إطار نهج كلي إزاء الصحة. ويدعو الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر صناعات السياسات إلى توفير خدمات صحية منصفة للأمهات والأطفال باستخدام نهج «الرعاية المستمرة»؛ وتهيئة الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تتيح للأمهات والأطفال، وبالتالي المجتمعات التي يعيشون فيها، أن يصبحوا أقدر على مواجهة الشدائد؛ واستخدام حقوق الإنسان كأداة لتحقيق الإنصاف الصحي والإنصاف في سائر المجالات.

إن مسؤولية القضاء على أوجه عدم المساواة في مجال الصحة لا تقع على عاتق أي قطاع واحد بمفرده. إن هذا التحدي العالمي يقتضي إبداء القيادة الحازمة من جانب جميع الحكومات في إعطاء الأولوية لتحقيق الإنصاف في مجال الصحة، ويجب عليها إيلاء اهتمام خاص بإزالة الحواجز التي تقف عقبة أمام أضعف النساء والأطفال. إن الاتحاد الدولي يدعو إلى التزام واضح بخطة عمل عالمية تضمن توفير الحماية الكاملة للأمهات والأطفال المعرضين للخطر أكثر من غيرهم، وتضمن تشخيصهم وعلاجهم في التوقيت المناسب، وتضمن حصولهم على الخدمات الصحية التي يستحقونها.

إن الجمعيات الوطنية، إذ تعمل بالتنسيق مع الحكومات، تشكل مورداً هاماً لتوفير الرعاية الصحية للمجموعات السكانية التي يصعب الوصول إليها. إن متطوعي هذه الجمعيات جزء لا يتجزأ من مجتمعاتهم المحلية، بل إن بعضهم ينتمي إلى المجموعات المهمشة نفسها. وهو ما يعني أن لديهم قدرة فريدة على التعرف على الأشخاص الذين يهملهم النظام الصحي الرسمي والوصول إليهم.

إن الجمعيات الوطنية باعتبارها هيئات مساعدة لحكوماتها تشغل موقعاً قوياً يمكنها من الضغط على صناعات القرار من أجل إزالة أشكال عدم الإنصاف في المجال الصحي بوجه عام، وبالنسبة للأمهات والأطفال بوجه خاص. كذلك تلعب الجهات المانحة دوراً هاماً في توفير الأموال من أجل تحقيق هذا التغيير، بينما تتيح الشركات الاستراتيجية التي تعقد مع منظمات المجتمع المدني وغيرها لجميع الأطراف الملتزمة بالتغيير أن توحد قواها من أجل تحقيق الأهداف نفسها. فبالعمل معاً، ومن خلال نطاق تأثيرنا الواسع وقدراتنا الواسعة، يمكننا أن نساعد في تحقيق أكبر قدر من التغيير في حياة النساء والأطفال في كل مكان في العالم.

دراسة حالة - النمسا مواجهة العنف ضد المسنات داخل العائلة

الصليب الأحمر النمساوي مسؤول عن تنسيق مشروع «كشف المحذور» و«كشف المحذور (٢)» اللذين يقوم في إطارهما الصليب الأحمر، بالشراكة مع منظمات أوروبية أخرى، بالتوعية بالتحدي المتنامي المتمثل في العنف ضد النساء كبيرات السن داخل العائلة. إن الصمت المضروب على العنف المرتكب ضد المسنات يعوق جمع المعلومات الدقيقة، ولكن التقديرات تشير إلى أن بين ٦ إلى ٩ في المائة من المسنين يتعرضون للعنف.^{٨٩}

وبالإضافة إلى عوامل الخطر المتعلقة بجنسهن، هناك ميل إلى أن تكون النساء ضحايا العنف لأنهن يعشن أطول من الرجال، وعليه يزيد احتمال تعرضهن للأمراض المزمنة التي تزيد من اعتمادهن على الآخرين. والعنف يُرتكب في أغلب الأحيان في البيوت، ويرتكبه زوج أو أحد الأبناء. وتمثل المشاكل العقلية، مثل الخرف، عاملاً إضافياً للخطر، بالإضافة إلى كونها عائقاً للإبلاغ عن الاعتداءات.^{٩٠}

ويمثل موظفو الصليب الأحمر ومتطوعوه مورداً هاماً للاعتراف بالعنف ضد النساء المسنات ومواجهته. وفي هذا تقول كارين بولدر، مديرة المتطوعين بفرع «ستيريان» بالصليب الأحمر النمساوي: «حيث إن موظفينا يعملون بالأساس في بيوت كبار السن فإنهم أحياناً يكونون الملجأ الأول لضحايا الاعتداءات».

إن مشروع «كشف المحذور» و«كشف المحذور (٢)» (الذي يستكمل المشروع الأول) يبني قدرات المهنيين والمتطوعين في مجال الرعاية الصحية على التعامل مع العنف المرتكب ضد النساء المسنات. وتشرح إحدى المتخصصات في مجال الرعاية الصحية في فنلندا مدى معرفتها بهذا النوع من العنف بقولها «لو قابلت حالة إيذاء بدني لما كنت أستطيع ملاحظتها، فأنا لا أعرف كيف أكشف عنها أو أميزها، ولا أعرف بمن أتصل».

ويهدف المشروعان إلى سد هذه الفجوة من خلال تأهيل متخصصي الرعاية الصحية على التعامل مع المواقف التي تحدث فيها الاعتداءات وإمدادهم بالتوجيهات بشأن التعرف على الاعتداءات، والتحدث مع الضحايا، والإبلاغ عن حالات العنف. وبتزويد متخصصي الرعاية الصحية بالمهارات اللازمة لمكافحة العنف ضد المسنات، يسهم المشروعان في تقليص أشكال عدم الإنصاف التي تواجهها النساء المسنات.

للحصول على المزيد من المعلومات، تفضلوا بزيارة الرابط التالي: www.btt-project.eu



المراجع

- أدناه، الهامش ٢^١
- Oestergaard, M.Z., Inoue, M., Yoshida, S., Mahanani, W.R., Gore, F.M. et al on behalf of the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation and the Child Health Epidemiology Reference Group. 'Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities' in *PLoS Medicine*, 8(8):e1001080, 2011. Available at <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001080>
- WHO Global Health Observatory Data Repository. 'Maternal Mortality Ratio'. Available at <http://apps.who.int/ghodata/?vid=93000>
- Ministry of Foreign Affairs, Norway. *Thematic Report: The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals 2011 – Innovating for Every Woman, Every child*. Oslo: Ministry of Foreign Affairs, 2011. Available at www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/innovation_report_lowres_20110830.pdf
- يعتمد هذا التقرير فهما واسعا لحقوق الإنسان، وهو بذلك يقر بإسهامات الأطراف الفاعلة من الدول وغير الدول في التمتع بالحقوق والحد من أوجه عدم الإنصاف في المجال الصحي. وبينما يقع على عاتق الدول الأطراف في المعاهدات الدولية التزام بتحقيق حقوق الإنسان، فإن الأطراف الفاعلة من غير الدول، بما في ذلك الجهات المانحة ومنظمات المجتمع المدني، تضطلع بدور هام في الإسهام في التمتع بحقوق الإنسان، ومن ثم في الحد من أوجه عدم الإنصاف في المجال الصحي.
- Malarcher, Shawn. 'A view of sexual and reproductive health through the equity lens' in Malarcher, Shawn (ed.) *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva: WHO, 2010.
- WHO and UN-HABITAT. *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva: WHO and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010; 42–43.
- WHO Regional Office for Europe. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: A situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010; 6.
- نفس المرجع.^٢
- انظر الهامش ٤. *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva: WHO and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010; 40.
- WHO Regional Office for Europe. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: A situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010; 6.
- WHO. 'Social determinants of health'. Available at www.who.int/topics/social_determinants/en
- WHO Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report. Geneva: WHO, 2008.
- نفس المرجع.^٣
- Malarcher, Shawn. 'A view of sexual and reproductive health through the equity lens' in Malarcher, Shawn (ed.) *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva: WHO, 2010.
- نفس المرجع.^٤
- Whitehead, Margaret and Dahlgren, Göran. *Levelling Up (Part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006; 3.
- 'Investing in Health' in Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R. et al (eds.) *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Second edition. Washington DC: World Bank, 2006.
- WHO/UNICEF Joint Statement. 'Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival'. 2009.

- United Nations Secretary-General. *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010. ^{٢٠}
- WHO. *The World Health Report – Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO, 2010. ^{٢١}
- WHO. *More skilled midwives needed to save women's and newborns' lives*. News release. Available at www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/midwifery_report_20110620/en ^{٢٢}
- UNICEF. *Narrowing the Gaps to Meet the Goals*. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF), 2010. ^{٢٣}
- WHO Country Office for Bangladesh. 'Health System in Bangladesh'. Available at www.whoban.org/EN/Section25.htm ^{٢٤}
- WHO Country Office for Bangladesh. *WHO Collaboration in Bangladesh: Biennial Report 2008–2009*. Bangladesh: WHO, 2010; 47. ^{٢٥}
- WHO Country Office for Bangladesh. 'Health System in Bangladesh'. Available at www.whoban.org/EN/Section25.htm ^{٢٦}
- The World Health Report: Working Together for Health*. Geneva: WHO, 2006; 12 ^{٢٧}
- Breaking the taboo – Violence against older women in families: recognizing and acting*. Vienna: Austrian Red Cross, 2010. ^{٢٨}
- UNAIDS. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2010; 130. ^{٢٩}
- نفس المرجع. ^{٣٠}
- WHO. *PMTCT Strategic Vision 2010–2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals*. Geneva: WHO, 2010. ^{٣١}
- UNAIDS. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2010; 130. ^{٣٢}
- نفس المرجع في الهامش رقم ٢٨. ^{٣٣}
- Progress Report – Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Geneva: WHO, 2010; 84. ^{٣٤}
- نفس المرجع في الهامش رقم ٨٩. ^{٣٥}
- Frenk, J. 'It's time to set a women and health agenda' in *Harvard Public Health Review*, Spring/Summer 2010. Available at www.who.int/pmnch/topics/maternal/2010_harvardphr_frenk/en/index.html ^{٣٦}
- Wechsberg, W.M. et al. 'Substance use and sexual risk within the context of gender equality in South Africa' in *Substance & Misuse*, 2008; 43: 1186-1201. ^{٣٧}
- El-Bassel, N. et al. 'HIV and intimate partner violence among methadone-maintained women in New York City' in *Social Science & Medicine*, 2005; 61: 171-183. ^{٣٨}
- UN. *The Millennium Development Goals Report 2011*. New York : United Nations, 2011 ; 5. ^{٣٩}
- نفس المرجع في الهامش رقم ٢٥. ^{٤٠}
- نفس المرجع في الهامش رقم ٢٦. ^{٤١}
- Lawn, J.E., Blencowe, H., Pattinson, R., Cousens, S. et al. 'Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?' in *The Lancet*, Vol. 377, Issue 9775, pp. 1448–1463, 23 April 2011. ^{٤٢}
- UNICEF. *Narrowing the Gaps to Meet the Goals*. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF), 2010. ^{٤٣}
- انظر: المفوضية السامية لحقوق الإنسان، لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرات ٣٣–٣٧. متوافر بالإنجليزية على الرابط التالي: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm> ^{٤٤}
- انظر: المفوضية السامية لحقوق الإنسان، لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٣٣. متوافر بالإنجليزية على الرابط التالي: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm> ^{٤٥}
- انظر: المفوضية السامية لحقوق الإنسان، لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٣٥. متوافر بالإنجليزية على الرابط التالي: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm> ^{٤٦}
- انظر: المفوضية السامية لحقوق الإنسان، لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٣٦. متوافر بالإنجليزية على الرابط التالي: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm> ^{٤٧}
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، المادة الرابعة. متوافرة على الرابط التالي: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm ^{٤٨}

- Whitehead, Margaret and Dahlgren, Göran. *Levelling Up (Part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. ^{٤٨}
- UN. *Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. UN, 2011. Available at www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/254 ^{٤٩}
- Commission on the Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report. Geneva: WHO, 2008. ^{٥٠}
- Adam Nossiter. "In Sierra Leone, New Hope for Children and Pregnant Women." NY Times. 17 July 2011. <http://www.nytimes.com/2011/07/18/world/africa/18sierra.html?pagewanted=1&r=1>. ^{٥١}
- Margaux J. Hall, Aziza Ahmed, Stephanie E. Swanson, *Answering the Millennium Call for the Right to Maternal Health: The Need to Eliminate User Fees*, 12 Yale Hum. Rts. & Dev. L.J. 62 (2009). ^{٥٢}
- How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. ^{٥٣}
- نفس المرجع. ^{٥٤}
- DFID. *Addressing Corruption in the Health Sector*. November 2010. <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/How-to-Note-corruption-health.pdf> ^{٥٥}
- Tavrow, Paula. 'Promote or discourage: how providers can influence service use' in Malarcher, Shawn (ed.) *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva: WHO, 2010. ^{٥٦}
- نفس المرجع. ^{٥٧}
- Country Cooperation Strategy at a Glance, WHO, 2011. ^{٥٨}
- World Health Statistics. Geneva: WHO, 2011. ^{٥٩}
- السكان المنتفعون على نحو مستدام: النسبة المئوية للسكان القادرين على الوصول إلى مرافق ملائمة للتخلص من الفضلات، مثل الصلة بأنبوب مجارير أو نظام لخزانات التعفين، أو مرحاض يُنظف بسكب الماء، أو مرحاض بثري بسيط، أو مرحاض بثري محسّن مهوى. ويعتبر نظام التخلص من الفضلات ملائماً إذا كان خاصاً أو مشتركاً (ولكن ليس عاماً) وإذا كان قادراً على منع تماس الإنسان والحيوان والحشرات بالفضلات منعاً فعالاً. ويشمل الصرف الصحي المحسّن الصلة بالمجارير العامة، أو بنظم التعفين، أو المراحيض التي تُنظف بسكب الماء، أو المراحيض البثرية المحسّنة المهواة. ولا يُعتبر ضمن الصرف الصحي المحسّن كلٌ من مراحيض الخدمة أو الدلاء (حيث تزال الفضلات يدوياً)، أو المراحيض العامة، أو المراحيض المفتوحة. ^{٦٠}
- Progress on Sanitation and Drinking-Water: 2010 Update*. Geneva: WHO and UNICEF, 2010. ^{٦١}
- Commission on the Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report. Geneva: WHO, 2008. ^{٦٢}
- Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva: WHO and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010. ^{٦٣}
- Progress on Sanitation and Drinking-Water: 2010 Update*. Geneva: WHO and UNICEF, 2010. ^{٦٤}
- Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva: WHO and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010. ^{٦٥}
- نفس المرجع، ص ٧. ^{٦٦}
- نفس المرجع، ص ١٣-١٤. ^{٦٧}
- نفس المرجع، ص ١٤. ^{٦٨}
- World Health Report: financing for universal coverage*. Geneva: WHO, 2010. ^{٦٩}
- "Country Health System Fact Sheet 2006: Eritrea." WHO Regional Office for Africa. <http://www.afro.who.int/en/eritrea/country-health-profile.html> ^{٧٠}
- ليس اسمها الحقيقي. ^{٧١}
- اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة ٢٤. ^{٧٢}
- Over their Dead Bodies: Denial of Access to Emergency Obstetric Care and Therapeutic Abortion in Nicaragua*. New York: Human Rights Watch, 2007. See also *World Report 2011*. New York: Human Rights Watch, 2001. ^{٧٣}
- Policy Paralysis, A Call to Action On HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa*. New York: Human Rights Watch, 2003. ^{٧٤}
- Tavrow, Paula. 'Promote or discourage: how providers can influence service use' in Malarcher, Shawn (ed.) *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva: WHO, 2010. ^{٧٥}

X. Tu, N. Cui, C. Lou, E. Gao. "Do family-planning workers in China support provision of sexual and reproductive health services to unmarried young people?" *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82: 274-280.

Brazilian National Commission on Social Determinants of Health (CNDSS). *Report of the Brazilian Commission on Social Determinants of Health*. 2008. http://www.who.int/social_determinants/media/brazil_cndss_final_report_exec_2008_en.pdf

إن نظام الرعاية الصحية المتاح للجميع هو المتفق عليه عالمياً باعتباره أنجع الطرق لتوصيل الرعاية متى وحيثما دعت الحاجة إليها. (انظر إعلان ألما-أنا، المؤتمر الدولي المعني بالرعاية الصحية الأولية، ألما-أنا، الاتحاد السوفييتي، ٦-١٢ أيلول/سبتمبر ١٩٧٨). إن الرعاية المتاحة للجميع هي أحد أمثلة رصد الموارد الصحية وفقاً للاحتياجات، بما يسمح للناس بالحصول على الرعاية بصرف النظر عن قدرتهم على الدفع. وحتى في البلدان ذات الدخل المحدود أو المتوسط التي تنشع فيها الموارد الصحية، هناك دائماً سبل لزيادة التمويل الحكومي للصحة. والأمثلة على ذلك تشمل زيادة فعالة الضرائب ونظام التحويلات، وإعطاء أولوية للإنفاق على الرعاية الصحية في الميزانية الوطنية، واستخدام طرق ابتكارية للتمويل مثل فرض الضرائب المرتفعة على الكحول والتبغ، والتي لا تجمع إيرادات للصحة وحسب بل تقلص أيضاً من استخدام تلك المواد الضارة. كما يمكن لمشروعات تجميع المخاطر والتأمين الإجباري أن تجمع إيرادات تستخدم في الرعاية الصحية، وتمكن أضعف الناس من الحصول على الخدمات الصحية. كذلك يمكن للبلدان ذات الدخل المرتفع أن تستخدم تلك الوسائل. إن الرعاية الصحية المتيسرة الكلفة تضمن أن الناس سيسعون للحصول على العلاج عندما يمرضون بدون الاحتياج إلى الاختيار بين مصاريف الغذاء أو العلاج. للحصول على المزيد من المعلومات راجعوا تقرير منظمة الصحة العالمية: *The World Health Report – Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO, 2010.

The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. *Consensus for Maternal, Newborn and Child Health*. 2009. Available at www.who.int/pmnch/topics/maternal/consensus_12_09.pdf

WHO's 'Packages of interventions for family planning, safe abortion: لاطلاع على الجهود بالتفصيل انظر: *care, maternal, newborn and child health*'. Available at www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/fch_10_06/en/index.html. See also (forthcoming), 'Essential packages of care', PMNCH, WHO and AKU.

التحالف العالمي للقاحات والتحصين.

WHO. *World Health Statistics*. Geneva: WHO, 2011. Available at www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2011/en/index.html

UNICEF. *The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF), 2008.

WHO. *Democratic Republic of the Congo: health profile*. Available at www.who.int/gho/countries/cod.pdf

UNHCR. 2011 UNHCR Country Operations Profile – Cameroon. Available at www.unhcr.org/pages/4a03e1926.html

قسمت منظمات الإغاثة الإنسانية البلد إلى خمس مناطق لتوصيل الرعاية بأكثر فعالية. والصليب الأحمر هو الشريك الطبي الرئيسي للمفوضية العليا لشؤون اللاجئين في المنطقة الخامسة، حيث وجدت السيدة أبو جبريلا.

IFRC. 'Democratic People's Republic of Korea'. Appeal report. Available at www.ifrc.org/docs/appeals/rpts10/MAAKP002overallFS01.pdf

'Abuse of the Elderly', Chapter 5, in *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002; 129-130.

Breaking the taboo – Violence against older women in families: recognizing and acting. Vienna: Austrian Red Cross, 2010; 5.

المبادئ الأساسية للحركة الدولية للقصليب الأحمر والهلال الأحمر

الاستقلال الحركة مستقلة. وبالرغم من أن الجمعيات الوطنية تعد أجهزة مساعدة لحكومات بلدانها في أنشطتها الإنسانية وتخضع للقوانين السارية في هذه البلدان، يجب عليها أن تحافظ دائماً على استقلالها بما يجعلها قادرة على العمل وفقاً لمبادئ الحركة في جميع الأوقات.

الخدمة التطوعية تقوم الحركة على الخدمة التطوعية ولا تسعى للربح بأي صورة.

الوحدانية لا يمكن أن توجد سوى جمعية واحدة للقصليب الأحمر أو الهلال الأحمر في بلد من البلدان. ويجب أن تكون مفتوحة أمام الجميع وأن تمارس أنشطتها الإنسانية في كامل إقليم هذا البلد.

العالمية الحركة الدولية للقصليب الأحمر والهلال الأحمر حركة عالمية تتمتع في ظلها كل الجمعيات بحقوق متساوية كما تلتزم كل منها بواجب مؤازرة الجمعيات الأخرى.

الإنسانية إن الحركة الدولية للقصليب الأحمر والهلال الأحمر التي نبعت من الرغبة في تقديم العون للجرحى في ميادين القتال دون تمييز بينهم، تسعى سواء على الصعيد الدولي أو الوطني إلى منع المعاناة البشرية حيثما وجدت والتخفيف منها. كما ترمي إلى حماية الحياة والصحة وكفالة الاحترام للإنسان. وتسعى إلى تعزيز التفاهم المتبادل والصداقة والتعاون والسلام الدائم بين جميع الشعوب.

عدم التحيز لا تميّز الحركة بين الأشخاص على أساس الجنسية أو العنصر أو المعتقدات الدينية أو الوضع الاجتماعي أو الآراء السياسية. فهي تسعى إلى التخفيف من معاناة الأفراد مسترشدة بمعيار واحد هو مدى حاجتهم للعون مع إعطاء الأولوية لأشد الحالات إلحاحاً.

الحياد سعياً إلى الاحتفاظ بثقة الجميع، تمتنع الحركة عن اتخاذ موقف مع طرف ضد الآخر أثناء الحروب، كما تحجم عن الدخول في المجادلات ذات الطابع السياسي أو العنصري أو الديني أو الأيديولوجي.

الاتحاد الدولي
لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر 
www.ifrc.org إنقاذ الحياة، وتغيير الفكر