



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای سیاست گذاری



مرکز پژوهش های مجلس
شورای اسلامی



موسسه ملی تحقیقات سلامت



فرهنگستان علوم پزشکی



سازمان جهانی بهداشت



کمیسیون عوامل تعیین کننده اجتماعی
سلامت سازمان جهانی بهداشت

رفع بی عدالتی در طی یک نسل

عدالت در سلامت از طریق اقدام در زمینه
تعیین کننده های اجتماعی سلامت

رفع بی عدالتی در طی یک نسل

برای کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت، کاهش بی عدالتی های سلامتی یک الزام اخلاقی است. بی عدالتی اجتماعی در حال کشتن مردم در ابعاد گسترده ای می باشد.

دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت
شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

www.who.int/social_determinants

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شورای سیاست گذاری

ISBN:978-600-5528-10-7



9 786005 528107

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآور: رفع بی عدالتی در طی یک نسل، عدالت در سلامت از طریق اقدام در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. شورای سیاست گذاری
مشخصات نشر: با مشارکت و همکاری مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
مشخصات ظاهری: ص ۲۶۴. مصور، جدول، نمودار.
شابک:

یادداشت: عنوان اصلی: (Closing the gap in a generation (Health equity through action on the social determinants of health

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

موضوع: عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

موضوع: عدالت در سلامت

شناسه افزوده: دکتر فیاض بخش، احمد- دکتر اولیایی منش، علیرضا- دکتر پویندجو، مروارید- دکتر فروزان، ستاره.
شناسه افزوده: همکاران ترجمه و ویرایش: دکتر مریم بهشتیان، دکتر محمد حسین نیکنام، دکتر محمد رضا ذاکری، شادرخ سیروس علی اخوان بهبهانی، سیده فاطمه سقاء ابوالفضل.

شناسه افزوده: زیر نظر: دکتر مرضیه وحیددستجردی، دکتر باقر لاریجانی و دکتر سید علیرضا مرندی

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاست گذاری

رده بندی کنگره: ۴۴۸/۷ ۱۳۸۹

رده بندی دیویی: ۳۶۲/۱

شماره کتابشناسی ملی: ۲۰۶۷۹۶۵

عنوان کتاب: رفع بی عدالتی در طی یک نسل
مترجمین: دکتر فیاض بخش، احمد- دکتر اولیایی منش، علیرضا- دکتر پویندجو، مروارید- دکتر فروزان، ستاره.
همکاران ترجمه و ویرایش: دکتر مریم بهشتیان، دکتر محمد حسین نیکنام، دکتر محمد رضا ذاکری، شادرخ سیروس علی اخوان بهبهانی، سیده فاطمه سقاء ابوالفضل.

ناشر: شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گرافیسیت: محمد لیائی - محمد خلیلی

چاپ: بهرنگ

نوبت چاپ: اول- ۱۳۹۰

تعداد کل صفحات: ۲۶۴ ص

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۷-۱۰-۵۵۲۸-۶۰۰-۹۷۸

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.



مترجمین

دکتر احمد فیاض بخش
دکتر علیرضا اولیایی منش
دکتر مروارید پوبندجو
دکتر ستاره فروزان

همکاران ترجمه و ویرایش

دکتر مریم بهشتیان
دکتر محمد حسین نیکنام
دکتر محمد رضا ذاکری
شادرخ سیروس
علی اخوان بهیمانی
سیده فاطمه سقاء ابوالفضل

زیر نظر

دکتر مرضیه وحیددستجردی
دکتر باقر لاریجانی
دکتر سید علیرضا مرندی

شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

با مشارکت و همکاری مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی.

فهرست

۱	خلاصه اجرایی
	بخش اول
۳۵	آماده کردن صحنه برای رویکردی جهانی نسبت به عدالت در سلامت
	فصل اول
۳۶	یک دستور کار جدید جهانی - کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت
	فصل دوم
۴۰	بی عدالتی در سلامت در ابعاد جهانی - نیاز به اقدام
	فصل سوم
۴۷	علل و راه حل ها
	بخش دوم
۵۵	شواهد، اقدام و بازیگران
	فصل چهارم
۵۶	ماهیت شواهد و اقدام
	بخش سوم
۶۳	شرایط زندگی روزانه: پیشنهاداتی برای اقدام
	فصل پنجم
۶۴	عدالت از آغاز
	فصل ششم
۷۶	مکان های سالم - انسان های سالم
	فصل هفتم
۸۹	اشتغال منصفانه و کار شایسته
	فصل هشتم
۱۰۳	حفاظت اجتماعی در طول دوران زندگی
	فصل نهم
۱۱۴	مراقبت سلامتی همگانی

بخش چهارم

قدرت، پول و منابع: توصیه هایی برای اقدام

۱۳۱

فصل دهم

۱۳۲

عدالت در سلامت در تمامی سیاست گذاری ها، نظام ها و برنامه ها

فصل یازدهم

۱۴۴

تامین مالی منصفانه

فصل دوازدهم

۱۵۷

مسئولیت بازار

فصل سیزدهم

۱۷۱

عدالت جنسیتی

فصل چهاردهم

۱۸۳

توانمندسازی سیاسی - شمول و حق بیان

فصل پانزدهم

۱۹۵

حاکمیت خوب جهانی

بخش پنجم

دانش، پایش و مهارت ها: بدنه اصلی اقدام

۲۰۹

فصل شانزدهم

۲۱۰

تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش

بخش ششم

بنانهادن یک حرکت جهانی

۲۲۹

فصل هفدهم

۲۳۰

اقدامی پایا فراتر از کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت

۲۳۹

منابع

فهرست اختصارات

ECD:	Early Child Development	تکامل دوران ابتدای کودکی
GDP:	Gross Domestic Product	تولید ناخالص داخلی
HIA:	Health Impact Assessment	ارزیابی تأثیرات وارده بر سلامت
IA:	Intersectoral Action	اقدامات بین بخشی
MDG:	Millenium Development Goals	اهداف توسعه هزاره
OECD:	Organization for Economic Co-operation and Development	سازمان توسعه و همکاری اقتصادی
PHC:	Primary Health Care	مراقبت های اولیه سلامتی
SDH:	Social Determinants of Health	تعیین کننده های اجتماعی سلامت
WHO:	World Health Organization	سازمان جهانی بهداشت

واژه نامه

Actors	اقدام کنندگان، بازیگران، فعالان
Advocacy	جلب حمایت
Aid	کمک و اعانه
Aim	قصد و هدف
Closing the gap in a generation	رفع بی عدالتی در طی یک نسل
Cross-cutting	فراگیر، میان بر
Criminality	بزهکاری
Disposable income	درآمد قابل هزینه کردن
Equality	برابری
Equity	عدالت، قسط
Exclusion	طرده، انزوا
Fair	انصاف
Gender	جنسیت
Gender mainstreaming	به جریان انداختن مباحث جنسیتی، غلبه دادن جریان فکری جنسیتی
Goal	آرمان
Good health	سلامت مطلوب
Gradient	شیب
Health benefit	مزایای سلامتی
Ill-health	ناخوشی
Illness	بیماری
Inclusion	شمول، به حساب آورده شدن
Inequality	نابرابری
Inequity	بی عدالتی
Justice	عدالت
Life expectancy	امید زندگی
Mandate	مسئولیت، رسالت
Mandated leader	مسئول، رهبر مربوطه
Measurement	سنجش، اندازه گیری
Milestone	نقطه عطف، سنگ نشان
Monitor	پایش
National Equity Gauge	معیار سنجش ملی عدالت
Objective	هدف
Off-shore financial centre	مراکز مالی بدون مرز
Political empowerment	توانمندسازی سیاسی
Poor-health	سلامتی نامطلوب
Randomized Controlled Trial	کارآزمایی تصادفی
Slum	فقیرنشین
Social capital	سرمایه اجتماعی
Social protection	حفاظت اجتماعی
Social stratification	طبقات اجتماعی، طبقه بندی اجتماعی
Social Support	تامین اجتماعی
Social security	حمایت اجتماعی
Stakeholders	دست اندرکاران
Stewardship	تولیت
Streamline	تسهیل و جهت دهی
Surveillance	مراقبت
Target	نشانه
Voice	حق بیان، حق اظهار نظر
Well-being	خوب زیستی
Welfare	رفاه

پیشگفتار

عدالت در فرهنگ اسلامی، اصلی بنیادین و محوری است و کلیه احکام و دستورات و اوامر و نواهی و قوانین و مقررات، چه در بُعد فردی، اجتماعی و حکومتی، بر پایه عدالت سنجیده می‌شود و آن چه ناعادلانه باشد، ناسالم است و قطعاً اسلامی نیست. عدل صفتی است که هم نزد خالق محبوب است و هم نزد مخلوق و خداوند خود را با این صفت ستوده است. در نگاهی به همه ادیان، ما شاهد هستیم که همگی به عنصر مهم عدالت توجه کرده‌اند و از آن یا به عنوان اصلی‌ترین هدف و یا یکی از اهداف مهم نام برده‌اند. تعداد ۲۹ آیه از آیات قرآن مستقیماً درباره عدالت نکاتی دارد و حدود ۲۹۰ آیه دیگر هم در مورد ظلم که ضد عدالت می‌باشد، پیام‌های ارزشمندی را اشاره فرموده است.

عدالت در اسلام شاخه‌های زیادی دارد و تمام امور را شامل می‌شود از مسائل اجتماعی گرفته تا مسائل شخصی. مفهوم کلی عدل می‌بایست در همه ابعاد حیات انسانی جریان یابد و از این رو باید موشکافانه عوامل گسترش عدالت و موانع آن را در تک تک زیرشاخه‌ها و رشته‌های عرصه‌های مختلف کشف کرد و بر روی آن‌ها کار علمی نمود و با روان‌شناسی دقیق در جامعه آن را به طور پایه‌ای و ریشه‌ای بنا کرد.

شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند، همگی بر وضعیت سلامت شان تاثیر گذار هستند و نابرابری در این شرایط خود منجر به بی‌عدالتی‌های سلامت می‌گردد. شواهد نشان می‌دهند که هر چه فرد در وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تری باشد از وضعیت سلامت نامطلوب‌تری برخوردار است. بنابراین می‌توان گفت که در واقع یک شیب اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی اجتماعی در حرکت است و به طور کلی هر طبقه از طبقه پایین‌تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است. بهبود وضعیت سلامت و کاهش بی‌عدالتی در آن، نیاز به اقداماتی و راه‌های تمرکز موجود بر روی علل فوری و بی‌واسطه بیماری‌ها دارد و خود مستلزم توجه بر روی علت‌های ریشه‌ای بیماری‌ها و ناخوشی‌ها است.

حال سوال مطرح این است که چگونه توزیع‌های ناعادلانه سلامت حادث می‌گردند؟ علل ریشه‌ای کدامند؟ این قبیل مسائل و سوالات است که ما را به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت می‌رساند. تعیین‌کننده‌های اجتماعی به کلیه عوامل خارج از وجود انسان بر می‌گردد که بر سلامتی وی تاثیر می‌گذارند. رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به عنوان راه‌حلی در این خصوص مطرح گردیده است. در واقع این رویکرد بین دانش فنی و پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار می‌نماید. هم‌چنین سعی دارد عدم تعادل بین اقدامات درمانی و پیشگیرانه و مداخلات انفرادی و مبتنی بر جمعیت را کاهش داده و پیامدهای عادلانه‌تر و پایدارتری را فراهم نماید. راه‌حل‌های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه‌حل‌ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به حیطه‌های کاری وسیع‌تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد. خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری‌ها در سلامت، ساخته دست بشر بوده و قابل اجتناب‌اند و از آن‌جا که علل آنها اغلب ریشه در مسائل اجتماعی دارد، بنابراین باید راه‌حل‌های اجتماعی نیز برای آن‌ها پیدا نمود.

اکنون زمان اقدام است نه فقط به خاطر این که سلامت بهتر رشد و شکوفایی اقتصادی می‌گردد، بلکه به این دلیل که سلامت و برقراری عدالت در آن حقی است مسلم. در راستای پاسخ به این نیاز کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در سال ۲۰۰۵ میلادی در سازمان جهانی بهداشت تاسیس گردید و طی سه سال تلاش بی‌وقفه گزارش حاضر را تدوین نمود. در ابتدای تاسیس این کمیسیون در سازمان جهانی بهداشت، جمهوری اسلامی ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای همکار در این زمینه انتخاب شد. این کمیسیون به منظور بهبود وضعیت سلامت جهانی و کاهش بی‌عدالتی‌ها، یک حرکت جهانی را شکل داده است و دولت‌ها، تشکلات مدنی و سازمان‌های بین‌المللی را به مشارکت فرا خوانده است.

با عنایت به تاکید دین مبین اسلام بر سلامت کامل و بر عدالت، ما به عنوان نظام سلامت نیز وظیفه خود می‌دانیم که در عرصه عدالت در سلامت گام برداشته و زیرساخت‌ها و ساختارهای مورد نیاز را نهادینه سازیم. موفقیت ما در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی‌عدالتی‌ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه‌ای آن دارد.

از آن‌جا که بسیاری از عوامل تاثیرگذار بر عدالت در سلامت در خارج از حیطه اختیارات نظام سلامت است، لازم است در این زمینه نسبت به حساس‌سازی سایر وزارتخانه‌ها و ارگان‌های مرتبط، چه در سطح ملی چه در سطح استانی و شهرستانی، در خصوص سیاست‌های اتخاذ شده از جانب آنان و آگاهی‌سازی آن‌ها از پیامدهای اقدامات شان بر سلامت اقدام نماییم و این را به عنوان یکی از خطیرترین وظایف خود بدانیم و برنامه‌های خود را با هدف عدالت در سلامت و با مشارکت سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مرتبط شکل دهیم.

در این‌جا‌جا دارد تا از تلاش همکاران عزیز در ترجمه و ویرایش این کتاب و نیز همکاران دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت و هم‌چنین از کلیه نهادهای دیگر همکار صمیمانه قدر دانی نمایم. هم‌چنین توصیه اکید می‌نمایم که کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برنامه‌های بلندمدت خود را بر اساس مدنظر قرار دادن این رویکرد تدوین نموده و با در نظر گرفتن وضعیت موجودشان نسبت به تعیین اولویت‌های مرتبط اقدام و برنامه‌های مداخلاتی خود با این دیدگاه و به منظور کاهش بی‌عدالتی در سلامت شکل دهند.

دکتر مرضیه وحیددستجردی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تهران - پاییز ۱۳۹۰

کمیسیون، خواستار رفع بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل است

عدالت اجتماعی مسئله مرگ و زندگی است. عدالت اجتماعی، شیوه ای که مردم زندگی می کنند و به دنبال آن شانس بیمار شدن و خطر مرگ زودرس آنان را، تحت تأثیر قرار می دهد. ما با شگفتی شاهد بهبود امید زندگی و سلامت مطلوب در بخشی از جهان هستیم، در حالی که زنگ های خطر به خاطر عدم بهبود موارد فوق در بخش های دیگر جهان به صدا در آمده است. دختری که امروز در برخی از کشورها به دنیا می آید، انتظار می رود که بیشتر از ۸۰ سال عمر کند، اما اگر در برخی دیگر کشورها به دنیا آمده باشد، انتظار زندگی کمتر از ۴۵ سال را دارد. در درون کشورها تفاوت های فاحشی در سلامتی وجود دارد که ارتباط تنگاتنگی با درجات محرومیت اجتماعی دارد. در یک بیان ساده و صریح، تفاوت هایی با این وسعت، در درون و بین کشورها هرگز نباید روی دهند.

این بی عدالتی های سلامتی، یعنی همان نابرابریهای قابل اجتناب، به دلیل شرایطی که افراد در آن رشد، زندگی و کار کرده و سالخورده می شوند و همچنین به علت نظام هایی که در برخورد با بیماری ها به کار گرفته می شود، روی می دهند. از طرفی، شرایطی که افراد در آن زندگی کرده و می میرند نیز به وسیله نیروهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی شکل می گیرند.

سیاست های اجتماعی و اقتصادی، اثر تعیین کننده ای بر این که آیا یک کودک می تواند تا بالاترین حد ظرفیت اش رشد و تکامل یابد و زندگی شکوفایی داشته باشد یا این که زندگی او تباه خواهد شد، دارند. به طور فزاینده ای، ماهیت مشکلات سلامتی که باید حل شوند در کشورهای غنی و فقیر، در حال به هم شبیه شدن می باشند.

توسعه یک جامعه، فقیر یا غنی، می تواند بر اساس کیفیت سلامت جمعیت، میزان منصفانه بودن توزیع سلامت بین طبیف های مختلف اجتماعی و میزان حمایت فراهم شده برای مقابله با محرومیت ناشی از ناخوشی ها، مورد قضاوت قرار گیرد.

به خاطر روح عدالت اجتماعی بود که کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت، در سال ۲۰۰۵، توسط سازمان جهانی بهداشت تشکیل شد تا شواهد مربوط با آن چه که برای ارتقاء عدالت در سلامت می توان انجام داد را جمع آوری و سازمان دهی کرده و جنبشی جهانی برای دست یابی به آن را ترغیب نماید.

در حالی که کمیسیون مشغول فعالیت در این زمینه بوده است، چندین کشور و آژانس نیز همکار کمیسیون گشته اند و در جستجوی تدوین و تشکیل سیاست ها و برنامه هایی که در کل جامعه، تعیین کننده های اجتماعی سلامت را تحت تأثیر قرار داده و عدالت در سلامت را بهبود می بخشند، می باشند. این کشورها و همکاران در خط مقدم یک جنبش جهانی قرار دارند.

کمیسیون از سازمان جهانی بهداشت و تمامی دولت ها می خواهد تا اقدام جهانی در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت را با هدف دست یابی به عدالت در سلامت رهبری نمایند. ضروری است که اکنون دولت ها، جامعه مدنی، سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان های جهانی، برای اقدام جهت بهبود زندگی مردم دنیا، با یکدیگر همکاری نمایند. دست یابی به عدالت در سلامت در درون یک نسل؛ قابل دست یابی، امری درست و اکنون نیز زمان مناسب انجام آن می باشد.

یک دستور کار جدید جهانی در مورد عدالت در سلامت

کودکان ما به طور چشم گیری فرصت های متفاوتی را برای زندگی کردن، بر حسب این که در کجا به دنیا می آیند، دارند. در ژاپن یا سوئد آن ها می توانند انتظار داشته باشند که بیشتر از ۸۰ سال عمر کنند؛ در برزیل ۷۲ سال، در هند ۶۳ سال و در یکی از چندین کشور آفریقایی، کمتر از ۵۰ سال. در درون کشورها نیز، تفاوت های فاحشی در شانس زندگی وجود دارد و این امر در تمام جهان مشاهده می شود. فقیرترین فقرا از میزان بیشتری بیماری و مرگ زودرس برخوردارند، اما سلامت نامطلوب تنها محدود به کسانی که در بدترین وضعیت مالی هستند، نمی باشد. در کشورها، در تمامی سطوح درآمدی، سلامتی و بیماری از یک شیب اجتماعی پیروی می کند: هرچه شرایط اجتماعی اقتصادی پائین تر باشد، وضعیت سلامتی نامطلوب تر است.

اوضاع نباید این گونه باشد و این باور درستی نیست که وضعیت بایستی این گونه باشد. وقتی که تفاوت های نظام مند موجود در سلامت با فعالیت های منطقی قابل اجتناب می باشند، پس به طور ساده می توان گفت که این شرایط غیر منصفانه هستند. این همان چیزی است که ما آن را بی عدالتی در سلامت مینامیم. جبران این بی عدالتی ها - تفاوت های عظیم و قابل جبران موجود در سلامت بین و درون کشورها - موضوع عدالت اجتماعی است.

کاهش بی عدالتی در سلامت، برای کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت (که از این پس تحت عنوان کمیسیون از آن نام می بریم) یک الزام اخلاقی است. بی عدالتی اجتماعی، در حال کشتن مردم در ابعاد وسیع می باشد.

تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت

این کمیسیون که به منظور سازماندهی شواهد و مدارک، جهت ارتقاء عدالت در سلامت و ایجاد نهضتی جهانی برای دست یابی به آن پایه گذاری شد، یک تشریح مساعی جهانی از سیاست گذاران، محققین و جامعه مدنی است که توسط ترکیب منحصر به فردی از کمیسیونرهای با تجارب سیاسی، آکادمیک و جلب حمایت عمومی، رهبری می شود. مهم این است که کانون توجه این حرکت، کشورها را در تمامی سطوح درآمدی و توسعه ای، جنوب و شمال جهان را در بر می گیرد. عدالت در سلامت در درون تمامی کشورها، به عنوان یک معضل مطرح است و به طور واضحی به وسیله نظام های اقتصادی و سیاسی جهانی تحت تأثیر قرار می گیرد.

کمیسیون، نگاهی کلی نگر و یکپارچه را به تعیین کننده های اجتماعی سلامت برگزیده است. سلامت نامطلوب فقرا، شیب اجتماعی وضعیت سلامتی در درون کشورها، و بی عدالتی های بارز در وضعیت سلامتی در بین کشورها که از طریق توزیع نابرابر قدرت، درآمد، کالاها و خدمات، به صورت جهانی یا ملی، ایجاد گشته است و متعاقب آن بی عدالتی حاصله، به طور آشکار و سریع در شرایط زندگی افراد تأثیر می گذارد - از جمله بر دسترسی به مراقبت های سلامتی، مدرسه، آموزش، شرایط کار و تفریح آن ها، مسکن، و بر جامعه و شهر های کوچک و بزرگ - و بر شانس آن ها در داشتن و هدایت یک زندگی شکوفا ناشی از همان توزیع نابرابر است. این توزیع نابرابر وقایع آسیب رسان به سلامت، به هیچ عنوان یک پدیده طبیعی نیست بلکه نتیجه ترکیب مسمومی از برنامه ها و سیاست های ضعیف اجتماعی، شرایط اقتصادی ناعادلانه و سیاست های بد می باشد. تعیین کننده های ساختاری و وضعیت زندگی روزانه با همدیگر، تعیین کننده های اجتماعی سلامت را تشکیل می دهند و مسئول بخش عظیمی از بی عدالتی در سلامت در بین و درون کشورها می باشند.

جامعه جهانی قادر به جبران این امر است. ولی این موضوع اقدامات فوری و پایدار جهانی، ملی و محلی را طلب می کند. بی عدالتی عمیقی که در توزیع قدرت و اقتصاد در سطح جهانی وجود دارد، رابطه کلیدی با عدالت در سلامت دارد. این موضوع به هیچ وجه، دلالت بر نادیده گرفتن سطوح دیگر اقدامات ندارد. فعالیت ها و اقدامات زیادی وجود دارند که دولت های ملی و محلی می توانند آن ها را انجام دهند و کمیسیون تحت تأثیر جامعه مدنی و نهضت های محلی بوده است که هر دو، کمک های سریع و بی درنگی را در سطح محلی فراهم می آورند و دولت ها را وادار به تغییر می نمایند. و البته تغییرات آب و هوایی نیز تأثیرات عمیقی بر سیستم جهانی داشته است - و این که چطور این موضوع بر شیوه زندگی و سلامت افراد و سیاره زمین تأثیر گذار است. ما باید هر دو موضوع عدالت در سلامت و تغییرات آب و هوایی را در کنار هم قرار دهیم. نگرانی اصلی ما در مورد موضوع عدالت در سلامت باید به عنوان بخشی از دغدغه جامعه جهانی باشد که بین نیازهای مربوط به توسعه اجتماعی و اقتصادی تمامی جمعیت جهان، عدالت در سلامت و فوریت پرداختن به موضوع تغییرات آب و هوایی تعادل ایجاد نماید.

رویکردی جدید به توسعه

کار کمیسیون رویکرد جدیدی را نسبت به موضوع توسعه به تصویر می کشد. سلامت و عدالت در سلامت ممکن است هدف و منظور تمامی سیاست های اجتماعی نباشد اما نتیجه اساسی آن ها خواهد

بود. اهمیت سیاسی ویژه ای را که به رشد اقتصادی داده میشود، در نظر بگیرید: رشد اقتصادی بدون شک بسیار مهم است، به ویژه برای کشورهای فقیر، زیرا فرصت تأمین منابع، برای سرمایه گذاری در بهبود زندگی مردم شان را به آن ها می دهد. اما رشد اقتصادی به تنهایی، بدون سیاست های اجتماعی مناسب که توزیع منصفانه و منطقی را تضمین کند، فایده کمی را برای عدالت در سلامت به همراه می آورد. به طور سنتی، جوامع به بخش سلامت طوری نگاه می کنند که فقط به حل و فصل نگرانی شان در مورد سلامت و بیماری بپردازد. مطمئناً توزیع بد مراقبت های سلامتی - ارائه نکردن مراقبت ها به کسانی که بیشتر نیازمندند - یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد. اما بار بالای بیماری که مسئول از دست دادن وحشتناک و زودرس زندگی می شود، بیشتر به دلیل شرایطی است که افراد در آن به دنیا می آیند، رشد، کار، زندگی می کنند و پیر می شوند. به نوبه خود، شرایط پائین و نابرابر زندگی نتیجه سیاست ها و برنامه های اجتماعی ضعیف، شرایط غیر منصفانه اقتصادی و سیاست های بد می باشد. اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت باید کل دولت، جامعه مدنی و جوامع محلی، تجارت، مجامع جهانی و آژانس های بین المللی را درگیر کند. برنامه ها و سیاست ها باید همه بخش های کلیدی جامعه (نه فقط بخش سلامت) را شامل شود. همان طور که گفته شد، وزیر بهداشت و وزارت مربوطه، نقش حیاتی در تغییرات جهانی دارند. آن ها می توانند حامی رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت در بالاترین سطوح جامعه باشند. آن ها می توانند اثر بخشی را از طریق عملکرد و مثال های خوب نشان دهند و این که آن ها می توانند سایر وزارت خانه ها را در ایجاد سیاست هایی که عدالت در سلامت را ارتقاء می دهد پشتیبانی نمایند. سازمان جهانی بهداشت (WHO)، به عنوان ارگانی جهانی در امر سلامت، باید کار مشابهی را در سطح جهانی انجام دهد.

رفع بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل

کمیسیون خواستار رفع بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل می باشد. این یک آرزوست نه یک پیش بینی. پیشرفت های شگفت انگیزی در سلامت، در سطح جهانی و در درون کشورها، در ۳۰ سال اخیر روی داده است. ما خوش بین هستیم، چون دانش آن وجود دارد که تغییر عظیمی را در میزان شانس زندگی مردم ایجاد کند و از این رو پیشرفت های قابل توجهی را در عدالت در سلامت موجب شود. ما واقع گراییم: اقدامات از هم اکنون باید شروع شوند. مواد ابتدایی جهت تدوین راه حل هایی برای بی عدالتی های عظیم در بین و در درون کشورها، در گزارش این کمیسیون وجود دارد.

پیشنهادات بسیار مهم کمیسیون

۱ شرایط زندگی روزانه را بهبود بخشید.

خوب زیستی دختران و زنان و شرایطی که کودکان اشان در آن متولد می شوند را بهبود بخشید، بر تکامل دوران ابتدای کودکی و آموزش دختران و پسران تأکید ویژه ای داشته باشید، شرایط زندگی و کار را بهبود دهید و سیاست های حفاظت اجتماعی که حامی همگان است را تدوین نمایید و شرایطی را برای پربار شدن زندگی سالمندان ایجاد کنید. سیاست هایی که برای رسیدن به این اهداف لازم می باشد، جامعه مدنی، دولت ها و سازمان های جهانی را دربر خواهد گرفت.

۲ با توزیع ناعادلانه قدرت، پول و منابع مقابله کنید.

به منظور برخورد با بی عدالتی های سلامتی و شرایط ناعادلانه زندگی روزانه، ضروری است که به شیوه ای که جامعه طبق آن سازمان دهی شده است، به بی عدالتی ها - هم چون بی عدالتی بین زن و مرد - بپردازید. این امر نیازمند بخش عمومی قوی است که متعهد، توانا و به لحاظ مالی با کفایت باشد. برای رسیدن به این مهم، به بیش از یک دولت قدرتمند نیاز است، در واقع این امر نیازمند حاکمیتی قدرتمند است که دارای مشروعیت، فضای آزاد و حمایت از طرف جامعه مدنی و بخش خصوصی پاسخگو و حفاظت از کل افراد جامعه باشد تا بر سر منافع عمومی توافق نموده و بر ارزش های اقدام جمعی سرمایه گذاری مجدد نمایند. در یک دنیای جهانی شده، نیاز به حکمرانی متعهد به عدالت، به طور برابر از سطح اجتماع تا نهادهای جهانی کاربرد دارد.

۳ مشکل را سنجش کرده، درک کنید و تأثیر اقدامات را ارزیابی کنید.

اعتراف به این که مشکلی وجود دارد و اطمینان از این امر که بی عدالتی در سلامت سنجش شده است - چه در درون کشورها و چه در کل جهان - نقطه آغاز مهم و حیاتی برای اقدام است. دولت های ملی و سازمان های بین المللی که توسط سازمان جهانی بهداشت حمایت می شوند، باید سیستم های مراقبتی ملی و جهانی را برای پایش روتین بی عدالتی در سلامت و هم چنین تعیین کننده های اجتماعی سلامت تشکیل دهند و تأثیر سیاست ها و اقدامات را بر عدالت در سلامت ارزیابی نمایند. ایجاد فضا و ظرفیت سازمانی برای اقدامات موثر در رفع بی عدالتی در سلامت نیازمند سرمایه گذاری در آموزش سیاست گذاران و کارکنان بخش سلامت و افزایش درک عمومی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد. این موضوع هم چنین نیازمند توجه بیشتر بر تعیین کننده های اجتماعی در تحقیقات سلامت عمومی است.

این سه اصل بنیادی اقدام در قالب سه پیشنهاد بسیار مهم فوق الذکر تجسم یافته اند. مابقی خلاصه اجرایی و گزارش پایانی کمیسیون بر اساس این سه اصل ساختار بندی و بنا شده اند.

سه اصل مهم اقدام:

۱. شرایط زندگی روزانه را بهبود بخشید - شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار کرده و پیر می شوند.
۲. با توزیع ناعادلانه قدرت، پول و منابع - به عنوان مولفه های ساختاری شرایط زندگی روزانه - به صورت جهانی، ملی و محلی مقابله نمایید.
۳. مشکلات را سنجش کنید، اقدامات را ارزیابی نمایید، پایه دانش را گسترش دهید، نیروی کار آموزش دیده در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت پرورش دهید و آگاهی های عمومی در این حیطه را ارتقاء بخشید.

۱. شرایط زندگی روزانه را بهبود بخشید

بی عدالتی در چگونگی سازمان دهی جامعه به این معنی است که آزادی اداره کردن یک زندگی شکوفا و لذت بردن از سلامت خوب بین و درون جوامع به طور نابرابری توزیع گشته است. این بی عدالتی ها در شرایط دوره ابتدای کودکی و تعلیم و تربیت، ماهیت اشتغال و شرایط کاری، شکل فیزیکی محیط ساخته شده در اطراف و کیفیت محیط طبیعی که مردم در آن ساکن هستند، مشاهده می شود. بسته به ماهیت این محیط ها و شرایط، گروه های مختلف تجارب متفاوتی از شرایط مادی، حمایت روانی و گزینه های رفتاری خواهند داشت که آن ها را نسبت به سلامت نامطلوب، بیشتر یا کمتر آسیب پذیر می سازند. به طورمشابهی، طبقه بندی اجتماعی تعیین کننده دسترسی و بهره مندی متفاوت از مراقبت های سلامتی می باشد که عواقبی مانند ارتقاء ناعادلانه سلامت و خوب زیستی، پیشگیری از بیماری و بهبودی از بیماری و بقاء را در بر دارد.



عدالت از آغاز

◆ آنچه که باید انجام شود

داشتن رویکردی جامع به سال‌های ابتدایی زندگی نیازمند سیاست منسجم، تعهد و رهبری در سطح ملی و بین‌المللی می‌باشد. این امر همچنین نیازمند بسته جامعی از برنامه‌های تکامل دوران کودکی (ECD) و برنامه‌های آموزشی و نحوه ارائه خدمات برای تمامی کودکان در سطح جهان می‌باشد. نسبت به یک رویکرد جامع در رابطه با سال‌های ابتدایی زندگی، که بر اساس برنامه‌های موجود حفظ حیات کودک و گسترش مداخلات در دوران اولیه زندگی مشتمل بر تکامل اجتماعی/عاطفی و زبانی/شناختی بنا شده است، متعدد شده و اجرای آنرا آغاز نمایید.

- یک مکانیزم بین‌سازمانی برای اطمینان حاصل کردن از انسجام سیاست‌های مربوط به تکامل دوران ابتدایی زندگی ایجاد کنید، به نحوی که یک سیاست جامع در این زمینه در کل سازمان‌ها اعمال شود.
- از اینکه تمامی کودکان، مادران و سایر مراقبین، تحت پوشش بسته جامعی از برنامه‌ها و خدمات با کیفیت تکامل دوران ابتدایی زندگی، بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه، قرار گرفته‌اند اطمینان حاصل نمایید.
- تدارک تحصیلات و حیطه‌های آموزشی را به منظور شمول اصول تکامل دوران ابتدای کودکی (تکامل جسمانی، اجتماعی/عاطفی و زبانی/شناختی) گسترش دهید.
- آموزش ابتدایی و متوسطه با کیفیت و اجباری را برای تمامی پسران و دختران بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه تامین کنید. موانع موجود بر سر راه ثبت نام و ماندگاری دختران و پسران در مدارس را شناسایی و حل و فصل کرده و هزینه مدارس ابتدایی را لغو نمایید.

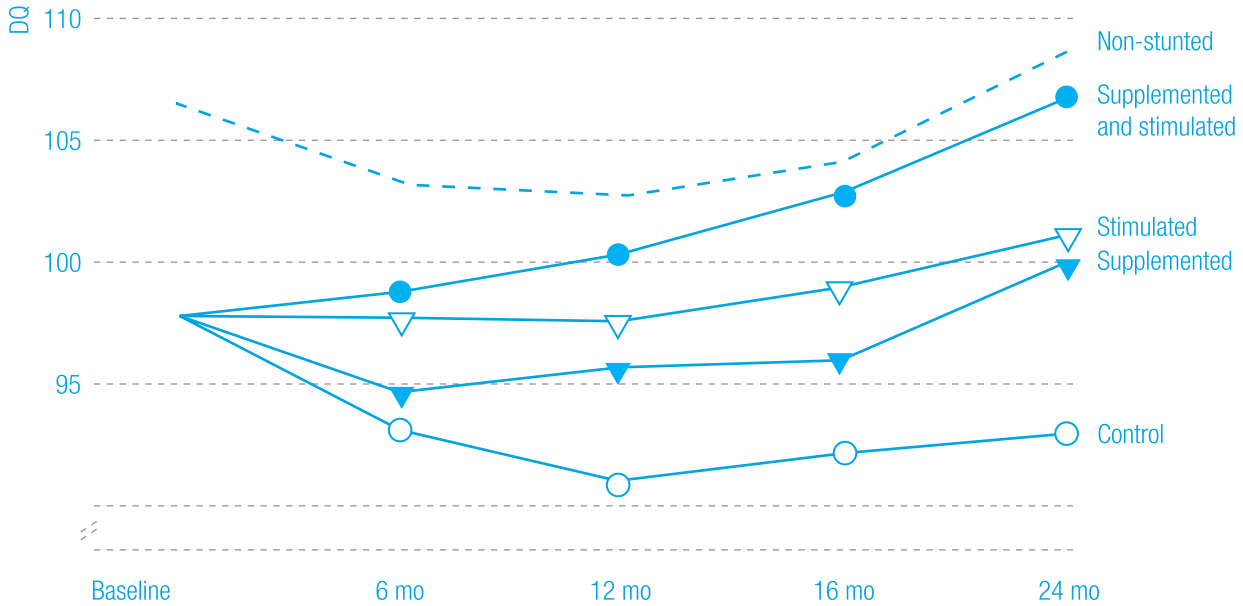
در ساختن توانایی‌های کودکان داشته باشد. در واقع رویکرد جامع تری نسبت به دوران ابتدایی زندگی نیاز است که بایستی بر برنامه‌های موجود بقای کودکان استوار گردد و سپس به سوی مداخلات در سال‌های ابتدایی زندگی که در برگیرنده تکامل اجتماعی/عاطفی و زبانی/شناختی می‌باشد، گسترش یابد.

تکامل دوران ابتدایی کودکی - شامل حیطه‌های فیزیکی، اجتماعی/احساسی، و حیطه‌های زبانی/شناختی - تأثیر تعیین‌کننده‌ای بر شانس‌های آتی در زندگی و سلامتی از طریق افزایش مهارت‌ها، آموزش و فرصت‌های شغلی دارد. از طریق این مکانیزم‌ها دوران اولیه کودکی خطر آبی چاقی، سوء تغذیه، مشکلات سلامت روان، بیماری‌های قلبی و بزه کاری را به طور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهند. حداقل ۲۰۰ میلیون کودک در سطح جهان به پتانسیل بالقوه رشد و تکاملی خود نمی‌رسند. این موضوع تأثیرات عظیمی بر سلامت آن‌ها و برای جامعه در مقیاس وسیع‌تر دارد.

شواهدی برای اقدام

سرمایه‌گذاری در سال‌های ابتدایی یکی از بزرگترین پتانسیل‌ها را برای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامتی در درون یک نسل فراهم می‌آورد. تجارب دوران ابتدای کودکی (که به عنوان تکامل پیش از تولد تا ۸ سالگی تعریف شده) و تجارب دوران آموزش‌های اولیه و بعد از آن، شالوده‌ای حیاتی را برای کل دوره زندگی پایه‌گذاری می‌کند. علم تکامل دوران ابتدای کودکی نشان می‌دهد که در اوایل کودکی، تکامل مغزی نسبت به تحریکات بیرونی بسیار حساس می‌باشد و تأثیرات درازمدتی را برای کل دوره حیات بر جای می‌گذارد. تغذیه خوب بسیار حیاتی بوده و دوره آن از درون رحم با تغذیه مکفی مادر آغاز می‌گردد. مادران و کودکان نیازمند مراقبت مداوم از قبل از حاملگی، طول حاملگی و تولد تا روزها و سال‌های اولیه زندگی می‌باشند. کودکان نیازمند محیط‌های زندگی امن، سالم، حمایتی، تربیتی، مراقبتی و واکنش‌دهنده می‌باشند. برنامه‌های آموزشی قبل از مدرسه و دوران مدرسه، به عنوان بخشی از حیطه وسیع تری که در تکامل کودکان موثر است، می‌توانند نقش حیاتی

اثرات ترکیبی مکمل غذایی و محرک روانی اجتماعی بر کوتاه قدی کودکان در یک مطالعه مداخله ای دو ساله در جامائیکا^۱



^۱ میانگین امتیازهای تکاملی (DQ) گروه های کوتاه قد مطابق داده شده برای سن و امتیاز اولیه در مقایسه با گروهی که کوتاه قد نیستند و تنها از نظر سن مطابقت داده شده اند، با استفاده از مقیاس های تکامل روانی گریفیتز اصلاح شده برای جامائیکا. چاپ مجدد، با اجازه ناشر، از گرانتام- مک گرگور و همکاران (۱۹۹۱).



مکان های سالم، افراد سالم

◆ آنچه که باید انجام شود

وجود جوامع و محله هایی که دسترسی به کالاهای اساسی در آن ها تضمین شده باشد، از لحاظ اجتماعی منسجم باشند، برای ارتقاء خوب زیستی فیزیکی و روانی طراحی شده و حافظ محیط طبیعی باشند، برای عدالت در سلامت ضروری است.

سلامت و عدالت در سلامت را در مرکز حاکمیت و برنامه ریزی شهری قرار دهید.

- توسعه شهری را مدیریت نمایید، تا از افزایش دسترسی به مسکن در حد بضاعت مردم اطمینان حاصل کنید، جهت ارتقاء و بهبود محله های فقیر نشین شهری سرمایه گذاری کنید و به عنوان یک اولویت تأمین آب و فاضلاب، برق و خیابان های آسفالت شده برای تمامی خانوارها بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه را تأمین کنید.
- از اینکه برنامه ریزی شهری به طور عادلانه مروج رفتارهای سالم و امن است، از طریق سرمایه گذاری در حمل و نقل فعال، برنامه ریزی برای خرده فروشی ها در جهت مدیریت و کنترل دسترسی به غذاهای ناسالم، طراحی مناسب محیط زندگی و کنترل های منظم شامل کنترل تعداد محله های فروش الکل، اطمینان حاصل نمایید. عدالت در سلامت بین مناطق روستایی و شهری را از طریق سرمایه گذاری پایدار در توسعه روستایی، اقدام بر روی سیاست ها و فرآیندهای انحصارگرایانه که منجر به فقر روستایی و کاهش و از دست دادن زمین و جا به جایی مردم از خانه های شان می شود ترویج نمایید.
- عواقب نا عادلانه رشد شهری را از طریق اقداماتی که حقوق و مالکیت زمین روستایی را مورد نظر قرار داده و از معاش روستایی و زندگی سالم و سرمایه گذاری کافی در زیر ساخت های روستایی و سیاست هایی که از مهاجرین روستا به شهر حمایت می کند، جبران نمایید.

از این امر که عکس العمل های سیاست های اجتماعی و اقتصادی در مقابل تغییرات آب و هوایی و دیگر موارد تخریب محیط زیست، عدالت در سلامت را نیز در نظر بگیرند، اطمینان حاصل نمایید.

جایی که افراد زندگی می کنند، سلامت و شانس آن ها در اداره یک زندگی شکوفا را تحت تأثیر قرار می دهد. برای اولین بار در سال ۲۰۰۷ مشاهده گردید که اکثریت انسان ها در شهرها ساکن هستند. از این جمعیت شهری تقریباً ۱ میلیارد نفر در محله های فقیر نشین زندگی می کنند.

شواهدی برای اقدام

بیماری های عفونی و تغذیه نامناسب در مناطق و گروه های خاص، در گوشه و کنار جهان ادامه خواهند داشت. به هر حال، شهرنشینی در حال تغییر شکل دادن مشکلات سلامت مردم جهان به ویژه در میان فقیران شهرنشین است، به نحوی که بیماری های غیر واگیر، صدمات ناشی از حوادث، خشونت و مرگ و میر و آسیب های ناشی از بلایای طبیعی رو به گسترش می باشد.

شرایط روزانه ای که افراد در آن زندگی می کنند، تأثیر شگرفی بر عدالت در سلامت دارد. دسترسی به مسکن و سرپناه با کیفیت و آب تمیز و فاضلاب بهداشتی جزء حقوق بشر و نیازهای اساسی یک زندگی سالم می باشند. افزایش وابستگی به اتومبیل، تغییر کاربری زمین به منظور تسهیل استفاده از اتومبیل و افزایش عدم راحتی در شیوه های مسافرت بدون وسایل موتوری، اثرات مخربی بر کیفیت هوای محلی، انتشار گازهای گلخانه ای و بی تحرکی جسمانی دارد. طراحی و برنامه ریزی محیط های شهری از طریق اثر آن بر رفتار و

ایمنی، تأثیر مهمی بر عدالت در سلامت دارد.

تعداد بین سکنی گزینی در روستاها و شهرها در کشورهای مختلف، بسیار متنوع است: از کمتر از ۱۰ درصد شهرنشینی در بروندی و اوگاندا تا ۱۰۰ درصد یا نزدیک به آن در بلژیک، هنگ کنگ، کویت و سنگاپور. سیاست ها و الگوهای سرمایه گذاری، منعکس کننده الگوی رشد شهر محور می باشد. دیده شده است که جوامع روستایی سراسر جهان، شامل مردمان بومی، از کمبود سرمایه گذاری در زیرساخت ها و تسهیلات (که رو به تزاید هم هستند) به علاوه سطوح نامتناسب فقر و شرایط پایین زندگی رنج می برند که تا حدودی به مهاجرت به مراکز شهری نا آشنا منجر می شود.

مدل کنونی شهرنشینی، چالش های اساسی محیط زیستی، به ویژه تغییرات آب و هوایی را سبب می شود که تأثیر آن در کشورهای با درآمد پائین و در میان زیر گروه های جمعیتی آسیب پذیر بیشتر است. در حال حاضر، انتشار گازهای گلخانه ای به طور عمده، توسط الگوی مصرف در شهرهای جهان توسعه یافته تعیین می گردد. حمل و نقل و ساختمان ها مسئول ۲۱ درصد انتشار گاز دی اکسید کربن (CO₂) هستند، فعالیت کشاورزی مسئول تقریباً یک پنجم این مسئله می باشد و هنوز بازده محصولات کشاورزی تا حدود زیادی وابسته به شرایط آب و هوایی است. اختلال و تخریب نظام آب و هوایی و مأموریت کاهش بی عدالتی های جهانی سلامت، با هم در حال رخ دادن هستند.

اشتغال منصفانه و کار شایسته

◆ آنچه که باید انجام شود

از طریق اطمینان از اشتغال منصفانه و شرایط کاری شایسته، دولت‌ها، کارفرمایان و کارگران می‌توانند به ریشه‌کنی فقر، کاهش بی‌عدالتی‌های اجتماعی، کاهش مواجهه با عوامل خطر فیزیکی و روانی-اجتماعی و افزایش فرصت‌ها برای سلامت و خوب زیستی کمک نمایند. و البته، یک نیروی کار سالم است که برای تولید مناسب است. ایجاد اشتغال منصفانه و کامل و کار شایسته را هدف اصلی سیاست‌گذاری اقتصادی و اجتماعی در ابعاد ملی و بین‌المللی قرار دهید.

- اشتغال منصفانه و کامل و کار شایسته، همراه با حضور تقویت‌شده کارگران در تکوین سیاست‌ها، قانون‌گذاری‌ها و برنامه‌های مربوط به کار و اشتغال باید هدف مشترک موسسات بین‌المللی و بخش‌های قانونی دستورالعمل‌های سیاست ملی و استراتژی‌های رشد و توسعه باشد.
- دست‌یابی به عدالت در سلامت نیازمند کار ایمن، امنیت شغلی، کار با دستمزد منصفانه، کار مستمر در طول سال، و تعادل مطلوب بین کار-زندگی برای همه می‌باشد.
- کار با کیفیت برای مردان و زنان، و دستمزدی که هزینه‌های زندگی شامل هزینه‌های جاری و واقعی سالم زیستن را دربرگیرد، را تامین کنید.
- تمامی کارگران را مورد حفاظت قرار دهید. آژانس‌های بین‌المللی باید کشورها را برای اجرای استانداردهای اساسی برای کارگران رسمی و غیررسمی، تدوین سیاست‌هایی برای اطمینان از تعادل بین کار-زندگی و کاهش تأثیرات منفی عدم امنیت کارگران در شرایط کاری بی‌ثبات مورد حمایت قرار دهند.
- شرایط کاری تمامی کارگران را جهت کاهش مواجهه آن‌ها با موارد خطرناک، استرس مربوط به کار و رفتارهای مضر برای سلامتی، بهبود دهید.

کشورهای با درآمد بالا که به سختی و در اثر سال‌ها قانون‌گذاری و اقدام منظم و سازمان‌دهی شده حاصل‌گردیده‌اند، در کشورهای با درآمد متوسط و پایین به ندرت مشاهده می‌شود. استرس حین کار با ۵۰ درصد افزایش ریسک بیماری کرونری قلب ارتباط دارد، و شواهد مستدلی وجود دارد که انتظارات بالای شغلی، کنترل‌پائین و عدم تعادل بین کوشش - پاداش، عوامل خطرزایی برای سلامت جسمی و روانی می‌باشند.

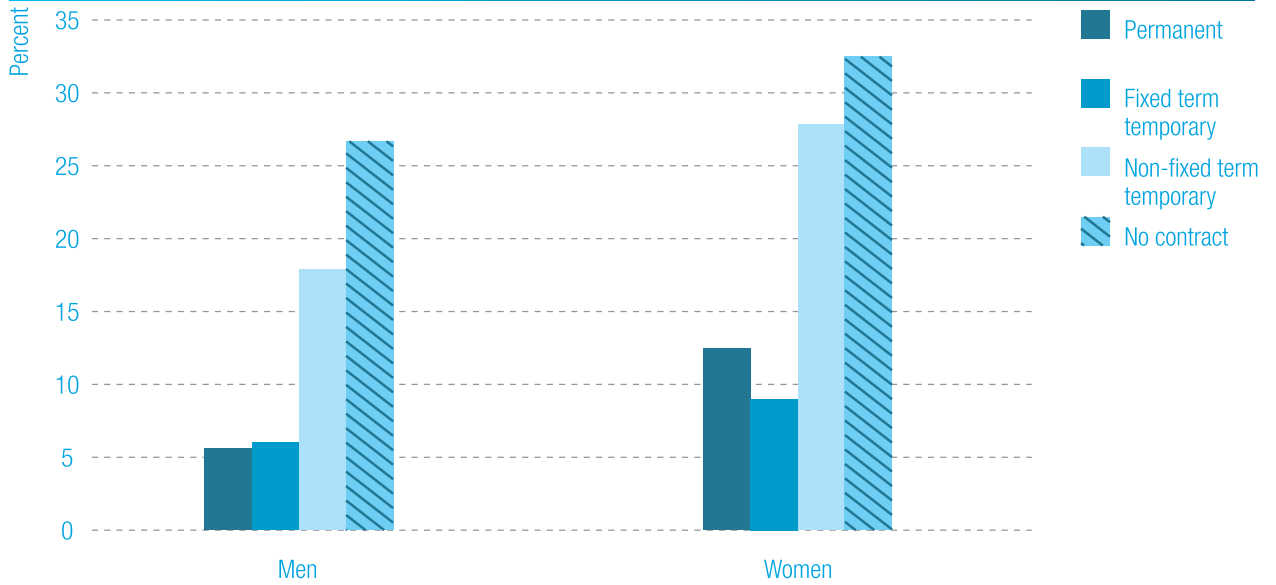
اشتغال و شرایط کاری، اثرات قدرتمندی بر عدالت در سلامت دارند. هنگامی که این شرایط خوب باشند می‌توانند امنیت مالی، وضعیت اجتماعی، تکامل فردی، روابط اجتماعی، عزت نفس و حفاظت در برابر خطرات فیزیکی و روانی-اجتماعی را فراهم آورند. اقدام برای بهبود اشتغال و کار باید در سطح جهانی، ملی و محلی صورت گیرد.

شواهدی برای اقدام

کار حیطة‌ای است که بسیاری از تأثیرات مهم وارده بر سلامت در آن اتفاق می‌افتد، این موضوع شامل شرایط اشتغال و ماهیت خود کار می‌باشد. نیروی کار منعطف و غیر ثابت به منظور رقابت اقتصادی، مناسب شناخته شده است اما موجب تأثیراتی بر سلامت نیز می‌گردد. شواهد نشان می‌دهد که مرگ و میر به طور معناداری در میان کارگران موقت نسبت به کارگران دائمی بالاتر می‌باشد، پیامدهای وخیم سلامت روانی با کار بی‌ثبات مرتبط می‌باشند (برای مثال قراردادهای موقت غیر ثابت، اشتغال بدون قرارداد و کار پاره وقت). کارگرانی که عدم امنیت شغلی را درک می‌کنند، اثرات نامطلوب مهمی را بر سلامت فیزیکی و روان خود تجربه می‌کنند.

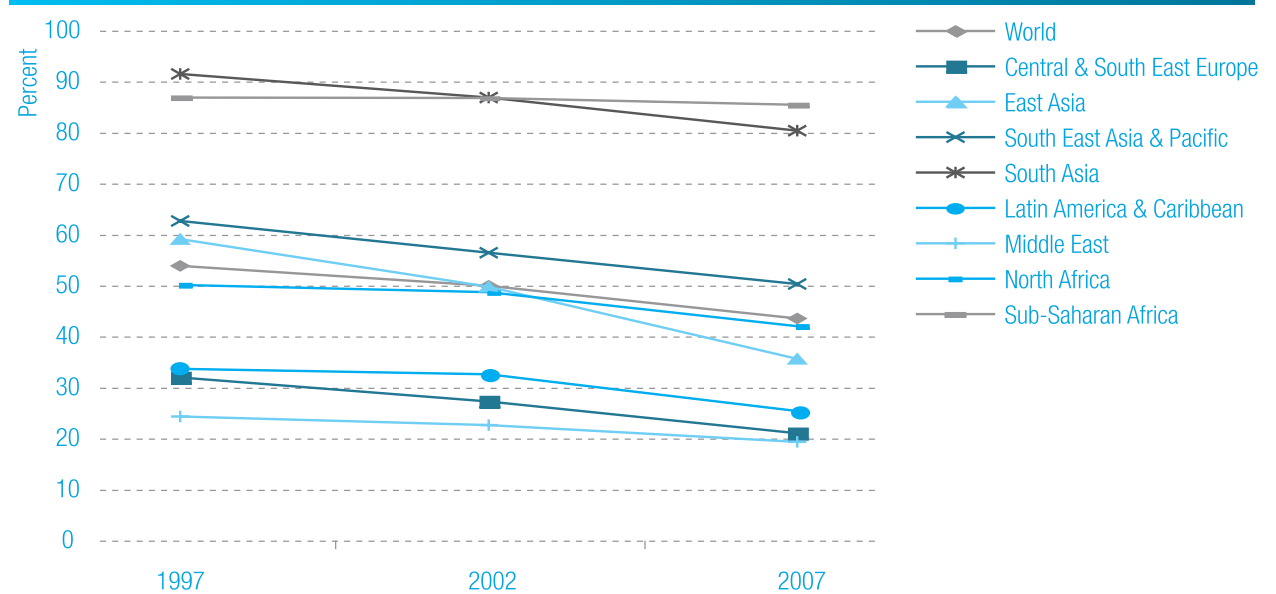
شرایط کاری نیز سلامت و عدالت در سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شرایط کاری نامطلوب می‌تواند افراد را در معرض گستره‌ای از خطرات مربوط به سلامت فیزیکی قرار دهد و این وضعیت در شغل‌های رده‌پائین، فراوانی بیشتری دارد. شرایط کاری بهبود یافته در

شیوع سلامت روان نامطلوب در بین کارگران یدی اسپانیا بر اساس نوع قرارداد.



Source: Artazcoz et al, 2005

تغییرات منطقه ای در درصد افراد شاغل با دستمزد کاری ۲ دلار امریکا یا کمتر در روز



2007 figures are preliminary estimates.
Reprinted, with permission of the author, from ILO (2008).

حفاظت اجتماعی در طول دوران زندگی

◆ آنچه که باید انجام شود

کاهش بی عدالتی های سلامتی در طی یک نسل نیازمند آن است که دولت ها نظام هایی را بنا کنند که امکان یک زندگی سالم استاندارد را فراهم کند و هیچ کس نباید به پایین تر از این استاندارد به دلیل شرایط خارج از کنترل خویش سقوط کند. طرح های حفاظت اجتماعی، به جای این که موضوعی وابسته به دستیابی به اهداف توسعه ای در نظر گرفته شوند، می توانند ابزاری جهت تحقق اهداف توسعه باشند - این طرح ها می توانند راه های مطمئنی برای کاهش فقر باشند که اقتصادهای محلی و بومی از مزایای آن برخوردار می شوند.

سیاست های حفاظت اجتماعی جامع و همگانی که از یک سطح درآمدی که برای زندگی سالم همگان مکفی باشد حمایت می کند، را ایجاد و تقویت نماید.

- سخاوت سیستم های حفاظت اجتماعی به سمت سطحی که برای زندگی سالم کافی باشد را به صورت تصاعدی افزایش دهید.
- از این امر اطمینان حاصل کنید که سیستم های حفاظت اجتماعی، افرادی که به طور معمول طرد شده اند را شامل می گردند: یعنی آن هایی که کار نا ایمن و بی ثبات دارند، از جمله کار غیر رسمی و کار خانگی و مراقبتی.

مهم است زیرا که مسئولیت های خانوادگی مانع از بدست آوردن مزایای کافی تحت طرح های مشارکتی حفاظت اجتماعی برای آنان می شود. اگرچه مشکل زیر ساخت سازمانی و ظرفیت مالی محدود به عنوان یک سد مهم در بسیاری از کشورها پابرجاست، ولی تجربه جهانی نشان می دهد که شروع ایجاد نظام های حفاظت اجتماعی حتی در کشورهای با درآمد پائین، نیز امکان پذیر است.

تمامی افراد، چه به عنوان کودکان کم سن، چه در زندگی کاری و چه در دوران سالمندی، نیازمند حفاظت اجتماعی در طول حیات شان می باشند، آن ها هم چنین در صورت بروز وقایع و حوادث خاص هم چون بیماری، معلولیت و از دست دادن کار و درآمد، نیازمند حمایت می باشند.

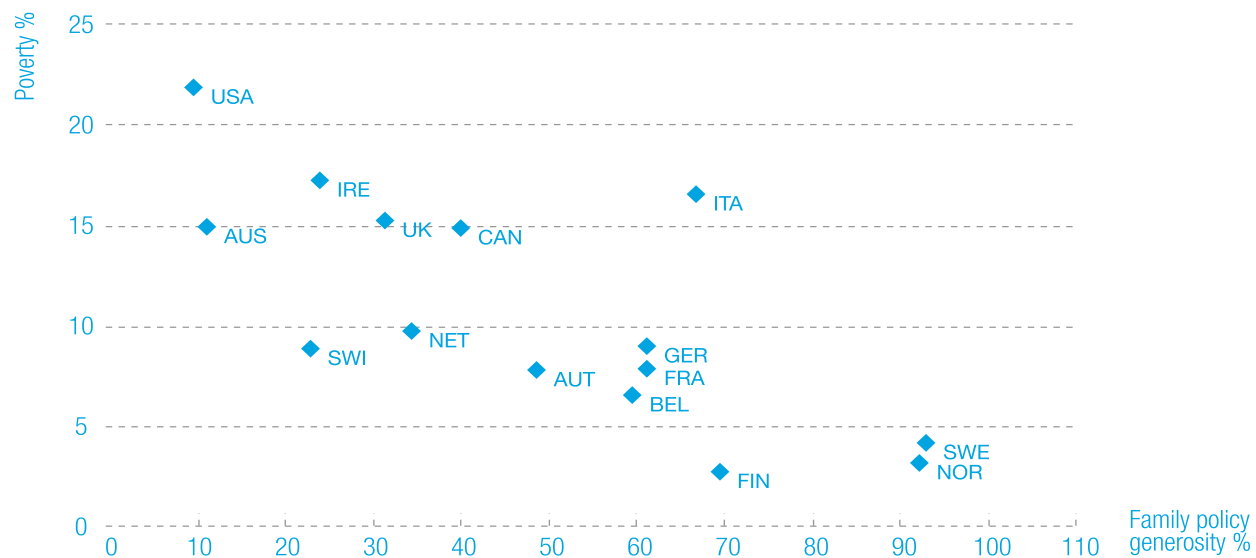
شواهدی برای اقدام

استانداردهای پایین زندگی، تعیین کننده قدرتمندی برای بی عدالتی در سلامت می باشند. آن ها تمام مراحل حیات را از طریق تأثیر بر مراحل تکامل دوران ابتدای کودکی تحت تأثیر جدی قرار می دهند. فقر کودکان و انتقال نسل به نسل فقر از اصلی ترین موانع برای بهبود سلامت افراد و کاهش بی عدالتی در سلامت می باشند. در سطح جهان از هر ۵ نفر ۴ نفرشان از فقدان حمایت پوشش تأمین اجتماعی پایه رنج می برند.

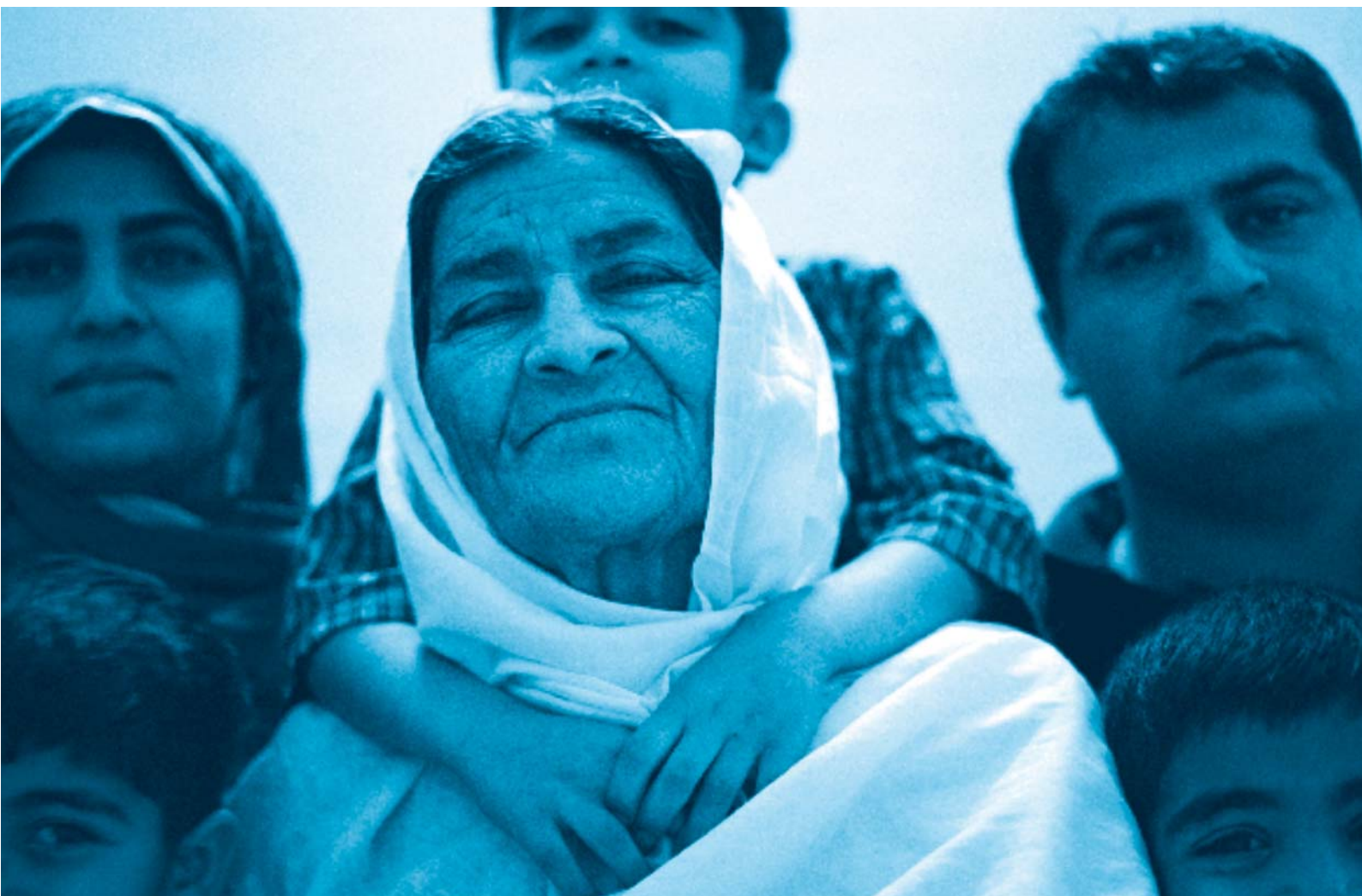
نظام های رفاهی باز توزیعی همراه با درجه ای که افراد می توانند زندگی سالمی را بر پایه بازار کار بنا کنند، سطوح فقر را تحت تأثیر قرار می دهند. نظام های حفاظت اجتماعی همگانی و سخاوتمندانه، با سلامت بهتر جمعیت، به ویژه مرگ و میر کمتر در میان سالمندان و سطوح مرگ و میر پایین تر در گروه های اجتماعی محروم، ارتباط دارند. بودجه های حفاظت اجتماعی در کشورهایی که نظام های حمایتی همگانی دارند، گسترده تر و احتمالاً پایدارتر می باشند و فقر و نابرابری درآمدی در این کشورها، در مقایسه با کشورهایی که دارای نظام هایی متمرکز بر فقرا هستند، کمتر می باشد.

گسترش حفاظت اجتماعی به همه افراد جمعیت، درون کشورها و در تمامی جهان، گام مهمی به سمت تأمین عدالت در سلامت درون یک نسل است. این موضوع شامل گسترش حفاظت اجتماعی به آن هایی که کار بی ثبات دارند، از جمله کار غیر رسمی و کار خانگی و مراقبتی، می باشد. این امر برای کشورهای فقیری که اکثریت مردم در بخش غیر رسمی کار می کنند، هم چنین برای زنان، بسیار

سخاوت در سیاست های کلی مربوط به خانواده و فقر کودک در ۲۰ کشور، حدود سال ۲۰۰۰.



منافع خالص حاصل از سخاوتمندی در واگذاری ها به عنوان درصدی از متوسط تولید خالص دستمزد کارگران. خط فقر ۵۰ درصد میانه درآمد متعادل شده برای درآمد قابل هزینه کردن است.
 AUS = استرالیا؛ AUT = اتریش؛ BEL = بلژیک؛ CAN = کانادا؛ FIN = فنلاند؛ FRA = فرانسه؛ GER = آلمان؛ IRE = ایرلند؛ ITA = ایتالیا؛ NET = هلند؛ NOR = نروژ؛ SWE = سوئد؛ SWI = سوئیس؛ UK = بریتانیا؛ USA = آمریکا. چاپ مجدد با اجازه از ناشر، از لاندبرگ و همکاران (۲۰۰۷).



مراقبت سلامتی همگانی

◆ آنچه که باید انجام شود

- نظام های مراقبت سلامتی را بر اساس اصول عدالت، پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت، پایه گذاری نمایید.
- خدمات مراقبت سلامتی با کیفیت، با پوشش همگانی و متمرکز بر مراقبت های اولیه سلامتی (PHC) را پایه گذاری نمایید.
- نقش رهبریت بخش عمومی را در تامین مالی نظام های مراقبت سلامتی عادلانه تقویت نمایید و از دسترسی همگانی به مراقبت ها، بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه، اطمینان حاصل کنید.
- نیروی کار بخش سلامت را ایجاد نموده و تقویت نمایید و توانایی آن ها را برای فعالیت در حیطه تعیین کننده های اجتماعی سلامت گسترش دهید.
- بر روی نیروی کار ملی بخش سلامت سرمایه گذاری نمایید به نحوی که تراکم نیروی کار روستایی و شهری متعادل گردد.
- فرار مغزهای متخصص در عرصه سلامت را از طریق تمرکز بر سرمایه گذاری برای افزایش منابع انسانی و امر آموزش و نیز توافق نامه های دو طرفه جهت کنترل منافع و ضررهای ناشی از مهاجرت متخصصین بخش سلامت، جبران نمایید.

پوشش همگانی نیازمند آن است که هر کسی درون یک کشور بتواند به طیف مشابهی از خدمات (با کیفیت مطلوب) بر اساس نیازها و ترجیحات اش، بدون توجه به سطح درآمد، وضعیت اجتماعی یا محل سکونت دسترسی داشته باشد و هم چنین افراد طوری توانمند شده باشند که از این خدمات استفاده نمایند. این موضوع دامنه یکسانی از مزایا را برای تمامی جمعیت می گستراند. هیچ گونه استدلال درست و دقیقی مبنی بر این که سایر کشورها از جمله فقیرترین کشورها، در صورت حمایت کافی در دراز مدت، نباید آرمان و آرزوی پوشش همگانی مراقبت های سلامت را داشته باشند، وجود ندارد.

کمسیون از تأمین مالی سیستم مراقبت سلامتی از طریق مالیات عمومی و / یا بیمه همگانی اجباری حمایت می نماید. با مشاهده کشوری به کشور دیگر ما دریافتیم که صرف هزینه مراقبت های سلامت عمومی باید به صورت باز توزیعی باشد. شواهد موجود قویا به نفع سیستم سلامتی است که تامین مالی آن از منابع عمومی باشد. مخصوصا به حداقل رساندن هزینه های پرداخت مستقیم از جیب مراقبت های سلامتی حیاتی می باشد. اجرای سیاست اخذ هزینه مراقبت های سلامتی از مصرف کننده در کشورهایی با درآمد متوسط و پایین، سبب کاهش کلی در استفاده از خدمات و بدتر شدن پیامدهای سلامتی گردیده است. هر ساله بیش از ۱۰۰ میلیون نفر، از طریق هزینه های فاجعه بار سلامتی خانوار، به سوی فقر سوق داده می شوند که این امر غیر قابل قبول می باشد.

نظام های مراقبت سلامتی هنگامی که بر اساس مراقبت اولیه سلامتی (PHC) پایه گذاری شوند، پیامدهای بهتری برای سلامتی دارند- که این مدل مراقبت سلامتی اولیه ای است که هم بر اقدام مناسب محلی و بومی بر گستره تعیین کننده های اجتماعی، در جایی که پیشگیری و ارتقاء سلامت با سرمایه گذاری در مداخلات درمانی در تعادل است، و هم بر سطح اولیه مراقبت با ارجاع کافی به سطوح بالاتر مراقبت تاکید دارد.

دسترسی و استفاده از مراقبت های سلامتی برای سلامت عادلانه و مطلوب، حیاتی است. نظام مراقبت سلامتی خود یک تعیین کننده اجتماعی سلامت می باشد که هم تحت تاثیر و هم موثر بر سایر تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد. جنسیت، آموزش، شغل، درآمد، قومیت و مکان زندگی همگی به طور نزدیکی با دسترسی، برخورداری و مزایای حاصل از استفاده از مراقبت سلامتی ارتباط دارند. رهبران نظام های مراقبت سلامتی، نقش تولیتی مهمی در قبال تمامی شاخه های اجتماع، جهت اطمینان از این امر که سیاست ها و اقدامات سایر بخش ها سبب بهبود عدالت در سلامت می شوند، دارند.

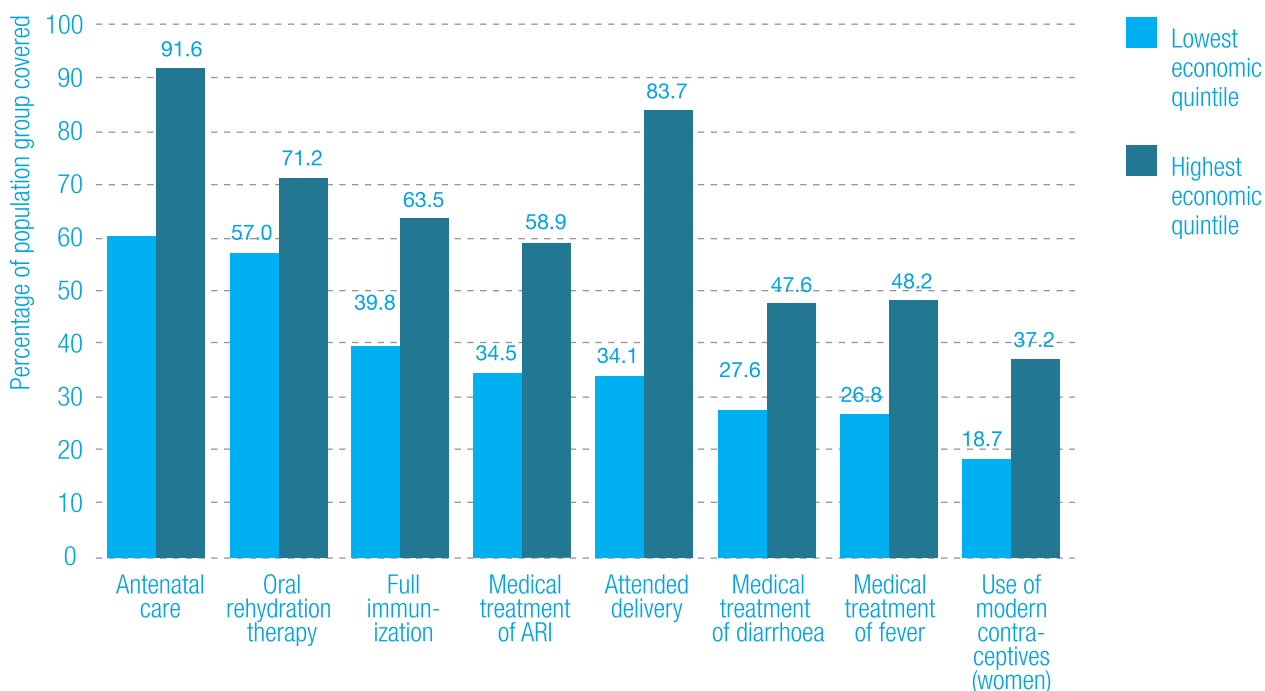
شواهدی برای اقدام

بدون مراقبت های سلامتی، بسیاری از فرصت ها برای بهبود اساسی سلامت از دست می رود. با نظام های مراقبت سلامتی غیر جامع و ناقص یا نظام هایی با ارائه ناعادلانه، فرصت ها برای سلامت همگانی به عنوان یک مسئله عدالت اجتماعی از دست می روند. این امر برای تمامی کشورها یک موضوع محوری است. بدون شک برای کشورهایی با درآمد پائین، نظام های مراقبت سلامتی قابل دسترس و با طراحی و مدیریت مناسب، به طور عمده ای در رسیدن به اهداف توسعه هزاره (MDG) موثر و کمک کننده خواهند بود. بدون آن ها، شانس رسیدن به اهداف توسعه هزاره، به طور اساسی تضعیف خواهد شد. هنوز هم نظام های مراقبت سلامتی به طور اسفناکی در بسیاری از کشورها ضعیف بوده، با بی عدالتی های وسیع در ارائه، قابلیت دسترسی و برخورداری، بین فقرا و ثروتمندان همراه می باشند.

کمسیون، مراقبت سلامتی را یک کالای عمومی در نظر می گیرد و نه یک کالای در خور بازار. عملاً تمامی کشورهای با درآمد بالا، نظام های مراقبت سلامتی خود را بر اساس اصل پوشش همگانی، سازمان می دهند (ترکیب تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت).

در تمامی کشورها، و به ویژه در فقیرترین آن‌ها و آن‌هایی که فرار مغزها را تجربه می‌کنند، برای گسترش پوشش و بهبود کیفیت مراقبت، تعداد مکفی کارکنان سلامتی ماهر در سطح محلی اساسی می‌باشد. سرمایه‌گذاری در آموزش و بازآموزی کارکنان مراقبت سلامتی، برای رشد مورد نیاز نظام‌های مراقبت سلامتی حیاتی است. این امر مستلزم توجه جهانی به روند جابجایی پرسنل بخش سلامت است و هم‌چنین توجه ملی و محلی به سرمایه‌گذاری و توسعه مهارت‌ها می‌باشد. کارکنان متخصص و ماهر بخش سلامت و پزشکی - از سازمان جهانی بهداشت (WHO) گرفته تا کلینیک‌های محلی - نقش قدرتمندی در ایده‌ها و تصمیمات جامعه درباره سلامت دارند. آن‌ها نسبت به الزام اخلاقی و هم‌چنین ارزش کارآمدی اقدام کردن منسجم‌تر از طریق نظام مراقبت سلامتی در زمینه علل اجتماعی سلامت نامطلوب گواهی می‌دهند.

استفاده از خدمات پایه سلامت مادر و کودک بر اساس بالاترین و پایین‌ترین پنج‌گانه اقتصادی، در بیش از ۵۰ کشور.



Reprinted, with permission of the publisher, from Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005).

۲. با توزیع ناعادلانه قدرت، پول و منابع مقابله کنید

بی عدالتی در شرایط زندگی روزانه به وسیله فرآیندها و ساختارهای اجتماعی عمیق تری شکل می گیرد. بی عدالتی، نظام مند بوده و از طریق هنجارها، سیاست ها و عملکردهای اجتماعی ایجاد می شود که توزیع و دسترسی غیر منصفانه به قدرت، ثروت و سایر منابع ضروری اجتماعی را روا دانسته یا در واقع آن را رواج می دهد.



عدالت در سلامت در تمامی سیاست ها، نظام ها و برنامه ها

◆ آنچه که باید انجام شود

- مسئولیت اقدام بر سلامت و عدالت در سلامت را بر عهده بالاترین سطح دولت قرار دهید و اطمینان حاصل نمایید که این امور به صورت منسجم در تمامی سیاست ها لحاظ می گردد.
- سلامت و عدالت در سلامت را از طریق تبیین عدالت در سلامت به عنوان یک نشانگر برای عملکرد دولت، به موضوعی مشترک برای تمام حکومت تبدیل نمایید که از طرف رئیس حکومت نیز حمایت می گردد.
- به منظور ایجاد انسجام در کلیه اقدامات دولت، تاثیر تمامی سیاست ها و برنامه ها را بر سلامت و عدالت در سلامت، ارزیابی نمایید.
- یک چارچوب برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت که در بر گیرنده ی تمامی سیاست ها و عملکردهای برنامه ای وزارت بهداشت باشد و باعث تقویت نقش تولییتی وزارت بهداشت در حمایت از رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در دولت می شود، اتخاذ نمایید.
- بخش سلامت خود مکانی مناسب برای آغاز تأمین حمایت ها و ساختن ساختارهایی است که اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت را تشویق می نمایند. این امر نیازمند رهبری قوی وزارت بهداشت و حمایت سازمان جهانی بهداشت (WHO) می باشد.

بر روی عدالت در سلامت می باشد. افزایش یکپارچگی در دخیل بودن جوامع و مشارکت اجتماعی در فرآیندهای سیاست گذاری، به اطمینان یافتن از تصمیم گیری منصفانه در موضوع عدالت در سلامت کمک می رساند و سلامت موضوعی برای گردهم آمدن بخش ها و اقدام کنندگان مختلف است، خواه موضوع سلامت در سطح یک جامعه محلی باشد که برای خودش برنامه سلامتی طراحی می کند (دارالسلام، جمهوری متحد تانزانیا، برنامه شهر سالم) خواه در سطح کل اجتماع از جمله درگیر کردن دولت محلی در طراحی فضاهایی که پیاده روی یا دوچرخه سواری را تشویق می کند (سالم) بودن از طریق طراحی، ویکتوریا، استرالیا).

تبدیل کردن سلامت و عدالت در سلامت به عنوان یک ارزش مشترک میان بخش های مختلف، یک استراتژی چالش برانگیز سیاسی است اما به هر حال چیزی است که به طور جهانی نیازمند آن هستیم.

هر جنبه از حکومت و اقتصاد، این ظرفیت را دارد که سلامت و عدالت در سلامت را تحت تاثیر قرار دهد، آموزش، مسکن، اشتغال، حمل و نقل، تأمین مالی و سلامت تنها شش جنبه ای هستند که از آن ها نام برده می شود. اقدام منسجم در تمامی ارکان حکومت، در تمامی سطوح، برای بهبود عدالت در سلامت ضروری و اساسی است.

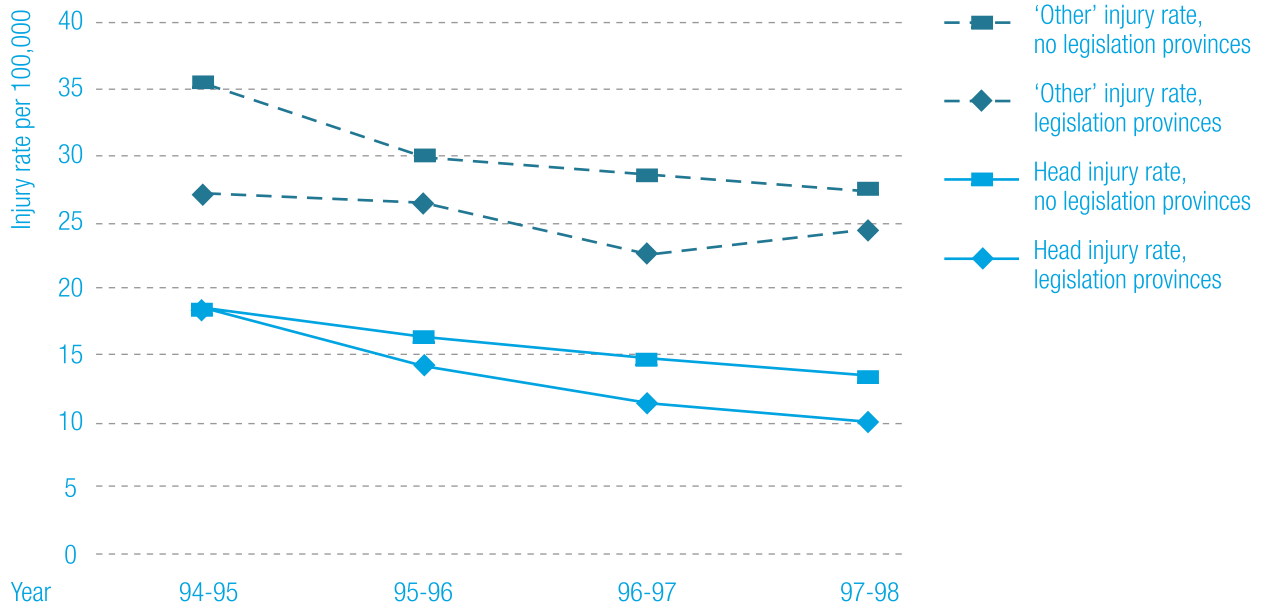
شواهدی برای اقدام

سیاست های مختلف حکومت، بسته به ماهیت شان، می توانند سلامت و عدالت در سلامت را بهتر و یا بدتر نمایند. برای مثال، یک برنامه ریزی شهری که محله های نامنظم و با امکان پایین مسکن قابل استطاعت برای مردم، تسهیلات محلی ضعیف، و حمل و نقل عمومی نا منظم و غیر قابل استطاعت را ایجاد می کند، کار چندان زیادی برای ارتقاء سلامت مطلوب همگان نمی کند. سیاست های عمومی خوب می توانند مزایای سلامتی را در زمان حال یا در آینده تأمین نمایند.

انسجام سیاست ها امری حیاتی است - به این معنی که سیاستهای بخشهای مختلف دولت در رابطه با تولید سلامت و عدالت در سلامت باید متضاد نبوده و بلکه مکمل همدیگر باشند. برای مثال، سیاست های تجاری که به طور فعال تولید بدون قید و شرط، تجارت و مصرف غذاهای با چربی و قند بالا را به قیمت ایجاد خسارت در تولید میوه و سبزی تشویق می کنند متناقض با سیاست گذاری سلامتی است که مصرف نسبتاً کم غذاهای با قند و چربی بالا و افزایش مصرف میوه و سبزی را پیشنهاد می کند. اقدامات بین بخشی (ISA) برای سلامت، که سیاست ها و اقدامات درون بخشی سلامت را با سایر بخش ها هماهنگ می کند، می تواند یک استراتژی کلیدی برای رسیدن به عدالت در سلامت باشد.

رسیدن به ماوراء مرزهای دولت برای درگیر کردن جامعه مدنی و بخش های خصوصی و داوطلب، گامی حیاتی به سمت اقدام

تغییرات در ضربه مغزی و سایر آسیب های مرتبط با دوچرخه سواری در ایالت های کانادایی با و بدون قانون اجباری کلاه ایمنی.



Legislation introduced across provinces between 1995 and 1997.

Reprinted, with permission of the publisher, from Macpherson et al. (2002).



تأمین مالی منصفانه

◆ آنچه که باید انجام شود

- منابع مالی عمومی را جهت اقدام در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت تقویت نمایید.
- ظرفیت ملی برای نظام مالیاتی تصاعدی را ایجاد و پتانسیل جهت مکانیزم های تامین منابع مالی عمومی را در سطح ملی و جهانی ارزیابی نمایید.
- منابع مالی بین المللی برای عدالت در سلامت را افزایش دهید و این منابع مالی افزایش یافته را از طریق چارچوب اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت هماهنگ نمایید.
- به تعهدات موجود از طریق افزایش کمک های جهانی تا به حد ۰٫۷٪ در صد از تولید ناخالص داخلی (GDP) پای بند باشید و ابتکارات چند جانبه بخشودگی بدهی ها را گسترش دهید، و اقدام در جهت عدالت در سلامت را از طریق توسعه تمرکز منسجم بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در چارچوب های موجود هم چون سند راهبردی کاهش فقر، افزایش دهید.
- منابع دولتی را به طور منصفانه جهت اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت تخصیص دهید.
- مکانیزم هایی را جهت تأمین مالی فعالیت در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت در همه بخش های دولت و در جهت تخصیص منصفانه منابع مالی بین مناطق جغرافیایی و گروه های اجتماعی مستقر نمایید.

برای تأمین مالی عمومی و پیش نیازی ضروری برای هر توافق نامه کاهنده تعرفه می باشد. به طور همزمان، انجام اقداماتی در جهت مبارزه با استفاده از مراکز مالی بدون مرز به منظور کاستن از احتراز غیر اخلاقی از نظام های مالیاتی ملی می تواند منابعی را برای توسعه تأمین نماید که حداقل با منابعی که از طریق مالیات های جدید در دسترس قرار گرفته اند، قابل مقایسه می باشند. همزمان با افزایش وابستگی متقابل بین کشورها در اثر جهانی شدن، مباحثی مانند داشتن رویکردی جهانی به مالیات قوی تر گشته است.

کمک (اعانه)، امر بسیار مهمی است. در حالی که شواهد پیشنهاد می کنند که این امر می تواند رشد اقتصادی را افزایش دهد و هم چنین می تواند به طور مستقیم تری به سلامت بهتر کمک نماید، دیدگاه کمیسیون اینست که ارزش اولیه کمک ها این است که به عنوان مکانیسمی برای توزیع معقولانه منابع و تلاش جمعی برای توسعه اجتماعی در نظر گرفته شوند. اما حجم کمک ها به شدت پایین است. میزان قدر مطلق این کمک ها نیز بسیار پایین است (هم کمک های عمومی و هم کمک های خاص سلامت)؛ هم نسبت به ثروت کشور اهداء کننده کمک، هم نسبت به تعهد آن ها مبنی بر کمکی در حدود ۰٫۷ درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) که در سال ۱۹۶۹ آن را پذیرفتند؛ و هم نسبت به مقداری که برای تأثیر پایدار بر اهداف توسعه هزاره لازم است. افزایش مرحله ای کمک ها لازم می باشد. جدا از افزایش کمک ها، کمیسیون بر بخشودگی بیشتر و عمیق تر بدهی ها تأکید دارد.

کیفیت کمک ها نیز باید بهبود یابد - متعاقب توافقنامه پاریس - باید بر همکاری بهتر بین اهدا کنندگان و همگامی قوی تر با برنامه های توسعه ای دریافت کنندگان متمرکز شد. ارائه دهندگان کمک باید بیشتر کمک هایشان را از مسیر یک مکانیزم واحد چند وجهی هدایت نمایند، در حالی که برنامه ریزی های کاهش فقر در سطوح ملی و محلی در کشورهای دریافت کننده کمک، باید از اتخاذ یک چارچوب مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت جهت ایجاد تأمین مالی منسجم و بین بخشی سود ببرند. چنین چارچوبی می

از ضرورت های اساسی در ایجاد رفاه و عدالت در سلامت، اختصاص منابع مالی عمومی برای تأمین مالی اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت است

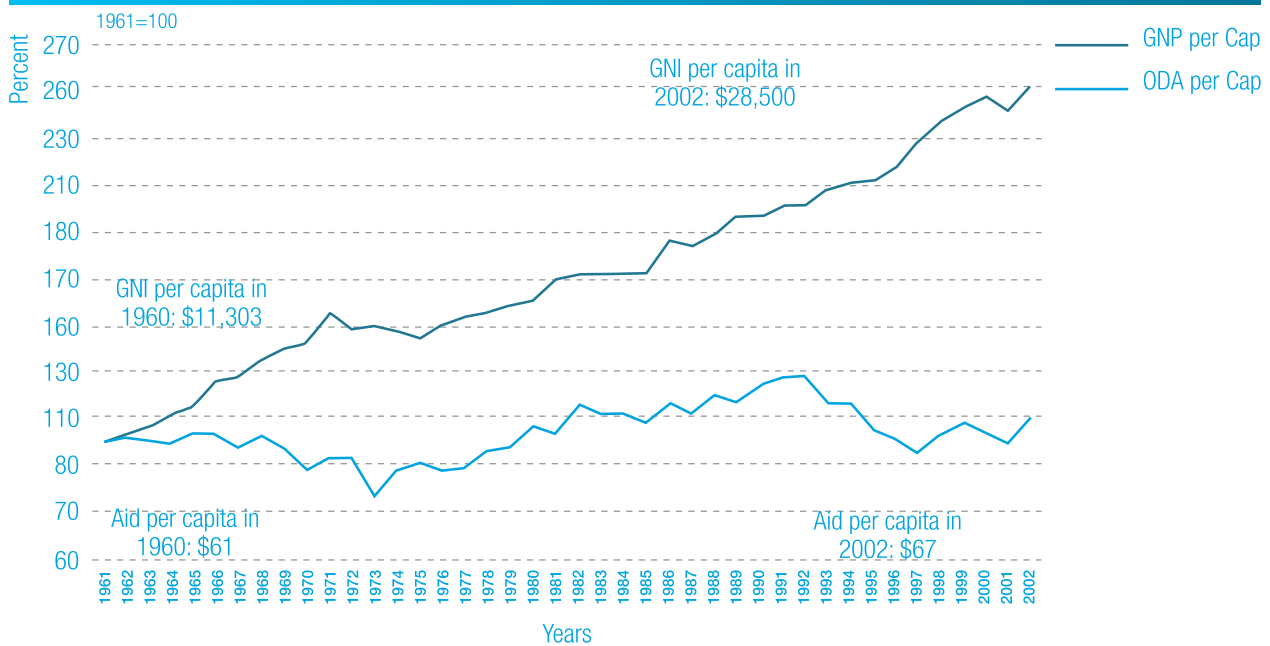
شواهدی برای اقدام

برای کشورها در تمامی سطوح توسعه اقتصادی، افزایش منابع مالی عمومی جهت تأمین مالی فعالیت در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت - از تکامل کودک و آموزش گرفته تا شرایط کار و زندگی و مراقبت سلامتی - برای رفاه و عدالت در سلامت، اساسی و بنیادی است. شواهد نشان می دهند که توسعه اقتصادی - اجتماعی کشورهای ثروتمند به طور قوی با زیر ساخت هایی که توسط منابع مالی عمومی تأمین اعتبار گشته اند و نیز با خدمات عمومی همگانی پیشرونده، حمایت شده است. تأکید بر تأمین مالی عمومی، با در نظر گرفتن شکست قابل توجه بازارها در تأمین عادلانه کالاهای و خدمات حیاتی، به رهبری قوی و صرف هزینه های کافی توسط بخش عمومی، دلالت دارد. این امر بر استقرار نظام مالیات تصاعدی دلالت دارد. شواهد نشان می دهد که سطوح معتدلی از باز توزیع منابع (گرفتن پول از ثروتمندان و توزیع آن بین فقرا) به طور قابل توجهی تأثیر بیشتری بر کاهش فقر نسبت به رشد صرف اقتصادی به تنهایی دارد. و در مورد کشورهای فقیرتر، تحقق این امر مستلزم کمک مالی بین المللی بسیار بیشتری است.

کشورهای با درآمد پائین، غالباً موسسات و مکانیسم های مالیاتی مستقیم نسبتاً ضعیف تری داشته و اکثریت نیروی کار در بخش غیر رسمی مشغول به کار هستند. این کشورها در بیشتر موارد بر مالیات های غیر مستقیم هم چون تعرفه های تجاری برای کسب درآمد دولت وابسته می باشند. توافقات اقتصادی بین کشورهای فقیر و غنی که نیازمند کاهش تعرفه است می توانند قبل از ایجاد روش های مالی جایگزین، درآمد داخلی در دسترس کشورهای با درآمد پائین را کاهش دهند. ظرفیت مالیاتی تصاعدی تقویت شده، منبعی مهم

تواند به بهبود پاسخ گویی کشورهای دریافت کننده در نشان دادن این که چگونه کمک تخصیص یافته و چه تاثیری داشته است، کمک نماید. به ویژه، دولت های دریافت کننده کمک باید ظرفیت و پاسخ گویی خود را برای تخصیص عادلانه منابع مالی عمومی موجود در میان نواحی و گروه های جمعیتی مختلف، تقویت نمایند.

شکاف رو به رشد: سرانه کمک از سوی کشورهای اهدا کننده متناسب با ثروت سرانه ۲۰۰۰-۱۹۶۰.



مسئولیت بازار

◆ آنچه که باید انجام شود

در نظر گرفتن تأثیرات وارده بر سلامت و عدالت در توافق نامه ها و سیاست گذاری های اقتصادی ملی و بین المللی نهادینه نمایید.

- ظرفیت های تکنیکی را جهت ارزیابی تأثیر تمامی توافق نامه های اقتصادی بین المللی و ملی بر عدالت در سلامت نهادینه و تقویت نمایید.
- حضور بازیگران عرصه سلامت را در مذاکرات مربوط به سیاست گذاری اقتصادی داخلی و بین المللی تقویت نمایید.
- نقش اولیه دولت در تأمین خدمات پایه ضروری برای سلامت (هم چون آب / فاضلاب) و در قانون گذاری برای کالاها و خدماتی که اثرات عمده ای بر سلامت دارند (هم چون تنباکو، الکل و غذا) را تقویت نمایید.

باشد. اهمیت حیاتی نیروی کار خوب و شرایط کاری مناسب برای یک جمعیت سالم و اقتصاد سالم، نیازمند رهبری بخش عمومی است که اطمینان از رعایت تصاعدی استانداردهای جهانی کار و هم چنین حمایت از رشد بنگاه های سطح خرد را تضمین کند. سازوکارهای حاکمیت جهانی - هم چون چارچوب کنوانسیون کنترل تنباکو- با فوریت بیشتری مورد نیاز است چون ادغام بازارها سبب گسترش و تسریع گردش و دسترسی به کالاهای مضر می شود. غذاهای فرآوری شده و الکل دو قلم از کاندیدهای اولیه برای کنترل های منظم ملی، منطقه ای و جهانی می باشند.

در دهه های اخیر، در اثر پدیده جهانی سازی شاهد افزایش ادغام بازارهای جهانی هستیم. شواهد این مدعا به وضوح در توافق نامه های تولیدی جدید، شامل تغییرات اساسی در وضعیت نیروی کار، اشتغال و شرایط کاری، گسترش حوزه های توافق نامه های اقتصادی بین المللی و جهانی و تسریع تجاری شدن خدمات و کالاها که بعضی از آن ها بدون شک برای سلامت مضر و بعضی مفید می باشند، مشخص است. کمیسیون بر نگهداشتن جانب احتیاط از طرف کشورهای شریک کمیسیون و توجه به تعهدات سیاسی اقتصادی دو طرفه - در تجارت و سرمایه گذاری - جهانی و منطقه ای جدید، تأکید دارد.

قبل از این که چنین تعهداتی انجام گیرد، فهم تأثیر چارچوب توافق نامه های موجود بر سلامت، تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت حیاتی است. به علاوه، ارزیابی اثرات بر سلامتی در طول زمان، به طور قوی پیشنهاد می دهد که باید انعطاف پذیری در چنین اقداماتی از آغاز وجود داشته باشد یعنی به کشورهای امضاء کننده اجازه داد که اگر تأثیر منفی بر سلامت یا عدالت در سلامت وجود داشت تعهد خود را نسبت به توافق نامه های بین المللی مورد اصلاح قرار دهند که این امر باید همراه معیارهای روشن و شفاف برای شروع به اصلاح باشد.

رهبری بخش عمومی، مسئولیت ها و ظرفیت های سایر فعالان همچون جامعه مدنی و بخش خصوصی را حذف نمیکند. بازیگران بخش خصوصی با نفوذ بوده و این قدرت را دارند که کار زیادی برای عدالت در سلامت در سطح جهان انجام دهند. اگرچه تا به امروز، شواهد کمی از تأثیر واقعی ابتکارهایی مانند اقداماتی که تحت مسئولیت اجتماعی مشترک انجام شده است مشاهده شده است.

بازارها یک سری مزایای سلامتی را در قالب فناوری های نوین، کالاها و خدمات جدید و استاندارد زندگی بهبود یافته به ارمغان می آورند. اما بازار هم چنین می تواند شرایط منفی را برای سلامت در قالب نابرابری های اقتصادی، کمبود منابع، آلودگی محیط زیست، شرایط ناسالم کاری و به چرخش درآوردن کالاها ناسالم و خطرناک، ایجاد نماید.

شواهدی برای اقدام

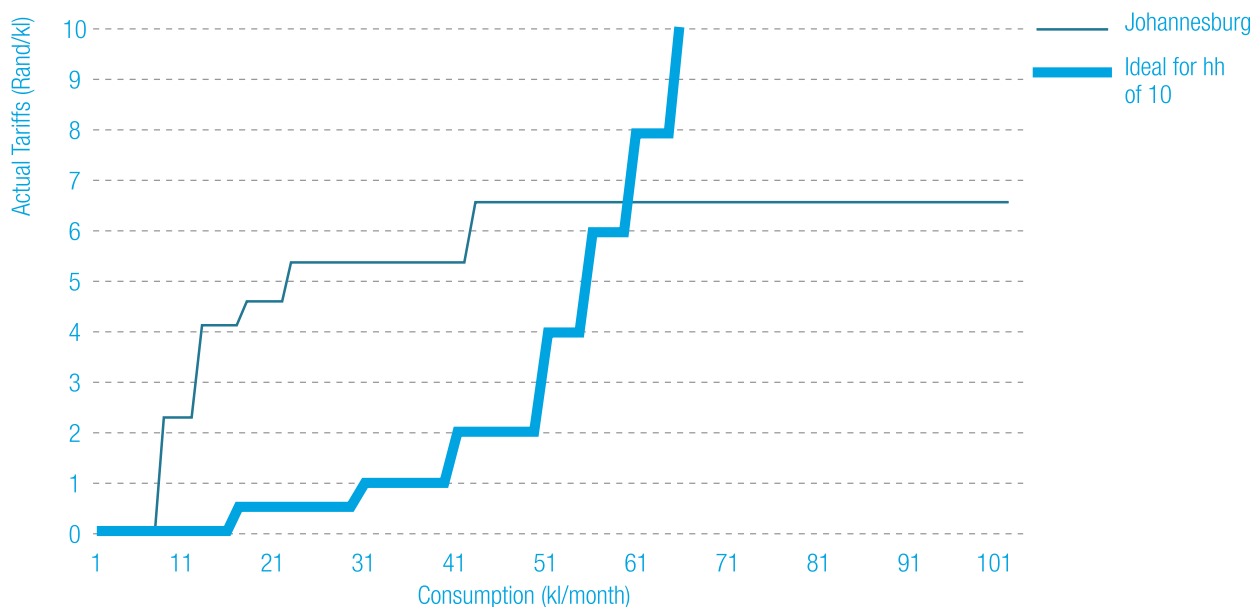
سلامت کالایی قابل تجارت نیست. بلکه این مسئله یک حق است و ادای آن وظیفه بخش عمومی است. به معنای دقیق کلمه، منابع مربوط به سلامت باید به صورت همگانی و عادلانه باشند. سه موضوع مربوط به هم وجود دارد: اولاً، تجارب نشان می دهند که تجاری کردن کالاهای حیاتی اجتماعی هم چون آموزش و مراقبت سلامتی سبب بی عدالتی در سلامت می گردد. تدارک چنین کالاهای حیاتی باید توسط بخش عمومی اداره و کنترل گردد، نه اینکه به بازارها سپرده شوند. ثانیاً، باید رهبری بخش عمومی در قانون گذاری موثر ملی و بین المللی بر تولیدات، فعالیت ها و شرایطی که به سلامت آسیب رسانده یا منجر به بی عدالتی در سلامت می شوند وجود داشته باشد. همه این ها با هم به این معنی هستند، که سوما، ارزیابی منظم و کارآمد تأثیر تمامی سیاست گذاری ها و قوانین بازار بر عدالت در سلامت، باید به طور ملی و بین المللی نهادینه گردد.

کمیسیون، کالاها و خدمات خاصی را به عنوان نیازهای انسانی و اجتماعی اساسی در نظر می گیرد، برای مثال دسترسی به آب تمیز و بهداشتی و مراقبت سلامتی. چنین کالاها و خدماتی باید بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه توسط مردم به طور همگانی در دسترس قرار گیرند. بنابراین، در چنین مواردی، این بخش عمومی است که به جای بازار، دسترسی و تدارک کافی را بر عهده می گیرد.

به منظور اطمینان از اولاً تدارک کالاها و خدمات حیاتی برای سلامت و خوب زیستی (مثل آب، مراقبت سلامتی و شرایط کاری مناسب) و ثانیاً کنترل گردش کالاهای آسیب رسان به سلامت (همچون تنباکو و الکل)، نیاز است که رهبری بخش عمومی تقویت گردد. وضعیت نیروی کار و شرایط کاری در بسیاری از کشورها، غنی و ضعیف، در اغلب موارد ناعادلانه، استعماری، ناسالم و خطرناک می

مسئولیت پذیری اجتماعی مشترک ممکن است راه ارزشمندی در پیش رو باشد ولی شواهد و مدارک باید این امر را نشان دهند. پاسخ گویی مشترک، شالوده مستحکمی است که با آن می توان رابطه مسئولانه و مشترکی بین بخش خصوصی و منافع عمومی ایجاد کرد.

قیمت گذاری آب ژوهانسبورگ. ساختار یارانه های موجود (خط نازک) به نفع مصرف کنندگان ثروتمندتر است (و اجازه مصرف بیش از حد می دهد)، در حالیکه ساختار تعرفه ایده آل (خط ضخیم) به نفع منابع یارانه ای کافی برای مصرف کنندگان فقیر تر با بازدارنده هایی برای استفاده بیشتر است.



hh = households.

Reprinted, with permission of the author, from GKN (2007).

عدالت جنسیتی

◆ آنچه که باید انجام شود

بی عدالتی های جنسیتی، غیر منصفانه بوده و هم چنین ناکارآمد و غیر موثر می باشند. دولت ها، سازمان های بین المللی، جامعه مدنی و اهدا کنندگان کمک می توانند از طریق حمایت از عدالت جنسیتی، زندگی میلیون ها دختر و زن و خانواده ی آن ها را بهبود بخشند.

سوگیری های جنسیتی را در ساختارهای جامعه، قوانین و نحوه اجرای آن ها، در شیوه ی اداره سازمان ها، طراحی مداخلات و در شیوه ای که با آن عملکرد اقتصادی یک کشور سنجیده می شود را مورد توجه قرار دهید.

- قوانینی که عدالت جنسیتی را ترویج کرده و تبعیض های جنسیتی را غیر قانونی اعلام می کنند، را تدوین و اجرا کنید.
- به جریان انداختن مباحث جنسیتی را از طریق ایجاد و تامین مالی یک واحد عدالت جنسیتی در قلب مرکز اجرایی دولت ها و سازمان های بین المللی تقویت نمایید.
- مشارکت اقتصادی ناشی از کار در خانه، کارهای مراقبتی و کارهای داوطلبانه را در حساب های ملی لحاظ نمایید.
- سیاست ها و برنامه هایی که شکاف های آموزشی و مهارتی را از بین برده و از مشارکت اقتصادی زنان حمایت می کنند، را توسعه داده و تامین مالی نمایید.
- در آموزش و پرورش رسمی و حرفه ای سرمایه گذاری نمایید، عدالت در پرداخت را از طریق قانون تضمین نمایید، از ایجاد فرصت های برابر برای اشتغال در تمامی سطوح اطمینان حاصل نمایید و سیاست های دوستدار خانواده را تدوین نمایید.

سرمایه گذاری در خدمات و برنامه های سلامت جنسیتی و باروری که دارای جهت گیری به سمت حقوق و پوشش همگانی می باشند را افزایش دهید.

از کشورها بالا بوده و خدمات مربوط به سلامت باروری، در بین و درون کشورها به گونه ای بسیار غیر عادلانه توزیع گشته است. تاثیرات بین نسلی بی عدالتی جنسیتی، ضرورتی است که اقدامات قوی تری را می طلبد. اقدام فوری جهت بهبود عدالت جنسیتی و توانمند سازی زنان برای کاهش بی عدالتی سلامتی در طی یک نسل ضروری و حیاتی است.

کاهش بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل تنها وقتی امکان پذیر است که زندگی دختران و زنان، یعنی نیمی از بشریت، بهبود یافته و بی عدالتی های جنسیتی مورد توجه قرار گیرد. توانمندسازی زنان یک عامل کلیدی در دست یابی به توزیع منصفانه سلامت می باشد.

شواهدی برای اقدام

بی عدالتی جنسیتی در تمامی جوامع فراگیر است. سوگیری جنسیتی در قدرت، منابع، استحقاق داشتن، هنجارها و ارزش ها و شیوه ای که سازمان ها بر اساس آن ساختار یافته اند و برنامه ها اداره می شوند، سلامت میلیون ها دختر و زن را مورد آسیب قرار می دهد. جایگاه زنان در جامعه، هم چنین با سلامت و بقاء کودکان (دختران و پسران) نیز ارتباط دارد. بی عدالتی های جنسیتی، سلامت را از طرق مختلف تحت تاثیر قرار می دهند که از میان آن ها می توان موارد زیر را نام برد: الگوهای تغذیه ای تبعیض گونه، خشونت علیه زنان، فقدان قدرت تصمیم گیری و تقسیمات غیر منصفانه کار، اوقات فراغت و فرصت های بهبود زندگی فرد.

بی عدالتی های جنسیتی به صورت اجتماعی ایجاد می شوند، لذا می توان آن ها را تغییر داد. هر چند که جایگاه زنان در طول قرن اخیر به طور قابل توجهی در بسیاری از کشورها بهبود یافته است، اما این پیشرفت ها نامتقارن بوده و بسیاری از چالش ها هنوز باقی است. زنان حتی برای کار برابر نیز کمتر از مردان پول به دست می آورند. زنان و دختران در فرصت های تحصیلی آموزشی و اشتغال، عقب تر از مردان قرار دارند. مرگ و میر و ناخوشی مادران در بسیاری

دستمزدهای رسمی زنان به طور فاحشی از مردان کمتر است.



Reprinted, with permission of the author, from UNICEF (2006).



توانمندسازی سیاسی - شمول و حق بیان

◆ آنچه که باید انجام شود

تمامی گروه های جامعه را از طریق حضور یافتن منصفانه در تصمیم گیری های مربوط به چگونگی عملکرد جامعه، به ویژه در ارتباط با تاثیرشان بر عدالت در سلامت، توانمند نمایند و یک چارچوب جامع اجتماعی برای سیاست گذاری ها ایجاد کرده و حفظ نمایند.

- سیستم های قانونی و سیاسی را جهت حمایت از حقوق انسانی، تضمین هویت قانونی و حمایت از نیازها و درخواست های گروه های حاشیه ای به ویژه مردم بومی تقویت نمایند.
- از حضور منصفانه و مشارکت افراد و جوامع در تصمیم گیری برای سلامت به عنوان یک جنبه تفکیک ناپذیر حق سلامتی اطمینان حاصل نمایند.
- جامعه مدنی را جهت سازماندهی و فعالیت به شیوه ای که حقوق اجتماعی و سیاسی موثر بر عدالت در سلامت را شناسایی کرده و ارتقاء دهد، توانمند نمایند.

تغییر در روابط قدرت می تواند در سطوح مختلف روی دهد، از سطح خرد (افراد، خانوارها یا جوامع) گرفته تا محیط کلان (یعنی روابط ساختاری بین بازیگران و موسسات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی). در حالی که توانمندسازی گروه های اجتماعی از طریق حضور آن ها در سیاست گذاری ها و تصمیم گیری ها، جهت شناسایی دسته وسیعی از حقوق و اطمینان از توزیع منصفانه مواد و کالاهای اجتماعی اساسی بین گروه های مردم، حیاتی می باشد، رویکرد توانمندسازی از پائین به بالا، نیز مهم است. تلاش بر علیه بی عدالتی هایی که متضررترین و محروم ترین افراد جامعه با آن روبرو هستند و فرآیند سازمان دهی این افراد، سبب رهبریت محلی مردم می گردد. این تلاش می تواند توانمندسازی باشد که حس بزرگتری از کنترل بر روی زندگی و آینده شان را به مردم می دهد. اقدام جوامع یا جامعه مدنی در زمینه بی عدالتی های سلامت را نمی توان از مسئولیت دولت برای تضمین مجموعه ی کاملی از حقوق و توزیع منصفانه ای از مواد و کالاهای ضروری اجتماعی میان گروه های مردم، تفکیک کرد. رویکردهای پائین به بالا و بالا به پائین هر دو به طور یکسان حیاتی هستند.

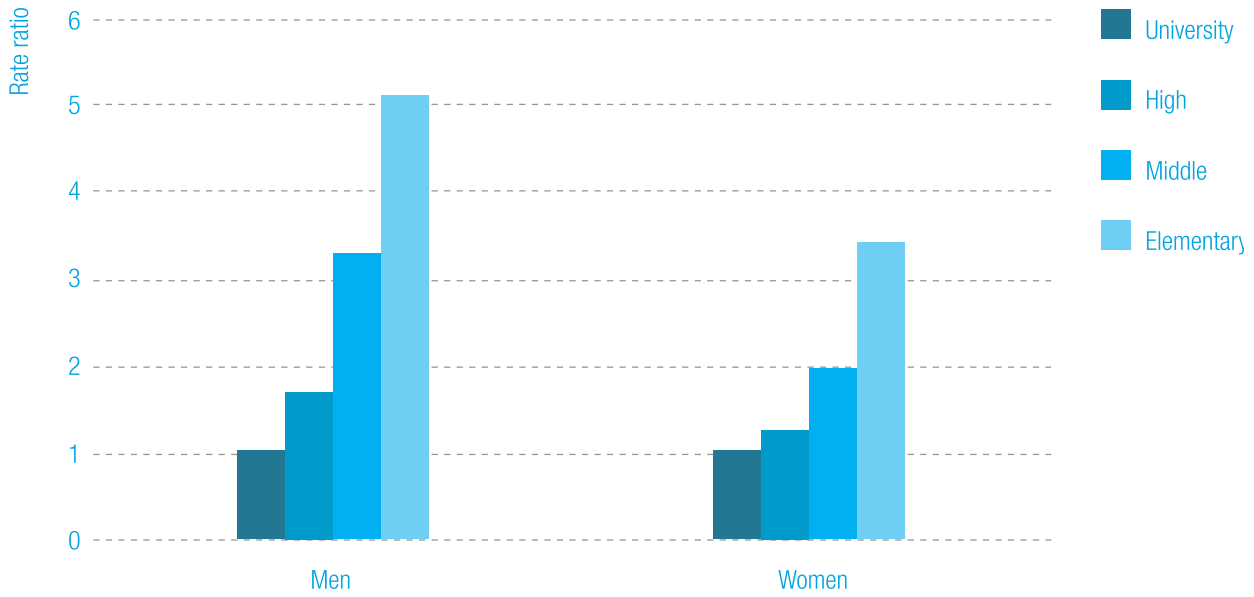
شمول و به حساب آورده شدن در جامعه ای که یک فرد در آن زندگی می کند، برای توانمندی جسمانی، اجتماعی-روانی و سیاسی امری حیاتی است و باعث استحکام خوب زیستی اجتماعی و سلامت عادلانه می شود.

شواهدی برای اقدام

حق داشتن شرایط لازم برای رسیدن به بالاترین استاندارد قابل دست یابی سلامت امری همگانی است. خطر زیر پا گذاشتن این حقوق، ناشی از بی عدالتی های نهادینه شده ساختاری است. بی عدالتی اجتماعی در میان عوامل مختلف تقسیم کننده اجتماعی هم چون طبقه ی اجتماعی، تحصیلات، جنسیت، سن، نژاد، معلولیت و جغرافیا نمود پیدا می کند. این نشان دهنده ی یک تفاوت ساده نیست بلکه نشانه ی جامعه ی سلسله مراتبی (بلند پایگان و دون پایگان) است و بی عدالتی های عمیقی را در ثروت، قدرت و منزلت افراد و اجتماعات گوناگون منعکس می کند. افرادی که از حقوق شهروندی محروم شده باشند، هنگام در نظر گرفتن سلامت، به میزان بیشتری محروم به نظر می رسند. آزادی در داشتن مشارکت در روابط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی از ارزش ذاتی برخوردار است. شمول یا به حساب آورده شدن، عاملیت و کنترل، هر یک برای توسعه اجتماعی، سلامت و خوب زیستی اهمیت دارند. محدودیت مشارکت به محرومیت در استفاده از توانایی های انسانی، فراهم کردن بستر برای بی عدالتی در مواردی هم چون تحصیلات، اشتغال و دسترسی به پیشرفت های زیست-پزشکی و فنی می انجامد.

هر گونه تلاش مجدانه برای کاهش بی عدالتی ها در سلامت، باعث تغییراتی در توزیع قدرت درون جامعه و در مناطق جهان خواهد شد، و هم چنین باعث توانمند سازی افراد و گروه ها جهت نمایش قدرتمند و موثر نیازها و علایق آن ها می گردد، در این صورت توزیع غیر منصفانه و به شدت درجه بندی شده منابع اجتماعی (به عنوان شرایط سلامتی)، که همگان، به عنوان شهروند دارای حق و ادعا نسبت به آن ها هستند، به چالش و تغییر کشیده خواهد شد.

مرگ و میر مطابقت داده شده بر اساس سن در میان مردان و زنان جمهوری کره بر اساس میزان تحصیلات
۱۹۹۳-۱۹۹۷



Source: Son et al., 2002



حاکمیت خوب جهانی

◆ آنچه که باید انجام شود

- عدالت در سلامت را به عنوان هدف توسعه تعیین نموده و یک چارچوب مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت جهت تقویت اقدام چند جانبه برای توسعه به کار گیرید.
- سازمان ملل از طریق سازمان جهانی بهداشت و شورای اقتصادی-اجتماعی، باید عدالت در سلامت را به عنوان یک هدف اساسی توسعه جهانی قبول کرده و با استفاده از چارچوبی از شاخص های تعیین کننده های اجتماعی سلامت، پیشرفت را پایش کند.
 - سازمان ملل باید گروه های کاری چند جانبه ای را در رابطه با تعیین کننده های ریشه ای اجتماعی سلامت ایجاد نماید، این عوامل عبارتند از: تکامل دوران ابتدای کودکی، عدالت جنسیتی، اشتغال و شرایط کاری، سیستم های مراقبت سلامت و حکمرانی مشارکتی.
- رهبری سازمان جهانی بهداشت را در اقدام جهانی بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت تقویت نمایید تا منجر به نهادینه سازی تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان اصول راهنما در دیپارتمان های سازمان جهانی بهداشت و برنامه های کشوری شود.

تفاوت های فاحش موجود در سلامت و شانس زندگی مردم در گوشه و کنار جهان بیانگر عدم تعادل در قدرت و رفاه ملت ها می باشد. مزایای غیر قابل تردید جهانی شدن به طور بسیار نابرابری توزیع گشته اند.

شواهدی برای اقدام

در دوره بعد از جنگ جهانی دوم، دنیا رشد قابل توجهی را شاهد بوده است. اما افزایش در ثروت و دانش جهانی به افزایش عدالت در سلامت جهانی منجر نگردیده است. به جای ایجاد هم گرایی و دست یابی و ورود کشورهای فقیرتر به سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD) دوره اخیر جهانی شدن (بعد از ۱۹۸۰) شاهد حضور برنده ها و بازنده ها بی در میان کشورهای جهان همراه با توقف و کاهش هشدار دهنده ی امید به زندگی در بدو تولد در آفریقای زیر صحرا و برخی از کشورهای شوروی سابق بوده است. پیشرفتی که در رشد اقتصاد جهانی و عدالت در سلامت بین ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰ صورت گرفت به طور چشم گیری در دوره بعد (۲۰۰۵-۱۹۸۰)، ضعیف شد چون سیاست های اقتصاد جهانی، هزینه های بخش اجتماعی و توسعه اجتماعی را به طور نامطلوبی تحت تاثیر قرار داده است. هم چنین همراه با دومین مرحله جهانی سازی (بعد از ۱۹۸۰) به طور نظام مند، جهان شاهد افزایش عمده ای در بحران های مالی، تضادهای رو به گسترش و مهاجرت های اجباری و اختیاری، بوده است.

با شناخت منافع و علایق مشترک و آتیه های وابسته به هم کشورها تحت تاثیر جهانی شدن، ضروری است جامعه جهانی دوباره به سیستمی چند جانبه که در آن همه کشورها، فقیر و غنی، با حق اعلام نظر عادلانه مشارکت داشته باشند، متعهد گردد. تنها از طریق این چنین نظام حاکمیت جهانی، یعنی قراردادن عدالت در سلامت در مرکز برنامه اجرایی توسعه و برابری واقعی اثرات آن در مرکز تصمیم گیری های توسعه، توجه منسجم به عدالت در سلامت به طور جهانی امکان پذیر می شود.

رشد پراکندگی میزان مرگ و میر (DMM) برای امید زندگی در بدو تولد، ۱۹۵۰-۲۰۰۰.



Reprinted, with permission of the publisher, from Moser, Shkolnikov & Leon (2005).



تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش

◆ آنچه که باید انجام شود

- اکنون شواهد کافی برای اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت وجود دارد. دولت ها با حمایت سازمان های بین المللی می توانند بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت اقدام کنند. آنها از طریق بهبود زیر ساخت های محلی، ملی و بین المللی آموزش، تحقیقات و پایش می توانند این امر را به طور موثرتری انجام دهند.
- اطمینان حاصل نمایید که سیستم های پایش روتین برای عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت به طور مناسبی در سطوح محلی، ملی و بین المللی وجود دارد.
- اطمینان حاصل نمایید که تولد کلیه کودکان، بدون هیچ گونه هزینه مالی برای خانوار ثبت می گردد.
- سیستم های مراقبتی عدالت در سلامت ملی و جهانی را همراه با جمع آوری روتین داده ها در مورد تعیین کننده های اجتماعی و بی عدالتی در سلامت ایجاد نمایید.
- در ایجاد و تبادل شواهد جدید در مورد شیوه هایی که تعیین کننده های اجتماعی سلامت، سلامت مردم و عدالت در سلامت را تحت تاثیر قرار می دهند و هم چنین در مورد موثر بودن اقدامات در کاهش بی عدالتی های سلامتی از طریق اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت سرمایه گذاری نمایید.
- بودجه ای اختصاصی برای تولید و تبادل شواهد مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت ایجاد نمایید.
- آموزش در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت را برای فعالان سیاسی، افراد ذی نفع و پزشکان، تدارک دیده و در ارتقاء آگاهی های عمومی سرمایه گذاری نمایید.
- تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در درون آموزش سلامت و پزشکی ادغام کرده و سواد مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت را ارتقاء دهید. سیاست گذاران و برنامه ریزان را در استفاده از ارزیابی تاثیرات نهایی وارده بر عدالت در سلامت آموزش دهید.
- ظرفیت درونی سازمان جهانی بهداشت را برای حمایت از اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت تقویت نمایید.

تحقیقات کارآزمایی تصادفی کنترل شده (RCT) را در راس قرار می دهد) در تحقیق بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت موثر واقع نمی شوند. بلکه ترجیحا شواهد باید بر اساس تناسب آن ها با هدف، مورد قضاوت قرار گیرند، به این معنی که آیا این مطالعه به پرسش تحقیق جواب قانع کننده ای می دهد.

شواهد تنها یک بخش از آن چیزی است که تصمیمات سیاسی را تحت تاثیر قرار می دهد - اما اراده سیاسی و ظرفیت سازمانی نیز مهم می باشند. سیاستگذاران باید بفهمند چه چیزی سلامت جمعیت را تحت تاثیر قرار می دهد و شیب (وجود طیفهای اجتماعی) چگونه عمل می کند. فعالیت در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت همچنین نیازمند ظرفیت سازی بین پزشکان و کادر درمانی، از جمله ادغام آموزش تعیین کننده های اجتماعی سلامت در برنامه های درسی پرسنل سلامتی و پزشکی می باشد.

عدم وجود داده ها غالباً به معنی عدم شناخت مشکل است. شواهد خوب از سطوح سلامت و توزیع آن و از تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای فهم اندازه مشکل، ارزیابی اثرات اقدامات و پایش پیشرفت ضروری می باشد.

شواهدی برای اقدام

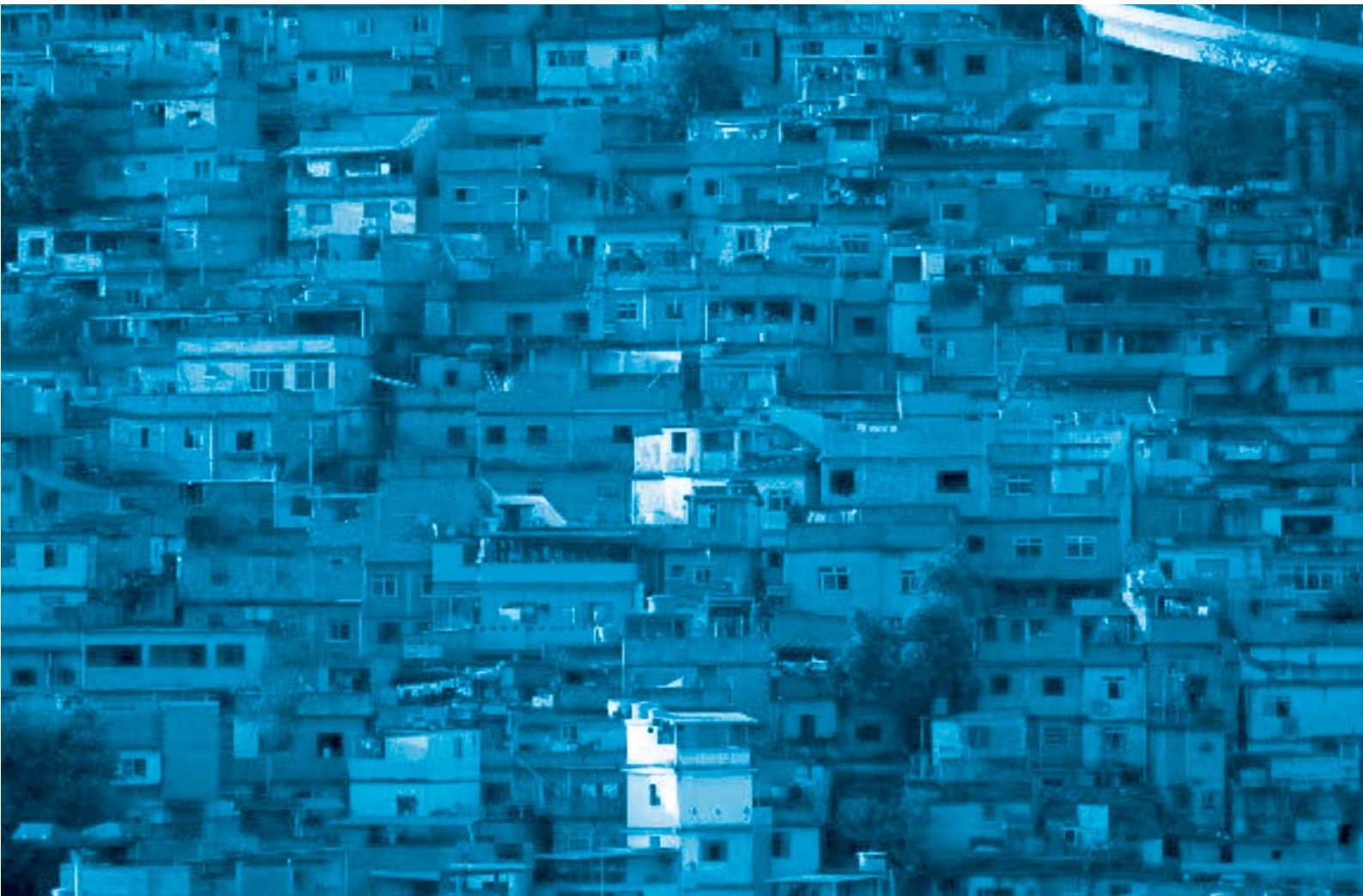
تجربه نشان می دهد که کشورهای فاقد داده های پایه ای در مورد میزان های مرگ و میر و بیماری ها بر اساس شاخص های اقتصادی-اجتماعی، مشکلاتی را در حرکت در راستای دستور کار عدالت در سلامت خود دارند. کشورهایی با وخیم ترین مشکلات سلامتی، شامل کشورهای در حال جنگ، کمترین داده های مناسب را دارند. بسیاری از کشورها حتی سیستم های پایه ای برای ثبت کلیه ی موارد تولد و مرگ را هم ندارند. سیستم های ناقص ثبت تولد، تاثیر منفی بر پیامدهای سلامت و تکامل کودکان دارند. شواهد مبتنی بر بی عدالتی در سلامت، تعیین کننده های اجتماعی سلامت و آن چه که سبب بهبود آن ها می شود نیازمند تقویت بیشتر می باشد. متأسفانه، بیشتر بودجه های تحقیقات سلامتی، به طور فزاینده ای بر موضوعات زیست - پزشکی تمرکز دارند. هم چنین خیلی از تحقیقات دارای سوگیری جنسیتی هستند. به طور کلی دسته بندی های سنتی شواهد (که تحقیقات آزمایشگاهی و

تولدهای ثبت نشده (در هزار) در سال ۲۰۰۳ با توجه به منطقه و سطح توسعه

Region	Births	Unregistered children, n (%)
World	133 028	48 276 (36%)
Sub-Saharan Africa	26 879	14 751 (55%)
Middle East and North Africa	9790	1543 (16%)
South Asia	37 099	23 395 (63%)
East Asia and Pacific	31 616	5901 (19%)
Latin America and Caribbean	11 567	1787 (15%)
CEE/CIS and Baltic States	5250	1218 (23%)
Industrialized countries	10 827	218 (2%)
Developing countries	119 973	48 147 (40%)
Least developed countries	27 819	19 682 (71%)

CEE = Central and Eastern Europe; CIS = Commonwealth of Independent States.

Source: UNICEF, 2005



جهانی و هم در میان دولت های عضو جهت حضور سلامت عمومی در تمامی زمینه های عمده ی چند جانبه تقویت می نماید و از کشورهای عضو در تدوین مکانیزم هایی برای انسجام سیاست ها و اقدامات بین بخشی برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت دفاع می نماید.

- **سنجش و ارزیابی:** سازمان باید از تعیین اهداف و پایش پیشرفت در عدالت در سلامت در میان و در بین کشورها به عنوان یک هدف اصلی توسعه، پشتیبانی نموده و حامی ایجاد سیستم های ملی مراقبت عدالت در سلامت در کشورهای عضو باشد، و ظرفیت های فنی ضروری در کشورها را ایجاد نموده و از کشورهای عضو در تدوین و بهره گیری از ابزارهای ارزیابی تأثیرات بر عدالت در سلامت و سایر ابزارهای مرتبط با عدالت در سلامتی مانند یک معیار سنجش ملی عدالت حمایت کند و به طور منظم، جلسه ای جهانی را به عنوان بخشی از یک بازنگری دوره ای وضعیت جهانی، برگزار نماید.
- **افزایش ظرفیت سازمان جهانی بهداشت:** ظرفیت درونی برای کار درباره تعیین کننده های اجتماعی سلامت را، از دفتر مرکزی گرفته تا دفاتر منطقه ای و تا برنامه های کشوری، ایجاد نمایید.

حکومت ملی و محلی

اقدام زیربنایی در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت عبارت است از یک بخش عمومی توانمند، که بر اساس اصول عدالت، مشارکت و همکاری بین بخشی بنا نهاده شده است. این امر نیازمند تقویت عملکردهای محوری حکومت و موسسات عمومی، به طور ملی و محلی، مخصوصاً در ارتباط با انسجام سیاست ها، حاکمیت مشارکتی، برنامه ریزی، تدوین و اجرای قانون و تعیین استاندارد می باشد. این امر هم چنین وابسته به رهبری و تولیت قدرتمند وزارت بهداشت با حمایت سازمان جهانی بهداشت می باشد. اقدامات حکومت شامل موارد زیر می باشد:

• **انسجام سیاست ها در تمام بخش های حکومت:** مسئولیت انجام اقدام برای سلامت و عدالت در سلامت را بر عهده بالاترین سطوح حکومت گذاشته و از این که سلامت و عدالت در سلامت در تمامی سیاست گذاری های وزارت خانه ها و بخش ها به صورت منسجم مورد توجه قرار می گیرد، اطمینان حاصل نماید. وزرای بهداشت کشورها می توانند کمک موثری در ایجاد تغییر جهانی بنمایند. نقش آن ها در ایجاد توجه ویژه به سلامت و عدالت در سلامت توسط رییس حکومت و سایر وزارت خانه ها حیاتی می باشد.

• **تقویت اقدام برای عدالت:** به افزایش خدمات مراقبت سلامتی همگانی متعهد شده و یک واحد جنسیتی مرکزی جهت ارتقاء عدالت جنسیتی در سیاست گذاری دولت ایجاد نماید، معاش و زندگی روستایی، و نیز سرمایه گذاری در زیر ساخت ها و خدمات را بهبود بخشیده، محله های فقیرنشین را ارتقاء داده و برنامه ریزی شهری مشارکتی - محلی برای سلامت را تقویت نماید، در اشتغال کامل و برنامه ها و سیاست های کار مناسب، و در تکامل دوران ابتدای کودکی سرمایه گذاری نموده، به سمت ارائه همگانی خدمات و برنامه های تعیین کننده های حیاتی اجتماعی سلامت، بدون توجه به توانایی پرداخت و با پشتیبانی برنامه جامع حفاظت اجتماعی، حرکت نماید و یک چارچوب ملی برای کنترل منظم کالاهای مضر سلامتی ایجاد و به کار گیرد.

اقدام کنندگان

در بحث های قبلی، ما اقدامات کلیدی را که در توصیه ها و پیشنهادات درخواست شده بود، مطرح نمودیم. در این جا، ما مواردی که هر اقدام موثری وابسته به آن است را ذکر می نماییم. نقش دولت ها از طریق اقدامات بخشی عمومی برای عدالت در سلامت اساسی است. ولی این نقش صرفاً مربوط به دولت نمی باشد بلکه از طریق روندهای دموکراتیک مشارکت جامعه مدنی و سیاست گذاری بخش عمومی که در سطوح منطقه ای و جهانی حمایت شده، و بر مبنای تحقیقات در خصوص این که چه کاری باید برای عدالت در سلامت انجام شود، و نیز با مشارکت اقدام کنندگان بخش خصوصی است که عدالت در سلامت محقق می گردد.

آژانس های چند جانبه

یک پیشنهاد بسیار مهم کمیسیون، نیاز به انسجام بین بخشی - در سیاست گذاری و اجرا - جهت افزایش اقدامات موثر بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و رسیدن به ارتقاء عدالت در سلامت می باشد. متخصصین چند جانبه و آژانس های تامین مالی، کارهای زیادی را برای تقویت تاثیر تجمیعی خود بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت می توانند انجام دهند که شامل موارد زیر است:

- **انسجام در اقدام و پایش جهانی:** عدالت در سلامت را به عنوان هدفی مشترک و اساسی برگزیده و یک چارچوب مشترک جهانی از شاخص ها برای پایش میزان پیشرفت توسعه مورد استفاده قرار دهید و در گروه های کاری موضوعی چند جانبه، برای اقدام منسجم در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت با یکدیگر همکاری نمایید.
- **تامین مالی منسجم و قابل محاسبه:** از این که افزایش کمک ها و بخشش بدهی ها، باعث حمایت از سیاست گذاری و اقدام منسجم در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت در بین حکومت های دریافت کننده، از طریق به کارگیری شاخص های عملکردی عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان شروط اصلی مسئولیت پذیری کشورهای دریافت کننده می شود، اطمینان حاصل نمایید.
- **مشارکت ارتقاء یافته کشورهای عضو سازمان ملل (UN) در حکمرانی جهانی:** از مشارکت عادلانه کشورهای عضو و سایر ذی نفعان در حیطه ی سیاست گذاری جهانی حمایت نمایید.

سازمان جهانی بهداشت

- سازمان جهانی بهداشت رسالت رهبری سلامت جهانی را به عهده دارد. اکنون زمان افزایش نقش رهبری سازمان جهانی بهداشت از طریق دستور کار اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در سطح جهانی می باشد که شامل گستره ای از اقدامات به شرح زیر است:
- **انسجام سیاستی در سطح ملی و بین المللی:** سازمان جهانی بهداشت باید یک نقش تولیتی را به کار گیرد که از ظرفیت سازی و انسجام سیاستی در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت در بین آژانس های همکار در سیستم چندجانبه حمایت می نماید، و ظرفیت فنی را، هم به طور

بخش خصوصی

بخش خصوصی تأثیر عمیقی بر سلامت و خوب زیستی دارد. در حالی که کمیسیون بر نقش حیاتی رهبری بخش عمومی در اقدام برای عدالت در سلامت تأکید دارد، این امر به معنی تنزل اهمیت فعالیت های بخش خصوصی نمی باشد. اگرچه باید بر ضرورت شناخت اثرات منفی بالقوه و ضرورت مسئولیت پذیری در برابر قوانین با در نظر گرفتن اثرات منفی مذکور تأکید نمود. در کنار کنترل اثرات نامطلوب بر سلامت و عدالت در سلامت، وجود بخش خصوصی به قدری حیاتی است که می توان گفت این بخش، نقش بسیار مهمی در ارتقاء سلامت و خوب زیستی دارد. اقدامات شامل موارد زیر است:

- **تقویت پاسخ گویی:** توافق نامه ها، استانداردها و نظام نامه های اشتغال بین المللی را شناسایی کرده و به آن ها پاسخ مسئولانه بدهید، از منصفانه بودن شرایط کاری و اشتغال برای مردان و زنان اطمینان حاصل نمایید، کار کودکان را کاهش و ریشه کن کرده و از تطابق با استانداردهای ایمنی و بهداشت حرفه ای اطمینان حاصل کنید، از فرصت های آموزشی و حرفه آموزی به عنوان بخشی از شرایط اشتغال، با تأکیدی خاص بر ایجاد فرصت هایی آموزشی برای زنان، حمایت نموده و از این که فعالیت ها و خدمات بخش خصوصی (هم چون تولید و حق تجاری داروهای حافظ زندگی و تامین طرح های بیمه سلامت)، بر عدالت در سلامت موثر بوده و آن را تهدید نمی کند، مطمئن شوید.
- **سرمایه گذاری در تحقیق:** به تحقیق و توسعه در مورد درمان بیماری های مورد غفلت واقع شده و بیماری های ناشی از فقر متعهد شوید و هم چنین دانش مربوط به حیطه هایی با ظرفیت حفظ زندگی (همچون حقوق تجاری دارویی) را مبادله کنید.

مراکز تحقیقاتی

دانش در مورد این که شرایط سلامتی از نظر محلی، ملی، منطقه ای و جهانی، چگونه است و از آن چه که می تواند در مورد آن وضعیت انجام گیرد و نیز درباره ی کارهایی که به طور موثری بی عدالتی در سلامت را از طریق تعیین کننده های اجتماعی سلامت تغییر می دهد، در کانون توجه کمیسیون قرار داشته و زیر بنای تمامی پیشنهادات و توصیه های آن می باشد. تحقیق لازم و ضروری است. اما بیشتر از آزمایشات آکادمیک ساده، تحقیق برای ایجاد فهم جدید و ترویج آن فهم به شیوه های عملی و قابل دسترس برای تمامی شرکایی که در بالا فهرست شدند، لازم و ضروری می باشد. تحقیق و دانش در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت و راه های اقدام برای عدالت در سلامت بر تداوم تعهدات در میان دانشگاهیان و پزشکان و پرسنل سلامتی متکی خواهد بود. هم چنین این تحقیقات بر روش های تحقیقاتی جدید برای شناخت و بهره گیری از گستره ای از انواع شواهد، شناسایی سوگیری جنسیتی در فرآیندهای تحقیق و شناسایی ارزش افزوده شبکه های جهانی دانش و جوامع که در سطح جهان گسترده اند، متکی خواهد بود. اقدامات در این حیطه از اقدام کنندگان عبارتند از:

- **تولید و اشاعه دانش مربوط به تعیین کننده های اجتماعی در سلامت:** از تخصیص منابع مالی تحقیقاتی به تحقیقات مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت اطمینان حاصل نموده و از

• **تامین مالی:** منابع مالی دریافتی بین المللی (کمک های مالی، بخشش بدهی ها) را از طریق یک چارچوب اقدام در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت با پاسخ گویی روشن و صریح تسهیل و جهت دهی نموده، درآمد کشورها را از طریق یک نظام مالیات تصاعدی داخلی تقویت نمایید و با دیگر کشورهای عضو در تدوین پیشنهادات منطقه ای و/ یا جهانی برای منابع جدید تامین مالی عمومی بین المللی همکاری نمایید.

• **سنجش، ارزیابی و آموزش:** به سمت ثبت همگانی تولدها حرکت نموده، شاخص های عملکردی بین بخش های دولتی برای عدالت در سلامت را از طریق ایجاد سیستم ملی مراقبت عدالت در سلامت به کار گیرید، برای استفاده از ارزیابی میزان تاثیرات بر عدالت در سلامت (HEIA) به عنوان یک پروتکل استاندارد در تمامی سیاست گذاری های مهم ظرفیت ایجاد نمایید، و از آموزش پزشکان و پرسنل سلامت و سیاست گذاران درباره تعیین کننده های اجتماعی سلامت اطمینان حاصل نموده و آگاهی عمومی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت را افزایش دهید.

جامعه مدنی

برای توانمندسازی جنبه های مادی، روانی-اجتماعی و سیاسی فرد که خوب زیستی اجتماعی و سلامت عادلانه را پایه ریزی می کند، شمول (به حساب آورده شدن) در جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند، حیاتی است. فعالان جامعه مدنی از سطح جهانی تا محلی - به عنوان اعضاء جامعه، مدافعین عامه ی مردم، تامین کنندگان خدمات و برنامه ریزان، و پایش گران عملکردها - پلی حیاتی را، بین سیاست ها، برنامه ها، و حقیقت ایجاد تغییر و بهبود در زندگی همه ی مردم می سازند. جامعه مدنی می تواند با کمک به سازمان دهی و ترویج نظرات مختلف در میان جوامع گوناگون، به عنوان قهرمان قدرتمند عدالت در سلامت شناخته شود. بسیاری از اقدامات لیست شده در بالا، حداقل تا حدودی، حاصل فشار و ترغیب جامعه مدنی خواهند بود. بسیاری از نقاط عطف مهم در رسیدن به عدالت در سلامت در طی یک نسل - دست یافته یا از دست رفته - از طریق بررسی دقیق فعالان جامعه مدنی نشانه گذاری خواهند شد. جامعه مدنی می تواند نقش مهمی را در اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، از طریق موارد زیر ایفا نماید:

- **مشارکت در سیاست ها، برنامه ریزی ها، برنامه ها و ارزیابی ها:** در سیاست گذاری مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت، در برنامه ریزی، ارائه و ارزیابی برنامه ها، از سطوح جهانی تا محیط های بین بخشی ملی و تا نیاز سنجی های محلی، و در ارائه و حمایت از خدمات، مشارکت نموده و کیفیت خدمات، عدالت و تاثیر اقدامات را پایش نمایید.
- **عملکرد پایشی:** در خصوص برخی از تعیین کننده های خاص اجتماعی سلامت مانند: بهبود ارائه خدمات در مناطق فقیر نشین، شرایط اشتغال رسمی و غیررسمی، کودکان کار، حقوق افراد بومی، عدالت جنسیتی، خدمات تحصیلی و سلامتی، فعالیت های مشارکتی، توافقات بازرگانی، و حفاظت از محیط زیست، نظارت و گزارش دهی کرده و در مبارزات مربوطه مشارکت نمایید.

آیا رفع بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل امکان پذیر است؟

این پرسش، دو جواب واضح و شفاف دارد. اگر ما به همین صورت فعلی ادامه دهیم هیچ گونه شانس وجود نخواهد داشت. اگر تمایل واقعی برای تغییر وجود داشته باشد، اگر چشم اندازی برای خلق جهانی بهتر و منصفانه تر باشد یعنی جایی که دیگر شانس زندگی و سلامت مردم برحسب مکان تولد تصادفی آن ها، رنگ پوست آنها یا کمبود فرصت های پدر و مادرشان تباه نمی شود، آن گاه پاسخ عبارت است از: ما می توانیم پیشرفت زیادی در این مسیر داشته باشیم.

همان گونه که ما در سرتاسر این گزارش نشان داده ایم، اقدام امکان پذیر است. اما برای تمامی تعیین کننده ها باید اقدام منسجم صورت گیرد (همان گونه که قبلاً -در بخش های اقدامات- به آن ها اشاره شده) تا بی عدالتی ساختاری را ریشه یابی نموده و از بین برده و به همان اندازه خوب زیستی سریعی را تضمین نماید. برای رسیدن به این خواسته، تغییرات از اوان زندگی آغاز و در تمام طول زندگی ادامه می یابد. در درخواست رفع شکاف درون یک نسل بشر، مقصود ما بر این نیست که شیب اجتماعی که در سلامت درون کشورها وجود دارد، یا تفاوت های فاحش میان کشورها، در مدت ۳۰ سال رفع خواهد شد، بلکه شواهدی که در گزارش نهایی فراهم شده، هم در مورد این که با کدام سرعت، سلامت قابل بهبود است و هم این که ابزار لازم برای رسیدن به تغییر چیست، ما را تشویق به این امر می کند که امکان دست یابی به رفع واقعی بی عدالتی وجود دارد.

این یک دستور کار طولانی مدت است که نیازمند شروع سرمایه گذاری از هم اکنون با تغییرات عمده در سیاست های اجتماعی، ترتیبات اقتصادی و اقدامات سیاسی می باشد. در کانون این اقدام باید توانمندسازی افراد، جوامع و کشورهایی که در حال حاضر سهم منصفانه ی خود را ندارند، قرار دارد. دانش و ابزارهای تغییر در دسترس بوده و در این گزارش، گرد هم آورده شده اند. چیزی که اکنون لازم است، خواست سیاسی برای اجرایی کردن این تغییرات به شدت مشکل اما قابل اجرا، می باشد. عدم اقدام در دهه های آتی به عنوان شکستی بزرگ در پذیرش مسئولیتی که بر دوش همگان است، در نظر گرفته خواهد شد.

رصد نمودن جهانی سلامت و نیز انجام فعالیت های چند جانبه و بین بخشی محلی و ملی، از طریق تدوین و آزمودن نشانگرهای تعیین کننده های اجتماعی سلامت و ارزیابی تاثیر نهایی مداخله ها حمایت کنید، شبکه های مجازی و دفاتر اطلاعاتی که بر اساس اصول دسترسی آزاد سازمان دهی شده و برای افزایش دسترسی از تمامی محیط های با درآمد بالا، متوسط و پائین، مدیریت می شوند، را ایجاد کرده و گسترش دهید، در جهت معکوس کردن جریان فرار مغزها از کشورهای با درآمد پائین و متوسط تلاش کرده و سوگیری های جنسیتی در تیم های تحقیقاتی، در پروپوزال ها و طرح های تحقیقاتی، در طراحی ها، و نیز در عملیات و گزارشات را مورد توجه قرار داده و برطرف نمایید.





آماده کردن صحنه برای رویکردی جهانی نسبت به عدالت در سلامت



فصل اول

یک دستور کار جدید جهانی - کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت

کودکان ما به طور چشم گیری فرصت های متفاوتی را برای زندگی کردن، بر حسب این که کجا به دنیا می آیند، دارند. در ژاپن یا سوئد آن ها می توانند انتظار داشته باشند که بیشتر از ۸۰ سال زندگی نمایند؛ در برزیل ۷۲ سال، در هند ۶۳ سال و در یکی از چندین کشور آفریقایی، کمتر از ۵۰ سال. در درون کشورها نیز، تفاوت فاحشی در فرصت های زندگی وجود دارد و این امر در تمامی کشورها، حتی در ثروتمندترین آن ها، قابل مشاهده است. تعادل بین فقر و غنا ممکن است در کشورهای با درآمد پائین متفاوت باشد، اما هنوز این واقعیت وجود دارد که غنای بیشتر، سبب شکوفایی و غنای کمتر سبب عدم شکوفایی می گردد.

اوضاع نباید این گونه باشد و این باور درستی نیست که وضعیت بایستی این گونه باشد. این موضوع نه تجمع مجموعه ای از حوادث بداقبالانه است و نه تفاوت در رفتارهای فردی که سبب سلامت پائین برخی از کشورها و گروه های جمعیتی نسبت به دیگران می شود. وقتی که تفاوت های نظام مند موجود در سلامت با فعالیت های منطقی، چه در سطح جهانی و چه در درون جوامع، قابل اجتناب می باشند، پس به طور ساده می توان گفت که این شرایط غیر منصفانه هستند. این همان چیزی است که ما آن را بی عدالتی در سلامت می نامیم.



عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی

سلامت:

به طور سنتی جوامع به بخش سلامت به عنوان بخشی برای مقابله و مبارزه با نگرانی های شان در مورد سلامت و بیماری نگرسته اند. به طور قطع و یقین، توزیع نامناسب مراقبت های سلامتی - یعنی عدم ارائه خدمات به کسانی که بیشترین نیاز را دارند - یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد. اما بار بالای بیماری ها که مسئول از دست رفتن بسیار زودرس زندگی است به میزان زیادی به دلیل شرایطی که مردم در آن به دنیا می آیند، رشد، زندگی، کار کرده و پیر می شوند به وجود می آیند. شرایطی که در کنار هم امکان زندگی آزادانه برای مردمی را که ارزش آن را دارند فراهم می کنند (Sen, 1999; Marmot, 2004).

در عوض، شرایط نامناسب و نابرابر زندگی، حاصل عوامل ساختاری عمیق تری است که در کنار هم شیوه ای که جوامع سازمان دهی شده اند، برنامه ها و سیاست های نامناسب اجتماعی، شرایط اقتصادی غیر منصفانه و سیاست های نامناسب را باعث می شوند. این مولفه های ساختاری در درون جوامع، تحت تسلط حکومت ها عمل نموده اند ولیکن طی صد و پنجاه سال اخیر در بین کشورها، تحت تأثیرات جهانی شدن نیز قرار گرفته اند. این ترکیب مسموم از سیاست ها، اقتصاد و تدابیر نامناسب، در مقیاس وسیع مسئول این حقیقت هستند که اکثریت مردم دنیا از سلامت مطلوب، که به طور زیست شناختی امکان پذیر است، لذت نمی برند. شرایط روزانه زندگی که خودشان حاصل این مولفه های اجتماعی اند، به همراه هم تعیین کننده های اجتماعی سلامت را تشکیل می دهند.

جبران این بی عدالتی ها موضوع عدالت اجتماعی است. از این پس کاهش بی عدالتی های سلامتی، برای کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت یک حکم اخلاقی است. حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل دست یابی سلامت در اساس نامه سازمان جهانی بهداشت و پیمان های بین المللی متعدد ارج نهاده شده است (UN, 2000a). اما به طور حیرت آوری، درجه ای که این حقوق برآورده شده اند از مکانی به مکان دیگر در جهان متفاوت است. بی عدالتی اجتماعی در حال کشتن مردم در مقیاس وسیع می باشد.

یک دستور کار جدید برای سلامت، عدالت و توسعه:

ما از این فرض شروع می کنیم که هیچ گونه دلیل ضروری زیست شناختی وجود ندارد که در گوشه ای از جهان، برای مثال لسوتو، باید امید زندگی بدو تولد (LEB) دختر، ۴۲ سال کمتر از دختر دیگری، برای مثال در ژاپن، باشد. به طور مشابه، هیچ دلیل زیست شناختی وجود ندارد که چرا باید تفاوت ۲۰ سال یا بیشتر در امید زندگی بدو تولد (LEB) در بین گروه های مختلف اجتماعی در درون یک کشور وجود داشته باشد. تعیین کننده های اجتماعی سلامت را تغییر دهید، بهبود های فاحشی در عدالت در سلامت ایجاد خواهد شد.

ما خواستار رفع بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل می باشیم. این موضوع بیان گر قضاوت ما مبنی بر این امر است که اقدامات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی به کاهش چشم گیر تفاوت های سلامتی در درون و بین کشورها منجر می شود. نباید انتظار داشت که شیب اجتماعی در سلامت درون کشورها یا تفاوت های فاحش بین کشورها در مدت ۳۰ سال از بین برود ولی نیاز است که بی انصافی وحشتناکی که ما در گوشه و کنار جهان می بینیم در صدر دستور کار اقدامات جهانی، منطقه ای و ملی قرار گیرد. شواهد

ذکر شده در گزارش، هم از جهت این که با چه سرعتی سلامت را می توان بهبود بخشید و هم از این جهت که ابزارهای لازم برای این تغییر کدام اند، ما را تشویق به این امر می کنند که، رفع قابل ملاحظه ی بی عدالتی قابل حصول می باشد، اما اقداماتی که بایست صورت گیرد از هم اکنون باید آغاز گردند.

سه اصل در اقدام برای دستیابی به عدالت در

سلامت:

به دنبال موضوع تعیین کننده های اجتماعی سلامت که در بالا ذکر شد، تحلیل کمیسیون در سه اصل (جهت اقدام) خلاصه می گردد:

۱. شرایط زندگی روزانه - شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار کرده و پیر می شوند - را بهبود دهید.
۲. با توزیع ناعادلانه قدرت، پول و منابع به عنوان مولفه های ساختاری شرایط زندگی روزانه به طور جهانی، ملی و محلی مقابله و برخورد نمایید.
۳. مشکل را سنجش کنید، اقدامات را ارزیابی نمایید، پایه دانش را گسترش دهید، نیروی کاری که آموزش های لازم در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت دیده باشد را پرورش دهید و آگاهی های عمومی در این حیطه را ارتقاء بخشید.

درحالی که گزارشی که در ذیل می آید بر اساس این سه اصل ساختار یافته است، هیچ گونه دستور تولیدی دال بر اقدام وجود ندارد. سنجش مشکل و اقدام برای رفع آن باید هم زمان پیش روند. اتخاذ هر نوع اقدامی بر شرایط زندگی روزانه و همچنین مولفه های ساختاری آن شرایط، نیز باید به طور هم زمان پیش بروند و آن ها در تناوب با یکدیگر نیستند.

کار کمیسیون، رویکرد جدیدی به توسعه را تدوین نموده است. سلامت و عدالت در سلامت، ممکن است هدف تمامی سیاست های اجتماعی نباشند ولی یک نتیجه بنیادی برای توسعه خواهند بود. ارزش محوری که به رشد اقتصادی داده می شود را در نظر بگیرید: رشد اقتصادی بدون شک دارای اهمیت است، به ویژه برای کشورهای در حال توسعه، زیرا که شانس فراهم کردن منابع برای سرمایه گذاری در بهبود زندگی مردم شان را فراهم می آورد. اما رشد به خودی خود و بدون سیاست گذاری های مناسب اجتماعی که موجب اطمینان یافتن از انصاف منطقی در توزیع مزایا گردد نفعی برای سلامتی به ارمغان نمی آورد.

نظام های سلامت، نقش بسیار مهمی در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت دارند. همچنین وزارت خانه های بهداشت نیز نقش تولیدی بسیار مهمی را در این خصوص عهده دار هستند. بخش سلامت باید در هماهنگی کامل با سایر بخش های جامعه عمل نماید. سلامت و عدالت در سلامت معیارهای مهمی جهت سنجش موفقیت سیاست های اجتماعی هستند. اما علاوه بر بخش سلامت، اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت باید همه ی حکومت، جامعه مدنی و اجتماعات محلی، آژانس های بین المللی و تجارت را نیز شامل گردد.

همان گونه که فرآیندهای جهانی شدن، مردم و ملت ها را به همدیگر نزدیک تر می نماید، ما درمی یابیم که آرزوهای مشترکی نیز داریم. آرزوهایی برای امنیت انسانی شامل، حمایت در مقابل فقر و طردشدگی (انزوا) و آرزوی آزادی انسان ها (Sen, 1999)، نه فقط آرزوی رشد و شکوفایی به عنوان یک فرد، بلکه رشد و شکوفایی



همراه با یکدیگر. ما موانع شکوفایی همگانی در ابعاد جهانی را می‌شناسیم - به ویژه علایق پایدار برخی از گروه‌های اجتماعی و کشورها را. اما ما ارزش و ضرورت اقدام جمعی - ملی و بین‌المللی - جهت تصحیح نمودن اثرات مخرب نابرابری بر فرصت‌های زندگی را نیز می‌دانیم.

دو دستور کار فوری - عدالت در سلامت و تغییرات زیست محیطی

بالاخره، شناخت فراگیری به وجود آمده است که اختلال و فرسایش سیستم‌های زیست محیطی طبیعی، شامل تغییرات آب و هوایی، تنها یک بحث فنی در میان متخصصین محیط زیست نیست بلکه اثرات عمیقی بر شیوه‌ی زندگی مردم و تمامی ارگانسیم‌های زنده به طور جهانی دارد. این موضوع خارج از حیطه‌ی اختیارات کمیسیون است که یک نظم جدید اقتصادی را در سطح بین‌المللی شکل دهد که نیازهای توسعه اجتماعی و اقتصادی تمام مردم جهان، عدالت در سلامت و مقابله با گرم شدن جهانی را تعدیل نماید. اما حس اضطرار و تمایل به آزمایش راه‌های مبتکرانه، همان روحیه‌ی ای است که مورد نیاز برای مقابله با هر دو مشکل می‌باشد.

کمیسیون و سازمان جهانی بهداشت

به خاطر روح عدالت اجتماعی، کمیسیون توسط مدیر کل قبلی سازمان جهانی بهداشت، دکتر جانگ ووک لی، بنا نهاده شد. او اقدام بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را به عنوان راهی برای رسیدن به عدالت در سلامت در نظر داشت. کمیسیون، که به منظور سازمان دهی شواهد مربوط به این امر که چه کاری می‌توان برای ترویج عدالت در سلامت انجام داد و برای ایجاد یک نهضت جهانی برای رسیدن به آن تشکیل شد، یک همکاری جهانی است متشکل از سیاست‌گذاران، محققین و جامعه مدنی که توسط کمیسیونرهای هدایت می‌شود که به سبب دارا بودن گستره‌ی وسیعی از تجارب سیاسی، آکادمیک و جلب حمایت عمومی در کمیسیون مشارکت دارند. عدالت در سلامت، ضرورتاً و واقعاً یک دستور کار جهانی است. مدیر کل کنونی، دکتر مارگارت چان، با اشتیاق کمیسیون را تحت حمایت قرار داده و گفته است:

«هیچ کسی نباید از دسترسی به اقدامات حافظ زندگی و ارتقا دهنده سلامت، به دلایل غیر منصفانه، شامل علل اجتماعی و اقتصادی، محروم بماند. این موارد، برخی از موضوعاتی است که توسط کمیسیون تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. هنگامی که سلامت مدنظر باشد، عدالت واقعاً مسئله مرگ و زندگی است» (Chan, 2007)

مدیر کل خانم چان، سازمان جهانی بهداشت را به اقدام بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، نه تنها به خاطر دارا بودن قدرت انجام این کار بلکه به دلیل دارا بودن صلاحیت اخلاقی، متعهد ساخته است.

ترویج (اشاعه) یک نهضت جهانی به منظور تغییر

کمیسیون به دنبال اشاعه یک نهضت جهانی به منظور ایجاد تغییر است. دلایل این امر آشکار هستند: سلامت به طور جهانی ارزشمند بوده و مردم نیز در آرزوی عدل و انصاف اند. در هر جایی که این موضوع مورد مطالعه قرار گرفته است، شواهد روشنی از نگرانی در مورد عدم انصاف در شرایط زندگی وجود داشته است که سبب

تفاوت‌هایی در سطوح سلامت می‌گردد.

(RWJF Commission, 2008) (YouGov Poll, 2007) ما در حال حاضر هم با موارد فراوانی که نتایج و جمع‌بندی‌های ما را حمایت می‌کنند، مواجه شده‌ایم. در حالی که سازمان جهانی بهداشت، اقدام کننده واقعاً مهم و اصلی در پیشبرد دستور کار عدالت در سلامت می‌باشد، جنبش جهانی توسط جمعی از دست‌اندرکاران در حال شکل‌گیری است. واضح است که تغییر در عدالت در سلامت و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت امری طولانی مدت بوده و نیازمند حمایت و سرمایه‌گذاری دائمی می‌باشد.

فرا تر از "روند معمول و آسان امور"

یکی از نگرانی‌های کلیدی کمیسیون از همان آغاز این بوده است که ایجاد تغییرات واقعی ممکن است غیر واقع بینانه به نظر آید - تغییرات سطحی برای کسانی که ترجیح می‌دهند به روند معمول و آسان امور، بپردازند جذاب تر خواهند بود. شواهد بیان گر آنست که روش‌های معمولی در این عرصه، به طور فزاینده‌ای غیر عملی هستند. در میان اشتیاقی که کمیسیون برای کار دارد، ما با دو گونه انتقاد در زمینه اقدام بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت رو به رو شده‌ایم: "ما در حال حاضر هم همه چیز را می‌دانیم" و "شما هیچ گونه مستنداتی برای حمایت از اقدام در این زمینه ندارید". در بین این دو نقد، کمیسیون به دنبال ایجاد راهی جدید جهت اقدام است. این امر واقعیت دارد که ما چیزهای زیادی در مورد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت می‌دانیم، اما هنوز هم سیاست‌گذاری‌ها به گونه‌ای انجام می‌شود که انگار چنین دانشی در دسترس نیست. ما هنوز به اندازه کافی نمی‌دانیم. نیاز مبرمی برای سرمایه‌گذاری در انجام تحقیقات بیشتر جهت گردآوری رشته‌ها و حیطه‌های کارشناسی مختلف، برای فهم چگونگی ایجاد بی‌عدالتی در سلامت توسط تعیین کننده‌های اجتماعی و چگونگی ایجاد سلامت بهتر و منصفانه تر با فعالیت در زمینه این تعیین کننده‌ها، وجود دارد.

کمیسیون از آغاز، از نظر داشتن اقدامات عالی و مورد حمایت در دنیای واقعی، بی‌نظیر بوده است. در طول سه سال، تعدادی از کشورها، چشم انداز کمیسیون را امضا کرده‌اند. برزیل، کانادا، شیلی، جمهوری اسلامی ایران، کنیا، موزامبیک، سریلانکا، سوئد و بریتانیا، هر یک شرکاء کمیسیون گشته و پیشرفت‌هایی را در سیاست‌های توسعه‌ای در کل حکومت و در مبارزه با تعیین کننده‌های اجتماعی عدالت در سلامت، داشته‌اند. کشورهای بیشتری هم ادامه خواهند داد (آرژانتین، مکزیک، لهستان، تایلند و نیوزلند، نروژ همگی برای پیوستن به کمیسیون اشتیاق نشان داده‌اند). البته، لیست کشورهای شریک کمیسیون، هنوز نسبت به تعداد ملت‌ها نسبتاً کوچک است. در بسیاری از مکان‌ها، هنوز تغییری انجام نشده و بدون شک مدت زیادی برای انجام تغییر طول خواهد کشید. اما کشورهای شریک ما، یک جلوه‌ی قوی از خواست سیاسی و تعهد عملی می‌باشند. آیا انجام کارها به صورتی متفاوت، عملی است؟ بله، این کشورها، در حال حاضر هم در حال انجام آن هستند. همان گونه که بخش ۳ و ۴ این گزارش نشان می‌دهد، مشارکت با سایر کشورها، جامعه مدنی، سازمان جهانی بهداشت، سایر ارگان‌های بین‌المللی و نظریه پردازان در پیگیری دستور کار تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت حیاتی می‌باشند.



کانون این اقدامات باید توانمندسازی مردم، جوامع و کشورهایی که در حال حاضر از سهم منصفانه ی خود برخوردار نیستند قرار گیرد. دانش و ابزار تغییر در دسترس است و در این گزارش نیز ارائه گشته است. چیزی که اکنون لازم است، خواست سیاسی جهت اجرایی کردن این تغییرات مشکل، اما قابل اجرا است. این امر، یک دستور کار طولانی مدت است که از همین الان آغاز می گردد و نیازمند سرمایه گذاری در همه ی طول زندگی است. عدم اقدام در این زمینه به منزله شکستی در ابعاد بزرگ در پذیرش مسئولیتی است که در دهه های آتی بر دوش مان باقی خواهد ماند.

چرا اکنون؟

سازمان جهانی بهداشت بیانیه ی الهام بخشی را، ۶۰ سال پیش یعنی در هنگام تاسیس اش صادر کرد و مجدداً در ۳۰ سال پیش در آلماتا آن را تجدید نمود. آن بیانیه ها با خواست امروز ما هماهنگ می باشند. پس چرا حالا همه چیز تغییر یافته است؟

دانش بهتر

اکنون دانش بیشتری در مورد ماهیت مسئله ی بی عدالتی در سلامت و کاری که برای برخورد با تعیین کننده های اجتماعی سلامت می توان انجام داد وجود دارد که در سطح جهان در جریان است.

توسعه بهتر

مدل غالب توسعه در حال تغییر است. اهداف توسعه هزاره (MDGs) نگرانی جهانی بی سابقه ای را در مورد ایجاد تغییرات واقعی و پایدار در زندگی مردم کشورهای فقیر، نشان می دهد. تقاضای فزاینده ای برای تبیین رویکردی جدید به توسعه اجتماعی وجود دارد، رویکردی که از تمرکز زیاد بر رشد اقتصادی فراتر رفته و بر ایجاد خوب زیستی از طریق رشد و توانمند سازی نظر می افکند (Stern, 2004).

رهبری قوی تر در امر سلامت:

همراه با کمیسیون، سازمان جهانی بهداشت تمایل خود را برای انجام کارها به صورتی متفاوت، نشان داده است. کشورهای عضو در آن به طور روز افزونی خواستار یک مدل جدید برای سلامت، از دیدگاه توجه به عدالت اجتماعی و اتکاء کمتر بر مدل مراقبت سلامتی سنتی، می باشند.

وضعیت ناپایدار موجود

اکنون چیزی که در قسمتی از جهان اتفاق می افتد، در هر گوشه ی دنیا تاثیری بر جای می گذارد - بحران های مالی، جنگ ها، حرکت های مردمی، تجارت و کار، تولید غذا و امنیت غذایی و بیماری ها. ابعاد بی عدالتی، مطلقاً ناپایدار است. تقویت خواست عدالت بشری در ابعاد جهانی، شواهد غیر قابل گریز تغییرات آب و هوایی و تخریب محیط زیست، محدودیت های آشکاری برای آینده ای که بر وضعیت موجود پایه گذاری شده است را ایجاد کرده و باعث افزایش تمایل جهانی به انجام متفاوت امور می گردد.

آیا امکان تغییر وجود دارد؟

سؤال - آیا رفع بی عدالتی سلامتی در طی یک نسل امکان پذیر است؟ - دو پاسخ آشکار وجود دارد. اگر ما به همین صورت که هستیم ادامه دهیم، هیچ گونه شانسی وجود ندارد. اگر تمایل واقعی برای تغییر وجود دارد، اگر چشم اندازی برای ایجاد جهانی بهتر و منصفانه تر، جایی که شانس زندگی مردم و سلامت آن ها دیگر به طور تصادفی در اثر محل تولد، رنگ پوست یا کمبود فرصت های قابل دسترس برای پدر و مادر آن ها تباه نگردد، وجود داشته باشد، آن گاه پاسخ عبارت است از: ما می توانیم راه زیادی را در این مورد بیماییم.

دست یابی به این چشم انداز، درخور تغییرات اساسی در سیاست های اجتماعی، شرایط اقتصادی و اقدامات سیاسی خواهد بود. در

فصل دوم

بی عدالتی در سلامت در ابعاد جهانی - نیاز به اقدام

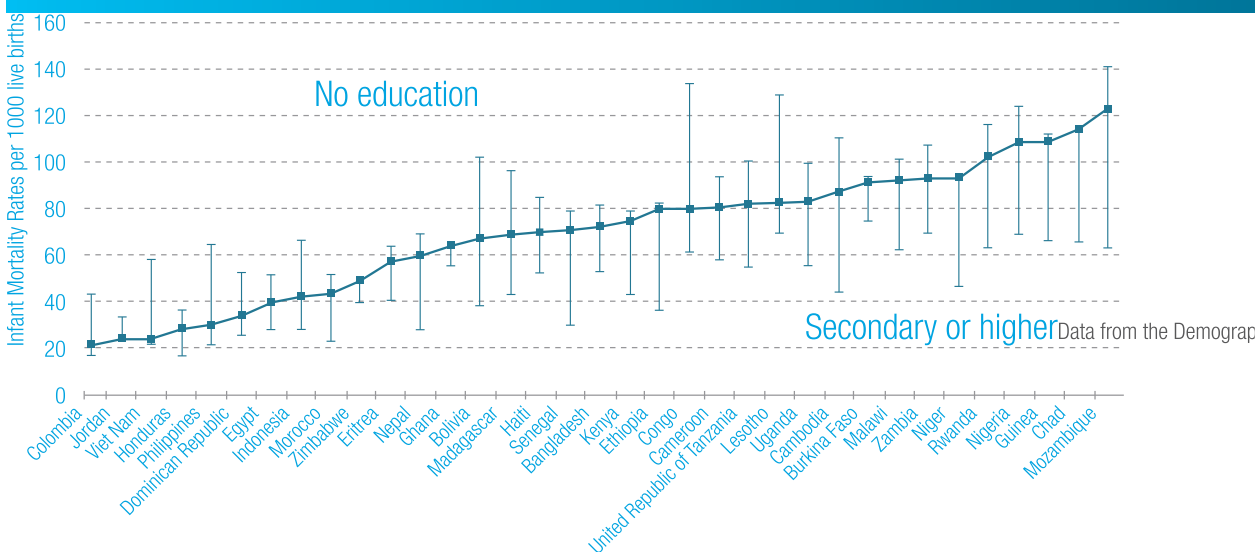
بی عدالتی در سلامت، در تمامی کشورها

«هیچ گونه شرایطی در زندگی وجود ندارد که یک فرد نتواند به آن عادت کند، به ویژه اگر او آن شرایط را توسط اطرافیان اش پذیرفته شده، ببیند» (تولستوی، ۱۸۷۷)

ما همگی به مرگ زودرس و بیماری و شرایطی که موجب آن ها می شود خو گرفته ایم. اما بیشتر بار جهانی بیماری ها و مرگ های زودرس قابل اجتناب بوده و لذا چنین وضعیتی غیر قابل پذیرش و غیر عادلانه است. عدالت در سلامت دو رشته مهم دارد: بهبود دادن میانگین سلامت کشورها و از بین بردن نابرابری های سلامتی قابل اجتناب در درون کشورها. در هر دو حالت - متوسط سلامت کشورها و توزیع آن در بین کشورها- هدف عبارت است از ارتقاء سلامتی آن هایی که در بدترین سطح هستند به سطح بهترین ها. اگر میزان مرگ و میر نوزادان (IMR) در ایسلند (WHO, 2007) به همه جهان گسترش یابد یعنی تنها دو مرگ نوزاد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده، ۶.۶ میلیون کمتر مرگ نوزاد در هر سال در دنیا رخ خواهد داد.

هنوز توزیع مرگ نوزادان هم در درون و هم در بین کشورها بسیار نابرابر است. شکل ۲.۱ تفاوت بین کشورها در مرگ و میر نوزادان از بیشتر از ۲۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده در کلمبیا تا بیشتر از ۱۲۰ در موزامبیک را نشان می دهد. همچنین این نمودار بی عدالتی های فاحشی را در درون کشورها نشان می دهد - شانس بقاء یک نوزاد، ارتباط نزدیکی با تحصیلات مادر او دارد. در بولیوی، کودکان زنان بی سواد، میزان مرگ و میری بیشتر از ۱۰۰ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده را دارند، در حالی که مرگ و میر نوزادان مادرانی که حداقل دارای تحصیلات متوسطه هستند زیر ۴۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده می باشد. تمام کشورهای ذکر شده در شکل ۲.۱، وضعیت نامطلوب بقاء کودکان متولد شده از مادران بدون تحصیلات را نشان می دهند. اگرچه تصور مرگ نوزادان کمتر از ۲ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده برای کشورهای با درآمد پایین غیر واقعی می نماید اما حداقل باید اعتراف کرد که بهبود در بقاء نوزادان به طور آشکاری با بهبود تحصیلات دختران و زنان حاصل می شود.

شکل ۲.۱: بی عدالتی در میزان های مرگ و میر نوزادان در بین و داخل کشورها بر حسب تحصیلات مادر



داده از آمارهای گردآوری شده از پیمایش های سلامت و جمعیت (DHS,nd) استخراج شده است. خطوط تیره پیوسته متوسط میزان مرگ و میر نوزادان را در کشورها نشان می دهد؛ نقاط پایانی میله ها به مرگ و میر نوزادان برای مادران بدون تحصیلات، مادران با تحصیلات متوسطه یا بالاتر اشاره دارد.



قلبی عروقی، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط روی می دهد (WHO, nd,a)

از افراد مبتلا به دیابت، ۸۰ درصد در کشورهای با درآمد پایین و متوسط زندگی می کنند. مرگ ناشی از دیابت در صورت عدم اقدام فوری، احتمالاً تا بیشتر از ۵۰ درصد در ۱۰ سال آینده افزایش می یابد (WHO, nd,c)

مشکلات سلامت روانی اهمیت روز افزونی خواهند یافت. تخمین زده می شود که اختلالات افسردگی تک قطبی دلیل پیشتاز بار بیماریها در کشورهای با درآمد بالا، در سال ۲۰۳۰ خواهد بود و در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، به ترتیب در رتبه دوم و سوم قرار خواهد گرفت (Mathers & Loncar, 2005).

ریسک مرگ مادران در طول زندگی ۱ در ۸ در افغانستان می باشد در حالی که این ریسک در سوئد ۱ در ۱۷۴۰۰ می باشد (WHO et al, 2007)

مرگ و میر مادران (در طول زندگی) در میان فقیران اندونزی نسبت به ثروتمندان، ۳ الی ۴ برابر می باشد (Graham et al. 2004). هر روزه، ۱۳۵۰۰ نفر در دنیا به دلیل مصرف تنباکو جان خود را از دست می دهند. تعداد کلی مرگ های ناشی از مصرف سیگار، در ۲۰ سال آینده از ۵ میلیون به ۸ میلیون افزایش خواهد یافت. به زودی این عامل، مهم ترین عامل مرگ در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (همان گونه که در کشورهای توسعه یافته می باشد. (Mathers & Loncar, 2005)

در سراسر جهان، الکل سبب ۱/۸ میلیون مرگ می شود (۳/۲ درصد از کل مرگ ها). آسیب های غیر عمدی به تنهایی مسئول حدود یک سوم از ۱/۸ میلیون مرگ ها هستند (WHO, nd,b).

بی عدالتی در شرایط سلامتی

امید زندگی بدو تولد (LEB)، در میان بومیان استرالیایی (۵۹/۴ سال برای مردان و ۶۴/۸ سال برای زنان در فاصله ی بین سال های ۲۰۰۱-۱۹۹۶) نسبت به سایر استرالیایی ها (۷۶/۶ سال برای مردان و ۸۲/۵ سال برای زنان در فاصله ی بین سالهای ۲۰۰۰-۱۹۹۸) به طور قابل توجهی پایین می باشد. (Aboriginal and Torres Strait Islander Social Justice Commissioner, 2005).

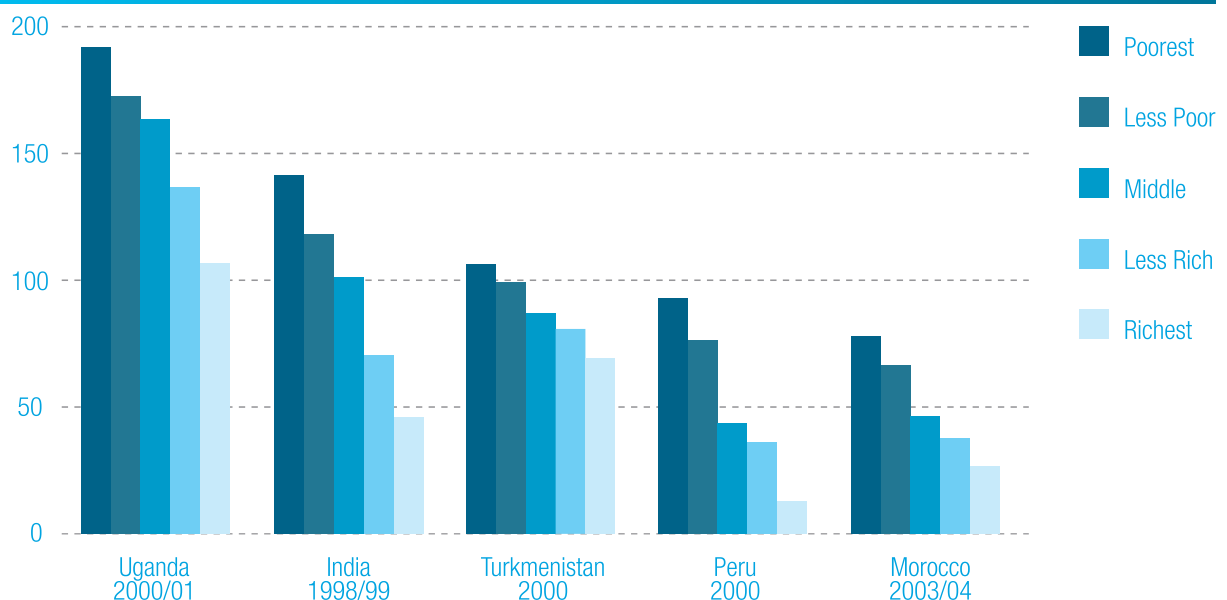
در اروپا فزونی ریسک مرگ در میان میانسالان گروه های با پایین ترین وضعیت اجتماعی اقتصادی از ۲۵ درصد تا ۵۰ درصد و حتی ۱۵۰ درصد متغیر است. (Mackenbach, 2005)

نابرابری در سلامت در میان سالمندان مسن تر، دیده می شود. شیوع ناتوانی (معلولیت) طولانی مدت مردان اروپایی مسن تر از ۸۰ سال در میان افراد کمتر تحصیل کرده، ۵۸/۸ درصد و در میان افراد با تحصیلات بالاتر، ۴۰/۲ درصد می باشد (Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003)

در امریکا، اگر میزان مرگ و میر، میان سفیدها و سیاه ها همسان می گشت، از ۸۸۶۲۰۲ مرگ بین سال های ۱۹۹۱-۲۰۰۰ جلوگیری می شد. این تعداد با ۱۷۶۶۳۳ زندگی نجات یافته که حاصل پیشرفت های پزشکی است برابری می نماید. (Woolf et al, 2004)

بیماری های قلبی عروقی (CVDs) در صدر عواملی هستند که در سطح جهانی سبب مرگ می شوند. به طور تخمینی ۱۷/۵ میلیون نفر در سال ۲۰۰۵ جان خود را به علت بیماری های قلبی عروقی از دست داده اند که بیان گر ۳۰ درصد از کل مرگ و میرها در سطح جهان است. بیشتر از ۸۰ درصد مرگ های ناشی از بیماری های

شکل ۲.۲: میزان مرگ و میر زیر ۵ سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده بر اساس سطح ثروت خانوار



Source: Gwatkin et al. (2007), using DHS data.

شیب اجتماعی تنها محدود به کشورهای فقیر تر نمی باشد. شکل ۲.۳ داده های ملی مربوط به برخی از مناطق بریتانیای کبیر (ولز و انگلستان) را برای افرادی که بر اساس محرومیت محله شان طبقه بندی شده اند، نشان می دهد. همان گونه که دیده می شود، میزان مرگ و میر به طور پیوسته همراه با درجات محرومیت تغییر می یابد (Romeri, Baker & Griffiths, 2006).

این دامنه بسیار وسیع است: تفاوت در میزان مرگ و میر بین افراد دارای بالاترین و پائین ترین میزان محرومیت، بیش از ۲/۵ برابر است.

شیب اجتماعی

در گوشه و کنار جهان، فقیرترین فقرا، بدترین وضعیت سلامت را دارا می باشند. آن هایی که در پایین ترین سطح توزیع جهانی و ملی ثروت قرار دارند، آن هایی که در درون کشورها منزوی شده و به حاشیه رانده شده اند و همچنین کشورهای بی عدالتی مداوم در قدرت و سیاست گذاری سازمان های جهانی متضرر گشته اند، نشان دهنده لزوم تمرکز عملی و اخلاقی برای اقدام است. اما تمرکز بر کسانی که حداقل را دارند یعنی شکاف بین فقیرترین ها و بقیه، تنها یک پاسخ جزئی است. شکل ۲،۲ میزان مرگ و میر زیر ۵ سال را بر اساس سطوح ثروت خانوارها نشان می دهد. پیام واضح است: رابطه بین سطح اجتماعی اقتصادی و سلامت رتبه بندی شده است. افرادی که در دومین طبقه ثروت هستند، فرزندان شان مرگ و میر بیشتری را نسبت به طبقه اول دارند. ما این را شیب اجتماعی در سلامت می نامیم. (MARMOT, 2004)

شیب اجتماعی تنها محدود به کشورهای فقیر تر نمی باشد. شکل ۲،۳ داده های ملی مربوط به برخی از مناطق بریتانیای کبیر (ولز و انگلستان) را برای افرادی که بر اساس محرومیت محله شان طبقه بندی شده اند، نشان می دهد. همان گونه که دیده می شود، میزان مرگ و میر به طور پیوسته همراه با درجات محرومیت تغییر می یابد (Romeri, Baker & Griffiths, 2006). این دامنه بسیار وسیع است: تفاوت در میزان مرگ و میر بین افراد دارای بالاترین و پائین ترین میزان محرومیت، بیش از ۲/۵ برابر است.

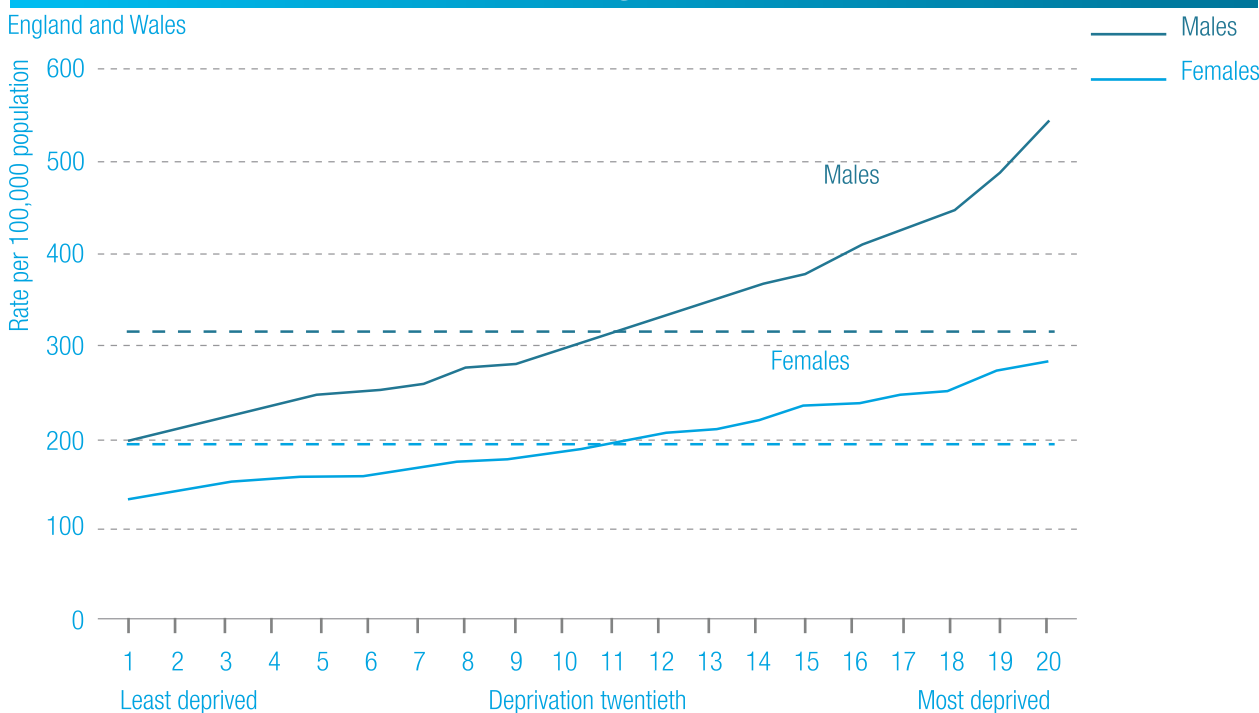
فقیرترین فقرا و شیب اجتماعی در سلامت

پیام های تلویحی شکل های ۲،۱، ۲،۲ و ۲،۳ آشکار است. لازم است به هر دو موضوع محرومیت مادی - شرایط ضعیف مادی ۴۰ درصد از جمعیت جهان که با ۲ دلار در روز یا کمتر معاش می کنند - و شیب اجتماعی سلامت که مردم کشورهای فقیر و ثروتمند را به طور مشابه تحت تاثیر قرار می دهد، بپردازیم.

فقر تنها کمبود درآمد نیست. آثار ضمنی یعنی هر دوی، شیب اجتماعی سلامت و سلامتی نامطلوب فقیرترین فقرا، همان بی عدالتی در سلامت است که در اثر توزیع نابرابر درآمد، کالاها، خدمات و همچنین شانس اداره زندگی شکوفای حاصل از آن ها، ایجاد می شود. این توزیع نابرابر به هیچ وجه یک پدیده طبیعی نیست بلکه حاصل سیاست هایی است که منافع گروهی را بر گروه های دیگر ارجحیت می دهد - منافع اقلیتی قدرتمند و ثروتمند در مقابل اکثریتی ناتوان.

افرادی که در پایین ترین سطح دامنه شکل ۲،۳ قرار دارند بر اساس استانداردهای جهانی، ثروتمند می باشند. همه آن ها با درآمد بالای ۲ دلار در روز به خوبی زندگی می کنند. آن ها آب سالمی برای نوشیدن دارند، شرایط زندگی سالمی داشته و میزان مرگ و میر نوزادان شان کمتر از ۱۰ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده می باشد. ولی هنوز هم میزان مرگ و میر بالاتری را نسبت به کسانی که در قسمت میانی این دامنه قرار دارند دارا می باشند. آن هایی که در قسمت میانی این دامنه هستند مطمئناً بر اساس مفهوم ذکر شده محروم نیستند اما آن ها هم مرگ و میر بالاتری را نسبت به کسانی که از آن ها بالاترند دارند - هرچه موقعیت اجتماعی بدتر باشد، وضعیت سلامتی وخیم تر خواهد بود. شیب در طول زمان و در بین کشورها

شکل ۲،۳: میزان های مرگ اختصاصی سنی برای تمام علل مرگ بر اساس تقسیم بندی بیستگ محرومیت، سنین ۱۵-۶۴ سال، ۱۹۹۹-۲۰۰۳، بریتانیای کبیر (والز و انگلستان)



خطوط منقطع متوسط میزان مرگ و میر برای مردان و زنان در برخی از مناطق بریتانیای کبیر (والز و انگلستان) است.



تغییر می نماید. این طور به نظر می رسد که، اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، سبب کاهش شیب اجتماعی در سلامت خواهد شد. (Marmot, 2004)

در کشورهای ثروتمند، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین به معنای تحصیلات پایین، کمبود تسهیلات رفاهی، بیکاری و عدم امنیت شغلی، شرایط کاری ضعیف، محله های نا امن همراه با تأثیرات بعدی آن ها بر زندگی خانوادگی می باشد. همه ی این موارد به علاوه بار قابل توجه محرومیت مادی و آسیب پذیری در برابر بلایای طبیعی در گروه های ضعیف اجتماعی واقع در کشورهای با درآمد پایین صادق می باشد. لذا این ابعاد شرایط نامساعد اجتماعی - یعنی این که سلامت فقیرترین افراد در کشورهای با درآمد بالا، نسبت به سلامت افراد متوسط در برخی از کشورهای با درآمد پایین، تنها در برخی موارد خاص، بدتر است - برای سلامت اهمیت بسیار دارد (جدول ۲،۱).

همان گونه که داده های زیر نشان می دهد، بی عدالتی در سلامت، در تمامی کشورهای جهان، یک نگرانی محسوب می گردد. فوریت این مسئله با این حقیقت ترکیب گشته است که، شکل مشکلات سلامتی که کشورها با آن روبرویند و نیازمند راه حل هایی برای آن ها هستند، به سوی هم گرایشی سوق می کند.

در حالی که فقیرترین کشورها، بار بالایی از بیماری های مسری به علاوه بیماری های غیر مسری و جراحات را دارا می باشند، اما در بقیه ی بخش های دنیا بیماری های غیر مسری هنوز هم غالب می باشند. (WHO, 2005) عوامل موثر بر بیماری های قلب، سرطان و دیابت، در هر جایی که این بیماری ها روی می دهند یکسان است. لذا، اقدام لازم برای مبارزه با آن ها نیز، احتمالاً در کشورهای فقیر و ثروتمند مشابه است. تصویر جهانی بیماری های مسری و غیر مسری، نیاز به یک چهارچوب منسجم برای اقدام جهانی بر سلامت را گوشزد می نماید.

جدول ۲.۱: امید زندگی مردان، بی عدالتی ها در بین و در میان کشورها - کشورهای منتخب

امید زندگی در بدو تولد	مکان
۵۴	بریتانیا، اسکاتلند و گلاسکو (کالتون)
۶۲	هند
۶۳	آمریکا، واشنگتن دی سی (سیاهپوستان)
۶۴	فیلیپین
۶۵	لیتوانیا
۷۱	لهستان
۷۲	مکزیک
۷۵	ایالات متحده
۷۵	کوبا
۷۷	بریتانیا
۷۹	ژاپن
۷۹	ایسلند
۸۰	ایالات متحده، استان مونتگومری (سفیدپوستان)
۸۲	بریتانیا، اسکاتلند، گلاسکو (لنزی.ان)

سطح تحصيلات چقدر سریع می تواند به سمت بدتر شدن تغییر نماید.

بنا نهادن بر پایه های استوار: تجربه تاریخی

قرار دادن اقدام جهانی برای عدالت در سلامت تحت سرفصل تعیین کننده های اجتماعی سلامت موضوعی جدید است، ولی ایده هایی که در پشت سر آن وجود دارند چنین نیستند. تحت هر اسم و نامی که باشد، تجربه ای طولانی در ارتباط با نگرانی های کنونی ما وجود دارد. در میان کشورها، اقدامات جمعی همچون آزادی زنان، حق رای همگانی، جنبش های کارگری و جنبش های مربوط به حقوق مدنی، همگی به بهبود شرایط کار و زندگی میلیون ها نفر از مردم جهان کمک کرده است. گرچه چنین حرکت هایی صراحتاً با سلامت ارتباطی ندارند اما توانایی افراد را در سراسر جهان ارتقاء داده و سبب اداره یک زندگی شکوفا گشته اند.

سلامت بالای کشورهای نوردیک مدت زیادی است که توجهات را به خود جلب کرده است. تحلیل بهبود سلامت کشورهای نوردیک از نیمه دوم قرن نوزدهم بر اهمیت حقوق مدنی، سیاسی و اجتماعی تأکید می کند. (Lundberg et al, 2007) ویژگی مهم تجربه کشورهای نوردیک شامل تعهد به سیاست های متخصصین جهانی است که پایه ریزی آن بر اساس برابری در حق بهره گیری از مزایا و خدمات، اشتغال کامل، عدالت جنسیتی و سطوح پایین انزوای اجتماعی می باشد. همه موارد ذکر شده به توزیع نسبتاً متراکم درآمدها و عدم وجود تفاوت های فاحش در استانداردهای زندگی در بین افراد و گروه های جمعیتی مربوط می شود.

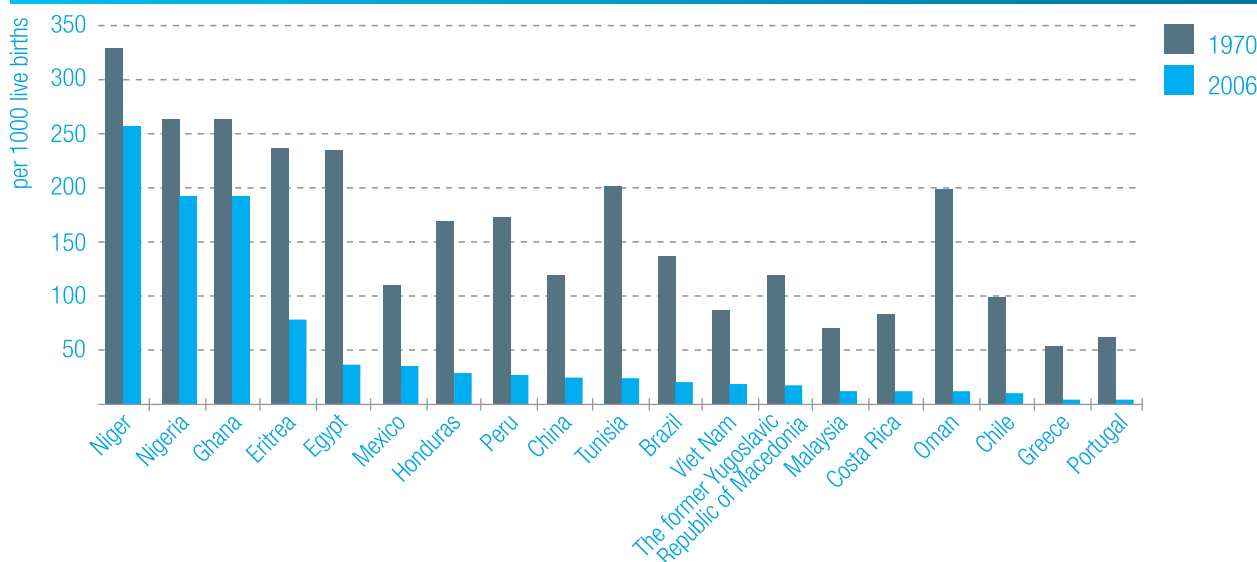
برخی از کشورهای کم درآمد همچون کاستاریکا، چین، هند (ایالت

آیا رفع بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل امکان پذیر است؟

تفاوت های موجود در سلامت که در بالا نشان داده شد به قدری وسیع اند که باورپذیری رفع بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل را مشکل می نماید. حقیقت این است که سلامت می تواند در دوره زمانی بسیار کوتاهی به طور قابل توجهی تغییر نماید. داده ها نشان می دهند که با برقراری عدالت در سلامت، مواردی که می توانند به سوی وخیم تر شدن بروند، بهبود می یابند. مرگ و میر کودکان ۵۰ در ۱۰۰۰، به طور غیر قابل قبولی بسیار بالا است. این همان شرایطی است که ۴۰ سال پیش در پرتغال و یونان حاکم بود (شکل ۲،۴). در حالی که گزارشات اخیر، وضعیت مرگ و میر آن ها را تنها کمی بالاتر از ایسلند، ژاپن و سوئد نشان می دهد. احتمالاً مصر جالب ترین نمونه ی تغییر سریع از میزان مرگ و میر ۲۳۵ در ۱۰۰۰ به ۳۵ در ۱۰۰۰ در طی ۴۰ سال می باشد. هم اکنون میزان مرگ و میر در مصر کمتر از این میزان در یونان و پرتغال در ۴۰ سال پیش می باشد.

اگرچه این موارد با سرعت قابل توجهی می توانند بهبود یابند، با سرعت بالایی نیز می توانند وخیم گردند. در دوره ای ۳۰ ساله مابین ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۰، مرگ و میر نوزادان هم در اتحاد شوروی و هم در سنگاپور کاهش یافته بود. اما امید زندگی بدو تولد به میزان ۱۰ سال در سنگاپور افزایش یافت در حالی که به میزان ۴ سال در روسیه کاهش یافت. این واگرایی به دلیل افزایش مرگ و میر بزرگسالان در روسیه اتفاق افتاد که خود به دلیل تغییرات سریع در سیستم های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی از ۱۹۹۲ به بعد می باشد. شکل ۲،۵ نشان می دهد که بزرگ نمائی شیب اجتماعی سلامت با توجه به

شکل ۲،۴: میزان مرگ و میر زیر ۵ سال به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده، کشورهای منتخب، ۱۹۷۰ و ۲۰۰۶



Source: (UNICEF, 2007c)

اگرچه این موارد با سرعت قابل توجهی می توانند بهبود یابند، با سرعت بالایی نیز می توانند وخیم گردند. در دوره ای ۳۰ ساله مابین ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۰، مرگ و میر نوزادان هم در اتحاد شوروی و هم در سنگاپور کاهش یافته بود. اما امید زندگی بدو تولد به میزان ۱۰ سال در سنگاپور افزایش یافت در حالی که به میزان ۴ سال در روسیه کاهش یافت. این واگرایی به دلیل افزایش مرگ و میر بزرگسالان در روسیه اتفاق افتاد که خود به دلیل تغییرات سریع در سیستم های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی از ۱۹۹۲ به بعد می باشد. شکل ۲،۵ نشان می دهد که بزرگ نمائی شیب اجتماعی سلامت با توجه به سطح تحصيلات چقدر سریع می تواند به سمت بدتر شدن تغییر نماید.



گرچه در دهه های گذشته، مدلی اجتماعی از سلامت اغلب در عمل مشاهده نگردیده است (Irwin & Scali 2005). نه اقدامات بین بخشی (ISA) و نه مراقبت های اولیه سلامتی جامع هیچ یک به طور واقعی به اجرا در نیامده اند. تحت فشار بسته جهانی رایج سیاست های اقتصادی مبتنی بر بازار که شامل کاهش عمده در نقش دولت و همچنین کاهش صرف هزینه و سرمایه گذاری توسط بخش عمومی است، مدل متفاوتی از توسعه از دهه ۱۹۸۰ مد نظر قرار گرفت. این مدل، هدف انتقادهای صحیح زیادی قرار گرفته است. به دنبال اجماع واشنگتن، برنامه های تطبیقی ساختاری - در قالب سایر برنامه و سیاست ها- برای حل مشکلات اجتماعی که آسیب زایی آن ها اثبات شده، اتکای بیش از اندازه ای بر بازار داشته و دارند. این نکته قابل توجه است که مجموعه اصول اقتصادی که در کشورهای کم درآمد گسترش یافته اند، مشابه آن هایی که در کشورهای با درآمد بالا پیگیری می شوند، نبوده اند.

(Stiglitz, 2002; Stiglitz, 2006)

حامیان سلامت برای همه (HFA) از میدان کنار نکشیده اند. آن ها هنوز هم در گوشه و کنار دنیا پر تعداد و فعال هستند. در واقع مراقبت های اولیه سلامتی نقش اصلی را در دستور کار فعلی سازمان جهانی بهداشت داشته و مرکز توجه گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۸ می باشد. منشور ارتقا سلامت اوتاوا در سال ۱۹۸۶ و فرم جدید آن در بانکوک ۲۰۰، نگاهی جهانی به اقدام بر سلامت عمومی و اهمیت رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی را اتخاذ کرده است. (WHO, 1986; Catford, 2005) جنبش پزشکی اجتماعی آمریکای

لاتین، مراقبت های اولیه اجتماع محور که در آفریقای جنوبی قبل

از آپارتاید آغاز گشت (Kark & Kark, 1983) و به کانادا، اسرائیل،

ایالت متحده آمریکا و بریتانیا (ولز) (Abramson, 1988)، اشاعه

یافت، جنبش سلامت اجتماع محور در ایالات متحده

(Geiger, 1984; Geiger, 2002; Davis et al, 1999)

و کانادا (Hutchison, Abelson & Lavis, 2001)

و استرالیا (Baum, Fry & Lennie, 1992; Baum, 1995)

کرالا) و سریلانکا به سطح سلامت مطلوب، فراتر از تمامی نسبت های قابل انتظار بر اساس سطح درآمد ملی شان دست یافته اند. این موضوع قویاً بیان می دارد که سلامت خوب و عادلانه به سطح بالای ثروت ملی بستگی ندارد.

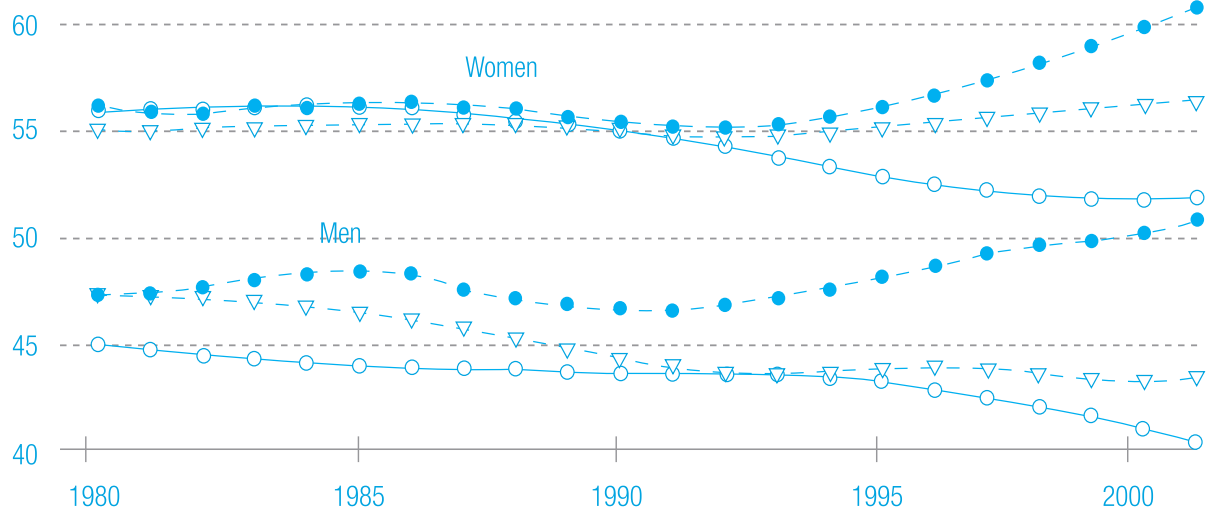
کوبا نمونه ای دیگر است. درس هایی که باید از این کشورها آموخت، بر اهمیت ۵ فاکتور سیاسی مشترک تأکید دارد:

(Irwin & Scali, 2005)

- تعهد تاریخی به سلامت به عنوان یک آرمان اجتماعی
- جهت گیری به سوی رفاه اجتماعی در توسعه
- مشارکت اجتماعی در فرآیندهای تصمیم گیری مربوط به سلامت
- پوشش همگانی خدمات سلامتی برای تمامی گروه های اجتماعی
- ارتباطات بین بخشی برای سلامت

سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۹۴۸ تشکیل شد، چشم انداز جدیدی را در سلامت جهانی برگزید که سلامت را به عنوان: حالتی از خوب زیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها نداشتن بیماری و معلولیت تعریف می نماید. ۳۰ سال بعد در سال ۱۹۷۸، جمعی از ملل در آلمانا گرد هم آمدند، در آن جا مدیرکل، ژنرال هالفرا ن ماهر، چشم انداز خود را برای سلامت معرفی کرد که عبارت بود از "سلامت برای همه (HFA)، به همان اندازه که به حل مشکلات صرفاً پزشکی می پردازد، به معنی برداشتن همه ی موانع بر سر راه سلامت نیز هست". اعلامیه آلمانا (WHO, Unicef, 1978) مراقبت های اولیه سلامتی (PHC) را به عنوان ابزار اصلی خود برای سلامت منصفانه و خوب جهانی، اشاعه داد - که این امر نه تنها شامل خدمات سلامتی در سطح مراقبت اولیه (که البته دارای اهمیت است) می باشد، بلکه یک مدل سیستم سلامتی است که بر عوامل زیر بنایی سیاسی، اجتماعی و اقتصادی سلامت نامطلوب نیز عمل می کند.

شکل ۲.۵: روند امید زندگی در مردان و زنان در سن ۲۰ سالگی بر حسب تحصیلات، روسیه



Educational attainment: ○ elementary (open circles), ▽ intermediate (triangles), and ● university (filled circles).

Reprinted, with permission of the publisher, from Murphy et al. (2006).



کارکنان سلامتی روستا (Sanders, 1985) و جنبش سلامت مردم و عقیده عمومی درباره حق سلامت و چشم انداز گسترده اجتماعی اهداف توسعه هزاره (MDGs)، همگی اهمیت کانونی سلامت، نیاز به اقدام اجتماعی و مشارکتی بر سلامت و ارزش انسانی عدالت در سلامت را مورد تأکید مجدد قرار می دهند (Tajer, 2003; PHM, 2000; UN2000a, UN2000b)

کمیسیون به مقدار زیادی مدیون این جنبش ها بوده و بر اساس دستاوردها و چشم اندازهای مداوم آن ها ساخته می شود.



فصل سوم

علل و راه حل ها

شکی وجود ندارد که تفاوت های موجود در امر سلامت، در بین و در درون کشورها به سرعت می توانند تغییر یابند. برطبق قضاوت ما این فرآیند تغییر می تواند با ترتیبات اجتماعی و اقتصادی بهتر، مورد تشویق و ترغیب قرار گیرد.





همچنین بخش سلامت، نقش رهبری و حمایتی را در تدوین سیاست‌هایی که با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سروکار دارند، بازی خواهد کرد. البته، کمبود مراقبت‌های سلامتی دلیل این بار عظیم بیماری‌ها در جهان نمی‌باشند؛ بیماری‌های منتقله از آب به دلیل کمبود آنتی‌بیوتیک ایجاد نمی‌گردد بلکه به دلیل آب آلوده و به دلیل نیروهای سیاسی، اجتماعی و اقتصادی است که در فراهم نمودن آب سالم برای همگان قصور کرده‌اند؛ بیماری‌های قلبی ناشی از کمبود بخش‌های مراقبت کرونری (CCU) نیستند، بلکه عامل آن روش زندگی مردم است، که تحت تأثیر محیط‌هایی که در آن زندگی می‌کنند شکل گرفته است. چاقی به دلیل قصور از جانب افراد ایجاد نمی‌گردد بلکه دسترسی بیش از اندازه به غذاهای پرچرب و قندی عامل آن است. بنابراین مهم‌ترین اقدام بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، باید از بخش‌های خارج از بخش سلامت منشاء گیرد.

در نظر گرفتن سلامت و توزیع منصفانه آن به عنوان نشان‌گر توسعه اقتصادی و اجتماعی، معانی ضمنی عمیقی را به همراه دارد. جایی که سیاست‌ها - در هر حیطة ای - قصد بهبود خوب زیستی افراد را دارند، سلامت، معیار موفقیت آن سیاست‌ها می‌باشد. عدالت در سلامت مقیاسی برای نشان دادن درجه توفیق این سیاست‌ها در توزیع منصفانه خوب زیستی است. یک گروه از توصیه‌های کمیسیون متوجه شرايطی است که مردم در آن شرایط متولد می‌شوند، رشد، زندگی و کار می‌کنند و پیر می‌شوند. اما باید توجه داشت که زندگی مردم توسط مجموعه وسیع تری از نیروها شکل می‌گیرد: سیاست، اقتصاد و سیاست‌های اجتماعی، از آن جمله‌اند. در نتیجه، این موارد نیز باید مورد توجه قرار گیرند و بیشتر گزارشات و پیشنهادات کمیسیون به این امر می‌پردازند. ما بیان داشتیم که ترکیب مسمومی از سیاست‌های ضعیف اجتماعی، اقتصاد غیر منصفانه و سیاست‌های بد، مسئول عمده بی‌عدالتی در سلامت می‌باشند. در کشورهای کم‌درآمد و همچنین در برخی اجتماعات فقیر در درون کشورهای ثروتمند، این موارد به محرومیت مادی تفسیر شده‌اند که عبارت از کمبود امکانات مادی برای یک زندگی شایسته می‌باشد. کسی نیست که محلات فقیر نشینی که ۱ میلیارد نفر از مردم جهان را سکنی می‌دهد را تجربه کرده باشد و کسی نیست که عدم توفیق برای معاش اقتصادی فقرای روستاهای جهان را شاهد بوده باشد و در اهمیت مبارزه با فقر شک نماید. این ترکیب سمی و مضر، مسئول شیب اجتماعی سلامت نیز می‌باشد که حتی برای کسانی که بالاتر از سطح محرومیت مالی قرار دارند ولی هنوز از کمبود سایر کالاها و خدمات ضروری به منظور داشتن یک زندگی شکوفا رنج می‌برند.

عوامل ساختاری بی‌عدالتی‌های سلامتی:

پنجک بالایی جمعیت جهان - در کشورهای ثروتمند - از ۸۲ درصد تجارت صادرات درحال گسترش و ۶۸ درصد سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی بهره‌مند هستند و این درحالی است که پنجک پایینی به ندرت بیشتر از ۱ درصد نصیب می‌برند. (UNDP, 1999)

در سال ۱۹۹۹، جهان در حال توسعه برای هر ۱ دلار آمریکا دریافت شده به عنوان کمک، معادل ۱۳ دلار آمریکا پرداخت کردند (World Bank, 1999).

۸۶ درصد از کالاهای جهان توسط فقط ۲۰ درصد از جمعیت ملل توسعه یافته، مصرف می‌شود (UNDP, 1998)

در سال ۱۹۹۷، بحران مالی شرق آسیا توسط جریان‌های معکوس

سیاست گذاری‌های اجتماعی، اقتصاد و سیاست‌های که مردم را در مرکز توجه قرار می‌دهند

ایجاد شرايطی که در آن افراد بتوانند زندگی شکوفایی را داشته باشند در کانون توجه و نگرانی ما قرار دارد. مردم، نیازمند شرایط مادی هستند تا زندگی شکوفایی داشته باشند، آن‌ها باید بر زندگی خود کنترل داشته باشند و همچنین مردم، جوامع و کشورها نیازمند حق بیان مواضع سیاسی خود می‌باشند (Sen, 1999). حکومت‌ها می‌توانند شرايطی را برای سلامت خوب و عادلانه از طریق استفاده دقیق از سیاست‌ها و قوانین اجتماعی و اقتصادی ایجاد نمایند. دست‌یابی به عدالت در سلامت نیازمند اقدام همه‌بخش‌های حکومت تحت حمایت فضای سیاسی بین‌المللی است که در کنار رشد اقتصادی، توسعه اجتماعی کل‌نگر را ارزشمند تلقی می‌کند. گرچه پول به تنهایی همه راه حل نیست ولی بسیار حیاتی و مهم می‌باشد. وزیر دارایی ممکن است تأثیر بیشتری بر عدالت در سلامت نسبت به وزیر سلامت داشته باشد و معماری مالی جهانی بیشتر از حمایت‌های بین‌المللی بر مراقبت سلامتی موثر می‌باشد. اما این تنها حکومت نیست که باید اقدامی انجام دهد. درجایی که حکومت دارای کمبود در ظرفیت‌ها یا کمبود در عزم سیاسی است، باید حمایت‌های فنی و مالی بیرونی و فشاری از جانب حرکت‌های مردمی، وجود داشته باشد. هنگامی که مردم سازمان‌دهی شده دور هم جمع می‌شوند و سازمان‌ها و نهضت‌ها را تشکیل می‌دهند، حکومت‌ها و سیاست‌گذاران از طریق سیاست‌گذاری‌های اجتماعی پاسخ می‌دهند.

بی‌عدالتی در شرایط زندگی روزانه

از ۳ میلیارد مردمی که در محیط‌های شهری زندگی می‌کنند حدود ۱ میلیارد نفر در محلات فقیرنشین و حاشیه‌شهرها زندگی می‌کنند. در بیشتر کشورهای آفریقایی، اکثریت قریب به اتفاق جمعیت شهری در محله‌های فقیرنشین زندگی می‌نمایند. در کنیا، برای مثال ۷۱ درصد از جمعیت شهری در محلات فقیرنشین زندگی می‌کنند. در اتیوپی این میزان ۹۹ درصد است. این در حالی است که تنها حدود ۲۰-۱۰ سال برای دو برابر شدن جمعیت شهری در اکثر کشورهای آفریقایی زمان لازم است (World Bank, 2006b)

نیمی از جمعیت روستایی در موزامبیک، برای دسترسی به آب باید بیشتر از ۳۰ دقیقه پیاده روی نمایند و تنها حدود ۵ درصد از جمعیت روستایی، به آب لوله‌کشی دسترسی دارند (DHS, nd).

حدود ۱۲۶ میلیون کودک ۱۷-۵ ساله در شرایط کاری پر مخاطره مشغول به کار می‌باشند. (UNICEF, nd,a)

در هند ۸۶ درصد از زنان و ۸۳ درصد از مردانی که در بخش‌هایی خارج از بخش کشاورزی مشغول به کار شده‌اند، در بخش غیر رسمی شاغل می‌باشند (ILO, 2002).

در منطقه آفریقا، پوشش حمایت درآمدی سالمندان، کمتر از ۱۰ درصد نیروی کار می‌باشد (ILO, nd).

بیشتر از ۹۰۰ پزشک و ۲۲۰۰ پرستار تربیت شده در غنا، در کشورهای پر درآمد مشغول به کار می‌باشند. غنا برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۰/۹۲ پرستار دارد که این رقم در بریتانیا بیشتر از ۱۳ برابر است. (WHO, 2006)

البته نیاز به مشارکت با بخش سلامت، هم در برنامه‌های کنترل بیماری‌ها و هم در توسعه سیستم‌های سلامتی، وجود دارد. احتمالاً توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت که مراقبت سلامتی را هم شامل می‌گردد، خدمات سلامتی را موثرتر خواهند کرد.



اهمیت سیاست های اجتماعی مناسبی که بر آموزش، به ویژه برای دختران و زنان، تاکید می کنند را می توان نام برد. رشد اقتصادی، فرصت تامین منابع برای سرمایه گذاری در زندگی افراد را فراهم می آورد. اما رشد تنها، بدون سیاست های اجتماعی مناسب، هیچ سودی برای سلامت در بر ندارد. آنگوس دیتون اقتصاددان هشدار می دهد که "رشد اقتصادی بسیار مطلوب است زیرا که بیشتر جمعیت جهان را از فقر مادی جانکاه و طاقت فرسا نجات می دهد. اما رشد اقتصادی به تنهایی، حداقل در یک زمان قابل قبول، برای بهبود وضعیت سلامت مردم کافی نخواهد بود. تا وقتی که سلامت مورد توجه است، بازار به تنهایی جایگزینی برای اقدام جمعی نمی باشد" (Deaton, 2006a; Deaton, 2006b). رشد همراه با توزیع عادلانه منافع در بین جمعیت است که کلید این مشکل است. اقدام جمعی ممکن است مستلزم ایجاد موسسات اجتماعی و اتخاذ قوانینی باشد که هم نیاز افراد برای مسکن، آموزش، غذا، حمایت شغلی، حفاظت از محیط زیست، درمان و تامین اجتماعی را فراهم کند و هم نواقص بازار را نیز تصحیح نماید. (Stiglitz, 2006)

رشد اقتصادی و توزیع آن

برای هر کشوری، به ویژه برای کشورهای کم درآمد (البته جای بحث هم دارد)، رشد اقتصادی امکان مزایای زیادی را فراهم می کند. البته تاکنون رشد جهانی کلانی در ثروت، فن آوری و استانداردهای زندگی حاصل گشته است. مسئله ی دنیای کنونی این نیست که آیا نیاز به رشد اقتصادی بیشتر برای رفع فقر و دست یابی به اهداف توسعه هزاره وجود دارد. که برای اقدام به آن ها ثروت و درآمد به وفور وجود دارد. بلکه مسئله چگونگی توزیع و استفاده از آن ها می باشد.

اولاً، مزایای رشد اقتصادی در طول ۲۵ سال گذشته - دوره جهانی شدن سریع - به طور نابرابری بین کشورها تقسیم گشته است. جدول ۳، نشان می دهد که در سال ۱۹۸۰، درآمد ناخالص ملی ثروتمندترین کشورها که ۱۰ درصد از جمعیت دنیا را دارا بودند، ۶۰ برابر فقیرترین کشورها با دارا بودن ۱۰ درصد کل جمعیت دنیا بود. تا سال ۲۰۰۵ این نسبت به ۱۲۲ برابر افزایش یافت.

ثانیاً، روند کمک های بین المللی، که به نوبه خود بسیار ناکافی و پایین تر از سطوح قول داده شده توسط کشورهای اهدا کننده عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD) در سال ۱۹۷۰ می باشند - و در مقایسه با بزرگی میزان تعهدات بسیاری از کشورهای فقیر در بازپرداخت وام ها، کوچک و بی اهمیت به نظر می رسند

سرمایه ای، چیزی در حدود ۱۰۵ میلیارد دلار آمریکا، ایجاد شد که اگرچه در سطوح جهانی مقدار نسبتاً کمی است اما برابر ۱۰ درصد از تولید ناخالص ملی (GDP) همه منطقه بود. از آن به بعد شوک های مشابهی، روسیه و برزیل را نیز تحت تاثیر قرار داده است. (ODI, 1999)

از سال ۱۹۹۰، تخصیصات به طور مستقیم جان ۳/۶ میلیون نفر را گرفته است (UNICEF, 2004). سودان ۵/۴ میلیون، کلمبیا ۳ میلیون، اوگاندا ۲ میلیون، کونگو ۱/۷ میلیون و عراق ۱/۳ میلیون آواره داخلی دارند (UNHCR, 2005)

بسیاری از کشورها برای مسائل نظامی بیشتر از سلامت خرج می نمایند. اریتره که نمونه افراطی آن است، ۲۴ درصد از تولید ناخالص داخلی را روی مسائل نظامی و تنها ۲ درصد را برای سلامت خرج می نماید. پاکستان کشوری است که هزینه نظامی اش بیشتر از مجموع هزینه های سلامتی و آموزشی اش می باشد (UNDP, 2007) هر گاو اروپایی یارانه ای بیش از ۲ دلار آمریکا را روزانه جذب می کند، که بیشتر از درآمد روزانه نیمی از جمعیت جهان است. این یارانه ها برای مالیات دهندگان عضو اتحادیه اروپا دو و نیم میلیارد در سال تمام می شود. نیمی از این پول صرف یارانه های صادرات می شود، که نتیجه اش تخریب بازار در کشورهای کم درآمد است. (OXFAM, 2002)

رشد اقتصادی و سیاست های اجتماعی

ثروت، اهمیت زیادی برای سلامت دارد. رابطه درآمد ملی با امید زندگی بدو تولد در شکل ۳،۱ نشان داده شده است - منحنی پرستون. (Deaton, 2003; Deaton, 2004) در سطوح پایین درآمد ملی، رابطه ای جدی بین درآمد و امید زندگی بدو تولد وجود دارد. که این امر با مزایای رشد اقتصادی که سبب بهبود شانس زندگی و سلامت می گردد، سازگار است. ولی باید دقت داشت که در این جا دو توضیح بسیار مهم وجود دارد. اولاً، در سطوح بالاتر درآمد، یعنی حدود بالاتر از ۵۰۰۰ دلار با قدرت خرید برابر (purchasing power parity)، رابطه کمی بین درآمد ملی و امید زندگی بدو تولد وجود دارد.

ثانیاً، در اطراف خط، تفاوت های زیادی وجود دارد. همان گونه که قبلاً توضیح داده شد، مثال های قابل توجهی از این قبیل - کاستاریکا، هند (کرالا)، سریلانگا - از دست یابی کشورها و ایالت های نسبتاً فقیر به سطوح بالای سلامتی بدون مزیت ثروت بالای ملی، وجود دارد. از میان درس های آموخته شده از این کشورها،

کادر ۳.۱: بی عدالتی و مردم بومی - اثرات ترکیب مسموم سیاست ها

مردم بومی در سر تا سر دنیا، در معرض خطر از دست دادن همیشگی سرزمین، زبان، فرهنگ و معیشت شان، بدون رضایت یا کنترل خودشان می باشند. این از دست دادن دائمی، با وضعیت جمعیت های مهاجری که زبان و فرهنگ شان در کشور خودشان (کشور مبدأ) حفظ خواهد شد، متفاوت است. مردمان بومی به لحاظ فرهنگی، تاریخی، بوم شناختی، جغرافیایی و سیاسی با توجه به ملیت و اصالت اجدادشان و استفاده و تصرف زمین توسط آن ها، بی نظیر و منحصر به فرد هستند. استعمار، سبب قلمرو زدایی گشته و ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را بدون مشورت، موافقت و حق انتخاب افراد بومی، به آن ها تحمیل کرده است. زندگی مردم بومی با قوانین و مقررات خاص و ویژه ای اداره می شود که جهت هیچ یک از دیگر اعضاء جوامع مدنی استفاده نمی شود. مردم بومی به زندگی خود در سرزمین های مجزا یا محصور ادامه داده و اغلب در قلب تقسیم بندی های حقوقی بین سطوح حکومتی، به ویژه در جاهایی که نگرانی در مورد دست یابی به تخصیصات مالی، برنامه ها و خدمات وجود دارد، قرار دارند. لذا، مردم بومی وضعیتی متمایز و نیازهایی خاص در مقایسه با سایرین دارند. از این رو وضعیت منحصر به فرد مردم بومی باید جدا از مباحث معمول و جهانی انزوای اجتماعی، مورد توجه قرار گیرد.

می گیرد. اما همین محاسبه سرانگشتی و ساده نشان می دهد که کمبود جهانی پول وجود ندارد.

ثالثاً، نابرابری درآمدی نه تنها بین کشورها بلکه درون کشورها نیز مطرح می باشد. در ۱۵ سال اخیر روند داشتن سهم در مصرف ملی، برای فقیرترین پنجم جامعه در بسیاری از کشورها، رو به کاهش بوده است (MDG. Report, 2007). بحث مفصلی در مورد این که آیا نابرابری درآمدی به نوبه خود عامل موثری در سطح سلامت یک کشور می باشد یا نه، وجود داشته است.

(Wilkinson, 1996; Deaton, 2003)

به هر حال، نابرابری درآمدی نشان گری از توزیع نابرابر کالاها و خدمات می باشد. لذا، توجه تجربی بسیار قوی برای نگرانی درباره نابرابری های درآمدی وجود دارد. حکومت ها این قدرت را دارند که اثرات نابرابری درآمدی قبل از پرداخت مالیات را کاهش دهند. شکل ۳،۲ اثرات سیاست ها را بر فقر در برخی از کشورهای با درآمد بالا نشان می دهد. (Lundberg et al, 2007). در این مطالعه تعریف نسبی فقر، میزان کمتر از ۶۰ درصد درآمد میانه می باشد و نشان

(UNDESA, 2006). نتیجه این که در اکثر اوقات، جریان هایی از خروج منابع مالی از طرف کشورهای فقیر به سمت کشورهای غنی وجود دارد که اعلام زنگ خطر می باشد. این جریان های مالی به نوبه خود در قیاس با حجم های وسیع جریان سرمایه در بازارهای مالی جهانی با نرخ روزانه حدود ۳/۲ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۷، ناچیز می باشند (HIFX, 2007). این انتقال سرمایه با پتانسیل زیادی، توسعه اقتصادی اجتماعی کشورهای با درآمد پائین و متوسط را مختل می کند.

محاسبه شده است که هزینه ارتقاء وضعیت ۴۰ درصد جمعیت دنیا که هم اکنون زیر خط فقر - دو دلار در روز - زندگی می کنند به بالای خط فقر، حدود ۳۰۰ میلیارد دلار در سال می باشد که کمتر از ۱ درصد درآمد ناخالص ملی کشورهای با درآمد بالا می باشد (Pogge, 2008). در سرتاسر این گزارش، این موضوع که پول به تنهایی نکته اصلی و مرکزی نیست، را مورد توجه قرار خواهیم داد. اصل مهم تر، شیوه ای است که پول برای توزیع منصفانه کالاها و خدمات و ساختن نهادها در کشورهای کم درآمد مورد استفاده قرار

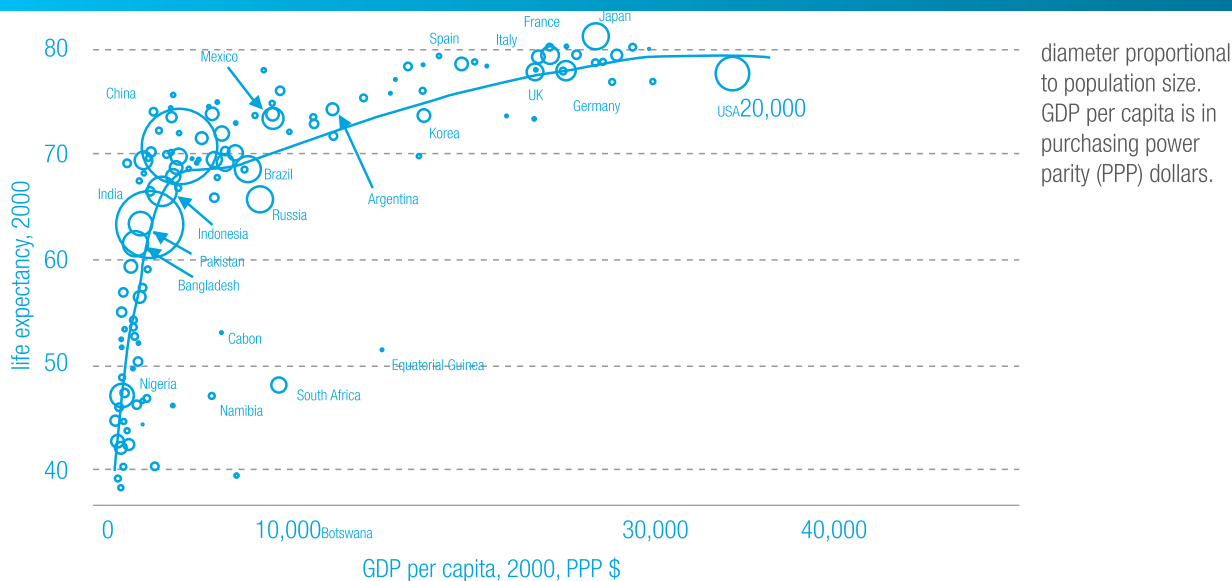
جدول ۳.۱: افزایش نابرابری درآمدی بین کشورها (درآمد ناخالص ملی سرانه به دلار آمریکا)

سال	ثروتمندترین کشورها*	فقیرترین کشورها	نسبت
۱۹۸۰	۱۱۸۴۰ دلار آمریکا	۱۹۶ دلار آمریکا	۶۰
۲۰۰۰	۳۱۵۲۲ دلار آمریکا	۲۷۴ دلار آمریکا	۱۱۵
۲۰۰۵	۴۰۷۳۰ دلار آمریکا	۳۳۴ دلار آمریکا	۱۲۲

* ۱۰ درصد جمعیت دنیا را در بر می گیرد. داده گردآوری شده در جدول ۱ در گزارشات توسعه جهانی بانک جهانی برای سال های ۱۹۸۲، ۲۰۰۲ و به طور تخمینی ۲۰۰۷ و میزان های تغییر بازار در سال های اخیر گزارش می شوند. نسبت های بین این مقادیر در این اشکال که به دلار آمریکا بیان گردیده است در طی سال های مذکور قابل مقایسه با یکدیگرند.

Reprinted, with permission of the publisher, from Pogge (2008).

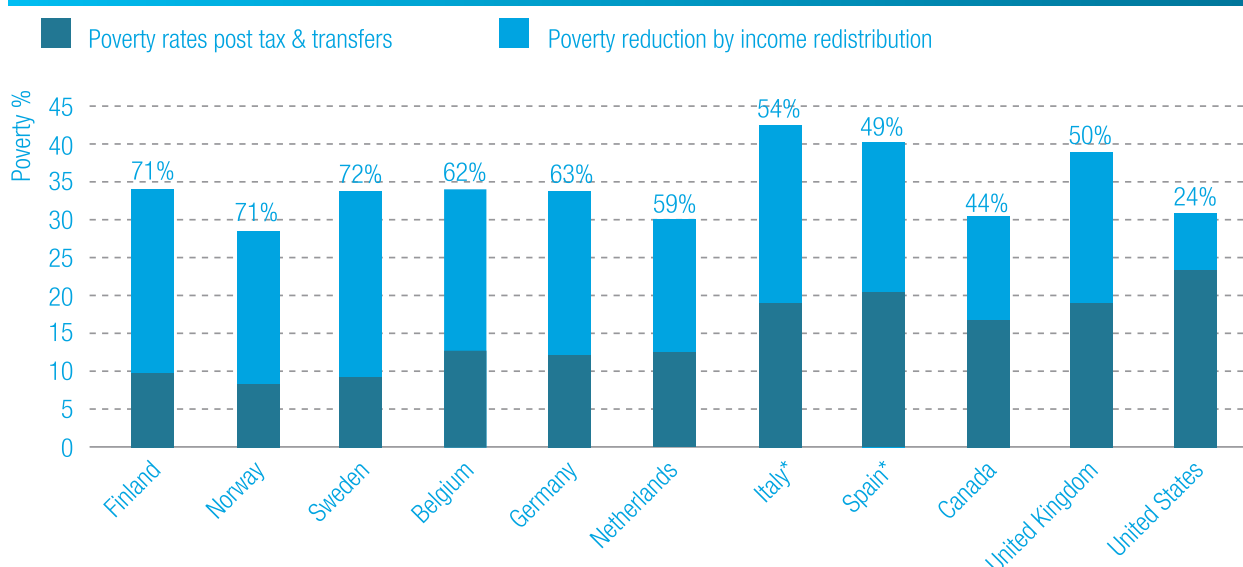
شکل ۳.۱: منحنی پرستون در سال ۲۰۰۰



می دهد که در کشورهای نوردیک سیاست های مالیاتی سبب شیوع بسیار کمتر فقر نسبت به کشور بریتانیا یا ایالات متحده شده است. که حاکی از اهمیت سیاست ها می باشد.

این امر بایستی برای کشورهای با درآمد ملی پایین تر آشکار شود که هرچه نابرابری های درآمدی بیشتر باشند، رشد اقتصادی بیشتر اثرات کمتری بر فقر درآمدی خواهد داشت. برنامه توسعه سازمان ملل (UNDP) محاسبه کرده است که در کنیا، با میزان رشد اقتصادی فعلی و نابرابری درآمدی موجود، میانه ی خانواده های فقیر تا سال ۲۰۳۰ از خط فقر عبور نخواهند کرد. دو برابر کردن سهمی از رشد درآمدی، که فقرا از آن بهره مند می شوند، به معنی رخ دادن کاهش فقر در سال ۲۰۱۳ می باشد. به عبارت دیگر، اهداف توسعه هزاره (MDG) از کاهش فقر، دلالت بر توجه به توزیع درآمد و نه صرفاً رشد اقتصادی دارد.

شکل ۳.۲: سهم نسبی فقر قبل و بعد از باز توزیع امکانات رفاهی، کشورهای مختلف



*For these countries, the poverty threshold before redistribution is calculated on incomes net income taxes.

Data from the Luxembourg Income Study.

Reprinted, with permission of the authors, from Lundberg et al. (2007) citing Ritakallio & Fritzell (2004).

در این مطالعه تعریف نسبی فقر، میزان کمتر از ۶۰ درصد درآمد میانه می باشد.

عایدات حاصل از سرمایه گذاری در سلامت

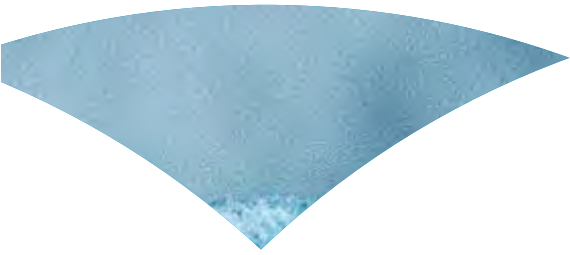
دقیقاً همان گونه که رشد اقتصادی و توزیع آن برای سلامت اهمیت حیاتی دارند، سرمایه گذاری در سلامت و تعیین کننده های اش، استراتژی مهمی برای تقویت توسعه اقتصادی می باشند (CMH, 2001). ارتقاء وضعیت سلامت افرادی که در طبقات پایین سلسله مراتب اجتماعی هستند، حتی تا میزان سلامت افراد سطوح میانی جامعه، تاثیر بسیار عمده ای بر سلامت جمعی داشته و بهره وری یک ملت را بهبود می دهد (کادر ۳.۲) (Health Disparities Task Group, 2004; Mackenbach, Meerding & Kunst, 2007).

کادر ۳.۲: سرمایه گذاری در سلامت و نفع اقتصادی آن، کانادا

مطالعه ای در کانادا نشان می دهد که کاهش نابرابری در سلامت، از پتانسیلی بالقوه برای ایجاد منافع اقتصادی عمده برخوردار است که از کاهش در نیاز به مراقبت های سلامتی و هزینه های از دست دادن بهره وری حاصل می گردد. هزینه مراقبت های سلامتی در کانادا، ۱۲۰ میلیارد دلار کانادا به طور سالانه می باشد (برای افرادی که در موسسات مراقبت می شوند حدود ۲۶ میلیارد دلار کانادا و برای افرادی که در خانه تحت مراقبت هستند ۹۴ میلیارد دلار کانادا). خانوار های پایین ترین پنجک درآمدی حدود ۳۱ درصد از ۹۴ میلیارد دلار را به خود اختصاص می دهند، که این مقدار تقریباً دو برابر خانوارهای بالاترین پنجک درآمدی می باشد. این مطالعه نشان می دهد که چنانچه وضعیت سلامت و استفاده از خدمات مربوطه در کسانی که در گروه های کم درآمد هستند، با کسانی که در گروه های با درآمد متوسط هستند برابر شود، صرفه جویی چشم گیری در هزینه های مراقبتی مربوط به سلامت میسر می شود. به علاوه این مطالعه نشان داد که سلامت بهتر منجر به توان مشارکت افراد بیشتری در اقتصاد می شود. کاهش هزینه های ناشی از تلف شدن قدرت تولید به میزان تنها ۱۰ تا ۲۰ درصد، منجر به افزایش میلیاردها دلار در اقتصاد خواهد شد.

منبع: Health Disparities Task Group, 2004







فصل چهارم

ماهیت شواهد و اقدام

جمع آوری شواهد

ارزش‌هایی که رویکرد کمیسیون را نسبت به وظایف اش آگاه می‌سازد در بخش اول تنظیم شده‌اند: اهمیت سلامت و عدالت اجتماعی و این دیدگاه که با همه افراد باید با احترام یکسان برخورد شود. با این حال برای سیاست‌ها، هر چند بایدهای اخلاقی مهم هستند، اما ارزش‌ها به تنهایی ناکافی به نظر می‌رسند. شواهدی مورد نیاز است که چه چیز باید انجام شود و چه اقدامی محتمل است که در عمل، برای ارتقاء سلامت و کاهش بی‌عدالتی در سلامت موثر باشد.

یک تصمیم اولیه در مورد آن چه که شواهد را تشکیل می‌دهد، مورد نیاز بود. در حوزه مراقبت پزشکی سلسله مراتب بودن شواهد کاملاً واضح است. آیا یک مداخله جدید پزشکی بهتر از درمان‌های موجود فعلی می‌باشد؟ این موضوع را بر اساس یک آزمایش کنترل شده تصادفی (RCT) بررسی می‌کنیم که در آن یک تخمین از اثرات مربوطه، بدون سوگیری و تحت شرایط کاملاً کنترل شده، ارائه می‌شود.

وقتی که وارد حوزه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌شویم دو مشکل مرتبط با آن وجود دارد که آن را یک امر ایده‌آل غیر واقع‌بینانه جلوه می‌دهد: ماهیت مداخله و فقدان شواهد در حوزه‌های مربوطه. از نظر ما همین‌طور که در این گزارش تنظیم شده است، ترتیبات اقتصاد جهانی و ملی و نیز سیاست‌های اجتماعی، برای شرایط کار و زندگی بشر و از این رو برای عدالت در سلامت حائز اهمیت هستند. برای بسیاری از این حوزه‌ها، تنظیم کارآزمایی تصادفی کنترل شده مشکل است. کشورها اجاره نمی‌دهند که مورد مطالعات تصادفی قرار گیرند. برای مثال مداخلاتی چون توسعه و به کارگیری قوانینی که از عدالت جنسیتی حمایت می‌کنند را نمی‌توان به صورت تصادفی شده بین کشورها انجام داد. چنانچه کمیسیون تصمیم بگیرد تا بر روی شواهد حاصل از آزمایشات به خوبی کنترل شده اتکا کند، نتایج چنین مطالعاتی، گزارشی کوتاه و صرفاً مشتمل بر توصیه‌های زیست پزشکی و مبتنی بر شواهد خواهد بود و در انتها، خواهد آمد که تحقیق بیشتر مورد نیاز است. قسط و عدالت اجتماعی و حتی سلامت، پیشرفت زیادی از بابت چنین گزارشاتی نخواهند داشت.

تحقیقات بیشتری لازم است. با توجه به ماهیت مداخلاتی که این گزارش در قسمت‌های ۳-۵ آن‌ها را در نظر گرفته است، تعداد کمی از آن‌ها مشابه یک مداخله کنترل شده تصادفی به نظر می‌رسند. اما این کمبود، مانعی در برابر قضاوت کردن بر اساس شواهد حاضر نمی‌باشد. کمیسیون نگاه وسیع‌تری به آن چه که شواهد را می‌سازد، داشته است.

(Kelly et al, 2006) در این گزارش، خواننده شواهدی را خواهد یافت که از مطالعات مشاهده‌ای (شامل تجربیات طبیعی و مطالعات بین‌کشوری)، مطالعات موردی و مشاهدات میدانی، ازدانش عامیانه و تخصصی و از آزمایشات مداخله‌ای اجتماعی، نشأت می‌گیرد. در حالی که کمیسیون تلاش کرده است تا شواهدی که نمایان‌گر وضعیت جهانی هستند را جمع‌آوری کند، با این حال، شکاف‌های اجتناب‌ناپذیری به خصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط وجود دارد که احتمالاً به علت فقدان اطلاعات، عدم انتشار اطلاعات به شیوه‌ای قابل دسترس، یا موجود نبودن اطلاعات به زبان انگلیسی که زبان کاربردی کمیسیون است می‌باشد.

بود. موضوعات جنسیتی به طور نظام مندی، در هر یک از موضوعات دیگر در نظر گرفته شدند. دیگر موضوعات شامل: غذا و تغذیه، عوامل روستایی، خشونت و جرم و تغییرات آب و هوایی، شبکه دانش اختصاصی ندارند اما به عنوان عوامل مهم عدالت در سلامت تشخیص داده شده اند. کمیسیون با این موضوعات در فصول بعدی سر و کار دارد و چندین پیشنهاد کلی، بدون ترسیم قدم های جزئی تر که دقیقاً اقدام چگونه می تواند اتفاق بیافتد، ارائه می دهد.

قضاوت در مورد شواهد

تنظیم پیشنهادات کمیسیون درباره آن چه که باید به منظور بهبود عدالت جهانی در سلامت صورت بگیرد مستلزم تعادل در استفاده از انواع مختلف شواهد، در نظر گرفتن گستره و تمامیت شواهد و تعیین میزان امکان پذیری و اثربخشی اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد. پیشنهادات کمیسیون در مورد انتخاب شواهد و مستندات:

- از سوی یک چارچوب مفهومی سبب شناختی پشتیبانی شده اند
- توسط یک سری شواهد جهانی که اثر اقدام بر چنین تعیین کننده های اجتماعی سلامت و بی عدالتی های سلامتی را توضیح می دهد حمایت شده اند (موثر بودن)
- با شواهدی مبتنی بر امکان به کارگیری در سناریوهای مختلف حمایت شده اند
- توسط شواهدی که نشان دهنده ثبات اثرات اقدام در گروه های جمعیتی مختلف و کشورهای با سطوح مختلف توسعه اقتصادی ملی می باشد حمایت شده اند

حوزه های کلیدی کمیسیون جهت اقدام و

پیشنهادات

به طور جهانی، حالا، بهتر از هر لحظه تاریخی دیگری قابل فهم است که چگونه عوامل اجتماعی، سلامت و عدالت در سلامت را متاثر می سازند. در حالی که اطلاعات همیشه به صورت محدود وجود دارند و نیاز به شواهد بهتر همچنان باقی است، اما ما دانش مورد نیاز برای هدایت اقدام موثر را در اختیار داریم. با برقراری ارتباط میان فهم مان از فقر و شیب اجتماعی، اکنون می توانیم در مورد موضوعات رایجی که شالوده بی عدالتی های سلامتی هستند، اظهار نظر کنیم. با شناخت ماهیت و میزان بیماری های واگیر دار و غیر واگیر ما ارتباطات پیچیده بین کشورها- ثروتمند و فقیر- را توضیح می دهیم. اقدام بر همه تعیین کننده های سلامت، از شرایط ساختاری جامعه گرفته تا شرایط روزمره ای که در آن مردم رشد، زندگی و کار می کنند در همه سطوح، از سطوح جهانی تا منطقه ای، در کل دولت و به طور انحصاری از همه دست اندرکاران جامعه مدنی و بخش خصوصی مورد نیاز است.

همان طور که ما به دنبال کارمان بودیم متقاعد شدیم که رفع بی عدالتی سلامتی در طی یک نسل امکان پذیر است. اگر چه نیاز به تلاش زیادی دارد اما قابل انجام است. فصولی که در بخش های ۳-۵ دنبال می شود نشان می دهند که نیاز فوری برای تغییر وجود دارد- در چگونگی فهم علت های بی عدالتی در سلامت، در شیوه ای که ما انواع مختلفی از شواهد را می پذیریم و به کار می بریم، در شیوه ای که با هم کار می کنیم و در رابطه با انواع مختلفی از اقدام که در مواجهه با بی عدالتی های سلامت در سطح ملی و جهانی انجام

چارچوب مفهومی کمیسیون

تقویت عدالت در سلامت در سطح جهانی و کشوری، به معنی فراتر رفتن از تمرکز فعلی بر روی علل مستقیم و دست اول بیماری ها است. بیش از هر تلاش دیگری در زمینه سلامت جهانی، کمیته روی "علت علتها"- ساختارهای بنیادی ملی و جهانی، از سلسله مراتب اجتماعی و تعیین کننده های اجتماعی که ایجاد کننده شرایطی هستند که مردم در آن تکامل، زندگی و کار می کنند و پیر می شوند- تاکید می کند. شکل ۴،۱ چارچوب مفهومی را که برای کمیسیون اتخاذ شده است نشان می دهد. (Solar & Irwin, 2007) این چارچوب پیشنهاد می کند که مداخلاتی با هدف اقدام بر زمینه های زیر اتخاذ شوند:

شرایط زندگی روزانه:

- مواجهه های متفاوت با عوامل بیماری زا که بر دوران اولیه زندگی، محیط های فیزیکی و اجتماعی و کار تاثیر گذار است، با طبقه بندی اجتماعی در ارتباط است. بسته به ماهیت این تاثیرات، گروه های مختلف تجارب متفاوتی از شرایط جسمی، حمایت روانی اجتماعی و انتخاب های رفتاری که آن ها را کم و بیش مستعد سلامت نامطلوب می سازد، خواهند داشت.
- پاسخ های مراقبت سلامتی به ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری ها و درمان بیماری ها و علل ساختاری:
- ماهیت و سطح طبقه اجتماعی در جامعه -میزان وسعت بی عدالتی در امتداد ابعاد لیست شده
- سوگیری ها، هنجارها و ارزش های درون جامعه
- اقتصاد ملی و جهانی و سیاست های اجتماعی
- روند حاکمیت در سطح جهانی، ملی و محلی

بسیاری از تعیین کننده های اجتماعی که توسط کمیسیون در نظر گرفته شده اند بسته به ماهیت شان، به طور نسبی دور از دسترس، فضایی و زودگذر - از افراد و تجارب سلامت - هستند. وقتی که سعی در انساب علیت و نشان دادن اثر بخشی اقدامات به کارگرفته در زمینه عدالت در سلامت است، این موضوع هم از نظر مفهومی و هم از نظر عملی چالش برانگیز می باشد. در انتخاب این که بر کدام یک از تعیین کننده های اجتماعی باید تمرکز کرد، انتخاب کمیسیون بر پایه انسجام در شواهد پایه جهانی که ترکیبی از باور پذیری مفهومی، قابل دسترس بودن شواهد عملی حمایت گر و پیوستگی رابطه بین و میان جمعیت ها است - و اثبات این که کدام یک از تعیین کننده ها قابل مداخله هستند، بود.

به علاوه تعدادی از تعیین کننده ها نیز مشخص شده اند که با این که، احتمال قوی برای رابطه آن ها با بی عدالتی در سلامت وجود دارد، اما هنوز فاقد شواهدی هستیم که چه کاری برای تغییر اثر آن ها می توان انجام شود.

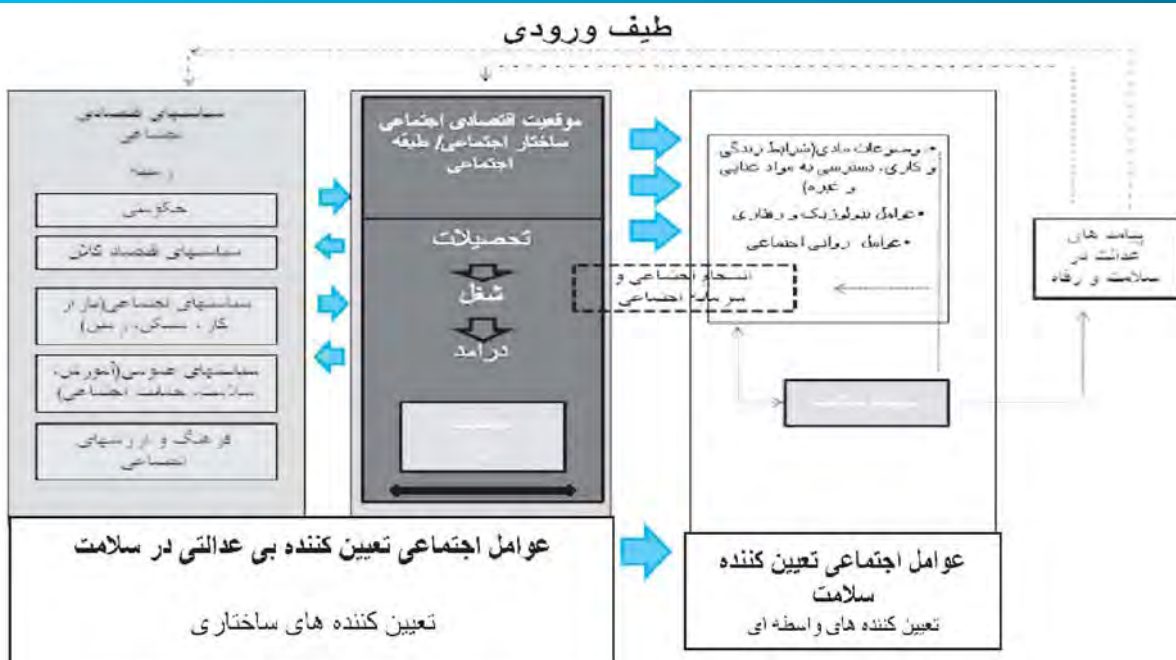
بر این اساس و با پشتیبانی چارچوب مفهومی، جریان کار علمی کمیسیون عمدتاً حول ۹ شبکه دانش به وجود آمد که موضوعات جهانی، موضوعات سیستم های سلامت و رویکرد نسبت به سلامت در کل دوره زندگی را شامل می شود. تاکید شبکه های دانش، بر روی تکامل دوران ابتدای کودکی (ECDKN)، شرایط اشتغال (ECOMNET)، وضعیت مناطق شهری (KNUS)، انزوای اجتماعی (SEKN)، زنان و عدالت جنسیتی (WGEKN)، جهانی شدن (GKN)، سیستم های سلامتی (HSKN)، اولویت وضعیت سلامت عمومی (PPHCKN) و اندازه گیری و شواهد (MEKN)

می پذیرد. اقداماتی که بر این مداخلات تاثیر گذار باشند، در سطوح جهانی، ملی، محلی و فردی خواهند بود. در فصل ۱ بیان کردیم که تحلیل کمیسیون منجر به ایجاد سه اصل از اقدام شد:

- ۱- شرایط زندگی روزانه را بهبود بخشید- شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار کرده و پیر می شوند.
- ۲- با توزیع ناعادلانه قدرت، پول و منابع به عنوان مولفه های ساختاری شرایط زندگی روزانه به صورت جهانی، ملی و محلی مقابله نمایید.
- ۳- مشکل را سنجش کرده، اقدامات را ارزشیابی نموده، پایه دانش را گسترش داده، نیروی کار آموزش دیده در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت را پرورش دهید و آگاهی های عمومی در این حیطه را ارتقاء بخشید.

این سه اصل بنیادی اقدام، در قالب سه پیشنهاد بسیار مهم فوق الذکر تجسم یافته اند. اگر اقدامات، منطبق با این پیشنهادات و با پیشنهادات جزئی تری که در فصول بعدی می آید، اتخاذ شوند این امکان وجود خواهد داشت که به درکی منصفانه تر از شرایط، برای دست یابی به بالاترین استانداردهای سلامتی قابل دسترس برسیم.

شکل ۴.۱: چارچوب مفهومی کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت



تأثیرات بازیگران مختلف

در حالی که کمیسیون قویاً بر نقش اصلی حکومت و بخش عمومی در انجام اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت به منظور تحقق عدالت در سلامت تاکید دارد، بر تکثر بازیگران در صحنه: موسسات جهانی و آژانس ها، دولت ها (ملی و محلی)، جامعه مدنی، جوامع آکادمیک و تحقیقی و بخش خصوصی نیز شناخت دارد. هر یک از این بازیگران باید قادر باشند تا جایگاه خود را در فصول ۳-۵ و در اثرات حاصل از به کارگیری پیشنهادات ارائه شده جهت اقدام، ببینند.

یک مرور کلی از حوزه های کلیدی جهت اقدام و توصیه هایی برای هر اقدام کننده، در زیر آمده است که اشاره به توصیه های خاصی دارد که می توانند در هر یک از فصول موضوعی بعدی، یافت شوند.

آژانس های چند جانبه

یک توصیه مهم ارائه شده توسط کمیسیون، نیاز به انسجام بین بخشی - در سیاست گذاری و اقدام- برای تقویت اقدامات موثر بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و دست یابی به ارتقاء عدالت در سلامت، است. آژانس های چند جانبه تخصصی و مالی می توانند به خوبی اثر جمعی شان بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت را به شکل زیر، تقویت نمایند:

- اقدام و پایش منسجم جهانی: عدالت در سلامت را به عنوان یک هدف مشترک بنیادی پذیرفته و از یک چارچوب مشترک جهانی حاوی شاخص هایی برای پایش پیشرفت کار استفاده نمایند و در گروه های کاری چند موسسه ای جهت یک اقدام منسجم در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت همکاری نمایند.

- تامین مالی منسجم و پاسخ گو: از این امر که افزایش کمک ها (اعانات) و بخشودگی بدهی ها، با به کارگیری شاخص های عملکردی عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان شروط اصلی پاسخ گویی دریافت کنندگان، سبب حمایت از سیاست گذاری ها و اقدامات منسجم انجام گرفته بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت میان دولت های دریافت کننده می شوند اطمینان حاصل نمایید.

- مشارکت بهبود یافته دولت های عضو سازمان ملل (UN) درحاکمیت جهانی: از مشارکت عادلانه اعضا و دیگر دست اندرکاران در سیاست گذاری های جهانی، حمایت نمایید.

سازمان جهانی بهداشت

سازمان جهانی بهداشت، مسئولیت سلامت جهانی را به عهده دارد. اکنون زمان افزایش نقش رهبری سازمان جهانی بهداشت از طریق دستور کار اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در سطح جهانی می باشد که شامل گستره ای از اقدامات به شرح زیر می باشد:

- **انسجام سیاسی در سطح ملی و بین المللی:** یک نقش تولیته ای که از ظرفیت سازی جهت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و انسجام سیاست ها در بین آژانس های همکار در سیستم های چندجانبه حمایت می نماید، ظرفیت های فنی راهم به طور جهانی و هم در میان دولت های عضو جهت حضور سلامت عمومی در تمامی زمینه های عمده ی چند جانبه تقویت می نماید و از کشورهای عضو در تدوین مکانیزم هایی برای انسجام سیاست ها و اقدامات بین بخشی (ISA) برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت دفاع می

پیشنهادات بسیار مهم کمیسیون

۱- شرایط زندگی روزانه را بهبود بخشید

خوب زیستی دختران و زنان و شرایطی که کودکان شان در آن متولد می شوند را بهبود بخشید، بر تکامل دوران ابتدایی کودکی و آموزش دختران و پسران تأکید ویژه ای داشته باشید، شرایط زندگی و کار را بهبود دهید و سیاست های حفاظت اجتماعی که حامی همگان است را تدوین نموده و شرایطی را برای پر بار شدن زندگی سالمندان ایجاد کنید. سیاست هایی که برای رسیدن به این اهداف لازم می باشد، جامعه مدنی، دولت ها و سازمان های جهانی را در بر خواهد گرفت.

۲- با توزیع ناعادلانه قدرت، پول و منابع مقابله کنید

به منظور برخورد با بی عدالتی های سلامتی و شرایط ناعادلانه زندگی روزانه، ضروری است که به شیوه ای که جامعه طبق آن سازمان دهی شده (طبق هنجارهای جامعه) به بی عدالتی ها- همچون بی عدالتی بین زن و مرد- بپردازید. این امر نیازمند بخش عمومی قوی است که متعهد، توانا و به لحاظ مالی با کفایت باشد. برای رسیدن به آن به بیش از یک دولت قدرتمند نیاز است، در واقع این امر نیازمند حاکمیتی قدرتمند است که دارای مشروعیت، فضای آزاد و حمایت از طرف جامعه مدنی و بخش خصوصی پاسخ گو و حفاظت از کل افراد جامعه باشد تا بر سر منافع عمومی توافق نموده و در ارزش های اقدام جمعی سرمایه گذاری مجدد نمایند. در یک دنیای جهانی شده و به هم پیوسته، نیاز به حکمرانی متعهد به عدالت، به طور برابر از سطح اجتماع تا نهادهای جهانی کاربرد دارد.

۳- مشکل را سنجش کرده، درک کنید و تأثیر

اقدامات را ارزیابی نمایید

اعتراف به این که مشکلی وجود دارد و اطمینان از این امر که بی عدالتی در سلامت سنجش شده است، چه در درون کشورها و چه در کل جهان، نقطه آغاز مهم و حیاتی برای اقدام است. دولت های ملی و سازمان های بین المللی که توسط سازمان جهانی بهداشت حمایت می شوند، باید سیستم های مراقبتی ملی و جهانی را برای پایش روتین بی عدالتی در سلامت و همچنین تعیین کننده های اجتماعی سلامت تشکیل دهند و تأثیر سیاست ها و اقدامات را بر عدالت در سلامت ارزیابی نمایند. ایجاد فضا و ظرفیت سازمانی برای اقدامات موثر در رفع بی عدالتی در سلامت نیازمند سرمایه گذاری در آموزش سیاست گذاران و کارکنان بخش سلامت و افزایش درک عمومی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد. این موضوع همچنین نیازمند توجه بیشتر بر تعیین کننده های اجتماعی در تحقیقات سلامت عمومی است.

فصول ۵،۳ بر طبق این سه اصل، ساختار بندی شده اند. در حالی که پیشنهادات کمیسیون در کل برای توجه به شرایط زندگی روزانه و مولفه های ساختاری که چگونگی توزیع آن ها را شکل می دهد، هدفمند شده است، در داخل هر فصل موضوعی (۵،۱۶) در بخش های ۵،۳، توصیه هایی در ارتباط با اقداماتی که مولفه های ساختاری و علل مستقیم بی عدالتی ها را کنترل می کنند آمده است. پیشنهادات از حاکمیت و موضوعات سیاسی تا اقدام محلی، دامنه دار است، در واقع ترکیبی از رویکردهای بالا به پایین و پایین به بالا در سطوح جهانی، منطقه ای، ملی و محله ای می باشد.

نمایید، را به کار گیرید.

- **سنجش و ارزشیابی:** از تعیین اهداف در موضوع عدالت در سلامت و پایش پیشرفت در عدالت در سلامت در میان و در بین کشورها به عنوان یک هدف اصلی توسعه پشتیبانی نموده و حامی ایجاد سیستم های مراقبت ملی عدالت در سلامت در کشورهای عضو باشید و ظرفیت های فنی ضروری در کشورها را ساخته و از کشورهای عضو در تدوین و بهره گیری از ابزارهای ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت (HEIA) و سایر ابزارهای مرتبط با عدالت در سلامت به عنوان یک معیار سنجش عدالت ملی حفاظت و یک جلسه جهانی منظم به عنوان بخشی از بازنگری های دوره ای وضعیت جهانی برگزار نمایید.
- **افزایش ظرفیت سازمان جهانی بهداشت:** ظرفیت درونی برای کار درباره تعیین کننده های اجتماعی سلامت از دفتر مرکزی گرفته تا دفاتر منطقه ای و تا برنامه های کشوری، ایجاد نمایید.

حکومت ملی و محلی

زیربنایی کردن اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت عبارت است از یک بخش عمومی توانمند، که بر اساس اصول عدالت، مشارکت و همکاری بین بخشی بنا نهاده شده است. این امر نیازمند تقویت عملکردهای کانونی حکومت و موسسات عمومی، به طور ملی و محلی است که مخصوصاً در ارتباط با انسجام سیاست ها، حاکمیت مشارکتی، برنامه ریزی، تدوین و اجرای قانون و تعیین استاندارد می باشد. این امر همچنین وابسته به رهبری و تولیت قدرتمند وزارت بهداشت با حمایت سازمان جهانی بهداشت می باشد. اقدامات حکومت شامل موارد زیر می باشد:

- **انسجام سیاست ها در تمام بخش های حکومت:** مسئولیت انجام اقدام برای سلامت و عدالت در سلامت را بر عهده بالاترین سطوح حکومت گذاشته و از این که در تمامی سیاست گذاری های وزارت خانه ها و بخش ها به صورت منسجم مورد توجه قرار می گیرد اطمینان حاصل نمایید. وزرای بهداشت کشورها می توانند کمک موثری در ایجاد تغییر جهانی باشند. نقش آن ها در ایجاد توجه ویژه به سلامت و عدالت در سلامت توسط رییس حکومت و سایر وزارت خانه ها حیاتی است.
 - **تقویت اقدام برای عدالت:** به افزایش خدمات مراقبت سلامتی همگانی متعهد شده و یک واحد جنسیتی مرکزی جهت ارتقای عدالت جنسیتی در همه سیاست گذاری های دولت ایجاد نمایید، معاش و زندگی روستایی، و نیز سرمایه گذاری در زیر ساخت ها و خدمات را بهبود بخشیده، محله های فقیرنشین را ارتقا و برنامه ریزی شهری مشارکتی محلی برای سلامت را تقویت نمایید، در اشتغال کامل و برنامه ها و سیاست های کار مناسب و در تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) سرمایه گذاری نموده، تامین همگانی خدمات و برنامه های تعیین کننده های اجتماعی سلامت را بدون توجه به توانایی پرداخت و با پشتیبانی برنامه جامع حفاظت اجتماعی به صورت همگانی تامین نمایید و یک چارچوب ملی برای کنترل منظم کالاهای مضر سلامتی ایجاد
- و به کار گیرید.
- **تامین مالی:** دریافت منابع مالی بین المللی (کمک و اعانه، بخشودگی بدهی ها) را از طریق یک چارچوب اقدام در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت با پاسخ گویی روشن و صریح روان سازی نموده، درآمد کشورها را از طریق یک سیستم مالیات تصاعدی داخلی تقویت نمایید و با کشورهای عضو در تدوین پیشنهادات جهانی برای منابع جدید تامین مالی عمومی بین المللی همکاری نمایید.
 - **سنجش، ارزشیابی و آموزش:** به سمت ثبت همگانی تولدها حرکت نموده، شاخص های عملکردی بین بخش های دولتی برای عدالت در سلامت را از طریق ایجاد سیستم ملی مراقبت عدالت در سلامت به کار گرفته، برای استفاده از ارزیابی میزان تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت به عنوان یک پروتکل استاندارد در تمامی سیاست گذاری های مهم ظرفیت سازی نمایید و از آموزش پزشکان و پرسنل سلامت و سیاست گذاران درباره تعیین کننده های اجتماعی سلامت اطمینان حاصل نموده و آگاهی عمومی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت افزایش دهید.
- ### جامعه مدنی
- جهت توانمندسازی جنبه های مادی، روانی-اجتماعی و سیاسی افراد که موجب پایه ریزی خوب زیستی اجتماعی و سلامت عادلانه آن ها می شود، شمول در جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند، حیاتی است. بازیگران جامعه مدنی از سطح جهانی تا محلی به عنوان اعضاء جامعه، مدافعین عامه ی مردم، تامین کنندگان خدمات و برنامه ریزان و پایش گران عملکردها، پلی حیاتی راه بین سیاست ها، برنامه ها و حقیقت ایجاد تغییر و بهبود در زندگی همه ی مردم می سازند. جامعه مدنی می تواند با کمک به سازمان دهی و ترویج نظرات مختلف در میان جوامع گوناگون، به عنوان قهرمان قدرتمند عدالت در سلامت شناخته شود. بسیاری از اقدامات لیست شده در بالا، حداقل تا حدودی، حاصل فشار و ترغیب جامعه مدنی خواهند بود. بسیاری از مراحل مهم در رسیدن به عدالت در سلامت در یک نسل از طریق بررسی دقیق فعالان جامعه مدنی به صورت به دست آمده یا از دست رفته نشانه گذاری خواهند شد. جامعه مدنی می تواند نقش مهمی را در اقدامات بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، از طریق موارد زیر بازی کند:
- **مشارکت در سیاست ها، برنامه ریزی ها، برنامه ها و ارزشیابی ها:** در سیاست گذاری مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت، برنامه ریزی، ارائه و ارزشیابی برنامه، از سطوح جهانی تا محیط های بین بخشی ملی و تا نیازسنجی های محلی، ارائه و حمایت از خدمات مشارکت نموده و کیفیت خدمات، عدالت و تاثیر اقدامات را پایش نمایید.
 - **عملکرد پایشی:** در خصوص برخی از تعیین کننده های خاص اجتماعی سلامت مانند: بهبود ارائه خدمات در مناطق فقیرنشین، شرایط اشتغال رسمی و غیررسمی، کودکان کار، حقوق افراد بومی، عدالت جنسیتی، خدمات تحصیلی و سلامتی، فعالیت های مشارکتی، توافقات بازرگانی و حفاظت از محیط زیست، نظارت و گزارش دهی کرده و در مبارزات مربوطه مشارکت نمایید.



بین بخشی محلی و ملی، از طریق تدوین و آزمودن نشان گره‌های تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و ارزشیابی تاثیر مداخله‌ها حفاظت کنید، شبکه‌های مجازی و دفاتر اطلاعاتی که بر اساس اصول دسترسی آزاد سازمان دهی شده و برای افزایش دسترسی پذیری از تمامی نقاط در تمامی مکان‌های با درآمد بالا، متوسط و پائین، مدیریت می‌شوند، را ایجاد کرده و گسترش دهید، در جهت معکوس کردن جریان فرار مغزها از کشورهای با درآمد پائین و متوسط تلاش کرده و سوگیری‌های جنسیتی در تیم‌های تحقیقاتی، در پروپوزال‌ها و طرح‌های تحقیقاتی، در طراحی‌ها و نیز در عملیات و گزارشات را مورد توجه قرار داده و برطرف نمایید.

زمینه سازی برای پیشنهادات

یک چالش اصلی برای کمیسیون، از ویژگی گسترده بودن بی‌عدالتی‌های سلامت، نشأت می‌گیرد. مطمئناً، بی‌عدالتی در سلامت از نظر اندازه در بعضی از کشورها نسبت به کشورهای دیگر بزرگ‌تر است، اما این امر به طور قابل توجهی در همه جا گسترده است. همان‌طور که از فصول بعدی در بخش‌های ۳-۵ نیز دیده خواهد شد، یک سری اصول کلی وجود دارد که در همه کشورها قابل استناد هستند. باید تفاوت‌هایی برای سیاست‌های کشورهای با درآمد پائین و متوسط وجود داشته باشد. فصول بعدی در رابطه با این موضوع بحث می‌کنند. تجربه نشان می‌دهد که اگرچه اصول کلی وجود دارند، اما طبیعت دقیق راه حل‌های سیاسی نیاز به آن دارد که با توجه به زمینه ملی و محلی به کار گرفته شوند.

اگر قرار است که پیشنهادات کمیسیون برای سلامت فقیرترین کشورها و در نتیجه برای عدالت در سلامت جهانی مفید واقع شود، باید تغییراتی در محیط اقتصادی جهانی صورت پذیرد. این تغییرات مستلزم اقدام در کاهش فشارهای اقتصادی خارجی، توسعه فضای سیاسی برای اقدام در زمینه عدالت در سلامت، جبران نگرانی‌های مالی بخش عمومی، بهبود ظرفیت انسانی و زیرساخت‌های ملی و مستحکم ساختن و بالا بردن دستاوردهای تحصیلی زنان، می‌باشد.

اجرای پیشنهادات کمیسیون مستلزم تغییراتی در عملکرد اقتصاد جهانی - جهت پیشگیری از فشار بازار و جلوگیری از به تاخیر افتادن اجرای تعهدات بین‌المللی یا افزایش احتمال اثرات نامطلوب و ناخواسته آن‌ها - می‌باشد.

بخش خصوصی:

بخش خصوصی تاثیر عمیقی بر سلامت و خوب زیستی دارد. در حالی که کمیسیون بر نقش حیاتی رهبری بخش عمومی در اقدام برای عدالت در سلامت تاکید دارد، این امر به معنی تنزل اهمیت فعالیت‌های بخش خصوصی نمی‌باشد. این تاکید بر نیاز برای شناخت اثرات منفی بالقوه و نیاز به مسئولیت‌پذیری در قانون گذاری با در نظر گرفتن اثرات منفی مذکور دلالت دارد. در کنار کنترل اثرات نامطلوب بر سلامت و عدالت در سلامت، وجود بخش خصوصی به قدری حیاتی است که می‌توان گفت این بخش می‌تواند سبب افزایش سلامت و خوب زیستی گردد. اقدامات شامل موارد زیر است:

- **تقویت پاسخ‌گویی:** توافق نامه‌ها، استانداردها و نظام نامه‌های اشتغال بین‌المللی را شناسایی کرده و به آن‌ها پاسخ مسئله‌بدهید، از منصفانه بودن شرایط کاری و اشتغال برای مردان و زنان اطمینان حاصل نمایید، کار کودکان را کاهش داده و ریشه کن کنید و از تطابق با استانداردهای ایمنی و بهداشت حرفه‌ای اطمینان حاصل کنید، از فرصت‌های آموزشی و حرفه‌آموزی به عنوان بخشی از شرایط اشتغال، با تاکید خاص بر ایجاد فرصت‌هایی آموزشی برای زنان، حمایت نموده و از این‌که فعالیت‌ها و خدمات بخش خصوصی (همچون تولید و حق تجاری داروهای حافظ سلامتی و ارائه خدمات بیمه‌ای مرتبط با سلامت)، بر عدالت در سلامت موثر بوده و آن را تهدید نمی‌کند، مطمئن شوید.
- **سرمایه گذاری در تحقیق:** به تحقیق و توسعه در مورد درمان بیماری‌های مورد غفلت واقع شده و بیماری‌های ناشی از فقر و همچنین تبادل دانش در حیطه‌هایی با ظرفیت حفاظت از زندگی (همچون حقوق تجاری دارویی) متعهد شوید.

موسسات تحقیقاتی:

دانش - در مورد این‌که شرایط سلامتی از نظر محلی، ملی، منطقه‌ای و جهانی، چگونه است و از آن چه می‌تواند در مورد آن وضعیت انجام گیرد و نیز درباره‌ی کارهایی که به طور موثری بی‌عدالتی در سلامت را از طریق تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت تغییر می‌دهد - در کانون توجه کمیسیون قرار داشته و زیر بنای تمامی پیشنهادات و توصیه‌های آن می‌باشد. تحقیق لازم و ضروری است، اما بیشتر از آزمایشات آکادمیک ساده، تحقیق برای ایجاد فهم جدید و ترویج آن ادراک به شیوه‌های عملی و قابل دسترس برای تمامی شرکائی که در بالا فهرست شدند، لازم و ضروری می‌باشد. تحقیق و دانش در مورد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و راه‌های اقدام برای عدالت در سلامت بر تداوم تعهدات در میان دانشگاهیان و پزشکان و پرسنل سلامتی متکی خواهد بود. همچنین این تحقیقات بر روش‌های تحقیقاتی جدید برای شناخت و بهره‌گیری از گستره‌ای از انواع شواهد، شناسایی سوگیری جنسیتی در فرآیندهای تحقیق و شناسایی ارزش افزوده شبکه‌های جهانی دانش و جوامع که در سطح جهان گسترده‌اند، متکی خواهد بود. اقدامات در این حیطه از فعالان عبارتند از:

تولید و اشاعه دانش مربوط به تعیین کننده‌های اجتماعی

سلامت: از تخصیص منابع مالی تحقیقاتی به تحقیقات مربوط به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت اطمینان حاصل نموده و از بررسی جهانی سلامت و نیز انجام فعالیت‌های چند جانبه و

شرایط زندگی روزانه را بهبود بخشید



اولین مورد اصول سه گانه کمیسیون جهت اقدام عبارت است از:

شرایط روزانه زندگی - شرایطی که در آن مردم متولد شده، رشد و زندگی کرده، کار می کنند و پیر می شوند - را بهبود بخشید.

بی عدالتی در نحوه سازمان دهی جامعه، به این معنا است که آزادی که منجر به داشتن یک زندگی شکوفا و لذت بردن از سلامتی می شود، در بین و در درون جوامع به طور نابرابر توزیع شده است. این بی عدالتی ها در شرایط دوران ابتدای کودکی و مدرسه، همچنین در ماهیت اشتغال و شرایط کاری، در شکل فیزیکی محیط زیست ساخته شده و کیفیت محیط زیست طبیعی که در آن انسان ها ساکن اند، مشاهده می شوند. بسته به ماهیت این محیط ها، گروه های مختلف، تجارب متفاوتی از شرایط مادی، تاثیرات روان شاختی و انتخاب های رفتاری خواهند داشت که آن ها را کم و بیش به سلامت نامطلوب آسیب پذیر می نماید. به علاوه طبقه بندی های اجتماعی، دسترسی و بهره مندی متفاوتی را به مراقبت های سلامتی معین می کنند که منجر به ارتقا ناعادلانه سلامت و خوب زیستی، پیشگیری از بیماری ها، بهبود بیماری ها و بقا می شود.

به طور قطع در کار کمیسیون، چشم اندازی از کل دوره زندگی و نحوه عملکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت، در هر سطحی از تکامل فرد وجود دارد - بارداری و تولد کودک، دوران ابتدای کودکی، دوران کودکی و نوجوانی و بزرگسالی - هم بر سلامت در کوتاه مدت تاثیر می گذارند و هم تعیین کننده بنیادی سلامت یا بیماری های بعدی در طول زندگی می باشند.

فصول بعدی (فصل های ۵،۹) بر روی شرایط زندگی روزانه تمرکز دارد و پیشنهاداتی را برای عمل ارائه می کند، به دنبال آن، به شرایط اولیه زندگی و دوران مدرسه، محیط اجتماعی و فیزیکی با توجه ویژه به شهرها و ماهیت اشتغال و محیط کار، می پردازد.

در این جا ماهیت حمایت اجتماعی و بالاخص حمایت درآمدی به عنوان یک منبع اساسی برای زندگی روزانه، در نظر گرفته می شود. فصل نهای در قسمت ۳ مربوط به سیستم مراقبت سلامتی است.

فصل پنجم عدالت از آغاز

"هر کدام از شما برای خود، منحصر به فرد هستید و به طور طبیعی بهره مند از حقوق، احترام و شخصیت می باشید. هر کدام از شما لایق داشتن بهترین شروع ممکن در زندگی هستید تا تحصیلات اصولی و پایه ای، با بالاترین کیفیت را به انجام رسانید به طوری که به شما اجازه دهد ظرفیت تان را به طور کامل پرورش داده و فرصت مشارکت معنی دار در جامعه تان را داشته باشید."
نلسون مندلا و گراکا مکل (یونیسف، ۲۰۰۰)



تحصیلات مادر، یک تعیین کننده برای میزان برخورداری کودک از سلامت، بقا و تحصیلات، محسوب می شود (Caldwell, 1986; Cleland & Van Ginneken, 1988).

ریشه بسیاری از چالش های جامعه بزرگسالان، در دوران ابتدای کودکی است که شامل مشکلات عمومی سلامتی مثل چاقی، بیماری های قلبی و مشکلات سلامت روان می باشد. همچنین تجارب (بد) دوران کودکی به ارتکاب جرائم، مشکل درخواندن و نوشتن و مشارکت های اقتصادی، منجر می شوند. (ECDKN, 2007a).

بی عدالتی های اجتماعی دوران اولیه زندگی از طریق تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) و میزان دستاوردهای تحصیلی، منجر به ایجاد بی عدالتی های سلامتی در دوره های بعدی زندگی می شوند. کودکان دارای پیشینه ی محرومیت، به احتمال زیاد در مدرسه، ضعیف عمل می کنند و در نتیجه، در بزرگسالی با احتمال بیشتری دچار کمبود درآمد و میزان باروری بالاتر می شوند و برای فراهم نمودن مراقبت های سلامتی و تغذیه سالم و ایجاد انگیزش در کودکان شان، کمتر توانمند می باشند و به این ترتیب باعث انتقال محرومیت به نسل های بعد می شوند.

(Grantham-McGregor et al 2007)

همچنین بذریع بی عدالتی جنسیتی دوره بزرگسالی، در دوران ابتدای کودکی ریخته می شود. برقراری روابط اجتماعی برحسب جنسیت فرد و سوگیری های جنسیتی، در دوران اولیه زندگی، اثراتی بر روی تکامل کودک به خصوص میان دختران دارد. بی عدالتی جنسیتی اولیه، زمانی که با روابط قدرت مدارانه، هنجارهای سوگیری شده و تجارب روزمره تقویت شود به سوی ایجاد تأثیری عمیق بر بی عدالتی جنسیتی در بزرگسالی حرکت می کند. (ECDKN, 2007a)

عمده تکامل و بقای کودک وابسته به فاکتورهایی است که در فصول دیگر این گزارش مورد بحث قرار داده شده است. سیستم مراقبت های سلامتی در سال های اولیه زندگی دارای نقشی کلیدی است (ECDKN, 2007). مادران و کودکان نیاز به مراقبت مداوم در دوران قبل از حاملگی، طی حاملگی و هنگام تولد کودک تا روزها و سال های اولیه زندگی دارند (WHO, 2005) (فصل ۹ را ببینید: مراقبت های سلامتی همگانی). کودکان باید در زمان تولد، ثبت موالید شوند (فصل ۱۶ را ببینید: تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش). آن ها نیاز به محیطی امن و سالم دارند - مسکنی با کیفیت خوب، آب سالم، سیستم فاضلاب بهداشتی، محله ای امن و حفاظت در مقابل خشونت (فصل ۶ را ببینید: محیط های سالم، انسان های سالم). داشتن تغذیه خوب بسیار حیاتی است و از همان دوران داخل رحمی با تغذیه خوب و کافی مادر، آغاز می شود و این امر بر اهمیت دیدگاه مقابله با بی عدالتی در سلامت، در کل دوره زندگی تأکید دارد (ECDKN, 2007a). حمایت از شروع تغذیه پستانی در اولین ساعت زندگی، برقراری تماس پوست به پوست بلافاصله بعد از تولد، تغذیه انحصاری از پستان در طی ۶ ماه اول زندگی و ادامه آن تا سال دوم زندگی، بسیار مهم است. همه این ها امکان دسترسی به یک رژیم سالم را برای نوزادان و کودکان کم سن از طریق بهبود امنیت غذایی تضمین می کنند.

(PPHCKN, 2007a; Black et al, 2008; Victora et al, 2008)

در رده های بعدی، بقا و تکامل کودک بستگی به آن دارد که جوامع، حکومت ها و آژانس های بین المللی، وظایف خودشان را تا چه میزان صحیح و عادلانه، سازمان دهی کنند (فصل ۱۰ و ۱۴ را ببینید: عدالت در سلامت در همه سیاست ها، نظام ها و برنامه ها، توانمند سازی سیاسی، شمول و حق بیان). عدالت جنسیتی از راه تحصیلات، درآمد و توانمندسازی مادران، نقش مهمی را

تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) و تحصیلات - برابر کننده های قوی

هر ساله ۱۰ میلیون کودک، قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی شان در سراسر جهان می میرند (Black, Morris & Bryce, 2003). قسمت اعظم این مرگ ها در میان کودکان متولد شده در کشورهای با درآمد پائین یا متوسط و در این کشورها هم در میان خانواده ها و گروه های محروم تر اتفاق می افتد (Houweling, 2007). حتی در کشورهای با درآمد بالا مانند بریتانیا، مرگ و میر نوزادان در میان گروه های محروم، بالاتر است (Department of Health, 2007). نیاز فوری جهت مورد توجه قرار دادن این بی عدالتی در مرگ و میر، احساس می شود. با همین اهمیت، حداقل ۲۰۰ میلیون کودک تمام ظرفیت پیشرفت شان را به دست نمی آورند که باعث عواقب گسترده ای برای سلامت خود و در مقیاس بزرگ تر برای جامعه شان می شود (Grantham-McGregor et al 2007). رقم ۲۰۰ میلیون قطعاً یک حدس کمتر از واقعیت است چون بر اساس تعریف فقر که درآمد ۱ دلار در روز است محاسبه شده است، در حالی که اثر ثروت بر تکامل کودک یک فرم پله ای دارد (ECDKN, 2007a). تجارب دوران ابتدای کودکی (تعریف شده به صورت تکامل پیش از زایمانی تا ۸ سالگی) و تحصیلات ابتدائی و متوسطه، پایه هایی حیاتی برای تمام دوران زندگی ارائه می کنند (ECDKN, 2007a). برای کودک به عنوان یک فرد و نیز برای جامعه او - هم در کشورهای ثروتمند و هم در کشورهای فقیر - بهتر است که از همان ابتدا شروع مثبتی داشته باشیم تا این که بعداً مجبور به راه های اصلاحی بشویم.

حکومت ها، با قرار دادن اساس دستور کارشان بر بقای کودک، می توانند پیشرفت قابل توجهی را در سلامت و تکامل اجتماع، با به اجرا درآوردن تعهدات شان بر طبق معاهده سازمان ملل در مورد حقوق کودک، و با استفاده از رویکرد جامع تری به اولین سال های زندگی به دست آورند.

رویکردی جامع تر به دوران ابتدای کودکی

علم تکامل دوران ابتدای کودکی نشان می دهد که تکامل مغزی در دوران ابتدای کودکی به تحریکات خارجی که از همان دوران داخل رحمی شروع شده و اثرات آن در طول زندگی باقی می ماند، بسیار حساس است. شرایطی که کودکان در معرض آن قرار می گیرند - شامل مواردی چون کیفیت روابط و محیط زبانی (language) - گویی که مغز در حال تکامل را شکل می دهد (Mustard, 2007). پرورش کودکان سالم، به معنی برانگیزاندن تکامل فیزیکی، زبانی/شناختی و اجتماعی/عاطفی آن ها است (ECDKN, 2007a). تکامل سالم در دوران ابتدای زندگی، قطعات ساختمانی ضروری که افراد را قادر به هدایت یک زندگی شکوفا در محیط های مختلف از جمله خوب زیستی اجتماعی، عاطفی، شناختی و فیزیکی قادر می سازد را فراهم می آورد (ECDKN, 2007a).

آموزش، پیش از دبستان و بعد از آن، به طور اساسی مسیر و فرصت های سلامتی در طول زندگی کودکان را شکل می دهد. با این حال و علیرغم پیشرفت های اخیر، هنوز تخمین زده می شود که ۷۵ میلیون کودک در سنین دبستان، در مدرسه حضور نمی یابند (UIS, 2008). دستاوردهای تحصیلی با پیامد بهبود سلامتی مرتبط است که بخشی از آن به خاطر اثرات اش بر درآمد، اشتغال و شرایط زندگی می باشد.

(Ross & Wu, 1995; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Bloom, 2007)

همچنین تأثیرات بین نسلی قوی نیز وجود دارد، برای مثال

همچنین سرمایه گذاری در تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD)، با مداخلاتی که بیشترین اثرشان بر محروم ترین کودکان می باشد، می تواند یک برابرکننده قوی باشد

(Scott-McDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al, 2007)

اگر حکومت ها در جوامع فقیر و ثروتمند در حالی که کودکان هنوز کم سن هستند، شروع به اجرای برنامه ها و خدمات با کیفیت تکامل دوران ابتدای کودکی، به عنوان بخشی از طرح های توسعه ای گسترده شان، بنمایند، چندین برابر این سرمایه گذاری ها به خودشان بر خواهد گشت

(Schweinhart, Barnes & Weikart 1993; Schweinhart, 2004;

Lynch, 2004).

متأسفانه بیشتر سرمایه گذاری های محاسبه شده در سلامت و دیگر بخش ها، چنین منافعی که مربوط به آینده است را نادیده می گیرند و فقط به منافعی که به کوتاه مدت مربوط می شوند، آن هم به طور غیر متناسب، اهمیت می دهند.

کاستن از بی عدالتی های سلامتی در طی یک نسل مستلزم داشتن تفکری جدید پیرامون تکامل کودک است. رویکردی مورد نیاز است که فهم جامع تری از تکامل کودک (نه فقط بقا فیزیکی بلکه تکامل اجتماعی/عاطفی و زبانی/شناختی) را در بر گیرد. تشخیص نقش تکامل دوران ابتدای کودکی و آموزش، پتانسیلی قوی جهت کاهش بی عدالتی های سلامتی در یک نسل ارائه می دهد. این امر، یک دستور قوی برای انجام اقدام در مراحل اولیه زندگی و عمل کردن در همین زمان است. عدم اقدام، اثرات مخربی دارد که بیش از یک دوره زندگی ماندگار خواهد بود.

اقدام به سوی یک شروع عادلانه تر در زندگی

کمیسیون این موضوع را که یک رویکرد جامع به تکامل کودک (نه فقط بقا و تکامل فیزیکی کودک، بلکه تکامل اجتماعی/عاطفی و زبانی/شناختی او) باید در صدر فهرست سیاست ها باشد، را به بحث می کشاند. این امر مستلزم تعهد، رهبری و انسجام سیاسی در سطح ملی و بین المللی است. همچنین این امر نیازمند یک بستر جامع از مداخلات تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) برای همه کودکان در سراسر جهان است

تغییر ذهنیت

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۵.۱ سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف) یک مکانیسم بین موسسه ای جهت اطمینان یافتن از انسجام سیاست های تکامل دوران ابتدای کودکی ارائه دهند که یک رویکرد جامع نسبت به تکامل دوران ابتدای کودکی در سراسر موسسات بر طبق این مکانیسم عمل نماید (پیشنهادات ۱۶.۸ و ۱۵.۲ را ببینید)

تکامل کودکان کم سن تحت تاثیر اقدامات بخش های مختلف از جمله سلامت، تغذیه، آموزش، کار و آب و فاضلاب قرار می گیرد. به طور مشابهی خیلی از فعالان در داخل و بیرون سیستم سازمان ملل متحد بر روی تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) تاثیرگذار هستند. که شامل صندوق توسعه ملل متحد، کمیساریای عالی پناهندگی ملل متحد (UNHCR)، یونیسف، صندوق جمعیت ملل متحد، برنامه جهانی غذا، برنامه اسکان انسان ملل متحد، سازمان جهانی کار (ILO)، سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد (FAO)، سازمان فرهنگی آموزش و علمی ملل متحد (UNESCO)، سازمان جهانی بهداشت، برنامه مشترک ملل متحد برای HIV/AIDS،

در بقا و تکامل کودک بازی می کند (فصل ۱۳ را ببینید: عدالت جنسیتی). کودکان زمانی منفعت می برند که حکومت های ملی، سیاست های حمایت اجتماعی دوستدار خانواده را اتخاذ کنند که اجازه داشتن درآمد کافی را به همه می دهند (فصل ۸ را ببینید: حفاظت اجتماعی در طول دوران زندگی) و نیز اجازه می دهند که والدین و مراقبین کودکان، بین مسئولیت شان در خانه و کارشان تعادل برقرار کنند (فصل ۷ را ببینید: اشتغال منصفانه و کار شایسته) رهبران سیاسی در سطح ملی و بین المللی باید یک نقش کلیدی در جلوگیری از ایجاد تهدیدات مربوط به تکامل کودکان کم سن، شامل جنگ و خشونت، کار کودکان و سوء استفاده از کودکان بازی کنند (WHO, 2005a). با این حال بی عدالتی در قدرت در سطح جهان بر توانایی کشورهای فقیر بالاخص در تصویب سیاست هایی که برای تکامل کودک پر اهمیت هستند، اثر می گذارد

(ECDKN, 2007a) (فصل های ۱۱ و ۱۲ و ۱۵ را ببینید: تامین مالی منصفانه، مسئولیت بازار، حاکمیت خوب جهانی). کودکان نیاز به محیطی حمایت کننده، پرورش دهنده، مراقبت کننده و پاسخ گو دارند و آن ها نیاز به فرصت هایی دارند که دنیای شان را مورد بررسی قرار داده، بازی کرده و یاد بگیرند که چگونه صحبت کنند و چگونه به دیگران گوش دهند. مدارس به عنوان جزئی از محیط زندگی که در تکامل کودک سهیم است، نقشی کلیدی در توانمندسازی کودکان بازی می کنند و در صورتی که آن ها به طور واقعی لحاظ شوند، در رسیدن به عدالت در سلامت نیز نقش دارند. تکامل دوران ابتدای کودکی با برنامه های خوب طراحی شده می تواند به هموار کردن مسیرانتقال کودکان به مدرسه ابتدایی و منافعی برای مقاطع تحصیلی بعدی، منجر شود (UNESCO, 2006b).

ایجاد شرایطی جهت شکوفاتر کردن کودکان، نیازمند سیاست های منسجمی در تمام بخش ها می باشد. در این میان والدین و مراقبین کودکان نقش مهمی را ایفا می کنند، ولی از طرف حکومت، سازمان های جامعه مدنی و نیز کل جامعه حمایت لازم باید صورت پذیرد. نادیده گرفتن کودکان از سوی حکومت ها به طور گسترده و در ابعاد جهانی رخ داده است. بنابراین سازمان های جامعه مدنی در دفاع و بهبود شرایط لازم برای تکامل کودک سالم، نقش مهمی را بازی می کنند.

درحالی که محیط زندگی به طور قدرتمندی تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) را تحت تاثیر قرار می دهد، کودکان فعالان اجتماعی هستند که از سوی محیط شان هم شکل می پذیرند و هم آن را شکل می دهند (ECDKN, 2007a). درک ماهیت رابطه دوطرفه بین کودک و محیط او، دارای تاثیراتی برای اقدامات و تحقیقات، به همراه نیاز به درک اهمیت اعطای حق بیان و عاملیت بیشتر به کودکان، می باشد

(Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights, 2007).

تکامل دوران ابتدای کودکی: یک برابر کننده قوی

سرمایه گذاری در تکامل دوران ابتدای کودکی یکی از قوی ترین سرمایه گذاری هایی است که کشورها می توانند انجام دهند، به شکل هایی مانند: کاهش بار فزاینده ی بیماری های مزمن در بزرگسالان، کاهش هزینه های سیستم های قضایی و زندان ها و قادرسازی کودکان بیشتری جهت تکامل یافتن به سمت بزرگسالانی سالم که مشارکت مثبت اجتماعی و اقتصادی در جامعه دارند.

(ECDKN, 2007a; Engle et al, 2007; Schweinhart, Barnes & Weikart, 1993; Schweinhart, 2004; Lynch, 2004)

- فراهم آوری حمایت فنی برای به حساب آورده شدن تکامل دوران ابتدای کودکی در سیاست های ملی و چارچوب های توسعه ای بین المللی (مانند سند استراتژیک کاهش فقر [PRSP])
- فراهم آوری حمایت فنی به مناطق، کشورها، و شرکاء به منظور یکپارچه کردن مداخلات ساده تکامل دوران ابتدای کودکی (مانند مدیریت یکپارچه بیماری های دوران کودکی [IMCI]، مراقبت برای تکامل، کارد ۵،۷ را ببینید) در خدمات سلامت و نوآوری های سلامت جامعه

- پذیرش مسئولیت جمع آوری شواهد پیرامون اثربخشی مداخلات تکامل دوران ابتدای کودکی، به خصوص آن هایی که مربوط به سیستم مراقبت سلامتی هستند

- حمایت از کشورها در جمع آوری داده های آماری ملی برای ایجاد سیستم های پایش گر جهت تکامل دوران ابتدای کودکی
اطمینان حاصل کردن از یک رویکرد جامع به تکامل دوران ابتدای کودکی، مستلزم آنست که سازمان های بین المللی و اهداکنندگان کمک، از حکومت های ملی برای ظرفیت سازی و از مکانیسم های بهبود دهنده تامین مالی، جهت اجرای چنین رویکردی، حمایت کنند. تبیین یک صندوق مالی به صورت جهانی مورد نیاز است تا جهت کمک به کشورهایی که امضاء کننده معاهده حقوق کودک اند، ایجاد شود تا کمیته UN مربوط به بند ۷ حقوق عمومی کودک در خصوص حقوق کودک در دوران ابتدای کودکی به خوبی اجرا شود.

یک رویکرد جامع به دوران ابتدایی کودکی در عمل

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۵.۲ حکومت ها بسته ای جامع از برنامه ها و خدمات تکاملی با کیفیت دوران اولیه کودکی را، برای کودکان، مادران و دیگر مراقبین کودکان، فارغ از توانایی پرداخت هزینه، به صورت همگانی پوشش دهند (پیشنهادات ۹.۱؛ ۱۱.۶؛ ۱۶.۱). را ببینید

یک چارچوب سیاسی منسجم برای تکامل دوران ابتدای کودکی

یک شروع سالم برای همه کودکان، با استفاده از چارچوب سیاسی یکپارچه برای تکامل دوران ابتدای کودکی، به بهترین نحو قابل انجام است. این امر مستلزم هماهنگی بین وزارت خانه ها، انسجام سیاست ها، با بیانی صریح از نقش ها و مسئولیت های هر بخش و چگونگی همکاری آن ها با هم، می باشد. برای مثال همکاری بهتر بین بخش رفاه و آموزش می تواند، انتقال از برنامه های پیش دبستانی به آموزش ابتدایی را تسهیل کند (OECD, 2001)
ECD باید با دستور کار بقیه بخش ها یکپارچه شود تا از لحاظ شدن تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) به طور معمول در همه تصمیم گیری ها اطمینان حاصل شود (فصل ۱۰ را ببینید: عدالت در سلامت در همه سیاست ها، نظام ها و برنامه ها)

اجرای یک رویکرد جامع تر به اوایل زندگی، شامل بهبود بخشیدن به مداخلات با کیفیت جهت تکامل فیزیکی و بقای کودک می باشد که به یکپارچگی تکامل اجتماعی/عاطفی و زبانی/شناختی منجر می

بانک جهانی، صندوق بین المللی پول (IMF)، سازمان بین المللی مهاجرت (IOM) و نیز سازمان های جامعه مدنی می شوند. بسیاری از این آژانس ها بهبود تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) را به عنوان آرمانی صریح در نظر ندارند پس آن ها می توانند تاثیرات مهمی به صورت مثبت یا منفی بر آن داشته باشند.

یک مکانیسم بین بخشی باید ایجاد شود که رویکردی جامع و منسجم به تکامل دوران ابتدای کودکی داشته باشد و این مکانیسم بین بخشی می تواند شکل های متفاوتی داشته باشد. یک مدل مناسب زیر کمیته (sub-committee) نامیده می شود مانند سیستم کمیته پایای تغذیه سازمان ملل (SCN) (کادر ۵،۱). چنین کمیته ای نه تنها آژانس های مربوطه موجود در سازمان ملل متحد و فعالان حکومتی را، بلکه سازمان های جامعه مدنی و شبکه های تخصصی ECD را نیز بایستی دور هم جمع کند (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی).

بر اساس مدل کمیته پایای تغذیه (SCN)، فعالیت های کلیدی مکانیسم بین آژانسی می تواند شامل موارد زیر باشد:

۱- توسعه و اجرای یک استراتژی برای جلب حمایت عمومی در سطح بالا و ایجاد ارتباط استراتژیک.
۲- رهگیری و گزارش پیشرفت ها جهت یک شروع سالم در زندگی برای همه کودکان.

۳- تسهیل روند پیوستن تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) به فعالیت های مربوط به اهداف توسعه هزاره (MDG) در سطح کشوری، از راه سیستم هماهنگ کننده سازمان ملل متحد
۴- به جریان انداختن رویکردهای مربوط به حقوق بشر و به طور خاص حقوق ابتدای دوران کودکی، همان طور که در بند ۷ معاهده اجرای حقوق کودک در دوران ابتدای کودکی آمده است (UN, 2006) به داخل کار مکانیسم بین آژانسی

۵- شناسایی بی عدالتی های کلیدی علمی و کاربردی (کمیته مربوط به تغذیه). در سطح کشوری، گروه های بین آژانسی می توانند رویکردی را ارتقاء دهند که در آن سیاست گذاران، مسئولان، محققان و فعالان جامعه مدنی، شبکه های به هم پیوسته ای از تکامل دوران ابتدای کودکی را شکل دهند تا از دسترسی باز مشارکتی و انتشار نتایج تحقیقات و تمرینات، اطمینان حاصل شود.

اطمینان از انسجام سیاسی برای تکامل دوران ابتدای کودکی به طور ملی و بین المللی مستلزم آنست که سازمان های بین المللی و به طور خاص سازمان جهانی بهداشت و یونسف، نقش رهبری و تعهد نهادی شان به تکامل دوران ابتدای کودکی را تقویت نمایند. در داخل چنین سازمان هایی، بسیاری از برنامه ها در ارتباط با تکامل کودک هستند که شامل برنامه های مربوط به بقاء کودک، ایمن سازی، بهداشت باروری و HIV/AIDS می باشند. تکامل دوران ابتدای کودکی باید به طور صریحی در این برنامه ها به حساب آورده شود و تحقق این امر مستلزم کارکنانی متعهد و نیز تامین مالی، برای تکامل دوران ابتدای کودکی می باشد تا موارد زیر محقق گردد:

- ایفای نقش حیاتی به منظور جلب حمایت عمومی برای تکامل دوران ابتدای کودکی به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت کلیدی

منطقه عملیاتی ۵.۱: عدالت از آغاز

به یک رویکرد جامع به دوران اولیه زندگی متعهد بوده و آن را اجرا کنید، این امر باید بر برنامه های موجود مربوط به بقای کودک و مداخلات گسترده دوران اولیه زندگی بنا شده و توسعه زبانی/شناختی و اجتماعی/احساسی را شامل شود.

تا برنامه های تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) را به آسانی، قابل دسترس سازند (Engle et al, 2007).

اجرای یک چارچوب سیاسی منسجم برای ECD، نیازمند همکاری با سازمان های جامعه مدنی، اجتماعات محلی و مراقبین کودکان می باشد. جامعه مدنی می تواند اقدام برای تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) را مورد حمایت قرار دهد و در سازمان دهی استراتژی ها در سطح محلی مفید واقع شود تا برای خانواده ها و کودکان، دسترسی موثری به خدمات تکامل دوران ابتدای کودکی را فراهم کرده، امنیت و کارایی محیط های مسکونی را بهبود بخشد و ظرفیت اجتماعات محلی و ارتباطی را به منظور بهتر ساختن زندگی کودکان افزایش دهند (ECDKN, 2007a).

اغلب کشورها یک چارچوب سیاسی منسجم، برای تکامل دوران ابتدای کودکی ندارند. هم زمان، مثال هایی از مداخله در اطراف جهان وجود دارند که آن چه باید انجام شود را ترسیم می کنند.

از یک بسته تنها به بسته ای جامع از خدمات تکامل دوران ابتدای کودکی ECD

اجرای برنامه ها و خدماتی که به دنبال بهبود تکامل کودکان کم سن و سال اند، می تواند از مدل های چندی پیروی کند. بعضی از این مدل ها به سوی موضوعات منفردی می پردازند، مانند سواد اولیه

شود. برنامه ها و خدمات تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) باید شامل، اما نه محدود به، موارد زیر باشد: تغذیه از پستان و حمایت تغذیه ای، حمایت جامع و مراقبت از مادران قبل، در طی و بعد از حاملگی - شامل مداخلاتی که مشکلات بهداشت روانی مادر، قبل از زایمان و بعد از زایمان، را مورد ملاحظه قرار می دهد (Patel et al, 2004) - حمایت از والدین و مراقبین کودکان، مراقبت از کودکان و شروع آموزش های اولیه در سن تقریباً ۳ سالگی (منطقه عملیاتی ۲ را در زیر ببینید) (ECDKN, 2007a).

همچنین خدماتی برای کودکان با نیازهای ویژه، شامل آن هایی که دارای مشکلات فیزیکی و روحی هستند مورد نیاز است. چنین خدماتی شامل تشخیص به موقع، آموزش به مراقبین کودکان جهت ارتباط برقرار کردن و بازی کردن با آن ها در خانه، برنامه های مداخله ای اولیه مبتنی بر جامعه جهت کمک به کودکان برای دست یابی به توانایی های بالقوه شان و آموزش اجتماعی و جلب حمایت برای جلوگیری از تبعیض علیه کودکان ناتوان می باشد.

مداخلات، زمانی بیشترین تاثیر را دارند که: یک تجربه مستقیم یادگیری برای کودکان و مراقبین شان فراهم کنند و با شدت بالا، کیفیت بالا، دوره طولانی تر و هدف گیری شده به سمت کودکان کم سن تر و ناتوان تر؛ بوده و به سوی برنامه های ثابت شده سلامتی و بقا کودک حرکت کنند

کادر ۵.۱: مثالی از یک مکانیسم بین موسسه ای - سیستم کمیته پایای تغذیه سازمان ملل (SCN)

رسالت SCN، ارتقاء همکاری میان موسسات سازمان ملل متحد و سازمان های همکار در حمایت از فعالیت های محله ای، ملی، منطقه ای و جهانی، جهت پایان دادن به سوء تغذیه، در همه اشکال آن در این نسل می باشد. این امر از طریق اصلاح جهت مسیر، ارتقاء بخشیدن به گستردگی کار و تقویت انسجام و تاثیر فعالیت های صورت گرفته بر علیه سوء تغذیه، در سراسر جهان صورت می گیرد. همچنین باعث افزایش آگاهی از مشکلات تغذیه ای شده و تعهد نسبت به حل آن ها را در سطوح جهانی، منطقه ای و ملی بر می انگیزد. کمیته پایای تغذیه (SCN) به مسئول اجرایی سازمان ملل متحد گزارش می دهد. اعضای سازمان ملل شامل: کمیسیون اقتصادی آفریقا، سازمان غذا و کشاورزی، آژانس بین المللی انرژی اتمی، صندوق بین المللی توسعه کشاورزی سازمان جهانی کار، سازمان ملل متحد، برنامه مشترک ایدز سازمان ملل، صندوق توسعه ملل متحد، برنامه محیط زیست ملل متحد، یونسکو، صندوق جمعیت ملل متحد، کمیساریای عالی پناهندگان ملل متحد، یونیسف، انستیتو تحقیقات ملل متحد برای توسعه اجتماعی، دانشگاه ملل متحد، برنامه جهانی غذا، سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی می باشد. همچنین انستیتو تحقیقات سیاست های غذایی بین المللی و بانک توسعه آسیایی نیز عضو هستند. از آغاز، نمایندگان شرکای دوطرف و نیز سازمان های غیر حکومتی (NGO)، فعالانه در فعالیت های کمیته پایای تغذیه (SCN) مشارکت داشته اند. این مطلب با اجازه از کمیته غذایی ملل متحد در این جا آورده شده است.

کادر ۵.۲: تحریک، توسط خواندن با صدای بلند - ایالات متحده آمریکا

Reach out and Read، یک سازمان غیر انتفاعی ملی در آمریکا است که با دادن کتاب هایی به کودکان و توصیه هایی به والدین برای شرکت در آزمایشات مربوط به کودکان پیرامون اهمیت بلند کتاب خواندن برای تکامل کودک و آماده کردن او برای مدرسه، به ارتقاء وضعیت سواد اولیه می پردازد. در هر معاینه پزشکان و پرستاران، والدین را تشویق می کنند تا برای کودکان شان بلند بخوانند و به آن ها راهنمایی ها و تشویق های متناسب با سن کودکان، ارائه می دهند. والدینی که ممکن است مشکل خواندن داشته باشند تشویق می شوند که با کمک کتاب های صرفاً "تصویری، داستان هایی از خود بسرایند و نیز با نام گذاری اشیاء، مدت زمانی را با فرزندان شان بگذرانند. همچنین آن ها به هر کودک بین سن شش ماهگی و ۵ سالگی کتاب های مناسب - از نظر تکامل - می دهند که نگهداری کنند. در فضاهای غنی از سواد - اتاق های انتظار - و اغلب با کتاب خوانانی داوطلب، والدین و کودکان درباره لذت و تکنیک های باهم نگاه کردن به کتاب، یاد می گیرند. والدینی که مداخله را دریافت کرده بودند به طور معناداری با احتمال بیشتری همراه با کودکان شان کتاب می خواندند و کتاب های مخصوص کودک بیشتری در منزل داشتند. مهم تر از همه، این که کودکانی که مداخله را دریافت کرده بودند، پیشرفت های معناداری در نمرات مربوط به زبان در سال های پیش دبستانی نشان دادند - یک پیش بینی کننده خوب از موفقیت های بعدی در سواد.



اولویت دادن فراهم آوری مداخلات به محروم ترین ها (از لحاظ اجتماعی)

در چارچوب دسترسی همگانی، توجه خاص به کودکان محروم از نظر اجتماعی و به کودکانی که از نظر تکاملی دچار تاخیر بوده اند به طور قابل توجهی می تواند به کاهش بی عدالتی در تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) کمک کند. یک دلیل مهم، این است که مداخلات تکامل دوران ابتدای کودکی می تواند بزرگ ترین تاثیر را در این گروه های محروم، داشته باشد

(Scott McDonald, 2002; Young, 2002; Engle et al, 2007).

متأسفانه کودکان فقیرترین خانواده ها و جوامع، کمترین احتمال دسترسی به برنامه ها و خدمات تکامل دوران ابتدای کودکی را دارا می باشند. (UNESCO, 2006b) و وقتی که مداخلات جدیدی معرفی می شوند، ابتدا ثروتمندان از آن بهره مند می شوند

(Victora et al, 2000; Houweling, 2007). این امر در مورد برنامه

مدیریت یکپارچه بیماری های دوران کودکی نیز صدق می کند، که اگر تحت شرایط روتین اجرا شود، به طور تبعیض آمیزی نصیب فقرا نمی شود. (PPHCK 2007a) ، از سوی دیگر، مثال هایی از فیلپین نشان می دهد که رسیدگی به کودکان محروم، امکان پذیر است (کادر ۵،۵). در کشورهایی که منابع محدود است اولویت ها باید به سمت کودکان با بیشترین آسیب پذیری، جهت گیری شود، این در حالیست که پوشش همگانی باید به عنوان هدف دراز مدت تری باقی بماند (ECDKN, 2007).

دسترسی به همه کودکان

هدف اصلی، باید پوشش همگانی مداخلات با کیفیت تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) (کادر ۵،۶)، همراه با توجه خاص به محروم ترین ها باشد. دسترسی همگانی باید شامل دسترسی مساوی برای دختران و پسران باشد. کشورهای با درآمد پایین باید تلاش کنند تا به درک فزاینده ای از پوشش همگانی دست یابند و از آسیب پذیرترین افراد، شروع کنند. حکومت ها نیازمند توسعه استراتژی هایی برای بالا بردن سطح برنامه های کارآمدشان از سطح محلی تا

(کادر ۵،۲) در حالی که برخی دیگر به طور جامع تری با تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) ارتباط دارند (کادر ۵،۳ و ۵،۴ را ببینید).

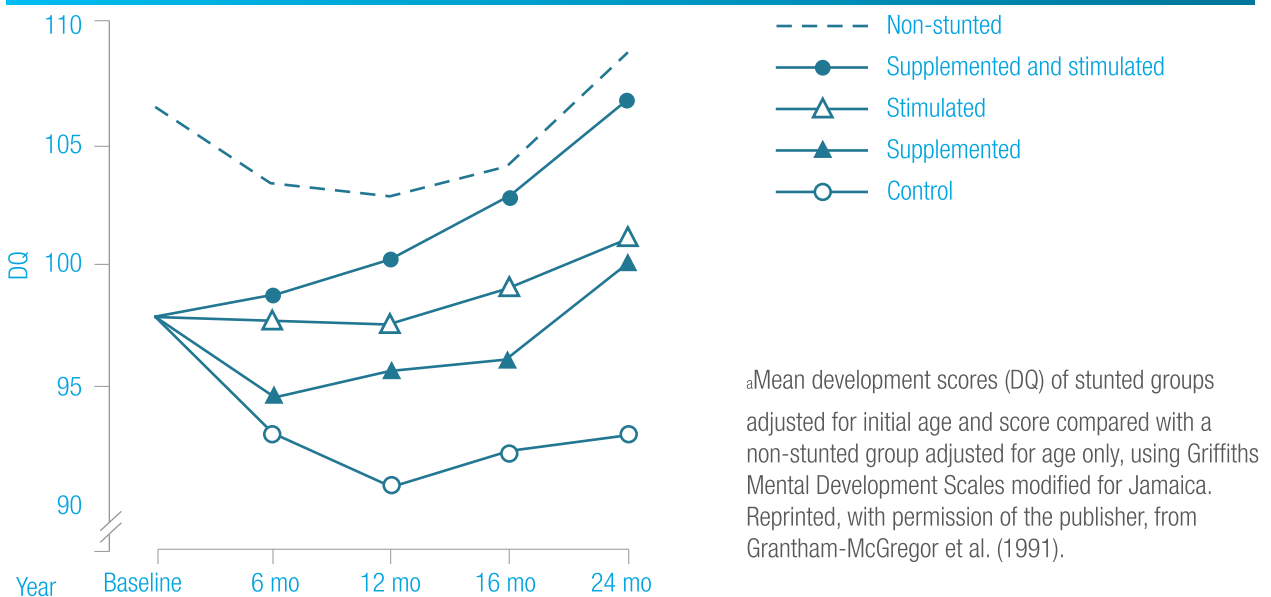
مداخلاتی که ابعاد مختلفی از تکامل کودک را با هم تلفیق می کنند، از طریق یکپارچگی انگیزش (واکنش بین مراقبین و کودکان که مربوط به تکامل ذهنی است) و تغذیه، به طور خاص موفقیت آمیز هستند (Engle et al, 2007). این مداخلات منجر به بهبودهای پایدار در تکامل فیزیکی، اجتماعی/عاطفی و زبانی/شناختی می شوند و به طور هم زمان بار بیماری ها را هم در حال وهم در آینده کاهش می دهند، مخصوصاً برای آن هایی که بیشترین آسیب پذیری و محرومیت را دارند (ECDKN, 2007a). این موضوع در شکل ۵،۱ نشان داده شده است و نشان می دهد که تکامل ذهنی کودکان ضعیف که هم مکمل هایی غذایی و هم انگیزش های روانی را دریافت کرده بودند تقریباً به خوبی کودکان غیر ضعیف بود (شکل ۵،۱).

حتی بسته های تلفیقی بیشتری از خدمات می توانند ایجاد شوند که شامل موارد زیر است: انگیزش، تغذیه، آموزش والدین و شکل های مختلف حمایت خانواده (کادر ۵،۲)

شروع در اوایل زندگی، استفاده از یک رویکرد در کل دوره زندگی

کودکان جوان تر نسبت به کودکان با سن و سال بالاتر، بهره مندی بیشتری از مداخلات مربوط به تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) دارند، که این تاکید می کند بر اهمیت فراهم آوری هرچه زودتر برنامه ها و خدمات در زندگی (Engle et al, 2007). بعضی از فاکتورها باید قبل از تولد و حتی قبل از حاملگی، مورد ملاحظه قرار گیرند. کادر ۵،۴ نشان می دهد که چگونه تکامل کودک و مشکلات تغذیه ای او می تواند از طریق رویکردی مربوط به کل دوره زندگی، که شامل نه تنها کودکان بلکه مادران حامله و شیرده و دختران نوجوان نیز می شود مورد توجه قرار گیرد.

شکل ۵.۱: تاثیرات ترکیبی مکمل های غذایی و محرکات روحی- روانی بر روی کودکان کوتاه قد در یک مطالعه مداخله ای ۲ ساله در جامائیکا



کادر ۵.۳: رویکردی جامع جهت پرداختن به چالش‌های مربوط به تکامل دوران ابتدای کودکی در جامائیکا

کودکان کم سن جوامع فقیر جامائیکا نسبت به دیگران، با محرومیت‌های بسیار شدیدی به خاطر فقر رو به رو هستند. برنامه کودکی سوء تغذیه‌ای، به منظور پرداختن به نیازهای روانی-اجتماعی و تغذیه‌ای کودکان پذیرفته شده در بیمارستان به علت سوء تغذیه به کار می‌رود. پرسنل بیمارستان مشاهده کردند که قبل از شروع برنامه کنترل از راه دور، خیلی از کودکانی که بعد از پایان دوره درمان از بیمارستان به خانه فرستاده شده بودند بعد از مدت کوتاهی، درست با همان شرایط دوباره در بیمارستان بستری می‌شدند. برای مورد توجه قرار دادن این موضوع بازدیدهای خانگی جهت پیگیری، ایجاد شدند تا کودکان مرخص شده از بیمارستان را مورد پایش قرار دهند. در طی این بازدیدهای خانگی کارکنان روی انگیزش، فاکتورهای محیطی بالقوه آسیب‌زا به سلامت کودک، وضعیت تغذیه‌ای کودک و احتمال نیاز به مکمل‌های غذایی تمرکز می‌کنند. والدین در برنامه مداوم هفتگی آموزش والدین و برنامه رفاه اجتماعی، شرکت می‌کنند. به آن‌ها کمک می‌شود تا مهارت‌های درآمدزایی‌شان را توسعه دهند، پروژه‌های خودیاری را آغاز کرده و شغل یا سرپناه پیدا کنند. والدین بیکار نیز با بسته‌های غذایی، وسایل خواب و لباس تجهیز می‌شوند. به علاوه یک برنامه کنترل از راه دور، در جوامع فقیر وجود دارد که شامل تحریک روانی اجتماعی منظم کودکان ۳ ساله و کوچک‌تر می‌باشد که از سوی یک کتابخانه سیار قرض‌دهنده اسباب بازی حمایت می‌شود.

تطبیق داده شده با اجازه ناشر از اسکات مک دونالد ۲۰۰۲

کادر ۵.۴: شروع مداخلات از قبل از بارداری خدمات یکپارچه تکامل کودک (ICDS) - هندوستان

ICDS یکی از بزرگ‌ترین برنامه‌های تکامل و تغذیه کودک در دنیا است که به بیش از ۳۰ میلیون کودک خدمات می‌دهد. خدمات شامل حمایت برای مادران حامله و شیرده و دختران نوجوان از راه بهبود دسترسی‌شان به غذا، می‌باشد. همچنین شامل مراکز نگهداری کودک، آموزش پیش از مدرسه، پایش رشد برای کودکان در سن ۰-۵ سالگی، تغذیه کمکی برای کودکان دچار سوء تغذیه، کمک به ایمن‌سازی کودکان و سایر مراقبت‌های ضروری سلامتی می‌باشد (Engle et al, 2007). به نظر می‌رسد که نتایج این برنامه، با نتایج مثبت ناشی از بهبود سوء تغذیه و تکامل ذهنی و حرکتی کودک در بعضی از ایالت‌ها مخلوط باشد (Lokshin et al, 2007; Engle et al, 2005) در بین ایالت‌ها، دهکده‌های فقیرتر با احتمال بیشتری خدمات را دریافت می‌کردند. با این حال ایالت‌های بالاترین میزان سوء تغذیه کودک، کمترین میزان پوشش برنامه و پایین‌ترین بودجه اختصاص یافته از طرف حکومت مرکزی را دارا هستند (Das Gupta et al, 2005). یک ارزشیابی از سوی بانک جهانی نشان داد «صرفاً تأثیرات مثبت متوسطی، شاید به دلیل اعتبار کم، کار بیش از اندازه کارکنان در جامعه و آموزش ناکافی وجود داشت» (Engle et al, 2007).

کادر ۵.۵: رسیدگی به گروه‌های درحاشیه - فیلیپین

یک برنامه در فیلیپین - خدمات سلامتی، تغذیه‌ای و آموزشی اولیه را به کودکان کم سن و سال گروه‌های درحاشیه ارائه می‌دهد. با درگیر کردن وزارت خانه‌های مختلف در سطح ملی و کارگزاران مناطق روستائی (extension agents) و متصدیان تکامل کودک در سطح اجتماع، برنامه به رهگیری رشد همه کودکان و پایش دسترسی کودکان به نمک یددار، ریزمغذی‌ها، آب و توالت تمیز کمک می‌کند و پیرامون تغذیه و تکامل کودک توصیه‌هایی به والدین می‌دهد.

چاپ شده با اجازه نویسنده از یونیسیف (۲۰۰۱)



اقداماتی پیرامون بی عدالتی های جنسیتی

یک جنبه مهم از کیفیت برنامه ها و خدمات تکامل دوران ابتدای کودکی، ارتقاء عدالت جنسیتی است. اجتماعی شدن اولیه مبتنی بر جنسیت- همان یادگیری نقش های فرهنگی بر طبق جنس هر شخص و ارزش هایی که مردانگی و زنانگی را تعریف می کند- می تواند پیامدهای زیادی در طول دوره زندگی داشته باشد. برای مثال دختران ممکن است لازم باشد که از برادران و خواهران کوچکترشان مراقبت کنند در حالی که به واسطه این امر از شرکت خودشان در مدرسه جلوگیری شود. برنامه های پیش دبستانی که از این کودکان کوچک مراقبت می کنند، می تواند به حل این مشکل کمک نمایند. یک استراتژی مهم در تقویت اجتماعی شدن جنسیتی مثبت برای پسران و دختران کم سن، از طریق برنامه های فرهنگی برای والدین است که از نظر تکاملی متناسب بوده و واکنش دهنده نسبت به جنسیت باشند.

(Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003)

این امر نیازمند بالابردن آگاهی والدین و مراقبین، از اهمیت نقش شان در کمک به کودکان، برای بهبود عزت و اعتماد به نفس، به عنوان یک پسر یا دختر از شروع زندگی شان، می باشد. انتظارات سوگیری شده جنسیتی از پسران و دختران، می تواند در طی بحث های گروهی با پدران و مادران و همچنین دیگر مراقبین کودکان و معلمان پیش دبستانی مطرح شوند.

مشارکت پدران در امر تربیت کودکان، از بدو تولد، استراتژی مهم دیگری برای بهبود سلامت و پیامدهای تکاملی کودک است و همچنین تقویت کننده عدالت جنسیتی نیز می باشد.

ملی، بدون قربانی کردن خصوصیات برنامه که سبب موثر بودن آن شده است، می باشند. این امر مهم است که یکپارچگی در اجرا و پاسخ گوئی در سطح محلی، حتی در شرایطی که برنامه ها تا سطح ملی گسترش یافته اند، حفظ شود. (ECDKN, 2007)

حرکت به سمت برنامه های تبیین شده سلامت و بقای کودک به منظور این که مداخلات مربوط به تکامل دوران ابتدای کودکی به راحتی قابل دسترس باشند

سیستم های مراقبت سلامتی، جهت مشارکت در برنامه های مربوط به تکامل دوران ابتدای کودکی، در یک موقعیت ویژه و منحصر به فرد هستند (فصل ۹ را ببینید: مراقبت سلامت همگانی). با توجه به هم پوشانی موجود در تعیین کننده های اساسی بقا/ تکامل جسمی و تکامل عاطفی/ اجتماعی و زبانی/ شناختی، سیستم مراقبت سلامتی می تواند یک محل موثر برای ارتقاء تکامل در همه زمینه ها باشد. سیستم مراقبت سلامت برای خیلی از مادران باردار، محل ارتباط اولیه با نظام سلامت می باشد و در بسیاری از موارد فراهم کنندگان مراقبت سلامتی، تنها متخصصانی هستند که در سال های اولیه زندگی کودک با خانواده ها در ارتباط هستند (ECDKN, 2007). سیستم های مراقبت سلامتی به عنوان یک بستر برای دادن اطلاعات و حمایت از والدین در این باره، به کار رفته و می توانند کودکان و خانواده ها را به خدمات و برنامه های تکامل دوران ابتدای کودکی جاری در جامعه، مرتبط کنند. زمانی که برنامه های تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) اجزایی یکپارچه از خدمات پایدار مراقبت سلامت (مانند IMCI، کادر ۵،۷) شوند، آن ها می توانند به یک راه کاملاً موثر جهت بهبود و ارتقاء تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) تبدیل گردند (ECDKN, 2007)

کادر ۵.۶: خدمات همگانی تکامل کودک در کوبا

عموماً تصور می شود که برنامه Educa a Tu Hijo کوبا (بزرگ شدن همراه با کودک تان) فاکتور مهمی در دستاوردهای آموزشی کوبا در مقطع دبستان باشد (UNICEF, 2001). این برنامه که در سال ۱۹۸۵ ارائه شد، یک برنامه غیر رسمی، غیر نهادی، و مبتنی بر جامعه و خدمات تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) با محوریت خانواده بود که تحت مسئولیت وزارت آموزش اداره می شد (آموزش پیش دبستانی). برنامه با شرکت وزارت خانه های سلامت عمومی، فرهنگ و ورزش، فدراسیون زنان کوبا، انجمن ملی کشاورزان خرد، کمیته ملی برای دفاع از انقلاب و انجمن های دانشجویی شروع به کار کرد. این شبکه وسیع شامل ۵۲۰۰۰ برگزار کننده (معلم، مربی، پزشک و دیگر متخصصان آموزش دیده)، ۱۱۶۰۰۰ مجری (معلمان، پزشکان، پرستاران، متخصصان، بازنشستگان، دانشجویان و افراد داوطلب) و بیش از ۸۰۰۰۰۰ خانواده می باشد. در طی دهه ۱۹۹۰ برنامه توسعه یافت و به ۹۹/۸ درصد کودکان ۵- ساله در سال ۲۰۰۰ رسید. که شاید بتوان گفت بالاترین میزان ثبت نام در جهان می باشد. منبع، CS 2007.

کادر ۵.۷: پایه گذاری تکامل دوران ابتدای کودکی بر مبنای برنامه ها و خدمات سلامتی موجود

سازمان جهانی بهداشت در همکاری با یونیسف، یک مولفه خاص برای تکامل دوران ابتدای کودکی را طراحی کرده است که به "مراقبت برای تکامل" مشهور است و قصد دارد تا با برنامه های موجود IMCI ادغام شود. هدف "مراقبت برای تکامل" افزایش آگاهی والدین و مراقبین کودک در مورد اهمیت بازی و ارتباط برقرار کردن با کودکان، از طریق فراهم کردن اطلاعات و آموزه هائی طی معاینات کلینیکی کودک، می باشد. شواهد نشان داده اند که "مراقبت برای تکامل" روش موثری برای حمایت از تلاش های والدین و مراقبین، جهت فراهم کردن یک محیط انگیزشی برای کودکان، از طریق تاکید بر مهارت های موجود والدین و مراقبین می باشد. متخصصین مراقبت سلامتی تشویق می شوند تا مراجعه کودکان برای بیماری های حاد را، به عنوان فرصتی جهت تسریع در انتقال پیام های مربوط به مراقبت از تکامل کودک، تلقی کنند، برای مثال، اهمیت تغذیه فعال و واکنش دهنده برای بهبود تغذیه کودکان و رشد آن ها و اهمیت بازی و فعالیت های ارتباطی جهت کمک به کودکان، برای حرکت به مراحل بعدی تکامل شان. منبع (ECDKN, 2007, WHO)

دبستانی تا پایان دوره دبیرستان است که همراه با تاکید بر گسترش رویکردی جامع به آموزش و توجه به تکامل جسمی، اجتماعی / عاطفی و زبانی / شناختی می باشد.

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۵.۴ حکومت ها آموزش با کیفیتی را که به تکامل فیزیکی، اجتماعی / عاطفی و زبانی / شناختی کودک توجه می کند و شروع آن، پیش از دبستان باشد فراهم کنند.

در هر کشوری، کودکان به خصوص آن هائی که متعلق به فقیر ترین گروه های اجتماع هستند، بایستی به شکل گسترده از برنامه های آموزشی اولیه بهره مند شوند. توسعه و بهبود مراقبت اولیه کودک و آموزش، به عنوان بخشی از استراتژی "آموزش برای همه" یونسکو، می باشد (UNESCO, 2006b; UNESCO, 2007a). کمیسیون از اهداف برنامه "آموزش برای همه" یونسکو حمایت می کند (خلاصه شده در کادر ۵،۹)

فراهم آوری آموزش پیش دبستانی با کیفیت

بهبود دسترسی به آموزش پیش دبستانی که منطبق با اصول تکامل دوران ابتدای کودکی باشد، برای همه کودکان و تلاش خاص برای شامل شدن افراد دارای پیشینه محرومیت اجتماعی، مستلزم تعهد از جانب بالاترین سطح حکومت و وزارت خانه های مسئول مراقبت و آموزش کودکان خردسال می باشد. این امر، مستلزم کار مشترک بخش های سلامت و آموزش، بازنگری در آموزش پیش دبستانی موجود و مشاوره با خانواده ها، جمعیت های محلی، سازمان های غیر حکومتی، جامعه مدنی و فراهم کنندگان آموزش پیش دبستانی جهت شناسایی نیازها و توسعه یک استراتژی جامع می باشد. حیطه هایی که باید در تدوین استراتژی در نظر گرفته شوند شامل موارد زیر می باشند: تامین مالی، زیرساخت ها (شامل ساختمان ها و تسهیلات)، حمایت از کودکان با نیازهای خاص آموزشی، نسبت تعداد پرسنل به تعداد کودکان، استخدام، حمایت و آموزش کارمندان پیش دبستانی و ویژگی برنامه های پیش دبستانی.

پدران ضمن ایجاد یک رابطه مثبت و کامل با کودکان شان می توانند از نقش پدری شان لذت برده و الگوئی از یک نقش مثبت هم برای دختران و هم برای پسران شان باشند. برای مثال برنامه های مربوط به والدین؛ در کشورهای بنگلادش، برزیل، جامائیکا، اردن، آفریقای جنوبی، ترکیه و ویتنام؛ شامل فعالیت های خاصی می باشند که پدران را به طور فعال تری در تربیت کودکان شان درگیر می کنند (Koçak, 2004; UNICEF, 1997; Landers, 2003).

دخیل کردن اجتماع

مشارکت اجتماع، شامل مادران، مادرزرگ ها و دیگر مراقبین کودک، برای پایدار بودن اقدام بر تکامل دوران ابتدای کودکی کلیدی است و این امر، شامل مشارکت در تدوین، اجرا، پایش و بازنگری سیاست ها، برنامه ها و خدمات مربوط به تکامل دوران ابتدای کودکی می شود (ECDKN, 2007a). این امر می تواند یک باور و هدف مشترک، بر پایه پیامدهای مرتبط با نیازهای جامعه بنا کرده، همکاری میان جامعه، تامین کنندگان، والدین و مراقبین را ترغیب کند و قابلیت جامعه را از طریق مشارکت فعال خانواده ها و دیگر دست اندرکاران ارتقاء دهد (ECDKN, 2007). کادر ۵،۸ نشان می دهد که چطور یک برنامه تکامل دوران ابتدای کودکی در جمهوری دموکراتیک و مردمی لائوس، در همه مراحل از تشخیص نیاز تا اجرا، توسط افراد جامعه هدایت شده است. مشارکت جامعه و مداخلات مبتنی بر جامعه، حکومت ها را از مسئولیت های شان معاف نمی سازد بلکه می تواند وجود روابط قوی تری را بین حکومت، تامین کنندگان خدمات، جامعه و مراقبین تضمین نماید.

چشم انداز آموزش (تحصیلات)

در حالی که کمیسیون از طریق یک شبکه دانش متعهد در مورد امر آموزش تحقیق و بررسی نکرده است، اما حوزه های گسترده قابل توجهی از کار کمیسیون حاصل شده اند. کمیسیون اهمیت حیاتی آموزش برای عدالت در سلامت را می شناسد. آموزش، رسمی و غیر رسمی، از زمان تولد شروع شده و به عنوان یک فرآیند در کل دوره زندگی، شناخته می شود. تاکید این بخش بر آموزش از دوره پیش

کادر ۵.۸: گسترش برنامه آموزشی تکامل دوران ابتدای کودکی در روستاهای جمهوری دموکراتیک لائوس

پروژه توسعه زنان، برای ارتقاء نوآوری های توسعه ای مختلف برای زنان، در ۵ ایالت لائوس به اجرا درآمده است. پس از ۵ سال، تمایل به موضوع تکامل کودکان افزایش یافته و نیاز به توجه به این موضوع کاملاً تشخیص داده شد. پروژه تکامل دوران ابتدای کودکی و خانواده از پروژه توسعه زنان حاصل شد. کارگاه های برنامه ریزی پروژه در روستاها در مراحل ابتدایی توسعه و اجرا، سازمان دهی شدند. برنامه ریزی در سطح روستا منجر به: توافق روی نیازها و اهداف، فهم کلی از طرح، ارزیابی منابع و مشکلات، برنامه ریزی فعال، ایجاد کمیته مربوط به پروژه و معیاری جهت انتخاب داوطلبان روستا گردید. فرآیند تدوین برنامه آموزشی به منظور ایجاد برنامه ای سازگار با نیازهای خاص گروه های قومی مختلف، بر دروندادهای مشارکتی در سطح محلی تاکید دارد. فرآیند مذکور بر جمع آوری داده های روستایی و ارزیابی نیازها تاکید دارد. تجزیه و تحلیل دانش بومی موجود به عنوان پایه ای جهت توسعه برنامه آموزشی به کار می رود. یکی از فعالیت های چشم گیر، توافق نامه شرکت دادن روستا در این فعالیت بود که توسط اعضای روستا و کمیته توسعه دهکده امضا شده است. این توافق بر پایه چارچوب حقوق کودک و شامل اقداماتی بود که بتواند به سرعت صورت پذیرد (در حالی که منتظر کمک خارجی هم هستند).

منطقه عملیاتی ۵.۲: تامین و چشم انداز آموزش (تحصیلات)

به توسعه تامین و چشم انداز آموزش بپردازید به طوری که اصول تکامل دوران ابتدای کودکی (تکامل جسمی، اجتماعی / احساسی و زبانی / شناختی را شامل شود).

موانع بر سر راه آموزش

کمیسسیون پیشنهاد می کند که:

۵.۴ حکومت ها، آموزش ابتدایی و متوسطه اجباری و با کیفیت را برای همه پسران و دختران، بدون توجه به توانایی آن ها در پرداخت هزینه، فراهم کنند و موانع بر سر راه ثبت نام و ماندن در مدرسه را برای دختران و پسران شناسایی و مورد توجه قرار داده و پرداخت هزینه توسط افراد برای آموزش ابتدایی را، لغو کنند (پیشنهادات ۶.۴ و ۱۳.۴ را ببینید)

موانع بر سر راه آموزش شامل: مسائل مربوط به دسترسی به آموزش، کیفیت، و مورد پذیرش واقع شدن آموزش می باشد. در بسیاری از کشورها به خصوص در کشورهای با درآمد پائین، کودکانی که در خانواده های کم درآمد بوده و والدین کمتر تحصیل کرده ای دارند، به احتمال کمتری در مدرسه شرکت کرده و با احتمال بیشتری از مدرسه ترک تحصیل می کنند. فعالیت های هم زمان (توام)، جهت کاهش فقر و ایجاد درآمد (بحث شده در فصل ۷ و ۸ اشتغال مناسب و کار شایسته و حفاظت اجتماعی در طول دوره زندگی) همراه با اقداماتی در زمینه کاهش هزینه های پرداخت از جیب برای شرکت در مدرسه، خرید کتب مدرسه، یونیفرم ها و دیگر هزینه ها، اجزایی حیاتی از یک استراتژی جامع باین منظور است که دسترسی به آموزش با کیفیت برای میلیون ها کودک را به یک واقعیت تبدیل نمایند.

دیگر سیاست ها جهت تشویق والدین به فرستادن کودکان شان به مدرسه، هرچند که در کشورهای مختلف متفاوت هستند اما شامل موارد زیر می شوند:

تهیه منوهای غذایی مجانی یا یارانه ای (Bajpai et al, 2005)
تهیه تشویق های پولی به شرط شرکت در مدرسه، حذف شهریه مدارس (Glewwe, Zhao & Binder, 2006)

تهیه مجانی قرص های ضد انگل و سایر مداخلات سلامتی، که برای مثال می توان به برنامه سلامت مدارس مالاوی اشاره کرد. (Pasha et al, 2003) تحلیل های مبتنی بر زمینه های موجود، جهت تشخیص موانع آموزش و توسعه و ارزشیابی سیاست هایی که والدین را برای ثبت نام و نگه داشتن کودکان در مدرسه تشویق می کنند، مورد نیاز می باشند.

قابل توجه این که، رشد سریعی که در آموزش ابتدایی در کشورهای کم درآمد در سال های اخیر به وجود آمد، به دلیل روند فسخ شهریه مدارس در تعدادی از کشورها بوده است. همان طور که تجربه کنیا نشان می دهد (کادر ۵.۱۲) حذف شهریه مدارس ابتدایی، مستلزم استخدام و آموزش معلمان، ساختن مدارس و کلاس های بیشتر و تدارک موارد مورد نیاز آموزش است. دسترسی فزاینده به آموزش ابتدایی، باید همگام با توجه به کیفیت آموزش باشد. به علاوه، توسعه

آموزش ابتدایی و متوسطه با کیفیت

شواهد مشهودی وجود دارد که ادغام یادگیری اجتماعی و عاطفی در فهرست برنامه های مدارس ابتدایی و متوسطه همراه با توجه به تکامل جسمی و شناختی / زبانی کودکان، میزان حضور در مدرسه و دستاوردهای تحصیلی او را بهبود بخشد (CASEL, nd) و به طور بالقوه ای منجر به دست یابی به سلامت در دراز مدت می شود. یادگیری اجتماعی و عاطفی تحت لوای گسترده آموزش مهارت های زندگی است که در ضمیمه تعریف یونیسف از "آموزش با کیفیت" آمده است (UNICEF, nd,b). اهداف آموزش برای همه شامل دسترسی عادلانه به "مهارت های زندگی"، به عنوان یک نیاز اساسی یادگیری برای افراد جوان می باشد که هم از طریق دستگاه های آموزش رسمی و هم غیر رسمی مورد توجه قرار می گیرد (UNESCO 2007a). کمیسسیون، توجه فزاینده ای در همه کشورها به آموزش مبتنی بر مهارت های زندگی، به عنوان یک روش حمایت از رفتارهای سالم و توانمند کردن افراد جوان در کنترل بر زندگی شان، دارد. یونیسف بر اهمیت آموزش مهارت های زندگی برای پیشگیری از HIV/AIDS و رویکرد جامع به آموزش با کیفیت (که به نیازهای یادگیران پاسخ دهد و متعهد به عدالت جنسیتی باشد) صحنه می گذارد.

ایجاد مدارس سالم برای کودکان، اساس و شالوده متمرکز کردن منابع بر سلامت موثر مدارس (FRESH) می باشد. رویکرد آغازین (شراکت در تکامل کودک)، یک ابتکار مشترک از سوی سازمان جهانی بهداشت، یونیسف، یونسکو، بانک جهانی و دیگر شرکا به منظور هماهنگ کردن اقدامات جهت ایجاد مدارس سالم برای کودکان و ارتقاء کیفیت و عدالت در آموزش می باشد. این سازمان ها در توسعه مدارس دوست دار کودک با یکدیگر همکاری می کنند (کادر ۵.۱۱)

مداخلات نو آورانه، مبتنی بر زمینه، و مدرسه محور می توانند جهت رویارویی با چالش های سلامتی که افراد جوان با آن ها رو به رو هستند، توسعه داده شوند. برای مثال در استرالیا، برنامه ای مبتنی بر موضوعات ذهنی (Curriculum Corporation, nd)، جهت ارتقا سلامت روانی در مدارس ایجاد شده است و در آمریکا برنامه اقدام جهت داشتن کودکان سالم.

(Action for Healthy Kids, 2007) افزایش همه گیری چاقی را مورد توجه قرار داده است. این برنامه مشخص می کند که چطور کار بین بخشی و مشارکت طیف گسترده ای از سازمان های دولتی و غیر دولتی می تواند چالش های سلامتی موجود در محیط مدرسه را مورد توجه قرار دهد. برنامه های خارج از مدرسه در بخش های غیر رسمی نیز، برای رسیدن به اهداف مشابه، با استفاده از همان رویکرد می توانند توسعه یابند.

کادر ۵.۹: اهداف "آموزش برای همه" یونسکو

توسعه و بهبود مراقبت های اولیه دوران کودکی و آموزش فراهم آوری آموزش اولیه رایگان و اجباری به طور همگانی تا سال ۲۰۱۵
اطمینان از دسترسی عادلانه به یادگیری و برنامه های مهارت زندگی دست یابی به ۵۰ درصد بهبود در میزان سواد بزرگسالان
حذف نابرابری های جنسیتی در آموزش ابتدایی و راهنمایی تا سال ۲۰۰۵ و در تمامی سطوح تا سال ۲۰۱۵
بهبود همه جوانب کیفیت آموزش
منبع: یونسکو ۲۰۰۷

آموزش ابتدایی نیازمند سرمایه گذاری در آموزش متوسطه- برای افزودن ظرفیت ورودی های جدید- می باشد (با فرض اینکه آن ها به سطح آموزش متوسطه می رسند). انتقال از مدرسه ابتدایی به متوسطه یک نقطه حیاتی برای دختران و برای عدالت جنسیتی است.

یک سرمایه گذاری هنگفت از سوی حکومت ها در سطح ملی، جهت اختصاص سرمایه کافی برای توسعه زیرساخت های مدارس، استخدام، آموزش و حقوق کارمندان و تهیه نیازمندی های آموزشی مورد نیاز است. حمایت از کشورهای با درآمد کم و متوسط برای انجام این اقدامات، نیازمند همکاری کشورهای اهدا کننده منابع مالی و کمک واعانه و انجام تعهدات شان است (فصل ۱۱ را ببینید: تامین مالی منصفانه). مقدار نیاز به کمک های مالی خارجی برای تامین آرمان ها "آموزش برای همه" در حدود ۱۱ میلیارد دلار در سال تخمین زده می شود.

کادر ۵.۱۰: رویکردهای کشوری به آموزش پیش از دبستان

در شیلی، توسعه آموزش پیش دبستانی برای کودکان محروم از نظر اجتماعی، ابتدا برای کودکان ۶-۵ ساله شروع شد و بعد کودکان ۴-۵ و ۳-۴ ساله را نیز شامل شد. برنامه مذکور بر ادغام آموزش، مراقبت، تغذیه و توجه اجتماعی به کودک و مراقبت خانواده او تاکید داشت.

در سوئد برنامه توسعه آموزش پیش از دبستان، از طریق متعهد شدن حکومت حاصل شد به گونه ای که آموزش پیش دبستانی بایستی بر بازی، استراتژی های طبیعی یادگیری کودکان و تکامل همه جانبه شان، تاکید داشته باشد. این یک هدفسیاسی، برای ادغام این رویکرد جامع به آموزش با کل سیستم آموزشی بود.

کادر ۵.۱۱: مدارس دوست دار کودک

یونیسف چارچوبی برای مدارس دوست دار کودک طراحی کرده است که رویکردی مبتنی بر داشتن حق تحصیل است. این مدارس یک محیط یادگیری امن، سالم و حساس به موضوع جنسیت با مشارکت والدین و جامعه آفریده و آموزش با کیفیت و مهارت های زندگی را فراهم می کنند. این مدل و مدل های مشابه در بیش از ۹۰ کشور تدوین شده، یا در حال تدوین هستند و با عنوان استاندارد کیفیت ملی در ۵۴ کشور، تطبیق یافته اند.

منبع: یونیسف



« دوران ابتدای کودکی، فرصت های زیادی برای کاهش نابرابری های سلامت در یک نسل فراهم می کند. اهمیت تکامل دوران ابتدای کودکی و آموزش، برای داشتن سلامتی در طول دوره زندگی، دلیلی محکم برای لزوم شروع کار از همین حالا را فراهم می کند. عدم فعالیت اثرات مضر ایجاد می کند که می تواند برای بیش از یک دوره زندگی باقی بماند. یک رویکرد جدید مورد نیاز است که فهمی جامع از تکامل دوران ابتدای کودکی را در بر گیرد و نه تنها تکامل جسمی او بلکه تکامل اجتماعی / عاطفی و زبانی / شناختی را نیز شامل شود. این رویکرد باید با تمام دوران یادگیری در طول زندگی ادغام شود. »

آموزش دختران

تلاش ویژه ای برای تامین آموزش ابتدایی و متوسطه دختران بخصوص در کشورهای با درآمد پایین لازم است. (UNESCO, 2007a, Levine et al, 2008)

لغو دریافت شهریه از دانش آموزان، یک قدم اساسی است. در پاسخ به چالش های مداوم عدالت جنسیتی در مقوله آموزش، گروه ۳ کاری "آموزش و عدالت جنسیتی" از پروژه هزاره ملل متحد در حالی که به طور همزمان به برآوردن تعهدات اش به آموزش همگانی اولیه می پردازد، نیاز به تقویت فرصت ها برای آموزش متوسطه دختران را به عنوان یک هدف کلیدی هزاره مشخص کرد، که سبب ارتقاء عدالت جنسیتی و توانمندسازی زنان می شود. (Grown, Gupta & Pande, 2005)

استراتژی های تشویق کننده آموزش متوسطه برای دختران شامل افزایش دسترسی آن ها و همچنین کمک به ادامه حضور آن ها در مدرسه می باشد. مداخلات بهبود دهنده محیط فیزیکی و اجتماعی (Rihani, 2006) شامل ساخت توالت برای دختران و معلمان زن و ایجاد یک محیط امن برای دختران (WHO, 2005) با معرفی و اعمال مقرراتی برای اجرا، می باشد. اقداماتی جهت بهبود ارتباط و کیفیت مدرسه (Rihani, 2006) شامل آموزش معلمان و بازنگری برنامه درسی جهت کاستن از سوگیری های جنسیتی و ایجاد چارچوب هایی برای مشارکت دختران در تصمیمات مربوط به مدرسه شان است. دیگر مداخلات شامل بورسیه های هدفمند برای دختران مانند برنامه کمکی مدارس متوسطه دختران بنگلادش و برنامه هایی که نیازهای دختران باردار در مدرسه را مورد توجه قرار می دهند مانند مورد بوتسوانا (WGEKN, 2007).

کادر ۵.۱۲: لغو شهریه های مدارس در کنیا

وقتی که کنیا شهریه های مدارس را در ۲۰۰۲ لغو کرد، ورود فوری ۱/۳ میلیون کودک به سیستم آموزشی را به همراه داشت که ورود معلمان و مدارس جدید را نیز در بر گرفت، ثبت نام های مدارس از سال ۲۰۰۲ تا ۲۸ درصد افزایش یافت، در حالی که کل شمار معلمان در سال های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ تنها ۲/۶ درصد افزایش داشت. این وضعیت در بعضی مناطق به نسبت هر یک معلم به ۱۰۰ دانش آموز، رسید.
منبع CHINYAMA 2006

کادر ۵.۱۳: تقاضا برای آموزش با کیفیت، آفریقای زیر صحرا

کل میزان باروری در آفریقای زیر صحرا ۵/۵ است (UNDP, 2007). نیجریه و اوگاندا به خصوص میزان باروری بالایی دارند (نیجریه ۷/۴ و اوگاندا ۶/۷) تقریباً ۴۴ درصد از کل جمعیت آفریقای زیر صحرا زیر ۱۵ سال اند (در مقایسه با تقریباً ۱۸ درصد در کشورهای با درآمد بالای سازمان توسعه و همکاری اقتصادی OECD). با وجود تعداد بالای کودکان در سن مدرسه، بعضی از کشورها در آفریقای زیر صحرا با چالش هایی در حصول اطمینان از آموزش با کیفیت بالا برای همه، رو به رو هستند.

فصل ششم

مکان های سالم - انسان های سالم

«شهرنشینی سریع و بدون نظم و برنامه ریزی، همراه با نابرابری های فزاینده ای است که چالش های فراوانی را برای امنیت و سلامت بشر به همراه دارد.»
(آناتیباجوگا، مدیر بخش مسکن ملل متحد) (UN-HABITAT, 2007b)

چرا محل زندگی برای عدالت در سلامت اهمیت دارد؟

محلی که انسان ها در آن زندگی می کنند، سلامت و فرصت هایی که منتهی به داشتن زندگی شکوفا برای آن ها می شود را تحت تأثیر قرار می دهد. جمعیت ها و محله هایی که از نظر دسترسی به کالاهای اساسی، مطمئن؛ از نظر اجتماعی، منسجم؛ از نظر طراحی، منجر به ارتقاء خوب زیستی جسمی و اجتماعی روانی شده و حمایت کننده از محیط طبیعی می باشند؛ برای عدالت در سلامت ضروری هستند.





تقریباً نصف جمعیت شهری، در کشورهای در حال توسعه در مناطق فقیر نشین زندگی می کنند و برای فقیر ترین کشورهای، این نسبت به ۴ نفر به ازای هر ۵ نفر می رسد. اما محلات فقیر نشین تنها برای کشورهای با درآمد پایین و متوسط مشکل زا نیست، به طوری که ۶ درصد ساکنان کشورهای با درآمد بالا نیز در این مناطق زاغه نشین زندگی می کنند.

- در ناپروبی، جایی که ۶۰ درصد جمعیت شهری در محله های فقیر نشین زندگی می کنند، مرگ و میر کودکان در این محله های زاغه نشین ۲/۵ برابر بیشتر از سایر مناطق شهری است.
- در محله های فقیر نشین مانیلا، بالای ۳۹ درصد کودکان بین سن ۹-۵ سال، قبلاً به عفونت TB دچار شده اند - ۲ برابر میانگین ملی.

رشد شهرنشینی

برای اولین بار، سال ۲۰۰۷ شاهد آن بود که اکثریت انسان ها در محیط های شهری زندگی می کنند. (WorldWatch Institute, 2007) و تقریباً ۱ میلیارد نفر در شرایط خطرزا، در محله های فقیر نشین بدون کیفیت و غیر رسمی زندگی می کنند. انتظار می رود در سال ۲۰۱۰، ۳/۴۸ میلیارد نفر در مناطق شهری زندگی کنند. رشد کلان شهرها، تجمع ۱۰ میلیون سکنه یا بیشتر، موضوعی است که برای سلامت و عدالت در سلامت قابل اهمیت است. اما یک چالش واقعاً جدی در آینده، رشد تقریباً ۵۰۰ شهر کوچکتر (۱۰-۱ میلیون نفری) است، شهرهایی که به صورت خزش به اطراف، در حال بزرگ شدن هستند.

مناطق از جهان که بیشترین سرعت رشد شهرنشینی را دارند، همان مناطقی هستند که بالاترین سهم مردم زاغه نشین را نیز دارا می باشند (جدول ۶،۱). داده های سال ۲۰۰۳ نشان می دهد که

جدول ۶.۱: خانوارهای ساکن مناطق شهری و زاغه نشین ها، circa 2003

جمعیت کل شهر نشین	جمعیت شهری به صورت درصدی از کل جمعیت	جمعیت شهری در محله های فقیر نشین	جمعیت محله های فقیر نشین به صورت درصدی از کل شهر نشین ها
جهان	۲۹۲۳	۴۷/۷ درصد	۳۱/۶ درصد
مناطق توسعه یافته	۹۰۲	۷۵/۵ درصد	۶/۰ درصد
اروپا	۵۳۴	۷۳/۶ درصد	۶/۲ درصد
بقیه نقاط	۳۶۷	۷۸/۶ درصد	۵/۷ درصد
مناطق در حال توسعه	۲۰۲۲	۴۰/۹ درصد	۴۳/۰ درصد
آفریقای شمالی	۷۶	۵۲/۰ درصد	۲۸/۲ درصد
آفریقای زیر صحرا	۲۳۱	۳۴/۶ درصد	۷۱/۹ درصد
آمریکای لاتین و دریای کارائیب	۳۹۹	۷۵/۸ درصد	۳۱/۹ درصد
آسیای شرقی	۵۳۳	۳۹/۱ درصد	۳۶/۴ درصد
آسیای شرقی به جز چین	۶۱	۷۷/۱ درصد	۲۵/۴ درصد
آسیای مرکزی- جنوبی	۴۵۲	۳۰/۰ درصد	۵۸/۰ درصد
آسیای جنوب شرقی	۲۰۳	۳۸/۳ درصد	۲۸/۰ درصد
آسیای غربی	۱۲۵	۶۴/۹ درصد	۳۳/۱ درصد
حوزه اقیانوس	۲	۲۶/۷ درصد	۲۴/۱ درصد
کشورهای در حال گذار	۲۵۹	۶۳/۹ درصد	۹/۶ درصد
کشورهای مستقل مشترک المنافع	۱۸۱	۶۴/۱ درصد	۱۰/۳ درصد
دیگر کشورهای اروپایی	۱۷۷	۶۰/۳ درصد	۷/۹ درصد
کشورهای حداقل توسعه یافته	۱۷۹	۲۶/۲ درصد	۷۸/۲ درصد

فشار جهت تبدیل زندگی روستائی به شهری

در حالی که زندگی شهری در سطح جهان غالب است، اما با این حال تعادل بین سکونت در شهر و روستا به طور قابل توجهی در مناطق مختلف، متفاوت است - کمتر از ۱۰ درصد جمعیت برون‌دی و اوگاندا، و ۱۰۰ درصد یا نزدیک به آن در بلژیک، کویت، هنگ کنگ و سنگاپور، شهر نشین هستند. به وضوح دیده شده است که سیاست ها و الگوهای سرمایه گذاری که انعکاسی از رشد شهر نشینی می باشند، در جوامع روستایی سراسر جهان (Vlahov et al, 2007) که شامل مردم بومی (Indigenous Health Group, 2007) هم می شود، باعث عدم سرمایه گذاری در زیرساخت ها، تجهیزات و ایجاد سطوح نامتناسب فقر و شرایط پایین زندگی (Ooi & Phua, 2007; Eastwood & Lipton, 2000) روستائیان به مناطق شهری ناآشنا می شوند. این امر با رشد جمعیت شهری و رکود در بهره وری کشاورزی همراه شده است. تجربه آفریقای زیر صحرا نشان داده است که بین دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۹۰ یکی از بالاترین میزان های رشد شهرنشینی در دنیا (۱۴۰ درصد) را داشته که مهاجرت از شهر به روستا تقریباً نصف این میزان را باعث شده است. (Barrios et al, 2006) این بی عدالتی های عمده، که موجب ضعف مناطق روستایی می شود، در بی عدالتی چشمگیر سلامتی بین ساکنان شهری و روستایی در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین، نیز سهیم است. (et al, Houweling, 2007)

آسیب پذیری در محیط های شهری

متعاقب روند فعلی رشد شهر نشینی، جمعیت های شهری افزایش پیدا کرده و رشد بی رویه شهرها و شمار بیشتر انسان هایی که در فقر، زاغه هاو مکان های مسکونی غیر قانونی زندگی می کنند، را سبب می شود. (Campbell & Campbell, 2007). نسبت جمعیت بزرگسال مُسن ساکن در شهرهای با درآمد بالا با گروه های سنی جوان تر برابری می کند و به یک میزان هم در حال افزایش هستند. با این حال در کشورهای با درآمد پایین و متوسط سهم جمعیت پیر

در جوامع شهری ۱۶ برابر خواهد شد، یعنی از ۵۶ میلیون در سال ۱۹۹۸ به بالای ۹۰۸ میلیون در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید، WHO (2007d). به طور مشابه افراد با ناتوانی جسمی، بخصوص در مناطق شهری، به علت چالش های مربوط به حجم بالای جمعیت، شلوغی، زندگی با طراحی نامناسب و فقدان حمایت اجتماعی، نسبت به مخاطرات سلامتی آسیب پذیرتر خواهند شد. (Frumkin et al, 2004) «دنیای گرم تر همراه با چرخه آب شدیدتر و بالا رفتن سطح دریاها، بسیاری از تعیین کننده های کلیدی ثروتمندی و خوب زیستی را از جمله ذخایر آبی، تولید غذا، سلامتی بشر، دسترسی به زمین و محیط زیست را تحت تأثیر قرار می دهد.» (Stern, 2006)

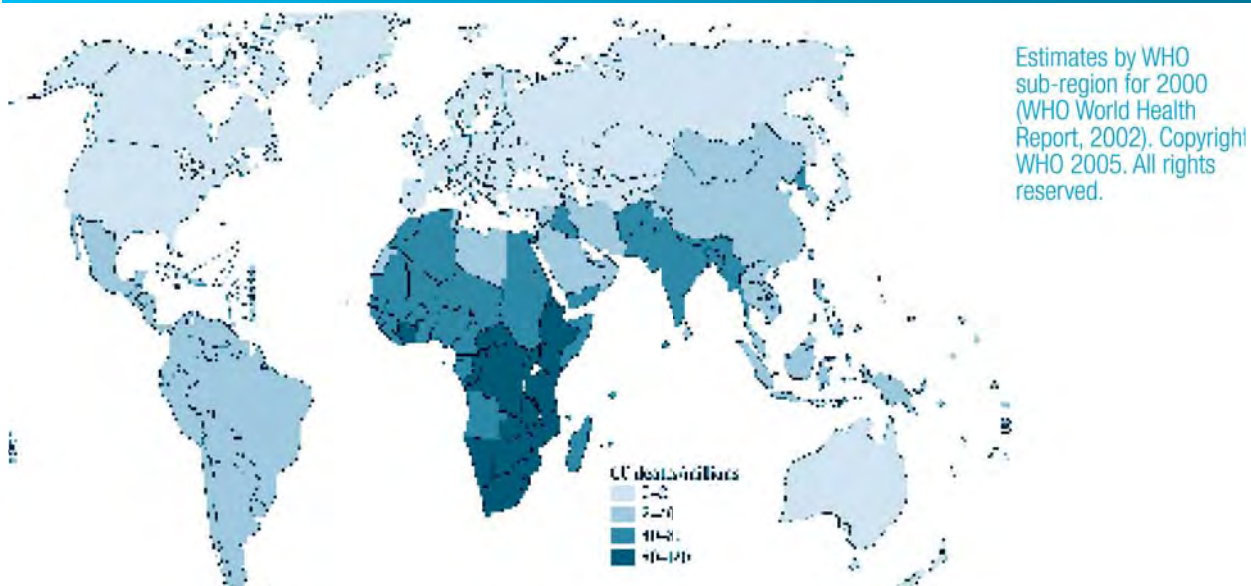
مدل کنونی شهر نشینی، چالش های محیط زیستی مهمی را، مخصوصاً تغییرات آب و هوایی، در بر خواهد داشت، اثری که در کشورهای با درآمد کم و در میان زیر گروه های آسیب پذیر، بیشتر نمود پیدا خواهد کرد. (شکل ۶.۱) (McMichael et al, 2008; Stern, 2006)

در حال حاضر انتشار گازهای گل خانه ای، عمدتاً به دلیل نوع الگوی مصرف شهرهای واقع در کشورهای با درآمد بالا، می باشد. با این حال رشد و توسعه شهر نشینی در مناطق فقیر نشین به این معنا است که کشورهای با درآمد متوسط و پایین، هم به خطرات متعاقب تغییرات آب و هوایی آسیب پذیر خواهند بود و هم یک مشارکت کننده فزاینده در ایجاد مشکل خواهند بود. (Campbell-Lendrum & Corvalan, 2007)

حمل و نقل و ساختمان ها، مسئول ۲۱ درصد از انتشار گاز CO2 - یک علت عمده تغییرات آب و هوایی - هستند. (IPCC, 2007)

کشاورزی مناطق روستایی یک چالش عمده است. بازده محصولات کشاورزی که تنها منبع تغذیه ساکنان شهری و روستایی است، به نسبت زیادی منوط به شرایط آب و هوایی فعلی می باشد. در سراسر جهان، فعالیت های کشاورزی دلیل حدود یک پنجم انتشار گازهای گل خانه ای است. (McMichael et al, 2007)

شکل ۶.۱: مرگ ناشی از تغییرات آب و هوایی





دهد که ۹۰ درصد آن ها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط می باشد (WHO, 2002). در اسکان های غیر رسمی در شهرهای بزرگ، انزوای اجتماعی و تهدید ناشی از خشونت ها به طور گسترده ای شایع می باشد (Roberts & Meddings, 2007) در شهرهای آمریکای شمالی و اروپا و به طور فزاینده ای در شهرهای واقع در کشورهای با درآمد بالا، خشونت و جرم تبدیل به مشکل مهمی برای محله های شهری بخصوص در محله های دارای خانه های بزرگ در حومه شهرها شده است.

الکل در ایجاد جراحات ها و خشونت در کشورهای با درآمد بالا، پایین و متوسط دخالت دارد- اعداد و ارقام سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که تعداد زیادی از مرگ ها در سراسر جهان، ۳۲ درصد ناشی از جراحات غیر عمدی، و ۱۴ درصد ناشی از جراحات عمدی مرتبط با الکل است (Roberts & Meddings, 2007). بیشترین بار بیماری های مرتبط با الکل در جهان در منطقه شوروی سابق و آسیای مرکزی است، جایی که الکل، ۱۳ درصد بار کلی بیماری ها را دارا است (Roberts & Meddings, 2007).

مناطق شهری، عمده ترین مناطقی هستند که توسط جراحات ترافیک جاده ای و آلودگی هوای مربوط به وسایل نقلیه، تحت تأثیر قرار می گیرند، سالانه تقریباً ۸۰۰ هزار مرگ از آلودگی فراگیر هوای شهرها و ۱/۲ میلیون مرگ از تصادفات جاده ای، ناشی می شوند (Roberts & Meddings pruss-ustun&corvalan, 2006) کاهش مرگ های جاده ای بین سال های ۱۹۸۷ و ۱۹۹۵ در کشورهای بسیار موتوریزه، به دیگر کشورها که در شیب صعودی صنعتی قرار گرفته اند امیدواری می دهد که این امر مرهون اثرات مثبت ابتکارات سیاسی مانند برنامه ریزی ترافیکی، جاده ها و ماشین های امن تر و به تبع آن رانندگی مطمئن تر است. برای مثال، استفاده اجباری از کمربند ایمنی و اعمال تنبیه برای رانندگی تحت شرایط مصرف الکل.

در حدود ۱۴ درصد بار جهانی بیماری ها به اختلالات اعصاب و روان، نسبت داده می شود، اغلب به علت افسردگی و دیگر اختلالات

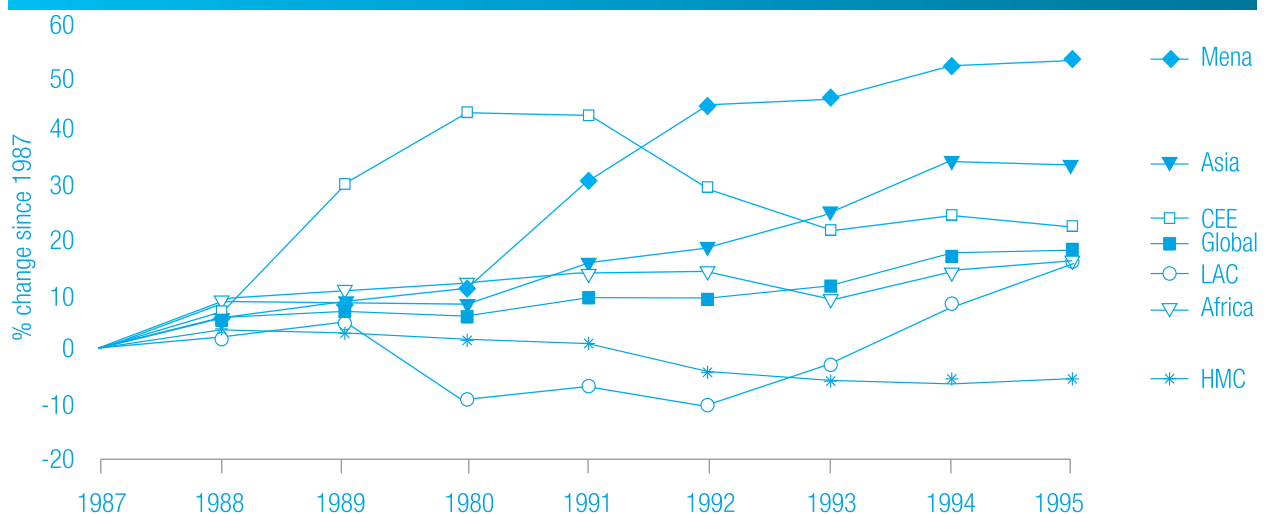
سلامتی مناطق شهری جدید

بیماری های عفونی و سوء تغذیه، در مناطق و جمعیت های خاصی از دنیا ادامه دارد. با این حال شهرنشینی به خودی خود شکل مشکلات سلامتی مردم، به خصوص شهرنشینان فقیر را تغییر داده و به سمت جراحات و بیماری های غیر واگیر، سوء مصرف مواد و الکل و اثرات ناشی از اختلالات اکولوژیکی می برد. (Campbell & Campbell, 2007; Yusuf et. al, 2001)

چاقی یکی از مهم ترین چالش های سلامتی است که از دو دهه گذشته شروع شده است و یک مشکل فوری، مخصوصاً میان گروه های محروم اجتماعی در بسیاری از شهرهای سراسر جهان می باشد. (Hawkes et al, 2007; Friel, Chopra & Satcher, 2007) تغییر در سطوح وزن مردم به سمت چاقی مربوط به گذار تغذیه ای ('nutrition transition') - مصرف فزاینده چربی ها، شیرینی ها، غذاهای پر انرژی و غذاهای فرآوری شده - می باشد. این مورد، همراه با کاهش قابل توجه در مصرف انرژی در ایجاد اپیدمی جهانی چاقی نقش داشته است. این گذار تغذیه ای از شهرها آغاز شده و به علت فاکتورهای مختلفی مانند فراهمی، در دسترس بودن و قابل پذیرش بودن خریدهای پُر حجم، غذاهای آماده و تکه های بزرگ، می باشد (Roberts & Meddings, 2007). تحرک فیزیکی به طور قابل توجهی تحت تأثیر طراحی شهرها از جمله: حجم ساکنین، ترکیب کاربردهای زمین، میزان ارتباط خیابان ها با یکدیگر و توانایی پیاده روی از جایی به جای دیگر و میزان فراهمی و دسترسی به تسهیلات عمومی محلی و فضا برای تفریح و بازی می باشد. هر کدام از این موارد به همراه اتکای فزاینده به اتومبیل، عوامل مهمی هستند که بر روند تبدیل حرکت به عدم فعالیت جسمی در کشورهای با درآمد بالا و متوسط، تأثیر می گذارند (Friel, Chopra & Satcher, 2007)

خشونت و جرم، چالش های مهمی در سلامت شهرنشینان هستند. ۱/۶ میلیون مرگ مرتبط با خشونت (شامل کشمکش ها، ستیزه جویی ها و خودکشی ها) هر سال در سراسر جهان روی می

شکل ۶.۲: درصد تغییرات در مرگ و میر ناشی از ترافیک جاده ای از سال ۱۹۸۷.



HMC = highly motorized countries: North America, Australia, New Zealand, Japan, and Western Europe; CEE = Central and Eastern

Europe; LAC = Latin/Central America and the Caribbean; Mena = Middle East and North Africa.

Reprinted, with permission of the publisher, from Jacobs et al. (2000).

بایداری زیست محیطی را در مرکز توجه خود قرار دهد، مستلزم برنامه ریزی استراتژیک مشارکتی خواهد بود که شامل سیاست های برنامه ریزی شهری، بخشی و منطقه ای است و ابعاد حمل و نقل، مسکن، اشتغال، وحدت اجتماعی و حمایت محیطی را در بر می گیرد.

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۶.۱ دولت محلی و جامعه مدنی پشتیبانی شده توسط دولت ملی، مکانیسم های حاکمیت مشارکتی را طوری ایجاد کنند که جوامع و دولت محلی را قادر به مشارکت در ایجاد شهرهایی امن تر و سالم تر سازند.

حاکمیت مشارکتی شهری

با این که شواهدی از اهمیت مشارکت جامعه در توجه به شرایط زندگی شهری وجود دارد (کادر ۶،۱) اما منابع مالی و کنترل بر مراحل تصمیم گیری، اغلب ماورای دسترس مردم که به طور معمول در سطح محلی یا اجتماعی منزوی می باشند، است.

منظور از «محیط سالم»، مکان ها و زمینه های اجتماعی هستند که سلامت را ارتقاء می دهند. به طور خاص، جنبش شهرهای سالم، یک مدل برای حاکمیت موجود است که ممکن است جهت ارتقاء عدالت در سلامت در سراسر جهان، سازگار شود (WHO Healthy Cities, nd; Alliance for Healthy Cities, nd; PAHO, 2005) رویکرد محیط سالم نه تنها برای شهرها، بلکه برای شهرستان ها، روستاها، جزایر، بازارها، مدارس، بیمارستان ها، زندان ها، رستوران ها و فضاهای عمومی نیز به کار برده می شود. اخیراً اصول شهرهای سالم برای توسعه ابتکاراتی به کار رفته است که تغییرات دموگرافیکی به سمت جمعیت مسن را درک می کند (ابتکار شهر دوستدار سالمند (The Age-Friendly Cities initiative). در بهترین حالت، مدل شهرهای سالم یک تخته بازی خنثی را، جایی که همه گروه ها در شهر دور هم جمع می شوند تا در مورد پیامدهای سلامتی مربوط به دامنه وسیعی از فعالیت های شهری از جمله برنامه ریزی، اسکان، حفاظت محیط زیست، شیوه خدمات سلامتی و پاسخ به موضوعاتی مانند پیشگیری از جراحات و کنترل بر مواد مخدر و الکل با هم مباحثه کنند، ایجاد کرده است. تعدادی ارزشیابی و پایش از محیط های سالم در سطوح شهری و منطقه ای صورت گرفته، اما بازبینی منظمی در سطح جهانی وجود نداشته است. مهم است که محققان و دولت در جایی که ممکن است اثرات محیط ها / شهرهای سالم را به طور رسمی و یا نوع دیگر، بر عدالت در سلامت مورد ارزشیابی قرار داده تا شواهدی برای اقدامات مرتبط و مؤثر دولت محلی، ارائه دهند.

بهبود دادن شرایط زندگی شهری

با به کارگیری اصول طراحی شهر سالم، یک شهر برای یک جمعیت پُرتراکم و مختلط با دسترسی آسان به خدمات، طراحی می شود که این خدمات شامل کاربرد زمین به منظور استفاده اقتصادی یا غیر اقتصادی و نیز کنار گذاری مقداری زمین به منظور حفاظت از منابع طبیعی و کاربری های تفریحی، می باشد. همچنین چنین طرح توسعه شهری، فراهم آوری تسهیلات اولیه و زیر ساخت های خوب طراحی شده را مورد ملاحظه قرار می دهد (Deverman, 2007) احتمالاً در آینده ی نزدیک، کشورهای با درآمد کم و متوسط قادر نخواهند بود که همه منابع مالی مورد نیاز برای ایجاد محیط زندگی کاملاً سالم را فراهم سازند. منابع مالی کشورهای بیشتر ثروتمند

شایع ذهنی، اختلالات مصرف الکل و مواد روان گردان و بیماری های روان پریشی (Roberts & Meddings, 2007). انتظار می رود که بار افسردگی ماژور، افزایش یافته و در ۲۰۳۰ به دومین علت اصلی سال های از دست رفته عمر به دلیل ناتوانی تبدیل شده و یک چالش جدی برای سلامت شهری، ایجاد کند.

ظهور این مشکلات سلامتی در کشورهای با سطوح مختلف زیر ساخت و فراهمی سیستم های سلامت، در قرن ۲۱ چالش هایی را برای عدالت در سلامت ایجاد می کند. بهبود در وضعیت ابتلا به بیماری ها و مرگ و میر، در کشورهای شدیداً شهرنشین مانند ژاپن، هلند، سنگاپور و سوئد، در طی ۵۰ سال گذشته دلیلی بر قابلیت شهرهای مدرن در ارتقاء دادن سلامتی، می باشد. همچنین نشان دهنده آنست که تنها در صورتی این امر قابل دسترسی است که ساختار های حمایتی سیاسی و منابع مالی به روش مناسب به کارگرفته شده و سیاست های اجتماعی که تدارک عادلانه شرایط رشد و موفقیت مردم را مورد توجه قرار می دهند، موجود باشند (Galea & vlahov, 2005)

اقدام در جهت ساختن یک محیط شکوفا برای زندگی

- اگر شهرنشینی به روال فعلی اش بدون وقفه ادامه دهد، بشریت را در یک نسل با چالش های زیست محیطی، سلامتی و اجتماعی مواجه می کند که در تاریخ بشر بی سابقه بوده است. بنابراین نیاز فوری به اتخاذ رویکرد جدیدی در شهرنشینی و الگوی جدیدی از سلامت عمومی شهری وجود دارد که اقدام در سه حیطه کلیدی زیر را اقتضا می کند:
- در شهرها، مدل هایی جدید از حاکمیت، مورد نیاز است که شهرها را طوری طراحی کنند که محیط های طبیعی، فیزیکی و اجتماعی، از عوامل خطرزای جدید در شهرها جلوگیری کرده و آن ها را بهبود دهند و به طور عادلانه ای همه ساکنین شهر را در فرآیند شکل گیری سیاست ها دخیل کنند.
- سرمایه گذاری پایدار در مناطق روستایی و تبدیل آن ها به مکان هایی برای داشتن یک زندگی شکوفا، باید به گونه ای باشد که سرمایه گذاری در شهرها را در طرح های توسعه ملی، متعادل سازد.
- تحکیم این حوزه های اقدام، توسعه استراتژی های تطبیقی و تعدیلی برای تغییرات محیطی است، که ابعاد اجتماعی و عدالت در سلامت را در نظر می گیرد.

اگرچه کمیسیون جزئیات مسائل مربوط به سلامت روستایی را در نظر نگرفته، اما نیاز به یک استراتژی توسعه ای پایدار بر پایه رشد متعادل شهر-روستا را تشخیص داده است. به این منظور یک پیشنهاد بسیار مهم در این فصل آورده شده است. به طور مشابه تغییرات آب و هوایی نیز خارج از دامنه فعالیت کمیسیون قرار دارد، اما فرصت های مشخصی پیرامون بهبود عدالت در سلامت و کاستن از انتشار گازهای گل خانه ای به طور همزمان، از راه اقدام در مناطق شهری و روستایی وجود دارد. یک پیشنهاد کلی در رابطه با تغییرات آب و هوایی و عدالت در سلامت در آخر این فصل ارائه شده است و مجدداً در بخش ۶: (بنا نهادن یک حرکت جهانی) مورد بحث قرار گرفته است.

هدایت توسعه شهری به شیوه ای که خوب زیستی همه مردم و

طلبید. بهبود وضعیت حومه های فقیر نشین شهرها سرمایه گذاری بزرگی را می طلبد، اما اغلب کشورها بضاعت انجام آن را ندارند (Mitlin, 2007). هدف اصلی بخش مسکن سازمان ملل متحد، تحت نظر شورای اقتصادی و اجتماعی، ارتقاء وضعیت اجتماعی و زیست محیطی شهرها و شهرک ها، با هدف فراهم آوری سرپناه مناسب برای همه است. (UN-HABITAT, 2007a) یک طرح استراتژیک یکپارچه بین بخش مسکن سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت منجر به ایجاد رسالت و حمایت فنی برای بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط در سراسر جهان، برای مبارزه با مشکلات شهری و کمک به حرکت به سمت اهداف هزاره می شود (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی).

بر پایه تخمین های قبلی (Garau et al, 2005)، تجهیز زاغه های جهان به اعتباری کمتر از ۱۰۰ میلیارد دلار (\$US) نیاز دارد. طرح مارشال برای محله های فقیرنشین جهان می تواند به صورت سهامی و توسط آژانس های بین المللی و کشورهای اهدا کننده (۴۵ درصد)، دولت های ملی و محلی (۴۵ درصد) و خود خانوارها (۱۰ درصد)، تأمین مالی شود و در مورد آخرین بخش یعنی خود خانوارها، بایستی از طریق طرح های اعتباری خرد یاری شوند.

«یک ساکن زاغه نشین در نایروبی و دارالسلام، مجبور است که روی تهیه آب از دوره گرد محلی تکیه کند و ۵ تا ۷ بار بیشتر از میانگین پولی که یک شهروند آمریکای شمالی برای تهیه آب می پردازد، بپردازد.» (Mitlin, 2007).

ارتقاء محله های فقیرنشین نیازمند شناخت سیاسی اسکان های غیر رسمی است که با تنظیم قوانین مالکیت زمین در محله های فقیرنشین حمایت می شود، تا به دستگاه های خدماتی رسمی (عمومی یا خصوصی) امکان دهد تا خدمات زیر بنایی را در آن جا توسعه دهند (کادر ۵، ۶). چنین اقدامی به توانمند سازی زنان کمک می کند و سلامت آن ها را از طریق دسترسی بیشتر به منابع اولیه مانند آب و فاضلاب، بهبود می بخشد.

ارزشیابی نتایج مداخله مثبت بود. مداخله، از نظر ایجاد خانه های گرم تر و کمتر مرطوب و از نظر استفاده بهینه از انرژی که از طریق اندازه گیری تغییر فضای درونی خانه و انرژی مصرفی خانه مشخص شد موفق بود. ساکنین منطقه از پیشرفت های حاصله سپاس گزاری کرده و احساس می کردند در نتیجه این اقدامات، سلامتی و خوب زیستی شان بهبود یافته است. استفاده بهتر از فضای کل خانه روابط بین اعضای خانواده را بهبود بخشید و ایجاد احساس عزت نفس، که توسط همه افراد ذکر شد. مشکلات ربوی غیر مرتبط به آسم و شکایات همراه با آسم برای آن بزرگسالانی که در مسکن های مورد مداخله زندگی می کردند در مقایسه با افرادی که در مسکن های گروه کنترل زندگی می کردند، کاهش چشم گیری داشت.

کیفیت هوا و تخریب محیط زیست

یک موضوع مهم در سلامت شهری، آلودگی هوای ناشی از مصرف روزافزون وسائل حمل و نقل موتوری می باشد. تخمین زده می شود که آلودگی ناشی از حمل و نقل در کل آلودگی هوا دخیل بوده مسئول ۱/۴ درصد همه مرگ ها در سراسر جهان است (WHO, 2002b). حمل و نقل، مسئول ۸۰-۷۰ درصد کل انتشار گاز در شهرهای کشورهای با درآمد متوسط و کم بوده و این رقم

به منظور حمایت از طرح های ایجاد شده توسط دولت ها و مردم کشورهای کمتر ثروتمند، مورد نیاز خواهد بود. (Sachs, 2005)

سرپناه / مسکن

یکی از بزرگ ترین چالش های پیش روی شهرها دسترسی به سر پناه مناسب برای همه است. نه فقط تهیه سرپناه ضروری، بلکه کیفیت سرپناه و خدمات همراه با آن مثل آب و فاضلاب نیز اجزای حیاتی برای سلامتی به شمار می آیند. (Roberts & Meddings, 2007)

کمسیون پیشنهاد می کند که:

۶.۲ دولت ملی و محلی با همکاری جامعه مدنی، توسعه شهری را به منظور اطمینان حاصل کردن از دسترسی بیشتر به مسکن با کیفیت و قابل استطاعت مدیریت کند. در موارد ضروری با حمایت بخش مسکن سازمان ملل (UN-HABITAT) به ارتقای محله های فقیر نشین، با اولویت دادن به تامین آب و فاضلاب، برق، خیابان های آسفالت شده برای همه خانوارها فارغ از توانایی پرداخت هزینه آن بپردازند (پیشنهاد ۱۵.۲ را ببینید)

در کشورهای فقیر و ثروتمند، بسیاری از شهرها با بحران در تهیه و دسترسی به مسکن با کیفیت و قابل استطاعت برای افراد رو به رو هستند.

این بحران، بطور عام بی عدالتی های اجتماعی و به طور خاص بی عدالتی در سلامت را بدتر می کند. برای مثال در ایالات متحده، بی عدالتی توسط محله هایی که منطقه کم تراکم را به عنوان یک روش کنترل رشد اتخاذ کرده اند، تشدید می شود و این ها با ایجاد سیاست های منع و طرد، منجر به تعداد کمتر ساکنین آفریقایی آمریکایی و بومیان آمریکایی در محله شان می شوند. (Roberts & Meddings, 2007)

بنابراین لازم است که دولت محلی، توسعه زمین برای احیای شهری را تنظیم کند و مقداری زمین شهری برای خانه سازی افراد کم درآمد کنار بگذارد. توسعه مسکن سازی منصفانه، به معنی برگرداندن اثرات مرزبندی انحصاری (Exclusionary zoning) به حالت اول از راه برنامه های اسکان با سهم عادلانه، مرزبندی مشمولیتی (Inclusionary zoning) و اعمال قوانین اسکان عادلانه صورت می پذیرد. با اتخاذ یک رویکرد منسجم، مسئولین محلی می توانند معیاری را برای توزیع اعتبارات مالیاتی قابل استطاعت برای مسکن، مورد استفاده قرار دهند تا تولید مسکن قابل استطاعت در مجاورت محل های حمل و نقل، مدارس و مناطق اقتصادی را برانگیزاند. (کادر ۲، ۶) (Roberts & Meddings, 2007).

یک نقش دولت محلی اینست که، اثرات مسکن، ساختمان و استانداردهای زیر بنایی بر سلامت و عدالت در سلامت را پیش نماید. ناکارآمدی انرژی داخلی و فقر سوختی^۱ مربوط به آن، اثرات چندی را بر سلامت دارد و از نظر اجتماعی بسیار تاثیرگذار است (کادر ۳، ۶). واقعیت تکان دهنده اینست که در کشوری مانند جمهوری ایرلند که از نظر اقتصادی ثروتمند است، ۱۷ درصد خانوارها از نظر سوختی فقیر می باشند. (Roberts & Meddings, 2007).

این وضعیت برای ساکنان زاغه نشین ها، توجه فوری را می

۱ فقر سوختی به معنی عدم توانایی فرد در گرم کردن خانه اش تا دمای مناسب است.

کادر ۶.۱: بهبود شرایط زندگی و امنیت بخشیدن به مالکیت در تایلند

تقریباً ۶۲ درصد از جمعیت ساکن در محله های زاغه نشین تایلند، در بانکوک و ۱,۶ میلیون (۲۰ درصد) از جمعیت بانکوک، در زاغه ها زندگی می کنند. ۹ گروه جمعیتی، در طول کانال Bangbua در شمال بانکوک، در نتیجه تهدید ناشی از تخلیه به علت پروژه ساخت بزرگراه وارد پروژه ارتقای زاغه ها شدند. در یک مجمع عمومی، تصمیم بر آن شد که این گروه های جمعیتی خواستار مذاکره در مورد مالکیت زمین و ارتقاء وضعیت گروه های جمعیتی هستند. گروه های جمعیتی، با یک آژانس دولتی به نام مؤسسه توسعه سازمان دهی جامعه (CODI) و یک NGO به نام بنیاد chamthonthai که هر دوی آن ها در برنامه مسکن ملی Baan Mankong (امنیت مالکیت) فعالیت دارند به علاوه بخش خزانه داری، ادارات ناحیه ای و دانشگاه های محلی، کار می کردند.

این پروژه، مستلزم اقدام در دو سطح بود. سطح عملیاتی عمدتاً توسط مردم جامعه اداره می شد. یک گروه کاری ایجاد شد تا پروژه را هدایت کند. این گروه کاری، به اجرای کارگاه ها و برنامه ریزی های اقدامی با هر یک از گروه های اجتماعی پرداخت تا طرح مسکن را توسعه داده و با کمک آن گروه اجتماعی طرح را کنترل کنند. یک کمیته شبکه ای، ۹ گروه جمعیتی را به هم مرتبط و مشارکت را بین آن ها تشویق می کرد. کمیته های انفرادی محله از طریق اعضای محله به هم مرتبط شده و اطلاعات را برای برنامه ریزی و اجرا جمع آوری می کردند. یک گروه پس انداز محلی مشارکت در یک طرح پس اندازی را تشویق کرد که شفاف و واضح بوده و شامل یک سیستم حسابرسی محلی بود. سطح سیاست گذاری، در درجه اول از سوی آژانسهای دولتی هدایت می شد. مؤسسه توسعه سازمان دهی جامعه (CODI) وام هایی را برای مسکن فقرا شهری فراهم می کرد و با دیگر مؤسسات ذینفع در مورد مالکیت زمین، روی ظرفیت سازی، طراحی مسکن و ساخت مسکن کار می کرد. بخش خزانه داری مالک و صاحب زمین بود و به مدت ۳۰ سال برای گروه های جمعیتی مشارکت کننده، اجاره فراهم می کرد. دفتر ناحیه محلی پروانه های ساختمانی را فراهم می کرد و با مقامات دولتی بالاتر هماهنگی ایجاد می کرد. دانشگاه محلی نیروی کار فنی و حمایتی دارای دانش کافی درباره بهبود محیط اجتماعی و فیزیکی را فراهم می نمود.

واحدهای مسکونی در یک محله آزمایشی ساخته شدند و در ژانویه ۲۰۰۶ ساخت و ساز در سه محله دیگر شروع شد. چندین درس از تجربه Bangbua یاد گرفته می شود. در سطح مؤسسه ای: شناخت نیاز به مشارکت مردم اجتماع از طریق شبکه های اجتماعی. در سطح اجتماع: شبکه ای که توانایی مشارکت دادن مردم اجتماع در توسعه مسکن سازی را به اثبات رسانده ظرفیت اجتماعی را ایجاد نموده و به دیگر دست اندر کاران اجتماع، در مورد تعهد نسبت به توسعه مسکن اطمینان دهد و در نتیجه فرآیند امنیت مالکیت زمین را به سمت جلو سوق دهد.

منبع: KNUS, 2007

کادر ۶.۲: برنامه اعتبار مالیاتی کالیفرنیا

در ژوئن ۲۰۰۰، ایالات کالیفرنیا برنامه اعتبار مالیاتی خود را برای مسکن اجاره ای قابل استطاعت، اصلاح کرد. برنامه جدید، یک سیستم مشخص ایجاد می کند که پروژه هایی که باعث دست یابی به هدف توسعه پایدار می شوند (مانند فاصله پیاده روی تا حمل و نقل عمومی و مدارس) و نیز پروژه های محله هایی که مسکن، جزئی یکپارچه از تلاش جامع برای احیا مجدد بود، را اولویت می بخشید.

کادر ۶.۳: کرانه جنوبی انگلیس: یک آزمایش تصادفی شده از ارتقاء مسکن و سلامت

شهر Torquay در جنوب انگلیس، اگرچه ظاهراً ثروتمند به نظر می رسد اما محرومیت زیادی دارد. ملک watcomb، از دارایی های تحت مالکیت شورای شهر پیشین، دارای سطوح بالاتری از محرومیت نسبت به متوسط منطقه ای است و دارای بیشترین ساعات ویزیت خارج از ساعات رسمی توسط پزشکان خانواده در شهر می باشد - ۱۵ درصد بالاتر از میانگین شهر. در این ملک، نصف جمعیت کمک (اعانه) دریافت می کنند و ۴۵ درصد کودکان زیر ۵ سال در خانوارهای تک والدی زندگی می کنند. یک لیست انتظار تصادفی از جانب ساکنین و شورای شهر مورد توافق قرار گرفت. مداخله شامل ارتقاء مسکن (شامل گرمایش مرکزی، تهویه، سیم کشی مجدد، بام سازی مجدد و عایق کاری) در دو فاز و به فاصله یک سال از هم بود.

ارزشیابی نتایج مداخله مثبت بود. مداخله، از نظر ایجاد خانه های گرم تر و کمتر مرطوب و از نظر استفاده بهینه از انرژی که از طریق اندازه گیری تغییر فضای درونی خانه و انرژی مصرفی خانه مشخص شد موفق بود. ساکنین منطقه از پیشرفت های حاصله سپاس گزاری کرده و احساس می کردند در نتیجه این اقدامات، سلامتی و خوب زیستی شان بهبود یافته است. استفاده بهتر از فضای کل خانه روابط بین اعضای خانواده را بهبود بخشید و ایجاد احساس عزت نفس، که توسط همه افراد ذکر شد. مشکلات ربوی غیر مرتبط به آسم و شکایات همراه با آسم برای آن بزرگسالانی که در مسکن های مورد مداخله زندگی می کردند در مقایسه با افرادی که در مسکن های گروه کنترل زندگی می کردند، کاهش چشم گیری داشت.

منبع: Barton et al, 2007



نقل خصوصی، کنترل کنند. برای مثال: تجاری از لندن (کادر ۶،۶) استکهلم و سنگاپور نشان می دهد که شروع به اعمال هزینه تراکم، بر حجم ترافیک ماشین ها و به دنبال آن آلودگی هوا، اثری فوری دارد.

برنامه ریزی شهری ارتقاء دهنده ایمنی و رفتارهای

سالم

ماهیت محیط شهری، از راه تحت تاثیر قراردادن رفتارها و ایمنی، اثرات مهمی بر عدالت در سلامت دارد. به راستی، بسیاری از خطرات مسیر سلامت شهری که در حال ازدیاد به سمت بیماری های غیرواگیر و جراحات هستند، مرتبط با رفتار می باشند. این فصل در درجه اول روی نقش طراحی شهری در ارتباط با تحرک

در حال افزایش می باشد (schirnding,2002). یک دور باطل از رشد وابستگی به اتومبیل، تغییر کاربری زمین به منظور تسهیل استفاده از اتومبیل و نارضایتی فزاینده از شیوه های غیر موتوری وجود دارد که منجر به افزایش بیشتر مالکیت اتومبیل و اثرات سهمگین آن بر کیفیت هوا، انتشار گازهای گل خانه ای و بی تحرکی فیزیکی، می شود (NHF,2007).

به منظور مورد توجه قرار دادن چیزی که در حال تبدیل شدن به فاجعه سلامت عمومی می باشد، لازم است که دولت محلی و ملی با همکاری بخش خصوصی، آلودگی هوا و انتشار گازهای گل خانه ای از وسایل نقلیه را عمدتاً از طریق سرمایه گذاری در بهبود تکنولوژی، بهبود سیستم های حمل و نقل عمومی و تحمیل هزینه تراکم (congestion charge) برای استفاده از وسایل حمل و

کادر ۶.۴: بهبود شرایط محله های زاغه نشین در هند.

بهبود زاغه ها، شامل فراهم آوری شرایط ضروری برای یک زندگی با کیفیت شایسته برای فقرا شهر احمد آباد هند، فقط ۵۰۰ دلار آمریکا به ازای هر خانوار هزینه داشت که ۵۰ دلار از آن به ازای هر خانوار، مشارکت مردم جامعه بود. به دنبال سرمایه گذاری در چنین محله های زاغه نشینی، در سلامت محله بهبود حاصل شد و بیماری های منتقله از آب کاهش یافت، کودکان شروع به مدرسه رفتن کردند و زنان قادر شدند به کار درآمدزا مشغول شوند و دیگر مجبور به ایستادن در صف آب نبودند.

کادر ۶.۵: ارتقاء شهری در جمهوری متحده تانزانیا

در ۱۹۷۲، دولت جمهوری متحده تانزانیا، اهمیت تحویل سرپناه زاغه نشینان را تشخیص داد و به دنبال آن حمایت خود را از لایحه ۸۱ و ۱۰۶ کابینه دولت که به ترتیب در مورد سیاست گذاری ملی مسکن شهری و طرح های بهبود خانه غیر قانونی بود، اعلام داشت. این ابتکارات، مسیر را برای خدمات و مکان های تأمین مالی بانک جهانی و پروژه های ارتقاء دهنده مسکن غیر قانونی از اوایل دهه ۱۹۷۰، هموار کرد.

در جمهوری متحد تانزانیا به جز ساکنین محله های زاغه نشین که در زمین های خطر زا زندگی می کنند، اگر ملک یا دارایی دائمی فردی تخریب شود به او غرامت پرداخت می شود. علاوه بر جبران خسارت، سیاست زمین ۱۹۹۵ و متعاقب آن قانون زمین ۱۹۹۹، واحدی را برای نظم بخشی زاغه ها فراهم نمودند. زمین در جمهوری متحد تانزانیا تحت مالکیت دولت است و به عنوان ملک استیجاری با آن برخورد می شود. اخیراً وزارت زمین و توسعه اسکان مردم، پروژه ای را به منظور رسمی کردن دارایی های تعدادی محله زاغه نشین منتخب از طریق صدور سند دارایی / مسکن برای دو سال، آغاز نموده است. مشابه این کار، برنامه رسمی کردن تجارت و دارایی، در دست اقدام است. هدف این دو پروژه، کاستن از فقر شهری است. که این امر نیازمند آنست که این پروژه در چارچوب گسترده استراتژی ملی برای رشد و کاهش فقر لحاظ شود، که این امر در سه شاخه سازمان دهی شده است:

(۱) رشد و کاستن از فقر درآمدی

(۲) حاکمیت و پاسخ گویی خوب

(۳) بهبود کیفیت زندگی و خوب زیستی اجتماعی.

ساکنین ۲ ناحیه از ۱۷ ناحیه شهر Arusha در قسمت شمالی تانزانیا، جهت طرح آزمایشی "ابتکار شهرهای بدون زاغه نشین" انتخاب شدند. ۲ ناحیه، ۲۰ کمیته توسعه اجتماع (CDCs) ثبت کردند. سپس کمیته های توسعه اجتماع (CDCs) موضوعات اصلی محیطی تاثیر گذار بر حوزه های شان را مشخص کردند، مسائلی که می توانند در بین خودشان و با حداقل کمک از طرف دولت حل شوند، (برای مثال: طرح زیر تقسیمی و موضوع مالکیت زمین، مدیریت مواد زائد جامد، بهبود خدمات اجتماعی) و نیز آن هایی که نیاز به حمایت مالی و تکنیکی از مقامات شهری دارند مانند: تامین آب و جاده های اصلی.

در حالی که کمیته های توسعه اجتماع (CDCs) ضمن اولویت بندی مشکلات محیطی و تعیین منابع در دسترس، اعضای (از میان رهبران شان) را نیز برای شرکت در ارگان های بازسازی شده ارتقاء شورای شهر انتخاب کردند، که شامل کمیته های برنامه ریزی هر ۲ ناحیه، به نام تیم Municipal و کمیته هدایت پروژه می باشد. کمیته های توسعه اجتماع (CDCs) و این کمیته ها، با وضعیت سنتی ساختار اجرایی دولت محلی - به منظور گسترش مشارکت محلی (در سطح توده مردم) و بهبود حاکمیت خوب - کاملاً یکپارچه شدند. شورای شهر Arusha شروع به ارتقاء چند جاده مهم مشخص، با استفاده از منابع خودش مخصوصاً بودجه جاده کرد. هزینه پروژه برای دو ناحیه (با جمعیت ۶۰۹۹۳ نفر) در حدود ۱۹۱۴۱ دلار تخمین زده شد. (تقریباً ۳۲ دلار آمریکا به ازای هر نفر).

منبع: Sheuya et al,2007

از طریق وزارت خانه های حمل و نقل است که از مسئولین محلی بخواهند نه تنها قوانینی را جهت اولویت بخشیدن به عابران پیاده و دوچرخه سواران در سیاست حمل و نقل شان اتخاذ کنند که شاید سرمایه مورد نیاز آن از طریق هزینه تراکم ترافیک بر وسایل موتوری، حمایت شود، بلکه به ارزیابی این موضوع که آیا آن ها، این جنبه از سیاست را به عنوان بخشی از برنامه سالانه شان ارائه داده اند یا نه، نیز بپردازند.

مثال های اندکی از سیاست های برنامه ریزی محلی وجود دارد که راه حل های جامعه محور و جهت گیری شده به سمت خرده فروشان جزء را درباره مسئله دسترسی عادلانه به غذای سالم مورد توجه قرار می دهند. شهر Samchunک در تایلند، بازار مواد غذایی اصلی و کالاهای کوچک اش را با کمک ISA اقدامات بین بخشی محلی که شامل معماران است بازسازی می کند. بازارها اکنون طوری طراحی شده اند که نه تنها مواد غذایی بیشتری فراهم کنند، بلکه برای ساکنین شهر قابل دسترس تر و جذاب تر باشند. آژانس توسعه لندن، در نظر دارد یک شبکه توزیع مواد غذایی برای تامین مواد غذایی خرده فروشان مستقل، رستوران ها و مؤسسات شهر، ایجاد کند (Dixon et al, 2007). یک اقدام نظارتی که دولت محلی می تواند به طور مؤثری به منظور کاهش دسترسی به غذاهای پر چرب و پرنمک اتخاذ کند، به کارگیری یا تقویت قوانین برنامه ریزی است تا افزایش تعداد فروشگاه های عرضه کننده غذای آماده (fast food) را در مناطق خاص برای مثال، در نزدیکی مدارس و در محله های محروم از نظر اجتماعی، مدیریت کند.

در میان افراد فقیر شهری اغلب در کنار چاقی، سوء تغذیه نیز وجود دارد. لازم است که سیاست ها و برنامه های امنیت غذایی که از طرف دولت اصلی یا محلی و فعالان جامعه مدنی حمایت می شوند، تبیین شوند (کادر ۶،۸).

خشونت و جرم

اطمینان از این امر که همه گروه های اجتماعی در امنیت زندگی

فیزیکی، رژیم غذایی و خشونت، تأکید می کند. واضح است که ماهیت مکان ها و وضعیت های مختلف نیز، بر رفتارهای دیگر مانند سیگار کشیدن و مصرف الکل، بسیار تاثیر گذار می باشد. توصیه هایی پیرامون کنترل نظارتی بر مصرف الکل و تنباکو در فصل ۱۲: مسئولیت بازار شرح داده شده است.

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۶.۳. دولت محلی و جامعه مدنی، مناطق شهری را طوری طراحی و برنامه ریزی کنند که تحرک فیزیکی را از طریق سرمایه گذاری در حمل و نقل فعال رواج دهند، تغذیه سالم را از طریق برنامه ریزی برای خرده فروشی ها به منظور مدیریت بر فراهمی و دسترسی به غذا، تشویق کنند و خشونت و جرم را از طریق طراحی محیطی خوب و کنترل های نظارتی شامل کنترل تعداد فروشگاه های عرضه الکل، کاهش دهند. (پیشنهاد ۱۲.۳ را ببینید).

ابزارهای برنامه ریزی برای توسعه محیط های محلی جهت دستیابی به اهداف سلامتی، در حال ایجاد در سطح جهانی می باشند و این ابزارها یک سری اصول راهنمایی فراهم می کنند که ممکن است در هر جا قابلیت انطباق داشته باشند. (کادر ۶،۷).

رژیم غذایی و تحرک فیزیکی

پرداختن به مشکل فزاینده چاقی در کشورهای ثروتمند و فقیر به طور مشابه، فقط به نیروهای بازار وابسته نیست و نیاز به رویکردهای بین بخشی دولت محلی و ملی دارد که بخش های کشاورزی، برنامه ریزی شهری، سلامت و بخش های توسعه پایدار را نیز شامل می شود. مهم است که برنامه ریزی شهری، پیاده روی و دوچرخه سواری را در اولویت قرار دهد، حمل و نقل عمومی راحت و قابل استطاعتی فراهم کرده و فضاهایی برای تفریح و بازی در همه محله ها طراحی کند و همچنین توجه کاملی به کاهش جرم و خشونت مبذول داشته باشد. همان طور که در گزارش مرکز سلامت انگلستان تأکید شده است (NHF، 2007)، یک مکانیسم کلیدی برای رسیدن به این امر

کادر ۶.۶: طرح هزینه تراکم ترافیک (طرح ترافیک) لندن (LCC) London congestion charge

هدف اصلی طرح ترافیک لندن (LCC)، پرداختن به مشکل شلوغی رو به افزایشی بود که کسب و کار را مختل کرده و به وضعیت لندن به عنوان یک شهر جهانی آسیب رسانده بود. نقطه قوت طرح ترافیک لندن (LCC)، ویژگی افزایشی دراز مدت اش است. حوزه های مشمول طرح ترافیک لندن (LCC) گسترش یافت و سطح هزینه آن ۲/۵ سال پس از شروع اجرا، افزایش یافت. این امر اساس و بنیاد یک برنامه تغییردهنده رفتار است، به این معنا که مردم می توانند درباره رفتار آینده شان با اطمینان راسخ به این امر که تراز منفعت های مالی به سمت کنار گذاشتن ماشین شخصی پیش می رود، تصمیم گیری کنند.

پیامدهای کلیدی عبارت بودند از:

بین ۳۵ تا ۴۰ هزار سفر با ماشین در هر روز، به سمت حمل و نقل عمومی تغییر یافت و ۶ دقیقه فعالیت فیزیکی بیشتر به ازاء هر سفر، در مقایسه با حمل و نقل با اتوموبیل شخصی، افزوده شد.

بین ۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ سفر با اتوموبیل شخصی به پیاده روی، دوچرخه سواری، استفاده از موتور سیکلت، تاکسی یا ماشین مشترک تبدیل شد.

مسافت دوچرخه سواری در داخل یک ناحیه (Zone) در سال ۲۰۰۳، ۲۸ درصد افزایش داشت و با ۴ درصد افزایش بیشتر، در ۲۰۰۴ همراه بود.

پاسخ دهندگان به پرسش نامه، بهبود در راحتی و کیفیت کلی پیاده روی و سیستم های حمل و نقل عمومی را گزارش کردند. بخش زیادی از منافع مادی طرح، دوباره در توسعه حمل و نقل عمومی، پیاده روی، دوچرخه سواری و ایجاد مسیرهای امن به طرف مدارس، سرمایه گذاری شد.



تفریحی (شامل فرصت های یادگیری حرفه) تاکید دارد. برنامه های اجتماع امن سازمان جهانی بهداشت که راجع به کاهش جراحات می باشند (http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm)، با موفقیت در شهرهای مختلف در سراسر جهان، به کار برده شده اند. پیشنهاد می شود که این برنامه ها با زمینه های فرهنگی مختلف، منطبق شده و از نظر تأثیرشان بر عدالت در سلامت مورد پایش قرار گیرند. مثال برزیل (کادر ۶،۹) نشانگر نیاز به تلاشی یکپارچه است، که برای خصوصیات ملی و محلی سودمند باشد. یک گفت‌وگو مداوم با جامعه مدنی و مسئولین سطوح مختلف، یک پیش شرط برای موفقیت این طرح بود. فراهم نمودن حمایت مالی برای جوامع محلی از طریق دولت محلی، جهت بهبود و اجرای خدمات پیش گیری کننده از جرائم و حل کننده اختلافات، قدم بلندی جهت کمک به ایجاد اعتماد و سرمایه های اجتماعی در میان جوامع و نیز بین جوامع و مقامات محلی، خواهد بود.

کمک به مقابله با پیامدهای ناعادلانه رشد شهری در سطح ملی، نیازمند سرمایه گذاری پایدار در توسعه روستایی است. اگر چالش های روستایی با دامنه وسیع تری از سیاست گذاری های اقتصادی

کنند و از جرم و خشونت که چالش های مهمی در جامعه ایجاد می کنند، مصون می باشند. کاستن از شیوع رفتارهای خشونت آمیز، مستلزم استراتژی های یکپارچه ای است که حوزه های اصلی جلوگیری از خشونت مانند: تربیت کودکان و روابط امن بین کودکان و والدین؛ کاهش خشونت در خانه؛ کاهش دسترسی به الکل، موادمخدر و ابزارهای مرگ بار (vilaveces et al, 2000)؛ تقویت مهارت ها و فرصت های زندگی برای کودکان و جوانان؛ بهبود عدالت قضایی و سیستم های رفاه اجتماعی را در بر می گیرد (WHO, 2008c). رویکردهای جدیدتر به مقوله پیش گیری از خشونت، موضوعات کنترل نظارتی - از جمله طرح فروش الکل به گونه ای که شراب خواری های مضر کم شود (Voas et al, 2006)، تغییر تضادها، پیش گیری از جرم از راه طراحی محیط زیست و رویکردهای جامعه محور به سرمایه های اجتماعی (social capital)، را شامل می شوند. (WHO, 2007e; Roberts & Meddings, 2007).

کمیسیون بر نیاز به سرمایه گذاری دولت ملی و محلی برای روشنایی خیابان ها، زودتر بستن کاباره ها و میخانه ها، کنترل اسلحه، ایجاد نوآوری هایی در پاسبانی محله ها و فعالیت های آموزشی و

کادر ۶.۷: طراحی برای سلامتی، ملبورن، استرالیا، یک برنامه ریزی ابتکاری برای توسعه محیط زیست امن، قابل دسترس و جذاب

بنیاد قلب (Heart foundation) در ویکتوریا-استرالیا "طراحی برای سلامتی" را جهت کمک به دولت محلی و برنامه ریزان مربوطه در ایجاد مجموعه وسیع تری از محیط های حمایت کننده دستورالعمل تحرک فیزیکی، توسعه داد.

برنامه طراحی برای سلامتی ملاحظات را ارائه می دهد که «برنامه ریزی سلامتی» را تسهیل کرده و منجر به ایجاد مکان هایی سالم برای زندگی، کار و ملاقات مردم می شود. "طراحی برای سلامتی" برای برنامه ریزان، تحقیقات حمایت کننده، طیفی از طراحی ها برای ارتقاء پیاده روی، دوچرخه سواری و استفاده از حمل و نقل عمومی، ابزار طراحی کاربردی و مطالعات موردی را فراهم می کند. "ملاحظات طراحی" روش هایی را نشان می دهد که برنامه ریزان می توانند سلامت جامعه را از راه طرح و برنامه شان ارتقاء دهند. این امر از طریق فراهم آوری موارد زیر تشویق می شود:

- شبکه های خوب طراحی شده برای مسیرهای پیاده روی و دوچرخه سواری
- یابان هایی با دسترسی آسان و امن و مستقیم
- امکان پیاده روی از خانه به مقصدهای محلی
- فضاهای باز قابل دسترسی برای تفریح و سرگرمی
- ایستگاه های حمل و نقل عمومی راحت
- محله های بومی جهت پرورش روحیه جمعی

به طور سنتی، برنامه ریزان طیفی از دستورالعمل ها را که بر سلامت، ایمنی و دسترسی تاثیر گذار هستند را اغلب به صورت جدا از هم، مورد ملاحظه قرار می دهند. ماتریکس "طراحی برای سلامتی" به عنوان یک ابزار کاربردی، طوری طراحی شده است که هم افزایی (synergies) دستورالعمل های مختلف مؤثر بر طراحی محیطی را نشان می دهد و همه این موارد در ایجاد پیامدهای مثبت سلامتی دخیل هستند.

منبع knus2007

کادر ۶.۸: گردهمایی در مورد امنیت غذایی، کشاورزی و دامداری نای رومی و حومه اش (NEFSALF)

حصول امنیت غذایی در محیط های فقیر شهری ضروری است. به منظور حذف مشکل ناامنی غذایی، نیاز به تأکید بر توسعه سیاست هایی است که بهره وری را افزایش داده، سطوح اشتغال را زیاد کنند و دسترسی به غذا و بازار را بهبود دهند.

اهمیت حفظ کشاورزی و دام داری شهری و اطراف شهری در بقای شهر نشینان فقیر و همچنین حفظ ارزش های اجتماعی، اقتصادی و تفریحی، امری شناخته شده و مورد اهمیت در کل جهان است. گردهمایی مذکور (NEFSALF) در ژانویه ۲۰۰۴ آغاز به کار کرد و مجموعه ای از فعالان اجتماع، دولت و بخش هایی از بازار با هدف ارتقاء کشاورزی شهری و اطراف شهری گرد هم جمع شدند. این گردهمایی، دسترسی به یک دوره آموزش اولیه در مورد کشاورزی و دام داری را فراهم کرد. به کشاورزان در مورد موضوعات زیر آموزش داده می شود: کشاورزی به عنوان یک تجارت، پویایی گروهی، مهارت های اصلی در کشاورزی و دام داری و مدیریت محیطی. منبع: KNUS, 2007.

مبادرت کنند، امری حیاتی است.

معیشت روستایی

سرمایه گذاری گسترده تر در کشاورزی، حمایت و خدمات برای اطمینان حاصل کردن از اجتماعات روستایی قابل حیات، ضروری است (Montgomery et al, 2004). درس های گرفته شده از انقلاب سبز، نیاز به رویکردی چند جانبه به کشاورزی پایدار و حمایت از زندگی روستایی را نشان می دهد. این موضوعات در پیشنهادات اخیر نماینده جامعه کشاورزان هند، منعکس شده است (کادر ۱۰، ۶). یک عنصر مرکزی در رویکرد جامع به امر عدالت در سلامت روستایی، افزایش درآمد خانوار روستایی و با تأکید ویژه به تغذیه کافی خانواده، از راه حمایت مضاعف از توسعه کشاورزی و کارآفرینی روستایی چه در داخل و چه در خارج از مزرعه، می باشد.

به این منظور، اطمینان از این امر که کشاورزی محلی از سوی توافقات تجاری بین المللی و حفاظت کشاورزی کشورهای ثروتمند تهدید نمی شود، بسیار مهم است (بخش ۱۲ را ببینید: مسئولیت بازار (World Bank, 2008)).

اگرچه شغل امن، مطمئن و دائمی در کل طول سال - بهترین گزینه برای کمک به نجات ساکنان روستایی از فقر می باشد، اما طرح های خرده اعتباری هم به عنوان اقدامات کوتاه مدت می تواند گروه های ضعیف را توانمند سازند. مثال بنگلادش (کادر ۱۱، ۶) نشان می دهد که چطور یک رویکرد منسجم و یکپارچه، سطح فقر را تا ۳۰ درصد در طی سه سال کاهش می دهد. فقر و گرسنگی به طور ناگستنی با هم مرتبط هستند. پرداختن

و اجتماعی که به سوی توسعه و کاهش فقر هدف گیری شده اند یکپارچه شوند، دولت های ملی و محلی به احتمال بیشتری این چالش های روستایی را لمس می کنند؛ این سیاست ها باید در سند هایی مثل سند استراتژیک کاهش فقر (PRSP)، لحاظ شوند.

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۶.۴. دولت ملی و محلی، سیاست ها و برنامه هایی را توسعه داده و به اجرا گذارد که تأکیدشان بر موارد زیر است:

موضوعات حقوق و مالکیت زمین روستایی - فرصت های شغلی روستایی در طول سال - توسعه کشاورزی و انصاف در توافقات تجاری بین المللی - زیرساخت های روستایی شامل بهداشت، آموزش، جاده و خدمات - و سیاست هایی که سلامت مهاجران روستا به شهر را مورد حمایت قرار می دهند.

حقوق ارضی

برای اغلب فقرا در کشورهای با درآمد کم و متوسط زمین ابزاری اصلی برای تشکیل زندگی است. اصلاحات ارضی باز توزیعی، اثرات مثبتی بر کاهش فقر و اشتغال دارد (Quan, 1997). یک پیشرفت مهم به نفع عدالت جنسیتی در کشورهایی چون برزیل، کلمبیا، کاستاریکا، جمهوری دومینیک، گواتمالا، هندوراس، و نیکاراگوئه، تدوین قانونی بوده است که شامل تدارک داوری قضایی مشترک اجباری و ثبت سند زمین به نام زوج و دادن اولویت به زنان سرپرست خانوار یا گروه های خاصی از زنان، می باشد (Deere & Leon, 2003). این که دولت های ملی و محلی با همکاری آژانسهای بین المللی به اعتلا و بهبود روند تصاحب زمین و داعیه حق مالکیت زمین برای جوامع روستایی، مخصوصاً برای گروه های حاشیه ای و بی زمین

کادر ۹.۶: تحرک بخشیدن به اجتماع در مقابله با خشونت در برزیل

برزیل یکی از بالاترین میزان های آدم کشی در جهان را دارد. بین سال های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۲ میزان قتل های ملی بیش از دو برابر شد. از ۱۱/۴ به ۲۸/۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت. در شهر سائوپائولو، میزان قتل ها در طی همین دوره، بیش از سه برابر شد، از ۱۷/۵ به ۵۳/۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت. Jardim Angela یکی از محلات پر تراکم فقیر نشین در جنوب سائوپائولو است و حدود ۲۵۰ هزار نفر ساکن دارد. در جولای ۱۹۹۶، مجله برزیلی veja از نرخ قتل ۱۱۱ در هر ۱۰۰ هزار نفر در این منطقه خبر داد که این منطقه را به عنوان یکی از خشونت بارترین مناطق جهان قرار داد. منطقه Jardim Angela در حال تجربه چیزی بود که عقوبت شهر نشینی نامیده شده است که با خصوصیاتمانند خشونت ساختاری، عدم اطمینان و فقدان انسجام اجتماعی مشخص می شود.

در سال ۱۹۹۶، یک تلاش یکپارچه اجتماعی متشکل از ۲۰۰ مؤسسه، به نام de Defesade vida formu (گردهمایی دفاع از حیات) ایجاد شد. همزمان با ایجاد این ائتلاف، یک شبکه حمایت اجتماعی که با جامعه مدنی هم سر و کار داشت، ایجاد شد که روی قابلیت های جامعه، جنبش های اجتماعی، خدمات اجتماعی و سلامتی رسمی و غیر رسمی، سرمایه گذاری می کرد. این شبکه در دامنه گسترده ای از مداخلات اجتماعی، از فراهم آوری حمایت برای کودکان تازه زندانی شده گرفته تا یک ابتکار جمعی برای باز سازی فضاهای جامعه دخالت می کند. در نتیجه سرمایه گذاری در فضاهای جامعه، مکان های متروکه ای مانند میدان ها، کلوپ ها و مدارس دوباره بازسازی شده و فضاهایی برای ورزش، فعالیت های تکمیلی مدرسه و برنامه های سوء مصرف مواد و الکل ایجاد می شود. همچنین جامعه و پلیس، ائتلافی با هدف تأمین رفاه جامعه از راه مراقبت بر خشونت، جرم و قاچاق مواد تشکیل دادند. طیفی از سیاست ها و خدمات نیز در جامعه وضع شد که شامل: تعیین زمان بستن میخانه ها، برنامه ای برای قربانیان خشونت های خانگی و مداخلات ارتقاء دهنده سلامت با هدف کاهش حاملگی نوجوانان، می باشد.

در سال ۲۰۰۵، میزان قتل در شهر و ایالت سائوپائولو به ترتیب ۲۴ و ۱۸ در هر صد هزار نفر بود که ۵۱ درصد کاهش در قتل برای ایالت را نشان می دهد. اخیراً از ژانویه تا جولای ۲۰۰۶، Jardim Angela، شاهد کاهش بیش از ۵۰ درصدی در گزارشات حمله، ضرب و شتم، جیب بری و دزدی ماشین در مقایسه با سال های قبل بوده است. منبع: KNUS, 2007

منطقه عملیاتی ۶.۲: سلامت و عدالت

عدالت در سلامت بین مناطق شهری و روستایی را از طریق سرمایه گذاری پایدار در توسعه روستایی و پرداختن به سیاست ها و فرآیندهای محرومیت زایی که منجر به فقر، عدم مالکیت زمین و جا به جایی مردم از خانه های شان در روستاها می گردند، ترویج نمایید.



برق، مراقبت های اولیه سلامتی همگانی (فصل ۹ را ببینید: خدمات سلامتی همگانی)، جاده های قابل استفاده و دسترسی به حمل و نقل عمومی و دسترسی به ارتباطات الکترونیکی مدرن. مثال تایلند (کادر ۶، ۱۲)، تعهد دولت به وضعیت سلامت روستاها را از راه تخصیص بودجه و توسعه خدمات مناسب منطقه ای، نشان می دهد.

مهاجرت از روستا به شهر

تغییر مکان از مناطق روستایی، چه به علت اجبار ناشی از جنگ و تخاصم یا به علت کمبود دائم منابع روستایی، منجر به مهاجرت از روستا به شهر در مقیاس عظیمی می شود. برای مثال بیش از ۴۰ سال نبرد مسلحانه، عنوان بیشترین میزان جابجائی مردم در نیم کره غربی را به کلمبیا داده است (UNHCR، ۲۰۰۷) که بعد از سوئان، دومین میزان جا به جایی مردم را دارا می باشد (IDMC، ۲۰۰۷). متعاقباً، بار عظیمی به سلامتی این افراد تحمیل می شود. بنابراین مهم است که دولت های ملی و محلی با همکاری مؤسسات بین المللی، سیاست های حمایتی برای مهاجران روستا به شهر ایجاد کنند و از ارائه حقوق مسلمی مانند دسترسی به خدمات ضروری از جمله آموزش و سلامت، اطمینان حاصل کنند. سیاست های موفقی برای قرار دادن خدمات در دسترس جمعیت مهاجر، مورد نیاز است. برای مثال، استفاده از کلینیک های امدادی می تواند از فراهمی خدمات سلامتی در مناطقی که مهاجران داخلی وجود دارند، اطمینان حاصل نماید (IOM، ۲۰۰۶). با این حال، برای

به موضوع فقر همگانی و امنیت غذایی در جمعیت روستایی، بدون این که آن را با امنیت شغلی و امنیت اجتماعی مرتبط بدانیم، قابل انجام نیست. این ارتباط، به خوبی توسط سیاست گذاران هندی شناخته شده است به طوری که به طراحی برنامه هایی مانند "طرح غذا برای تضمین کار و استخدام با یک جزء تامین غذا" پرداختند (Dreze, 2003). در غنا جائی که ابتکار "غذا برای آموزش"، جهت کمک به توسعه اقتصاد کشاورزی محلی، بسط داده شده (SIGN، 2006) و از طریق پروژه روستاهای هزاره که از یک رویکرد یکپارچه برای مبارزه با تعیین کننده های اجتماعی سلامت در دهکده های آفریقا استفاده می کند، صورت می پذیرد (پروژه روستاهای هزاره، nd).

زیر ساخت ها و خدمات روستایی

فراهم نمودن زیرساخت ها و دسترسی به خدمات با کیفیت و قابل قبول از لحاظ فرهنگی، موضوعات اصلی بخش سلامت برای روستاییان هستند. پیشرفت به سوی اهداف توسعه هزاره سوم، از طریق پرداختن به این موضوعات، از راه بهبود دسترسی زنان روستایی به تکنولوژی های مقرون به صرفه از نظر زمان، مخصوصاً دسترسی به آب، ممکن می شود. بر طرف کردن سوگیری های شهری چه در سرمایه گذاری برای خدمات و چه در زیرساخت ها، نیازمند سرمایه گذاری در بخش روستایی به منظور فراهم آوری موارد زیر است: آموزش ابتدایی و متوسطه اجباری با کیفیت بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه (فصل ۵ را ببینید: عدالت از آغاز)،

کادر ۶.۱۰: کشاورزی پایدار - هند

کمیسیون ملی کشاورزان هند، یک برنامه باز بینی شده کشاورزی، که شامل ۵ برنامه اقدام منسجم و تقویت شده می باشد را ترسیم کرده است که در زیر آمده است: بهبود سلامت خاک، افزایش ذخایر و مدیریت تقاضا جهت آب مربوط به آبیاری، اعتبار و بیمه، تکنولوژی (پُل زدن بین شکاف چه می دانیم و چگونه عمل می کنیم) و بازارهای دوست دار کشاورز. سرپرستی برنامه باز بینی شده کشاورزی می تواند یک سازمان تجارت هندی تشکیل دهد تا با سازمان تجارت جهانی (WTO) حالت مکمل و چالشی داشته باشد. اصل بنیادی چنین سازمانی، شناخت نیاز به تضمین این امر است که حمایت لازم از معیشت مردم و حمایت تعادلی از کالاهایی که در بازار جهانی، کالای تحریف شده و مضر برای سلامت و عدالت در نظر گرفته می شوند، می باشد. منبع: Swaminathan, 2006

کادر ۶.۱۱: کمیته توسعه روستایی بنگلادش (BRAC) و اعتبارهای خرد

با سرمایه گذاری از سوی آژانس توسعه بین المللی کانادا (CIDA)، دپارتمان توسعه بین المللی انگلستان (DFID)، اتحادیه اروپا (EU) Novib، (شعبه آلمانی اکسفام) و برنامه غذای جهانی (WFP) - کمیته توسعه روستایی بنگلادش (BRAC) یک پروژه توسعه اجتماعی و اقتصادی چند بعدی را متقبل شده است که روی افراد بسیار فقیر، افرادی که آن چنان فقیرند که حتی نمی توانند در طرح های کم سرمایه شرکت کنند، متمرکز می شوند. این پروژه که در سال ۲۰۰۲ شروع شد، آموزش مهارت های تولید درآمد، دسترسی به خدمات سلامتی، یک مقرری ماهیانه (۱۷/۰ دلار در روز) برای ادامه حیات، آموزش تکامل اجتماعی برای ارتقاء آگاهی بیشتر از حقوق و موضوعات عدالت اجتماعی و تحریک نخبگان محلی برای حمایت از برنامه، را فراهم می کند. ارزشیابی ها نشان داد که ۵۵ درصد از ۵۰۰۰ فقیر ترین خانواده ها از فقیر ترین مناطق کشور، قادر بودند تا منابع کافی را کسب کنند و از پیوستن به یک برنامه خرده اعتباری سود ببرند. میزان جمعیتی که در این مناطق با درآمد کمتر از ۱ دلار در روز زندگی می کردند، از ۸۹ درصد به ۵۹ درصد در طی سه سال اول این پروژه کاهش یافت و کمبود مزمن مواد غذایی، از ۶۰ درصد به حدود ۱۵ درصد برای خانوارهای پروژه رسید. فاکتورهای دخیل در موفقیت این پروژه عبارت بودند از: کار کردن با نخبگان محلی برای ایجاد محیطی مساعد جهت اجرای برنامه، ایجاد آموزش بهداشت و فراهم نمودن کارت های شناسایی جهت تسهیل دسترسی به تسهیلات سلامتی محلی، تهیه آموزش و برنامه های بازآموزی جهت مهارت های تولید درآمد، ایجاد توالی عمومی و چاه های استوانه ای برای بهبود وضعیت فاضلاب ها. منبع: schurman 2007

برای شروع، کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۶.۵. آژانس های بین المللی و دولت های ملی، پانلی بین دولتی در مورد توصیه های پیرامون تغییرات آب و هوایی تشکیل دهند که اثر استراتژی های کشاورزی، حمل و نقل، سوخت، ساختمان سازی، صنعت و مواد زائد تطبیقی و تعدیلی تغییرات آب و هوایی را بر عدالت در سلامت در نظر بگیرد.

همان طور که قبلاً ذکر شد، ملاحظات جزئی و تحلیل گزینه های خاص سیاستی و مدل های توسعه ای برای مقابله با تغییرات آب و هوایی، خارج از حیطه کمیسیون است. فراخوان از سوی گزارش stern و دیگران (UNHCR، 2007) جهت تأمین مالی بین المللی برای حمایت از آگاهی منطقه ای پیرامون اثرات تغییرات آب و هوایی بوده است. این یک فرصت بی نظیر هدایت شده از سوی سازمان جهانی بهداشت است تا دستور کار تغییرات آب و هوایی و دستور کار عدالت در سلامت را یکپارچه کنند و از این امر که سیستم های اطلاعاتی و توسعه سیاست ها، از یک فیلتر عدالت در سلامت عبور می کنند اطمینان حاصل نمایند.

کارآمد شدن این امر، مهاجران باید از فراهم بودن این خدمات، آگاه باشند. بنابراین دولت ها بایستی به ترغیب مهاجرین داخلی به این خدمات از راه تبلیغ به زبان مجاوره ای شان بپردازند و نیز با منطبق کردن رفتارهای شان - مخصوصاً ساعات کاری شان و با ایجاد آموزش برای کارکنان در ارائه خدمات سلامتی چند فرهنگی - نیازهای جمعیت های قومیتی خاص را برآورده کنند (Ingleby et al, 2005).

محیط زیست طبیعی

تخریب و مصرف سیستم های طبیعی، شامل سیستم آب و هوایی از یک سو و وظیفه کاهش بی عدالتی سلامت در جهان از سوی دیگر، ارتباط تنگاتنگی با هم دارند. آسیب اکولوژیکی زندگی همه افراد جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد، اما بیشترین اثر را روی آسیب پذیرترین گروه ها می گذارد، از جمله افراد بومی که در حال حاضر به علت جنگل زدایی ها و کشف معادن و دیگر صنایع مرتبط به منابع طبیعی، در اکولوژی های شکننده و ناپایدار به سر می برند. (Indigenous Health Group 2007). این امری حیاتی است که فرسایش منابع طبیعی که از راه تخریب محیطی صورت می گیرد، به پایان برسد. و به طور ویژه، نیاز فوری به کاهش انتشار گازهای گل خانه ای وجود دارد (McMichael et al, 2008). آن چه در این گزارش بسیار مرتبط به حوزه اقدام است، توسعه استراتژی های تطبیقی و تعدیلی برای تغییرات محیط زیستی است که همه ابعاد اجتماعی و عدالت در سلامت را لحاظ کند. اکنون نیاز به تحقیق بیشتر در مورد نوع اقدامی که به احتمال زیادتری روابط سه گانه بین فاکتورهای اجتماعی، تغییر محیطی و عدالت در سلامت را تحت تأثیر قرار می دهد، وجود دارد.

کادر ۶.۱۲: خدمات سلامتی روستایی تایلند

از سال ۱۹۸۳، اختصاص بودجه سلامتی دولت تایلند به مراکز سلامتی و بیمارستان های مناطق روستایی، بیشتر از بیمارستان های شهری بوده است. در نتیجه پوشش وسیع جغرافیایی خدمات سلامتی به اکثر سطوح حاشیه ای صورت گرفت. در حال حاضر، یک مرکز سلامتی معمولی و یک بیمارستان منطقه ای به ترتیب جمعیت های ۵۰۰۰ و ۵۰۰۰۰ نفری را تحت پوشش قرار می دهند. یک مرکز بهداشت توسط یک تیم ۵-۳ نفری از پرستار و پیراپزشک، اداره می شود، در حالی که یک بیمارستان منطقه ای ۳۰ تخت خوابی از سوی ۳-۴ پزشک عمومی، ۳۰ پرستار، ۲-۳ داروساز، یک دندانپزشک، و تعدادی از سایر گروه های پیراپزشکی و تعدادی کارمند دوره دیده برای فراهم آوری خدمات سلامتی اداره می شود. به علاوه، مجموعه به هم پیوسته ای از برنامه های سلامت عمومی (پیش گیری، کنترل بیماری ها و ارتقاء سلامت) در همه سطوح خدمات وجود دارد. از آن جایی که همه فارغ التحصیلان پزشکی و سلامت عمومی از طریق دانشکده های دولتی تولید می شوند و دانشجویان نیز شدیداً از سوی دولت مورد حمایت مالی (یارانه) قرار می گیرند، پس در مقابل، تازه فارغ التحصیلان باید خدمات اجباری شان را در مناطق روستایی، مخصوصاً در بیمارستان های منطقه ای، انجام دهند. این مورد نقش مهمی در عملکرد بیمارستان های منطقه ای بازی می کند. این برنامه در سال ۱۹۷۲ با فارغ التحصیلان پزشکی آغاز شد و بعداً به دیگر گروه ها شامل پرستاران، دندانپزشکان و داروسازان توسعه یافت.

منبع: HSKN, 2007

منطقه عملیاتی ۶.۳: سلامت و عدالت

از این امر اطمینان حاصل نمایید که هر نوع سیاست گذاری اقتصادی و اجتماعی که در پاسخ به تغییرات آب و هوایی و تخریب محیط زیست اتخاذ می گردد؛ به موضوع عدالت در سلامت توجه کافی دارد.



فصل هفتم

اشتغال منصفانه و کار شایسته

" این بی معنی و موجب استهزا است که کشوری را متمدن دانست، درحالی که در آن کشور، فردی شایسته و سخت کوش، در تجارتي که برای منافع عمومی ضروری و ارزشمند است استاد ماهری شود و درعین حال از هیچ گونه بیمه ای برخوردار نباشد که وی را هنگام نیاز حمایت کند یا ازفرستاده شدن او به نوان خانه هنگامی که بیماری یا پیری او را تبدیل به فردی بیکار و عاجز کرده است، حفظ کند."

HL Mencken



کار و بی عدالتی های سلامتی

شرایط اشتغال

برخی از شرایط وابسته به اشتغال، با وضعیت های پایین تر سلامتی مرتبط هستند از جمله بیکاری و کار بی ثبات - مثل کار غیر رسمی، کار فصلی، قراردادی، کار کودکان و بیکاری. شواهد نشان می دهد که مرگ و میر کارگران موقتی در مقایسه با کارگران دائمی به طور معناداری بالاتر می باشد (Kivimaki et al, 2003). از پیامدهای سلامت ذهنی پائین، اشتغال بی ثبات می باشد (مثل کار غیر رسمی، قراردادهای موقتی و کار پاره وقت) (Kim et al, 2005; Artazcoz et al, 2006). کارگرانی که با ناامنی شغلی مواجهند، اثرات ناخوشایند چشم گیری را بر سلامت جسمی و روانی خود تجربه می کنند (Ferrie et al, 2002).

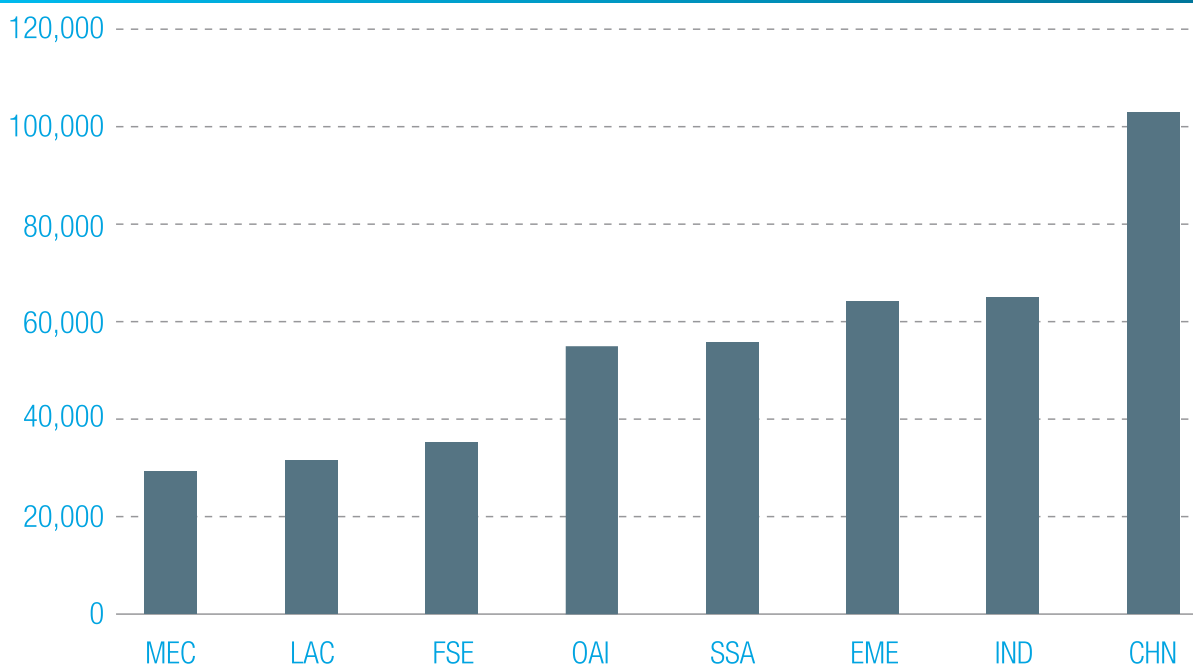
شرایط کار کردن

شرایط کاری نیز بر سلامت و عدالت در سلامت تاثیر گذار می باشند. کیفیت پایین کار ممکن است تقریباً به اندازه از دست دادن کار بر سلامت ذهنی اثر بگذارد (Muntaner et al, 2005; Bartley, 2005). شرایط نامساعدی که افراد را با گستره ای از مخاطرات سلامتی مواجه می کنند، در مشاغل سطح پائین تر، تراکم بیشتری دارند. مرگ و میرهای مرتبط با کار که از مواجهات خطر آفرین ناشی می شوند، به عنوان مشکلی بسیار جدی همچنان باقی هستند (ILO, 2005) (شکل ۷،۱). وجود استرس شغلی با یک افزایش ۵۰ درصدی در ریسک بیماری های عروقی قلب مرتبط می باشد (Kivimaki et al, 2006; Marmot, 2004).

رابطه بین کار و بی عدالتی در سلامت

شرایط کار و اشتغال اثرات قوی بر سلامت و عدالت در سلامت دارد. وقتی این شرایط مناسب باشند می توانند امنیت مالی، موقعیت اجتماعی، تکامل فردی، روابط اجتماعی و عزت نفس و حفاظت در برابر مخاطرات فیزیکی و روانی اجتماعی - که هر یک برای سلامت مهم هستند - را تامین نمایند. (Marmot & Wilkinson, 2006) علاوه بر نتایج مستقیم مبارزه با بی عدالتی های مرتبط به کار بر سلامت، تاثیر آن بر عدالت در سلامت به خاطر نقش بالقوه کار در کاهش بی عدالتی های جنسیتی، قومی، نژادی و سایر بی عدالتی های اجتماعی حتی بیشتر هم می شود. این امر کاربردهای عمده ای برای دست یابی به اهداف توسعه هزاره سوم دارد.

شکل ۷.۱: تعداد مرگ و میرهای مرتبط با کار ناشی از مواجهات خطر آفرین از در کشورها و مناطق مختلف.



MEC = Middle East Crescent; LAC = Latin America and the Caribbean; FSE = Formerly Socialist Economies; OAI = Other Asia and Islands; SSA = sub-Saharan Africa; EME = Established Market Economies; IND = India; CHN = China. Reprinted, with permission of the author, from ILO (2005).



اقتصاد رسمی حاکم بر کشورهای صنعتی، قبلاً با خصوصیات مانده سیاست گذاری های فزاینده بازار کار، تاثیر قوی اتحادیه ها و اغلب اشتغال دائم تمام وقت مشخص می شد. در طی زمان، این امر دچار تغییرات معناداری شده است (EMCONET, 2007). برای مثال، شکل ۷،۴، شیوع روزافزون کار نیمه وقت و موقتی را از اوایل دهه ۱۹۹۰ در سرتاسر اتحادیه اروپا به تصویر می کشد.

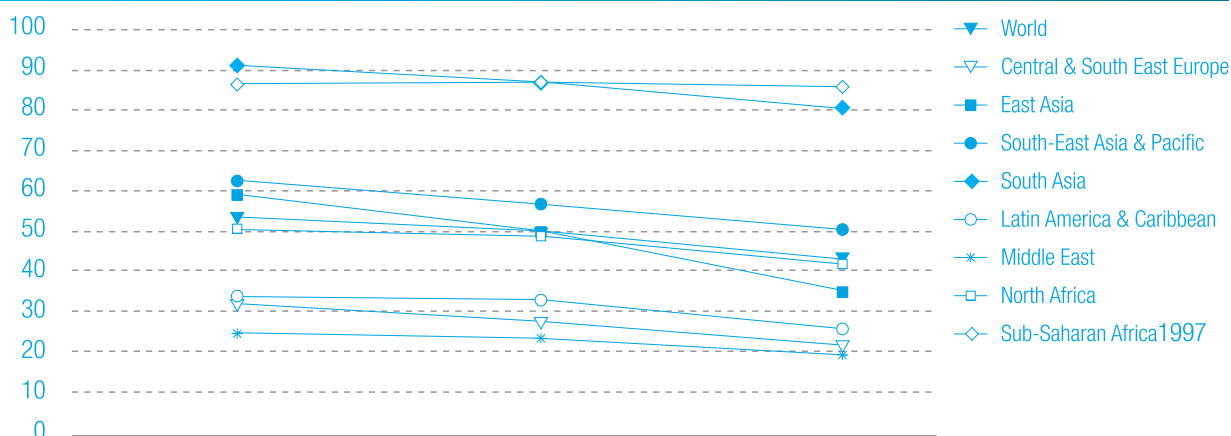
شواهد همگونی وجود دارد که نشان می دهند توقعات بالای شغلی، کنترل پایین و عدم تعادل بین پاداش و تلاش، عوامل خطرآفرینی برای مشکلات سلامت ذهنی و جسمی می باشند (Stansfeld & Candy, 2006)

ماهیت اشتغال و توافقات کاری

از زمان شروع افزایش ادغام بازارهای جهانی در دهه ۱۹۷۰، تاکید بر بهره وری و عرضه محصولات به بازارهای جهانی بوده است. موسسات و کارفرمایانی که قصد رقابت در این بازار را دارند به دنبال نیروی کار منعطف و همیشه در دسترس جهانی می باشند. این امر، برخی تغییرات مرتبط با سلامت را در قراردادهای استخدامی و شرایط کاری، با خود به همراه دارد (Benach & Muntaner 2007). امنیت مالی و فرصت اقتصادی افراد، در درجه نخست توسط بازار کار تعیین و یا حداقل تعدیل می شود. در سال ۲۰۰۷، ۳ میلیارد نفر در سنین ۱۵ سال و بالاتر، مشغول به کار بوده اند. با این وجود، هنوز ۴۸۷ میلیون کارگر در جهان وجود دارند که در آمد کافی برای بالا کشیدن خود و خانواده شان از خط فقر ۱ دلار (امریکا) در روز را ندارند و ۱/۳ میلیارد کارگر، درآمدی بالاتر از ۲ دلار (امریکا) در روز ندارند (ILO, 2008). تفاوت های منطقه ای در وضعیت کار ضعیف، مشخص و معنادار است (شکل ۷،۲).

قدرت روزافزون شرکت های فراملیتی بزرگ و موسسات بین المللی در تعیین دستور کارهای سیاسی نیروی کار، منجر به عدم توانمندی کارگران، اتحادیه ها و افراد جویای کار و همچنین افزایش توافقات و شرایط کاری مضر برای سلامت شده است (EMCONET, 2007). در کشورهای با درآمد بالا، یک رشد در میزان ناامنی های شغلی، قراردادهای استخدامی غیر دائم (از قبیل کار غیر رسمی، کار موقتی، کار نیمه وقت، و کارهای جزئی)، از دست دادن شغل و تضعیف حفاظت های تنظیم کننده، وجود داشته است (فصل ۱۲ را ببینید: مسئولیت بازار). اکثر نیروی کار جهانی، به ویژه در کشورهای با درآمد کم تا متوسط، در اقتصاد غیر رسمی مشغولند که با توجه به ماهیت شان، کارهای بی ثباتی هستند و از مشخصه های آن ها فقدان تنظیمات قانونی برای محافظت از شرایط کاری، دستمزدها، ایمنی و سلامت شغلی (OHS) و بیمه حوادث می باشد (ILO, 2008, EMCONET, 2007) (شکل ۷،۳).

شکل ۷.۲: تفاوت های منطقه ای در درصد مردم شاغلی که با دلار امریکا یا کمتر در روز زندگی می کنند.



2007 figures are preliminary estimates.

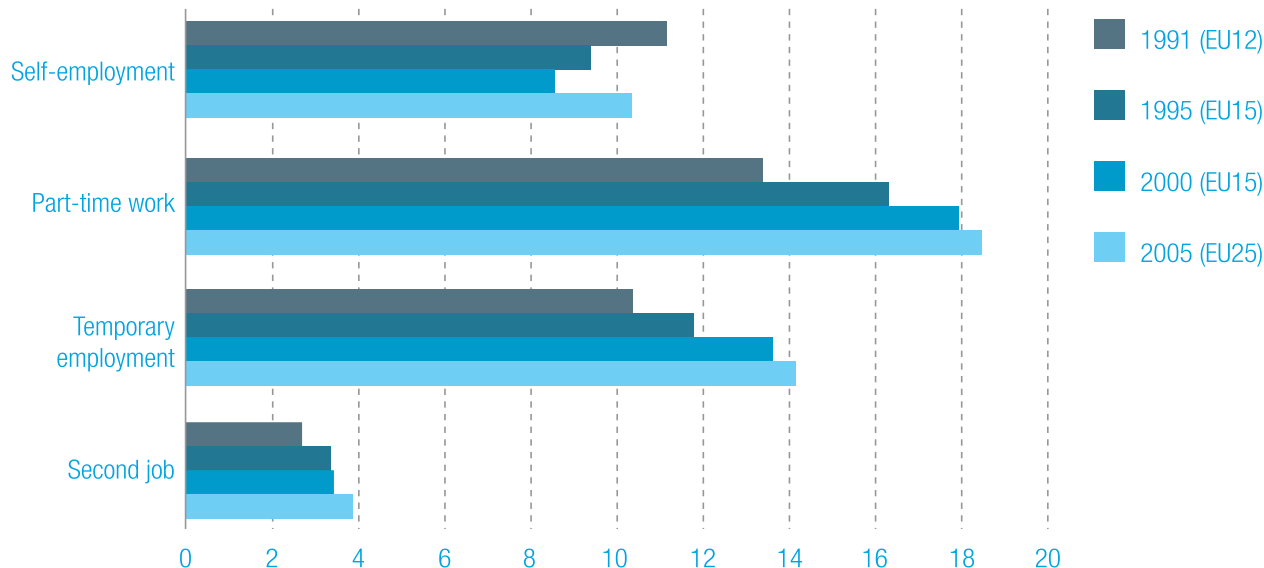
Reprinted, with permission of the author, from ILO (2008).

جمعیت های آسیب پذیر

طبق تحلیل هیمان و همکاران (۲۰۰۶) از پیمایش های ملی خانوار در بوتسوانا، برزیل، مکزیک، دولت فدرال روسیه، آفریقای جنوبی، ایالات متحده و ویتنام بدون هیچ تناقضی مشخص شد که حفاظت ها و مزایای ارائه شده شغلی برای زنان نسبت به مردان در سطح پائین تری قرار دارد (شکل ۷،۵) (همچنین فصل ۱۳ را ببینید: عدالت جنسیتی)

اشتغال منصفانه نیازمند رهایی از زورگویی است - که شامل کلیه اشکال کار اجباری از قبیل: بیگاری، بردگی و کار کودک می شود. از نظر جهانی، برآورد شده است که ۲۸ میلیون نفر قربانی بردگی و ۵/۷ میلیون کودک زیر فشار بیگاری هستند. (EMCONET, 2007) اگرچه پیشرفت های عمده ای برای حذف بدترین اشکال کار کودک ایجاد شده است (ILO, 2007)، اما هنوز بیش از ۲۰۰ میلیون کودک بین سنین ۵-۱۷ سال در جهان وجود دارند که از نظر اقتصادی فعال هستند. (ILO, 2006) افزایش درآمد خانوارهای فقیر و اطمینان از کیفیت خوب مدارس، از عوامل کاهش دهنده کار کودک قلمداد می شوند. برآورد شده است که ۷۰ درصد کودکان کارگر هندی در صورتی که مدارس رایگان و در دسترس باشند، به مدرسه خواهند رفت (Grimsrud, 2002)

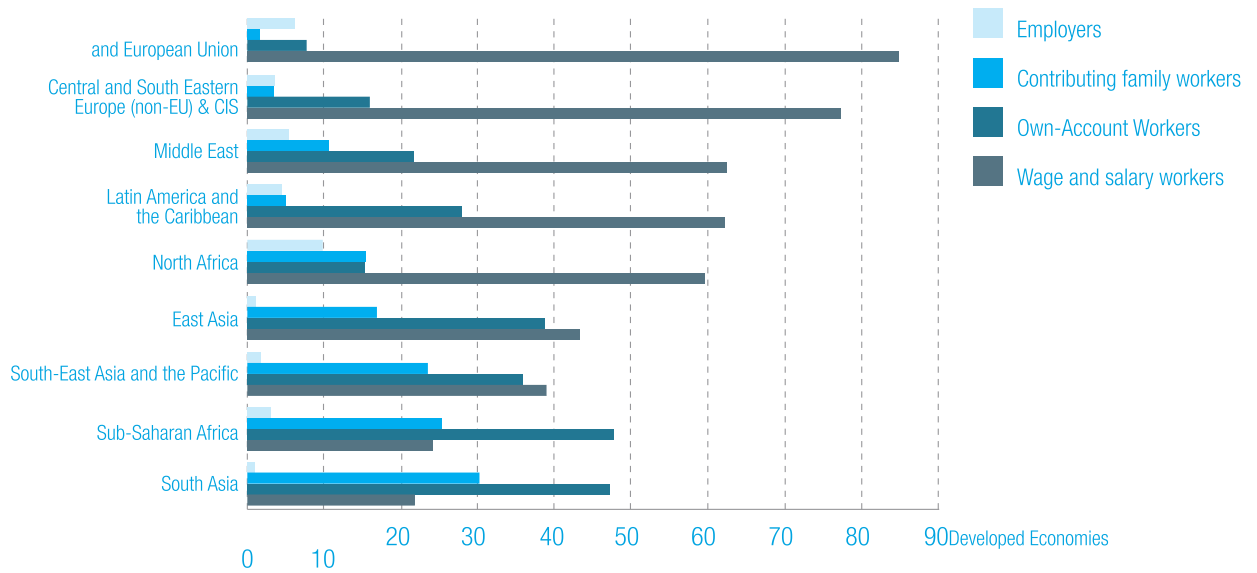
شکل ۷.۴: اشتغال غیر استاندارد در اتحادیه اروپا (درصد).



Reprinted, with permission of the author, from Parent-Thirion et al. (2007).

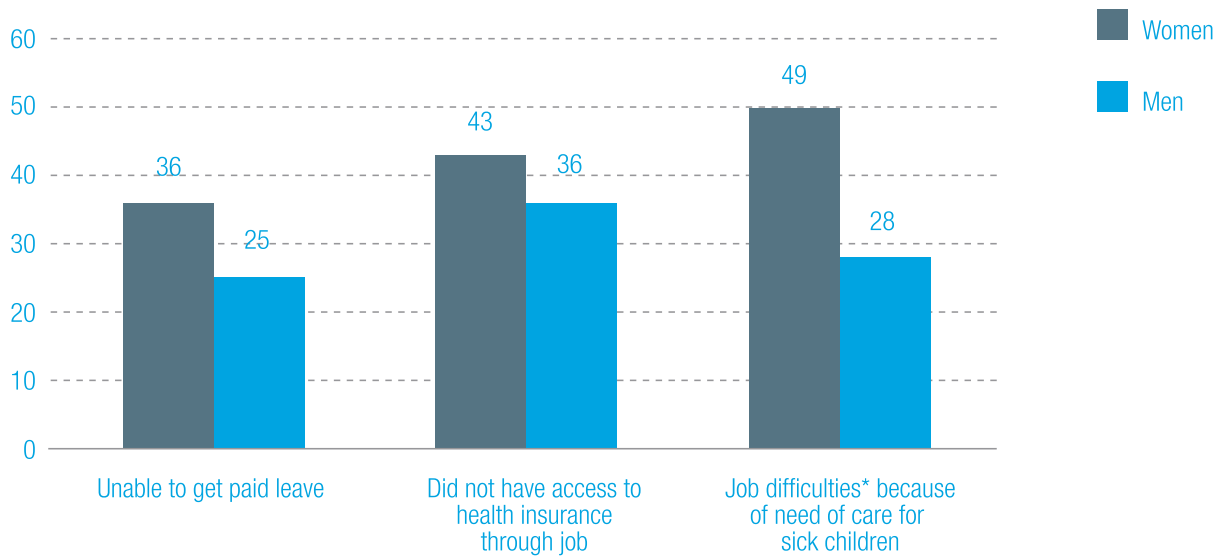


شکل ۷.۵: وضعیت اشتغال به صورت درصدی از کل اشتغال در همه مناطق در سال ۲۰۰۷.



Contributing family workers and own-account workers are, by their nature, forms of precarious work. Reprinted, with permission of the author, from ILO (2008).

شکل ۷.۶: بی عدالتی های جنسیتی در شرایط کار.



* Job difficulties: lost pay or lost job promotions or difficulty retaining jobs. Adapted from Heymann (2006). Average percentages based on selected countries.

ایجاد اشتغال منصفانه و کار شایسته^۱

هم از لحاظ اقتصادی و هم از لحاظ عدالت در سلامت بهتر است که ارتقاء اشتغال منصفانه و کار شایسته، درکانون توجه دستورکار سیاست های کشوری و استراتژی های توسعه ای، قرار گیرد. توسعه، اجرا، و تقویت قوانین، سیاست ها، استانداردها و شرایط کاری به منظور ارتقاء سلامت خوب باید دولت، کارفرمایان، کارگران و افراد جویای کار را درگیر کند. چنین اقدامی در سطح ملی، همچنین نیازمند تلاش هایی جهت خلق محیط اقتصادی مساعد در عرصه جهانی می باشد.

کمیسیون پیشنهاد می کند که

۷.۱. اشتغال منصفانه و تمام وقت و کار شایسته، هدف مشترک موسسات بین المللی و در مرکز توجه دستورکار سیاست های ملی و استراتژی های توسعه ای قرار داده شود و نقش کارگران در خلق سیاست ها، قانون گذاری ها و برنامه های مرتبط با اشتغال و کار، تقویت شود. (پیشنهادات ۱۰.۲، ۱۴.۳، ۱۵.۲ را ببینید)

یک محیط بین المللی حمایت کننده

سطوح و ضوابط مرتبط با کار، به ویژه در کشورهای با سطح درآمد پایین تا متوسط، به طور فزاینده ای توسط توسعه اقتصادی در سطح جهانی، تعیین می شود. بنابراین، اجرای پیشنهادات کمیسیون، هم برای ترغیب و حفظ استخدام های تمام وقت در سطح جهان و هم در ایجاد و حمایت از سیاست های اقتصادی در سطح ملی که در خلق کارهای شایسته و منصفانه دخالت دارند به طور حیاتی به تغییر عملکردهای اقتصادی جهانی وابسته است. این امر نشان دهنده نیاز به تغییر، هم در فعل و انفعالات اقتصاد ملی با بازارهای جهانی، و هم در فعالیت های موسسات بین المللی می باشد، برای مثال توافقات سازمان تجارت جهانی و IMF و برنامه های حمایتی بانک جهانی (فصل ۱۲ و ۱۵ را ببینید: مسئولیت بازار، حاکمیت خوب جهانی). ضروری است که ارگان های سازمان ملل متحد و سایر آژانس های بین المللی که با حقوق کارگران سر و کار دارند، قدرت تأثیر گذاری بر اتخاذ عملکردهای منصفانه مربوط به اشتغال در میان ملل عضو، را داشته باشند. در حالی که توجه و تحلیل بیشتری برای گزینه های سیاستی خاص و مدل های توسعه ای مورد نیاز می باشد، اقداماتی که می توانند به طور بالقوه در این فرآیند مداخله کنند ممکن است شامل موارد زیر می باشد:

محدودیت های مستقیم بازار

کاهش وابستگی به سرمایه های خارجی از طریق قانون گذاری موثر بخش مالی، استفاده مناسب از کنترل سرمایه و اقداماتی جهت به حرکت در آوردن و حفظ سرمایه های داخلی

محدودیت های رقابتی

پایان دادن به قضیه بازرشکنی (dumping) تولیدات در بازار کشورهای با درآمد کم تا متوسط در قیمت هایی که کمتر از هزینه تولید آن ها است.

تربیت استانداردهای کارگری مورد نیاز و حرکت به سمت بالا در طی زمان.

پایان دادن به افزایش تعرفه ها درقبال صادرات کشورهای با درآمد کم و متوسط

کاهش وابستگی به بازارهای صادراتی از طریق ترغیب تولید کالاها برای بازار های داخلی

ترویج تجارت میان منطقه ای در میان کشورهای با درآمد کم و متوسط، آن هم از طریق ایجاد و تقویت توافقات تجاری منطقه ای ترویج ساعات کاری کوتاه تر در کشورهای با درآمد بالا

توافقات بین المللی

تاکید زیاد بر داشتن رفتار و طرز برخورد متفاوت و خاص با کشورهای با درآمد کم و متوسط در توافقات آینده سازمان تجارت جهانی (WTO).

ارائه تضمین های محکم تر در توافقات سازمان تجارت جهانی (و توافقات تجاری و توافقات دو طرفه) با توجه به سلامت عمومی.

افزایش دسترسی کشورهای با درآمد کم و متوسط به ساز و کار حل مناقشات سازمان تجارت جهانی.

اکثر این اقدامات نیازمند اقدام در سطح بین المللی است، هم ایجاد تغییرات اختیاری توسط دولت ها به صورت انفرادی (در صورتی که افزایش یا تغییر در شرایط به حمایت اهدا کننده مرتبط است) و هم اقدام جمعی که توسط موسسات بین المللی میانجی گری می شود.

حضور منصفانه کارگران در تدوین دستور کار

سیاست های ملی

تا به حال، کشورهای نسبتاً کمی شرایط کاری و استخدامی را در سیاست های اجتماعی و اقتصادی خود ادغام نموده اند. تحقق این اتفاق بدین معناست که بین فعالان بخش عمومی و خصوصی تعادل قدرت برقرار شود. رهبریت بخش عمومی در سطح ملی و جهانی ضروری بوده و نیازمند ساز و کارهایی است که حضور همه کارگران و افراد جویای کار را در خلق سیاست ها، قانون گذاری ها و برنامه های مرتبط به کار و اشتغال تقویت نماید.

به طور تاریخی، مشارکت کارگران به طور مثبتی با توسعه حقوق جمعی کارگری، جنبش کارگری و سیاست ها و بازار کار توسعه یافته توسط نظام های رفاهی مدرن ارتباط داشته است (کادر ۷، ۱)

۱- کار شایسته شامل فرصت های کاری است که مولد باشد و همراه خود درآمد منصفانه، امنیت در محل کار، حفاظت اجتماعی از خانواده ها، چشم انداز بهتر برای تکامل فردی و انسجام اجتماعی، آزادی مردم برای اظهار نگرانیهای شان و شرکت دادن شان در تصمیماتی که زندگی آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد و عدالت در نحوه برخورد با زنان و مردان، داشته باشد.

**کمیسیون پیشنهاد می کند که "**

۷.۲ دولت های ملی، سیاست های اقتصادی، اجتماعی را طوری تدوین و اجرا کنند که امنیت کاری را فراهم کند و امرار معاشی را تامین نماید که هزینه های واقعی و جاری زندگی سالم را مد نظر داشته باشد.

اتحادیه ها محمل های قدرتمندی هستند که از طریق آن ها موضوعات مربوط به حمایت از کارگران - در سطوح ملی و بین المللی- می تواند مورد مذاکره قرار گیرد (فصل ۱۲ و ۱۳ را ببینید: مسئولیت بازار: عدالت جنسیتی). قبول مسئولیت از طرف دولت ها در اطمینان حاصل کردن از مشارکت واقعی فعالان اجتماعی کمتر قدرتمند، از طریق ارائه تضمین دولت جهت اقدام جمعی کارگران رسمی و غیر رسمی، از اهمیت زیادی برخوردار است (کارد ۷،۲).

کارد ۷.۱: کار و سلامت در میان جمعیت کشاورزان زمین دار خرده مالک و فاقد زمین در برزیل

در برزیل، ۴۵ درصد زمین های کشاورزی متعلق به حدود ۱ درصد از زمین داران می باشد. در حالی که حدود ۵۰ درصد مالکان به سختی صاحب فقط ۲ درصد زمین های قابل کشت هستند. حدود ۳۱ میلیون نفر برزیلی (۱۸/۸ درصد جمعیت کل) در بیرون شهرها زندگی می کنند. این افراد که به اگرگادوس مشهورند، خیلی فقیر بوده و از میزان بالای مشکلات روانی اجتماعی، تحصیلی و سلامتی رنج می برند.

در سال ۱۹۸۴ خانواده های بدون زمین، به صورت جنبش کارگران روستایی بدون زمین (MST) سازمان دهی شدند. جنبش مذکور با حدود ۱/۵ میلیون عضو، احتمالاً بزرگ ترین جنبش آمریکای لاتین می باشد. موفقیت اساسی این جنبش در تعداد فزاینده خانواده های بدون زمینی بود که به آن ها زمینی برای خودشان تعلق گرفت که تعدادشان از چند هزار به بیش از ۳۰۰۰۰۰ در ۲۰۰۰ سکونت گاه افزایش یافت.

تحقیقات نشان داده است که اعضای این جنبش کارگران روستایی بدون زمین (MST) از سلامت بهتری نسبت به سایر کشاورزان کشور بهره مندند. بهبود سلامت اعضای جامعه MST به تولید بالاتر احشام، تغذیه بهتر (بخشی به خاطر تنوع بیشتر محصولات)، حمایت جامعه در صورت نیاز و دخالت مستقیم در تصمیمات جامعه، نسبت داده می شود.

جنبش کارگران روستایی بدون زمین محدودیت هایی دارد، اما از آغاز به عنوان یک کاتالیزور برای اصلاح عمل کرده است - نه تنها اصلاح کشاورزی، بلکه اصلاح در سلامت، آن هم با اثری مستقیم بر تصمیمات دولتی، تاثیر بر سیاست های عمومی و نقشی در شورای جامعه مدنی Bolivarian Alternative for the Americas (گزینه جایگزین بولیوارین برای آمریکایی ها).

منبع: EMCONET, 2007.

منطقه عملیاتی ۷.۱: اشتغال منصفانه و کار شایسته

اشتغال منصفانه و کامل و کار شایسته را هدف اصلی سیاست گذاری های اجتماعی و اقتصادی ملی و بین المللی قرار دهید.

کارد ۷.۲: کار کودکان - نپال

اتحادیه های تجاری در نپال سیاست جمع آوری اطلاعات و تنظیم سیاست ها را اتخاذ کرده و موضوع کار کودک را در برنامه های آموزشی کارگران خود جای داده اند. یک موضوع کلیدی در نپال، بیگاری می باشد. این امر هم بر کودکان و هم بر کل افراد خانواده ای که تحت تاثیر سیستم کاری Kamaiya هستند، تاثیر می گذارد. این اتحادیه ها، به همراه سایر گروه ها یا جامعه مدنی، دولت را متقاعد نمودند که باید این سیستم را براندازد و در سال ۲۰۰۰ به طور رسمی این امر اتفاق افتاد. تصمیم دولت، این مشکل را برطرف کرد و همه بدهی هایی که اساس بیگاری داشتند غیر قانونی قلمداد شد. به منظور اطمینان از این که افراد کامیاس (Kamaiyas) مجدداً در ورطه فقر و تهیدستی نیافتند، اتحادیه ها جهت توسعه و اقدام حمایتی مهم با دولت همکاری کردند: تعیین حداقل دستمزد کارگران کشاورزی و قائل شدن حق برای اتحادیه ها در سازمان دهی اقتصاد غیر رسمی و از جمله بخش کشاورزی غیر رسمی. این موارد دو گام اساسی بودند که اتحادیه ها فکر نمی کردند بدون موقعیت قوی شان در جنبش کار کودک، به آن نائل شوند. منبع گریمسرو، ۲۰۰۲

Kamaiya-T یک سیستم سنتی بیگاری در نپال است و به افرادی که تحت تاثیر این سیستم واقع شده اند، Kamaiyas گفته می شود

به سوی اشتغال کامل

در مجمع عمومی سران ملل متحد در سال ۲۰۰۵، دولت‌ها تعهد خود به ایجاد اشتغال کامل و کار شایسته را به عنوان یکی از راه‌های حیاتی پرداختن به چالش دائمی فقر در سرتاسر جهان، اعلام نمودند. اشتغال کامل و بارور و کار شایسته برای همه، نیز به عنوان هدف جدیدی زیر مجموعه MDG1 (اهداف توسعه هزاره) و به عنوان راهی برای به نصف رساندن تعداد افرادی که در فقر شدید زندگی می‌کنند تا سال ۲۰۱۵ معرفی شد. با این وجود در حالی که دولت‌ها در ایجاد- اشتغال کامل و کار شایسته برای همه- به عنوان هدف اصلی سیاست‌های ملی و بین‌المللی مصمم بوده‌اند (UN 2005) این تعهد دوامی نداشته است.

دست‌یابی به این هدف، امر پیچیده‌ای است و نیازمند سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی منسجمی می‌باشد و در کشورهای مختلف با توجه به ساختار متفاوت شان نیازمند مکانیسم‌های گوناگونی است. این امر می‌تواند شامل اقدامات داخلی، که مستقیماً ایجاد اشتغال را هدف می‌گیرند باشد، برای مثال از طریق کارهای عمومی نیازمند به تعداد زیاد کارگر، سیاست‌های تدارک اقلام مورد نیاز به صورت محلی، گسترش برنامه‌های درآمدزا و حمایت از کارفرمایان متوسط و کوچک. یک نقطه شروع، تدارک تعداد کمی از مشاغل توسط دولت‌ها می‌باشد. این امر برای کشورهای مختلف با سطوح متفاوت توسعه، معانی مختلفی دارد. در محیط‌هایی با دستمزد کم مثل هند، که اغلب ظرفیت‌های زیرساختی و اجرایی وجود دارد، تضمین کار دولتی می‌تواند جهت انتقال مردم به بالای خط ملی فقر عمل کند (کادر ۷،۳).

در بیشتر کشورهای سازمان توسعه و همکاری اقتصادی OECD، که اکثریت نیروی کار رسمی است و بیکاری نسبتاً کمی وجود دارد، دولت‌ها سعی دارند اشتغال کامل را در درجه نخست با تشویق جویندگان کار به فعال بودن در تلاش خود جهت یافتن کار، از طریق حمایت از افراد در یافتن شغل، خدماتی از قبیل دادن اطلاعات شغلی و یافتن شغل مناسب هر فرد، مشاوره فردی، آموزش و راهنمایی حرفه‌ای - و ثانیاً از طریق تماس با خدمات استخدامی و همچنین شرکت در بیکسری از برنامه‌ها بعد از یک دوره معین بیکاری به دست آورند (OECD, 2005).

درآمد برای زندگی سالم

کسب درآمد کافی برای گذران زندگی که هزینه‌های جاری و واقعی زندگی سالم را در بر داشته باشد، نیازمند سیاست‌های اقتصادی - اجتماعی حمایتی می‌باشد که به طور منظم به روز رسانده شود و بر مبنای هزینه‌های مورد نیاز برای تامین سلامت، از قبیل تغذیه کافی، سرپناه، آب و بهداشت و مشارکت اجتماعی باشد (Morris & Deeming, 2004). مزیت رقابتی در کشورهای با درآمد کم، به طور عمده به علت هزینه کم نیروی کار می‌باشد، این امر در صورتی مورد توافق دو طرف می‌تواند باشد که تامین امرار معاش شایسته و به روز رسانده شده به نیازی قانونی تبدیل شود. جا دارد که:

دولت‌ها به همراه محققین حوزه سیاست‌های اجتماعی و سلامت عمومی، ساز و کارهایی را جهت برآورد هزینه‌های زندگی سالم اتخاذ نمایند تا سطح درآمد کافی برای امرار معاش در هر کشور محاسبه گردد (کادر ۷،۴)

به منظور دست‌یابی به یک اشتغال سالم و عدالت محور بین کشورهای، دولت‌ها باید به عنوان گام اول و ابتدائاً در سطح منطقه‌ای، ساز و کارهایی را جهت ایجاد توافقات دستمزدی در سرتاسر کشور بررسی نمایند.



منطقه عملیاتی ۷.۲: اشتغال منصفانه و کار شایسته

دست یابی به عدالت در سلامت؛ نیازمند شغل امن همراه با پرداخت منصفانه و امنیت شغلی؛ فرصت های شغلی در کل دوره سال و تعادل بین زندگی و کار برای همه؛ می باشد.

کادر ۷.۳: برنامه ملی تضمین اشتغال روستایی در هند

قانون ملی تضمین اشتغال روستایی ۲۰۰۵ در هند، دولت هند را مجبور می نماید تا شبکه ایمنی اجتماعی را برای خانوارهای روستایی فقیر، از طریق تضمین ۱۰۰ روز کاری، با حداقل دستمزد برای یک عضو از هر خانواده، ارائه دهد. در حالی که اجرای این برنامه نسبتاً جدید بوده و مشکلاتی در شیوه کار وجود دارد، شواهد نشان می دهد که این برنامه اثرات مثبتی در چندین ایالت که برنامه به طور مناسب اجرا شده، گذارده است. این برنامه امنیت دستمزد برای خانواده های فقیر روستایی، کمک به توانمندسازی اقتصادی زنان و ایجاد دارایی های عمومی را در بر داشته است. در راجستان که اطلاع رسانی عمومی برنامه، بالا است، ۷۷ روز کاری به ازای هر خانوار روستایی در سال ۲۰۰۷ - ۲۰۰۶ ارائه شده است از وقتی که میزان اشتغال در یوتار پرادش، افزایش یافته است، پیشرفت های عمده ای در کارهای عمومی مشاهده شده است، حداقل دستمزد ها پرداخت شده و تاخیر در پرداخت ها کاهش یافته است و سوءاستفاده بخش های خصوصی کاهش یافته است. این بدین معنا نیست که بگوئیم این برنامه مشکلاتی ندارد، اما حمایت های شفاف و تقویت نمودن کار، در ایجاد پیشرفت های عمده خیلی ضروری است. همچنین لازم به ذکر است که بازنگری در منصفانه بودن میزان های پرداخت، گسترش تعداد روزها و افزایش تعداد اعضای خانواده تحت پوشش نیز نیاز می باشد. به منظور به حساب آورده شدن اجتماعی، تسهیلاتی در محل کار برای زنان بچه دار مورد نیاز می باشد.

منبع: The Hindu, 2008; Ganesh-Kumar et al, 2004

کادر ۷.۴: در آمد مورد نیاز برای یک زندگی سالم

برآوردی از هزینه زندگی مردان سالم مجرد ۲۰-۱۸ ساله که جدای از خانواده و بطور مستقل زندگی می کنند در بریتانیا انجام گرفت. طبق شواهد مورد توافق، سیدی از اقلام مورد نیاز برای گذران زندگی روزانه قیمت گذاری شد که شامل خوراک، فعالیت جسمی، مسکن، خدمات خانگی، کالاهای خانگی، حمل و نقل، لباس و کفش، هزینه های تحصیلی، هزینه های فردی، مراقبت های پزشکی و فردی، سهم پرداخت غیر دولتی جهت بازنشستگی، کالاها و فعالیت های اوقات فراغت و روابط اجتماعی، می باشد. هزینه کل این موارد نشان دهنده حداقل درآمد قابل هزینه کردن است که در حال حاضر برای سالم زیستن ضروری می باشد. حداقل هزینه زندگی سالم ۱۳۱/۸۶ دلار در هفته (طبق قیمت های آوریل ۱۹۹۹) برآورد شد. اجزای تشکیل دهنده هزینه، به خصوص هزینه مسکن (که حدود ۴۰ درصد کل این هزینه هاست) به منطقه جغرافیایی و چندین فرض دیگر بستگی دارد. در جامعه امروزی، درآمد قابل هزینه کردن ۱ که قادر به برآوردن این حداقل هزینه باشد ممکن است به عنوان پیش شرط ضروری سلامت قلمداد شود. حداقل دستمزد دولتی (در آوریل ۱۹۹۹) ۳ دلار در ساعت برای سنین ۲۱-۱۸ سال، و ۳/۶۰ دلار برای سنین ۲۲ به بالا می باشد که به ترتیب به درآمد قابل هزینه کردن هفته ای ۱۰۵/۸۴ دلار و ۱۲۱/۱۲ دلار و ۳۸ ساعت کار هفتگی بعد از کسر مالیات قانونی و کسر هزینه بیمه تامین اجتماعی، تبدیل شد. در سنین ۲۱-۱۸ سال، ۵۱ ساعت کار در هفته، و در سنین ۲۲ سال به بالا، ۴۲/۵ ساعت کار در هفته جهت دسترسی به درآمد لازم برای تامین هزینه های حداقل یک زندگی سالم ضرورت دارد.

منبع: Morris et al, 2000

آموزش برای کار

یک بخش حیاتی برای داشتن رویکرد سیاستی چند جانبه به اشتغال کامل و منصفانه، اطمینان حاصل کردن از این موضوع است که به افرادی که بیکار یا در حال تغییر شغل هستند، در کسب مهارت‌ها و نگرش‌های مناسب جهت اشتغال به یک کار با کیفیت یاری رسانی شود. این امر نیازمند ایجاد مشارکت‌هایی بین دولت و سازمان‌های غیر دولتی (NGO)، جهت ایجاد مجموعه برنامه‌های جامعی است که نیازهای جوامع گوناگون از قبیل افراد ناتوان یا بیکار را در بلند مدت برآورده می‌سازند. محتوا و نوع ارائه برنامه‌های آموزش حرفه‌ای باید نیازهای جامعه را برآورده سازد، بخصوص هنگامی که نیروی کار مُسِن شده، لازم است که متناسب با نیازهای افراد مُسِن فرصت‌هایی جهت بازآموزی وجود داشته باشد. سیستم flexicurity دانمارک در آموزش نیروی کار خود وجهت تضمین توانایی‌های شغلی، از موفق‌ترین سیستم‌ها بوده است (کادر ۷.۵).

استانداردهای کار ایمن و شایسته

ماهیت اشتغال و شرایط کاری که افراد با آن مواجه هستند، اثرات عمده‌ای بر سلامت و تیعات اجتماعی آن دارد. کار باید منصفانه و شایسته باشد. دولت نقش اساسی در کاهش و تخفیف تاثیرات منفی اشتغال و شرایط کاری نامناسب بر سلامت دارد.

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۷.۳. به منظور ارتقاء و تقویت استانداردهای اشتغال منصفانه و کار شایسته برای همه کارگران، بایستی ظرفیت‌های عمومی جهت اجرای ساز و کارهای نظارتی، تقویت گردد.

استانداردهای نیروی کار

چهار اصل اساسی - آزادی در ارتباط برقرار کردن با دیگر کارگران و درک موثر حق چانه زنی جمعی در مورد حقوق و مزایا، رهایی از کار اجباری، براندازی کار کودک به طور موثر و عدم تبعیض در استخدام - در پس بسیاری از استانداردهای سازمان بین‌المللی کار (ILO)، مبنایی را جهت کار شایسته و اشتغال منصفانه ایجاد می‌کنند. تقویت اجرای کدها و استانداردهای نیروی کار مورد توافق بین‌المللی (ILOLEX, 2007) توسط آژانس‌های دولتی، گام موثری به سوی سلامت و عدالت در سلامت می‌باشد. به علاوه، اگر استانداردهای اساسی کار از قبیل پاداش دهی برابر به زنان و مردان اجرا شود، ظرفیت‌هایی جهت کاهش بی‌عدالتی جنسیتی به طور معنادار بوجود خواهد آمد (فصل ۱۳ را ببینید: عدالت جنسیتی). تاثیرات شرکت‌های فرا ملیتی بر شرایط کار و اشتغال، و ماهیت فرامرزی (Cross-border) کار و نیروی کار، یک بحث جدی را در مورد لزوم مکانیسم‌هایی بین‌المللی جهت حمایت از دولت‌های ملی در تصویب و اجرای استانداردهای اساسی نیروی کار بر می‌انگیزد (فصل ۱۲ را ببینید: مسئولیت بازار). توسعه ظرفیت‌های اجرایی، زیرساختی و حمایت مالی برای به کارگیری پیشنهادات باید توسط اهدا کنندگان کمک و نمایندگان کارگران رسمی و

کادر ۷.۵: یادگیری (همراه با امنیت و انعطاف) و مادام‌العمر در دانمارک

بازار کار دانمارک، در حالی که به اندازه بازار کار سوئد، امنیت شغلی را به کارمندان خود ارائه می‌دهد، به اندازه بازار کار بریتانیا هم انعطاف پذیر می‌باشد. قوانین انعطاف پذیر اشتغال، سیاست‌های فعال بازار کار که هم حق و هم مسئولیت در جهت آموزش و پیشنهاد شغل دارند، مزایای نسبتاً بالا و چرخه تجاری مطلوب که یک دهه دوام آورده است به طور مکرر به عنوان توصیفاتی برای این توسعه، آورده شده‌اند. چهار عنصر برای امنیت و انعطاف در بافتار دانمارک به قرار زیر هستند:

بازار کار منعطف

طرح‌های رفاهی سخاوتمندانه

یادگیری در طی دوران زندگی

سیاست‌های فعال بازار کار.

همکاران (شرکای) اجتماعی به میزان زیادی با موضوع یادگیری مادام‌العمر سر و کار داشته و از نظر سازمانی متعهد به برنامه ریزی و اجرای سیاست‌های آموزشی، به ویژه سیاست‌های آموزش مداوم حرفه‌ای (CVT) می‌باشند. یکی از ویژگی‌های نهادی سیاست آموزش مداوم حرفه‌ای (CVT) دانمارک این است که خدمات و آموزش را هم برای افراد بیکار و هم برای افراد شاغل ارائه دهد؛ آموزش مداوم حرفه‌ای (CVT) برای کارکنان فاقد مهارت تحت مسئولیت رسمی وزارت کار (هم‌اکنون وزارت آموزش) و اغلب با نظارت شرکای اجتماعی، در سال ۱۹۶۰ تاسیس شد و سیستم مشابهی برای کارکنان حرفه‌ای در سال ۱۹۶۵ تاسیس شد. از اواخر دهه ۱۹۸۰، توافقات جمعی، توافقات آموزشی را هم در بر گرفت، که معمولاً کارکنان را مستلزم ۲ هفته مرخصی در سال به منظور شرکت در آموزش‌های مرتبط با شغل می‌داند.

دولت، منبع اصلی تامین مالی این سیستم می‌باشد. این سیستم تامین مالی، اطلاعات مربوط به هزینه‌های کارآموزی و آموزش شرکت‌ها را مشخص نموده و به طور غیر مستقیم به عنوان یارانه دولتی برای صنعت رقابتی دانمارک خرج می‌کند. برای چندین سال، به دلیل نتایج حاصل از تنظیمات این سیستم تامین مالی و حقوق گسترده مشارکت در آموزش مداوم حرفه‌ای (CVT)، دانمارک به عنوان یکی از سرآمدترین کشورهای اروپایی در اجرای فعالیت‌های آموزش مداوم حرفه‌ای (CVT)، مشخص شده است. از آن جایی که سیستم CVT، عمدتاً توسط بودجه عمومی تامین اعتبار می‌شود، احتمال این که فعالیت‌های CVT بیش از مهارت‌های تخصصی، به تامین مهارت‌های عمومی بپردازد بیشتر است، که البته این امر قابل انتقال به بازار نیروی کار خارجی بوده و انعطاف پذیری عملکردی بازار نیروی کار داخلی را نیز بهبود می‌دهد.

منبع: Madsen, 2006

بدهد و خدماتی مثل مهد کودک را علیرغم عدم توانایی پرداخت هزینه و تأمینات کاری از قبیل ساعات کار متغیر، پرداخت حقوق در مدت تعطیلات، مرخصی والدین، تقسیم شغل و مرخصی طولانی با دریافت خدمت (long-service leave) فراهم نماید.

(Lundberg et al, 2007) این نوع سیاست‌ها بیشتر در کشورهای با درآمد بالا شروع به ظهور نموده است. کارگران غیر رسمی همانند دیگر قانون‌گذاری‌های حمایتی، از چنین تأمیناتی مستثنی هستند. بنابراین، وقت آن است که دولت‌ها با مشارکت خود کارگران - هم رسمی و هم غیر رسمی - به ارتقاء انگیزه‌هایی جهت ترویج سیاست‌های متعادل‌کننده کار و زندگی و سیاست‌های حفاظت اجتماعی (فصل ۸ را ببینید: حفاظت اجتماعی در کل دوره زندگی) با مکانیزم‌های شفاف تأمین مالی و پاسخ‌گویی، بپردازند.

کار پرمخاطره

غلبه جهانی کار پرمخاطره به همراه ناامنی‌های مرتبط با آن (Wilthagen et al, 2003) به طور معناداری در سلامت نامطلوب و بی‌عدالتی‌های سلامتی دخالت داشته است. اکثریت نیروی کار جهان غیر رسمی بوده و در وضعیت بی‌نهایت مخاطره‌آمیز قرار دارند. باتوجه به ارتباط بین شغل پرمخاطره و فقر، زنان و خانواده‌های شان از سیاست‌هایی که مشکلات مرتبط با ناامنی کاری، پرداخت اندک و تبعیض جنسیتی در کار غیر رسمی را مورد تأکید قرار می‌دهند - منفعت خواهند برد (فصل ۱۳ را ببینید: بی‌عدالتی جنسیتی). یک نکته دیگر افزایش تعداد کارگران مهاجر، در عرصه بین‌المللی می‌باشد. در حالی که خیلی از این مهاجرین در شغل‌های با مهارت بالا مشغول به کارند، اکثریت آن‌ها بخصوص مهاجرین غیر قانونی، اغلب شرایط بد و بدون حمایتی را بخصوص در بخش غیر رسمی تجربه می‌کنند. کشورهای میزبان در حال ایجاد موانعی هم برای حرکت مهاجران بالقوه و هم برای تقاضای نیروی کار خارجی در کشورشان می‌باشند (فصل ۹ را ببینید: مراقبت سلامتی همگانی). این موضوع به علاوه فقدان فرصت‌های اقتصادی در درون کشورها، منجر به قاچاق انسان به عنوان تجارتی سودآور، اما به هزینه تخطی فاحش از حقوق بشر شده است (ILD, 2006).

غیر رسمی و هم‌راستا با سازمان جهانی بهداشت و سازمان بین‌المللی کار (ILO) مورد حمایت قرار گیرد (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی). ظرفیت کشورهای کم‌درآمد برای اجرای استانداردهای نیروی کار، به ویژه زمانی که در زمینه (Context) مجموعه گسترده‌ای از پیشنهادات ارائه شده توسط کمیسیون در نظر گرفته شود ممکن است نسبتاً محدود باشد. استانداردهای نیروی کار باید بر اساس سطوح توسعه اقتصادی درجه بندی شوند اما حداقل باید چهاراصل اساسی را شامل شوند و باید به امکان‌پذیری اجرای آن‌ها در یک کشور خاص با هر مکانیسم تقویت بین‌المللی توجه شود. هنگامی که این چهاراصل اساسی تأمین شد، آن‌گاه بایستی استانداردهای نیروی کار تحت یک سری مراحل برنامه‌ریزی شده روند رو به بالا را در طول زمان طی کنند تا از تأثیرات ناخوشایند اجتناب شود.

یک آرمان بلندمدت برای کشورها، باید توسعه پیش‌رونده و اجرای کدهای ضروری عملکردی، در ارتباط با نیروی کار و سلامت و امنیت شغلی (OHS)، هم در مورد عرضه‌کنندگان داخلی و هم بین‌المللی باشد. به طور مشابه، تعیین قوانین و مقررات داخلی شفاف برای شرکت‌ها - تعیین مشخص این که تولیدات و اجزای آن در کجا و تحت چه شرایط کاری تولید می‌شوند (EMCONET, 2007) - به عنوان یک هدف سیاسی بلندمدت ممکن است در اشتغال و شرایط کاری عادلانه به صورت جهانی نقش داشته باشد.

درحالی که برخی از شرکت‌های چندملیتی کدهای عملکردی اختیاری را اتخاذ کرده و ظاهراً بر عملکردهای مشابه نیروی کار در شرکت‌های خود در سرتاسر جهان پافشاری می‌کنند، این امر نشان‌دهنده پاسخی محدود به وظیفه عظیم پیش‌روی است (http://www.jnj.com/community/policies/global_labor.htm). به عنوان یک نقطه شروع، پایش منظم بخش عمومی از کدهای عملکردی اختیاری بخش خصوصی در ارتباط با نیروی کار و استانداردهای OHS می‌تواند به تقویت اثرات آن‌ها و تضمین پاسخ‌گویی کمک نماید (فصل ۱۲ را ببینید: مسئولیت بازار). همچنین می‌توان به تغییر قانون شرکت‌ها برای تنظیم اهداف عملکردی اعلام شده‌شان توجه کرد و این اهداف را از افزایش ارزش سهام به مجموعه گسترده‌تری از اهداف محیطی و اجتماعی از قبیل اشتغال تبدیل کرد. به هر حال، ضروری است که چنین اقداماتی به صورت بین‌المللی انجام گیرد، تا از خروج شرکت‌ها از کشوری که چنین تغییری را لحاظ کرده است، یا از به دست گرفته شدن کنترل شرکت‌هایی که در کشورهایی قرار دارند که هدف عملکردی متفاوتی اختیار کرده‌اند توسط شرکت‌هایی که در کشورهایی قرار دارند که اصل حداکثر سازی ارزش سهام را حفظ می‌کنند، اجتناب شود. به طور مشابه، طی دو دهه گذشته، همان‌گونه که جنبش‌های محیط زیستی در افزایش حس مسئولیت‌پذیری شرکت‌های خصوصی برای تخریب محیط زیست موثر بوده‌اند، تلاش مشابهی هم اکنون نیاز است تا کار شایسته و اشتغال منصفانه را نیز مد نظر قرار دهند.

تعادل بین کار و زندگی

این امر به طور فزاینده‌ای مشخص شده است که کار بیش از حد و متعاقب آن عدم تعادل بین کار و زندگی خصوصی، اثرات منفی بر سلامت و خوب زیستی دارد.

(Felstead et al, 2002). ایجاد تعادل مجدد بین کار و زندگی خصوصی، نیازمند سیاست‌گذاری دولتی و حمایت‌های قانونی می‌باشد که به والدین حق داشتن زمانی جهت مواظبت از کودکان

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۷.۴ دولت ها، ناامنی موقعیت های کاری مخاطره آمیز شامل کار غیر رسمی، کار موقتی و کار نیمه وقت را از طریق قانون گذاری ها و سیاست هایی که دستمزدها را مطابق با هزینه واقعی زندگی، تامین اجتماعی و حمایت از کارگران صاحب فرزند تضمین می نماید، کاهش دهند (پیشنهاد ۸.۳ را ببینید).

قوانین و مقررات مربوط به محافظت از کارگران پر مخاطره

لازم است که سیاست گذاری ها و قانون گذاری های دولت منجر به ایجاد امنیت بیشتر در توافقات کاری متفاوت شود و به طور فزاینده ای به سوی پایداری بیشتر در ابعاد گوناگون کاری پیش برود. برخی دولت ها در سطح بین المللی، در حال بررسی روش هایی جهت تقویت قوانین کنترل کننده در مورد: مقررات مرتبط به کوچک سازی شرکت های بزرگ، وضع قراردادهای فرعی (مقاطعته کاری با شرکت های زیر گروه) و تامین منابع از دیگر شرکت ها (شامل قوانین مربوط به تامین زنجیره منابع) هستند و در حال توسعه قوانینی هستند که استفاده از کار مخاطره آمیز را محدود می نماید (کادر ۷.۶).

مداخله اقتصاد غیر رسمی بر عدالت در سلامت

بخش غیر رسمی، ظرفیت آن را دارد که بر عدالت در سلامت تاثیر بگذارد که این امر، علاوه بر اثرات مربوط به بهبود شرایط کاری است. ورود شرکت های غیر رسمی به نظام مالیاتی، برای دولت درآمدی ایجاد خواهد کرد که می تواند آن را در ارائه خدماتی به نفع عموم استفاده کند و بنابراین مزایایی نیز برای سلامتی به همراه دارد (Gordon & Lei, 2005). اقدامات رهبری شده توسط دولت از قبیل موارد زیر، ممکن است به شرکت های غیر رسمی کمک نماید تا به توسعه و تکامل ملت در مقیاس بزرگ، مداخله کنند:

توسعه قوانین و مقررات جهت محافظت از شرایط کاری، دستمزدها، سلامت و امنیت شغلی (OHS) و سایر مزایای مربوط به کارگران غیر رسمی

گسترش استانداردهای کاری به همه کارگران غیر رسمی و تقویت اجرای آن ها از طریق دولت، کارکنان و سازمان های کارگری
توسعه سیاست هایی که برای ادغام تجارت غیر رسمی در بخش رسمی هدف گذاری شده اند توسط دولت ملی و محلی مثل "شیب مالیات گذاری ویژه" که موجب تشویق شرکت های کوچک و خانگی نسبت به ثبت خود می گردد.

برای خیلی از کشورهای با درآمد کم و متوسط، باید در جهت هر یک از این پیشنهادات استانداردهای نیروی کار اقداماتی انجام شود و هم زمان باید باین شناخت برسیم که در کل، بخش غیر رسمی به این دلیل وجود دارد که حتی بار مالیاتی و قوانین و مقررات موجود، موجب محدودیت های جدی برای اندازه بخش رسمی می باشد. در غیاب ساز و کارهای موثر و کارآمد حفاظت اجتماعی و با توجه به

کادر ۷.۶: تقویت کنترل دولت بر قراردادهای فرعی (مقاطعته کاری)

تولید در اقتصاد جهانی ترکیبی از شبکه پیچیده فزاینده توافقات قراردادی یا تامین زنجیره منابع می باشد. عملکرد تجارت مدرن، بخصوص در میان شرکت های بزرگ، به طور سهمگینی به تامین منابع تولید کالاها و خدمات از سایر شرکت ها یا مکان های دور دست (از جمله بین المللی) بستگی دارد. تامین منابع از بیرون از طریق انجام تعداد زیادی از قراردادهای زیر گروهی رخ می دهد که هم شامل تامین نیروی کار و هم تامین جزئی یا کلی خدمات و کالاها می باشد. قرارداد فرعی می تواند چند مرحله ای باشد، که مراحل زیادی را بین تولید کننده یک کالا یا خدمت و مشتری نهایی شامل می شود. مقاطعه کاران شامل شرکت های دیگر، تجارت خانه های کوچک و کارگران خویش فرما می باشد. مطالعات بین المللی به طور قابل ملاحظه ای دریافته اند که قراردادهای فرعی (مقاطعته کاری) باعث بدتر شدن سلامت و امنیت شغلی (OHS) می شوند. بخشی از بدتر شدن سلامت و امنیت شغلی (OHS) که مربوط به قراردادهای فرعی می باشد، به علت فشار ناشی از کاهش قیمت ها بر کسانی که قراردادهای فرعی را می بندند، عدم سازمان دهی یا به هم ریختگی مدیریت سلامت و امنیت شغلی (OHS) و ناکافی بودن قوانین و مقررات کنترل کننده، می باشد.

چارچوب قانونی و پاسخ دولت و صنعت به این وضعیت، گوناگون و معمولاً به صورت جزئی و نامناسب بوده است. دولت ها اخیراً شروع به بررسی قوانین و مقررات مربوط به تامین زنجیره منابع به عنوان ابزاری که به انتقال خطر مرتبط با شبکه های پیچیده مقاطعه کاری توجه می کند، پرداخته اند. سازمان دهی در مهم ترین بخش تامین زنجیره ملزومات، اغلب کنترل مستحکمی را بر دیگر بخش های درگیر در انجام وظایف دارد. این کنترل خود را در شکل وابستگی های مالی افراد ایجاد کننده قراردادهای فرعی (برای کارهای آینده) و از لحاظ توافق های قراردادی بین شرکت های تامین کننده منابع و عرضه کنندگان اش برای تامین نمودن کیفیت، کمیت، زمان بندی و قیمت و تخصیص خطرات قوانین و مقررات نمایان می سازد. بر خلاف قوانین حمایت اجتماعی، چنین کنترلی در قوانین و مقررات، به طور موثری مرزهای بین المللی را گسترده می نماید. با این وجود کنترل دولت بر چنین توافقات قراردادی، که همه مراحل را پوشش داده و بیشترین تاکید را به راس تامین زنجیره ملزومات دارد، می تواند شرایط، از جمله سلامت و امنیت شغلی (OHS) را ایجاد نماید، که تحت نظارت آن کارها انجام شود. این امر نیازمند حمایت بین المللی می باشد.

در استرالیا قوانین منسجمی از، استانداردهای کارگری (مثل ساعات کار و حقوق دریافتی) و استانداردهای سلامت و امنیت شغلی (OHS) و مشمولیت در دریافت غرامت توسط کارگر و مکانیسم های لازم (شامل کدهای اجباری) برای انتقال مسئولیت های قانونی به رئیس گروه تامین زنجیره ملزومات معرفی شده است تا به حمایت از کارگران پارچه باف خانگی و رانندگان کامیون بپردازد. در بریتانیا یک سیستم جهت صدور پروانه قانونی به آژانس های تامین کننده ی کارگر در بخش های کشاورزی، باغبانی و تهیه غذا ایجاد شده است.

منبع: EMCONET, 2007



تمام وقت مسئول اقتصاد غیر رسمی هستند. در کانادا اتحادیه‌ها، نمایندگانی هم از مردان و هم از زنان، با رسالت رسیدگی به امور کارگران ناهنجار، منصوب نموده‌اند. مثالی از ایالات متحده (کادر ۷،۷) روشن می‌نماید که چگونه اقدام جامعه می‌تواند به عنوان یک عامل کمکی و مشوق برای اقدامات دولتی عمل کند. به ویژه در مواقعی که کارگران تحت تاثیر کارفرمایان یا موضوعات مربوط به بازار، در موضع ضعف قرار گرفته‌اند، جامعه مدنی با مشارکت اتحادیه‌ها می‌تواند قدرتمند حاضر شود.

بهبود شرایط کاری

بهبود در توافقات استخدامی نیاز به هماهنگ شدن (جفت وجود شدن) با یک رویکرد فعال تر نسبت به کیفیت کار، از طریق بهبود شرایط کاری می‌باشد (EFILWC, 2007).

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۵.۷ سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت و امنیت شغلی (OHS)، برای همه کارگران - رسمی و غیر رسمی - به کار گرفته شود و این که دامنه این امر به رفتارها و استرس‌های مربوط به کار و همچنین مواجهه با مواد خطرناک‌ترش داده شود (پیشنهاد ۹.۱ را ببینید).

نیاز افراد به کسب درآمد جهت حفظ بقاء خود، بنابراین آن‌ها به بخش غیر رسمی سوق داده می‌شوند. بخش غیر رسمی قادر است خارج از محدوده قانون و مقررات و مالیات گذاری عمل کند زیرا ظرفیت اجرایی دولت، برای به کار بستن موثر مالیات در ده‌ها تا صدها هزار شرکت خرد یا افرادی که آن را تشکیل می‌دهند، کافی نیست. در خیلی از فقیرترین کشورها، احتمال این نیز وجود دارد که نسبت زیادی از کارفرمایان در بخش غیر رسمی، حداقل سطح آموزش یا سواد را داشته باشند که به شدت توانایی آن‌ها را در منطبق شدن با ملزومات مقرراتی محدود می‌نماید. پرداختن به موضوعات مقرراتی - همان‌طور که در بالا توصیف شد - باید بخشی از یک رویکرد منسجم اقتصادی اجتماعی باشد که شامل حفاظت اجتماعی، آموزش و تقویت بخش عمومی باشد. (فصل ۵، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶ را ببینید)

نقش کارگران و جامعه مدنی در دست‌یابی به شرایط

بهبود اشتغال

سازمان‌های کارگری، نقش حیاتی در حمایت از کارگران غیر رسمی ایفا می‌کنند و به طور فزاینده‌ای ساختار بندی شده‌اند. برای مثال، از سال ۱۹۹۸، فدراسیونی خودمختار، به نام فدراسیون کارگران روستایی غیر رسمی، نمایندگی کارگران غیر رسمی سنگال را به عهده دارد. اتحادیه‌ها در اکوادور و پاناما، دپارتمان‌هایی جهت کارگران روستایی و بومی برپا ساخته‌اند. در بنین و غنا، مسئولان

کادر ۷.۷: انصاف - لباس - کارگران و اقدام جامعه مدنی

طی دهه گذشته، جنبش سیاسی ضد بیگارخانه، به یک مدعی عمده سیاسی و یک شبکه فراملیتی حمایت‌گر تبدیل شده است. هدف‌های آسیب‌پذیر فعالیت‌های ضد بیگارخانه، شرکت‌های بزرگ پوشاک هستند. ویژگی مشتری‌مداری این شرکت‌ها، آن‌ها را مجبور به ادامه حیات در یک بازار کاملاً رقابتی نموده است. برای کسب سود، آن‌ها باید با سایر فروشندگان برای جذب مشتریان دمدمی مزاج (تنوع طلب) که به دنبال یافتن لباس‌های با کیفیت بالا و با قیمت مناسب هستند، رقابت کنند. آن‌ها جهت حفظ و حتی بهبود سهم‌شان از بازار و سود ناخالص‌شان، به تولید در کشورهای دیگر روی آورده‌اند، کشورهایی که در آن‌ها هم نیروی کار ارزان وجود دارد و هم منابع زیادی وجود دارد که می‌تواند برای مارک رقابتی و وجهه‌شان صرف شود. در تنظیمات ضعیف قوانین مربوط به تولید البسه با تامین منابع از بیرون، رفاه کارگر به خاطر تولید سریع و متغیر که مناسب حال مشتریان دارای عطش مد است، به مخاطره می‌افتد.

جنبش ضد بیگارخانه از وضعیت و وجهه آسیب‌پذیر و رقابتی که دنیای مشتری‌مدار شرکت‌های بزرگ دارند، برای اعمال فشار بر آن‌ها جهت بهبود حقوق کارگران پوشاک و عدالت اجتماعی، استفاده کرده است. با توجه به این که شرکت‌ها به سود بالا و وجهه‌ی خوب در میان مشتریان نیاز دارند، شرکت‌های بزرگ مارک دار در صنعت پوشاک، هم اکنون ملزم به رسیدگی به مشکلات بیگارخانه‌ها می‌باشند.

دو رخداد در سال ۱۹۹۵ از مهم‌ترین رخدادهای امریکای شمالی بودند: تاسیس اتحادیه ادغامی سوزن کاران، کارکنان صنعتی و کارکنان فنی (UNITE) و یورش پلیس به بیگارخانه‌های داخلی در کالیفرنیا (EI MONTE). اتحادیه ادغامی سوزن کاران، کارکنان صنعتی و کارکنان فنی (UNITE)، موجب فعال سازی اتحادیه‌ای جدید شد که از قدرت مشتری برای باز کردن فضایی جهت سازمان دهی کارگران استفاده می‌کند. یورش EI MONTE، هشدار بیدار کننده برای جامعه مدنی بود و یک جوش و خروش رسانه‌ای با اثرات پی در پی بسوی آینده ایجاد نمود. مدت کوتاهی بعد از آن، جنبش ضد بیگاری عزم حرکت نمود. گروه‌های حمایت‌گر اینترنتی مانند گروه تبادلات جهانی (Global Exchange)، نخبگان رسانه‌ای خود را جهت متمرکز کردن توجه عمومی و رسانه‌ای به رهبران مشهور شرکت‌ها، به کار گرفتند. جامعه قدیم و جدید مدنی در اثر جنبش ضد بیگارخانه با هم یکی شدند - سازمان‌هایی شامل نمایندگان کلیساها، گروه‌های دانشجویی، اندیشگاه‌ها، موسسات سیاسی، انجمن‌ها، اتحادیه‌های کاری محلی تا جهانی، گروه‌های مبتنی بر نیروی کار، گروه‌های خاص ضد بیگارخانه، تجارت‌های غیر سخت، سرمایه‌گذاران تجاری و سازمان‌های حقوق بشر و بشر دوستانه بین‌المللی، شبکه‌ها و گروه‌ها. نکته قابل توجه این که همان‌طور که UNITE و انجمن مشتریان ملی مخالف بیگارخانه‌ها با بیش از ۵۰ میلیون مشتری در سطح جهان، نشان داده‌اند، هماهنگی کافی بین اتحادیه‌ها و مشتریان وجود ندارد. مبارزه ضد بیگارخانه به موفقیت‌هایی دست یافته است. برای مثال در اندونزی، تولیدکنندگان کفش و پارچه خارجی و صادراتی، دستمزدها را ۲۰ تا ۲۵ درصد سریع‌تر از دیگران افزایش دادند.

حفاظت برای همه افراد

بخش سلامت، نقش و مسئولیت رهبری توسعه سیاست ها و برنامه های سلامت حرفه ای را به نحوی که به هردو بخش رسمی و غیر رسمی برسد را به عهده دارد. این امر می تواند شامل موارد زیر باشد:

- توسعه و تقویت قوانین و مقررات، سیاست ها و خدمات محیا کننده سلامت حرفه ای برای پوشش دادن سلامت و امنیت شغلی (OHS) پایه برای همه کارگران
 - توسعه برنامه های آموزش حرفه ای هدف گذاری شده جهت کارگران غیر رسمی و جنبش های اجتماعی مرتبط
 - برقراری سلامت کارگران به عنوان قسمتی از عملکرد مراقبت های اولیه سلامتی نظام مراقبت سلامتی
- لازم است که کارهای مربوط به توسعه که توسط دولت ملی، کارفرمایان، آژانس های بین المللی و کارگران انجام می گیرد یک جزء سلامت و امنیت شغلی (OHS) را در همه برنامه های ایجاد اشتغال، قوانین و مقررات مربوط به قراردادهای فرعی، مقررات مربوط به تامین منابع از بیرون و توافقات تجاری بگنجانند. پایش اجرای آن ها، به ویژه از طریق اجرای مداوم نظارت و قانون گذاری سلامت حرفه ای، اولین گام به سوی اطمینان از این امر است که سیاست ها و توافقات استخدامی با دامنه جهانی، منجر به سلامت و عدالت در سلامت می شوند.

دامنه ایمنی و سلامت حرفه ای

خیلی از سیاست گذاری ها و برنامه های سلامت و امنیت شغلی (OHS) مرتبط با کار، هنوز هم بر مواجهات سنتی مکان کار تمرکز دارند. مثلاً در کانادا، قانون مراقبت از محیط زیست کانادا، ۱۹۹۹، مهم ترین قانونی است که به مدیریت مواد شیمیایی در کانادا می پردازد. هدف طرح مدیریت مواد شیمیایی که در دسامبر ۲۰۰۶ تصویب شد و چارچوب سیاسی که هم اکنون مورد استفاده قرار می گیرد، برآورد کردن خطراتی است که از بابت اقلام موجود و جدید مواد شیمیایی، متوجه سلامت انسان ها و محیط زیست می شود. در حالی که چنین سیاست های سلامت و امنیت شغلی (OHS) هنوز دارای اهمیت ویژه ای، به خصوص در کشورهای با درآمد کم تا متوسط، می باشد، شواهد نشان دهنده نیاز به گسترش حوزه کاری سلامت و امنیت شغلی (OHS) به مواردی مانند استرس ها و رفتارهای خطر آفرین مرتبط به کار هم هستند. مثالی از بریتانیا (کادر ۷.۸) نشان می دهد که چطور کارفرمایانی که با اتحادیه های کارگری همکاری می کنند توانسته اند استانداردهای محل کار را به نحوی توسعه دهند که شرایط روانی اجتماعی محیط کار را یک جزء منطقی از شرایط کاری قلمداد کنند.

با اطمینان از- اشتغال منصفانه و شرایط کاری شایسته- دولت، کارفرمایان و کارگران می توانند در براندازی فقر، تخفیف بی عدالتی های اجتماعی، کاهش مواجهه با مخاطرات فیزیکی و روانی و افزایش فرصت برای سلامتی و خوب زیستی کمک کنند و البته نیروی کار سالم برای بهره وری نیز کارساز است.

کادر ۷.۸: اقدام ملی برای پیگیری استرس در محل کار

کمیسیون سلامت و ایمنی، فشارها و استرس های ناشی از کار را یکی از اولویت های عمده خود تحت عنوان استراتژی سلامت حرفه ای بریتانیا در سال ۲۰۰۰ تشخیص داد: احیای مجدد ایمنی و سلامت، طوری برنامه ریزی شده است که تا سال ۲۰۱۰، موجب کاهش ۳۰ درصدی در بروز روزهای کاری از دست رفته به خاطر بیماری های مربوط به حوادث کاری و کاهش ۲۰ درصدی در بروز مشکلات سلامتی ناشی از کار که افراد از آن رنج می برند، و کاهش ۱۰ درصدی در میزان صدمات عمده و کشنده ناشی از کار، شود.

در سال ۲۰۰۴، مدیریت اجرایی ایمنی و سلامت بریتانیا (HSE)، استانداردهای مدیریتی برای استرس مربوط به کار معرفی نمود. این استانداردها ۶ عامل استرس زای کاری را تحت پوشش قرار می دهند: انتظارات، کنترل، حمایت، روابط، نقش و تغییر. هم زمان با معرفی استانداردهای مدیریتی یک ابزار برآورد خطر نیز، منتشر شد. این ابزار شامل ۳۵ مورد در رابطه با شرایط کاری می باشد که ۶ استرس زای کاری را پوشش می دهد. استانداردهای مدیریتی اجرایی ایمنی و سلامت بریتانیا (HSE)، رویکردی جامعه محور را جهت پیگیری فشار محل کار اختیار نمود که هدف اش تغییر عوامل استرس زای سازمانی به سطوح مطلوب تر می باشد، نه این که بخواهد کارگران دارای سطوح بالای استرس را تعیین نماید. بجای تعیین ارزش هایی برای شرایط روانی کاری قابل قبول، که شایسته است همه کارکنان به آن دست یابند، استانداردهای ذکر شده، اهداف آرمانی را تعیین می کنند که سازمان ها توان حرکت به سمت آن ها را دارند.

استانداردهای مدیریتی به خودی خود یک قانون جدید نیست، بلکه به کارفرمایان کمک می نماید تا وظیفه قانونی خود را در سایه قوانین مدیریت ایمنی و سلامت در کار سال ۱۹۹۹ جهت برآورد خطر فعالیت های مضر برای سلامتی وابسته به استرس نشات گرفته از کار به انجام رسانند.

به عنوان بخشی از یک برنامه اجرایی ۳ ساله در سال های ۲۰۰۷ - ۲۰۰۶، مدیریت اجرایی ایمنی و سلامت بریتانیا (HSE) با تامین حمایت هم برای هدایت برآورد خطر و هم ایجاد تغییراتی بر مبنای نتایج برآورد خطر، به طور فعالی استانداردهای مدیریتی را به ۱۰۰۰ کارگاه ارائه کرد. تا کنون، عمده ارزیابی های محل های کار با به کارگیری رویکرد استانداردهای مدیریتی، کیفی بوده اند و مطالعات موردی خوبی در سایت HSE موجود می باشند (www.hse.gov.uk/stress). در سال ۲۰۰۴، قبل از معرفی استانداردهای مدیریتی، یک پیمایش ملی انجام شد تا مبنایی جهت پایش روند تغییر شرایط روانی اجتماعی کار، درآینده باشد.

منبع: EMCONET, 2007

منطقه عملیاتی ۷.۳: اشتغال منصفانه و کار شایسته

شرایط کاری را همه کارکنان بهبود دهید تا مواجهه با مواد مضر برای سلامتی، استرس های شغلی، و رفتارهای آسیب رسان به سلامتی کاهش یابد.

فصل هشتم

حفاظت اجتماعی در طول دوران زندگی

هر فردی از حق داشتن یک استاندارد زندگی کافی، جهت سلامت و خوب زیستی خود و خانواده اش، شامل غذا، لباس، مسکن، مراقبت های پزشکی، خدمات اجتماعی ضروری و حق امنیت در موقع بیکاری، بیماری، ناتوانی، بیوگی، پیری یا سایر کمبودها در دوران زندگی و در شرایطی که کنترلی بر آن ندارد، برخوردار است.

ماده ۲۵(a) بیانیه جهانی حقوق بشر سازمان ملل متحد (سازمان ملل متحد، ۱۹۴۸).



سلامت، هستند (فصل ۵: عدالت از آغاز). تاثیرگذاری استانداردهای زندگی بر مسیر زندگی افراد امری واضح است، برای مثال، در شکل ۸،۱ اثرگذاری استانداردهای زندگی بر سلامت افراد بالای ۵۰ سال (رتبه بندی سلامتی توسط خود افراد صورت گرفته است)، تحت تاثیر انباشت عوامل خطر اقتصادی-اجتماعی طی دوران زندگی دیده شده است (شکل ۸،۱)

نظام های رفاهی باز توزیعی، در ترکیب با این امر که تاچه محدوده ای افراد می توانند از طریق کار، یک زندگی سالم ایجاد کنند- بر سطح فقر اثر می گذارند (Lundberg et al, 2007). در حالی که بیشتر شواهد مربوط به اثرات این نظام ها، متعلق به کشورهای با درآمد بالا هستند - چون داده ها موجود بوده و سیاست گذاری ها آماده اند - این شواهد اثرات بالقوه سیاست گذاری های حفاظت اجتماعی را به طور گسترده تری نشان می دهند. برای مثال، در کشورهای اسکانندیناوی، میزان فقر بعد از لحاظ کردن مالیات ها و انتقال ها، اساساً پایین تر از میزان های کانادا، بریتانیا و ایالات متحده می باشد (اگرچه میزان های فقر قبل از اخذ مالیات و انتقال به حساب بانکی، شبیه به هم هستند) (شکل ۳،۲ فصل ۳ را ببینید) و اگر سطوح فقر گروه های آسیب پذیر مورد مقایسه قرار گیرد، تفاوت در شیوع فقر بین این کشورها، حتی متمایزتر هم می شود. همان طور که شکل ۸،۲ نشان می دهد، میزان فقر نسبی در میان خانواده های تک والدی (والدین تنها)، خانواده هایی که ۳ یا تعداد بیشتری کودک دارند و خانواده هایی که افراد بالای ۶۵ سال دارند، در کشورهای اسکانندیناوی نسبتاً پایین است. جا دارد اشاره کنیم که این تفاوت نه تنها از بازتوزیع سیستم های رفاهی ناشی می شود، بلکه به خاطر اثرات غیر مستقیم تر ایجاد سیستم های رفاهی می باشد، به عبارت دیگر تا چه میزان یک فرد می تواند یک زندگی سالم را بر اساس بازار کار بسازد. نظام های تامین اجتماعی بسیار حیاتی هستند بنابراین تامین اجتماعی، حداقل درآمدی است که برای زندگی سالم و حفاظت از نیروی کار، کافی می باشد (فصل ۷ را ببینید: اشتغال منصفانه و کار شایسته).

کشورهایی که نظام های حفاظت اجتماعی سخاوتمندانه تری دارند، سلامتی مردم شان بهتر می باشد - حداقل در کشورهای

رابطه بین حفاظت اجتماعی و سلامت

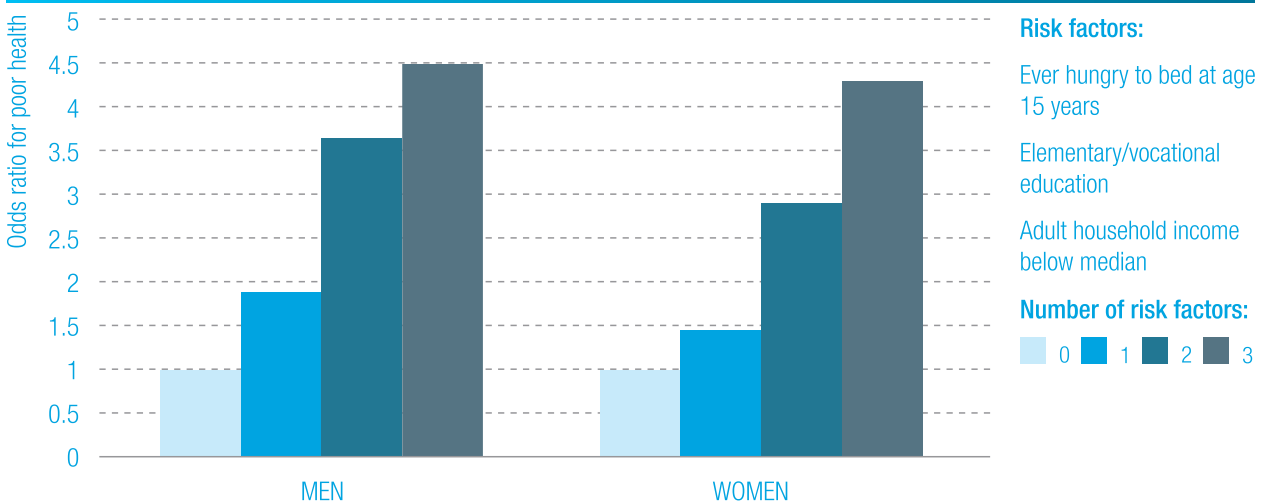
از هر ۵ نفر در سطح جهان، ۴ نفر از پشتیبانی پوشش تامین اجتماعی پایه، بی بهره اند (ILO, 2003). گسترش حفاظت اجتماعی به آحاد مردم در میان کشورها و در ابعاد جهانی، گام عمده ای در راستای تامین عدالت در سلامت در یک نسل می باشد. این امر، نه تنها موضوعی از عدالت اجتماعی است، بلکه حفاظت اجتماعی می تواند ابزاری سودمند در تشخیص آرمان های توسعه ای باشد، نه این که وابسته به دستاوردهای آن باشد (McKinnon, 2007).

حفاظت اجتماعی می تواند گستره وسیعی از خدمات و مزایا شامل: تامین حداقل درآمد - حق دریافت خدمات غیر وابسته به درآمد مثل غذا، سایر نیازهای پایه، و خدماتی همچون مراقبت های سلامتی و تحصیل (Van Ginneken, 2003)، - و حمایت از نیروی کار و مزایایی از قبیل مرخصی زایمان، مرخصی با حقوق و مراقبت از کودک را پوشش دهد. در این فصل، ما بر امنیت درآمد، تمرکز می کنیم. امنیت درآمد، به حفاظت از افراد، به ویژه در دوره هایی از زندگی که افراد بیشتر از همیشه آسیب پذیر هستند (همچون کودکان، موقع مراقبت از کودکان و در پیری) و در موقع شوک های خاص (مثل بیکاری، بیماری یا از کار افتادگی و از دست دادن نان آور اصلی خانوار) می پردازد. حفاظت خاص از نیروی کار و مزایای مرتبط به کار در فصل ۷ بحث شده اند (اشتغال منصفانه و کار شایسته)، در حالی که ارائه و دسترسی به آموزش (تحصیل) و مراقبت های سلامتی با کیفیت در فصل ۵ و ۹ مورد بحث قرار گرفته اند (عدالت از آغاز، مراقبت سلامتی همگانی).

اهمیت حفاظت اجتماعی در طی دوران زندگی

فقر و استانداردهای پایین زندگی، تعیین کننده های قدرتمندی برای ناخوشی و بی عدالتی در سلامت می باشند. این موارد از طریق زندگی در محیط های شلوغ، فقدان تسهیلات پایه، محله های نا امن، استرس والدین و فقدان امنیت غذایی دارای عواقب مشخصی بر روی تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) و مسیر زندگی افراد دارند. فقر کودکان و انتقال فقر از نسلی به نسل دیگر، موانع عمده ای بر سر راه بهبود سلامت جامعه و کاهش بی عدالتی در

شکل ۸،۱: اثرگذاری استانداردهای زندگی بر سلامت افراد بالای ۵۰ سال (رتبه بندی سلامتی توسط خود افراد صورت گرفته است) تحت تاثیر انباشت عوامل خطر اقتصادی-اجتماعی طی دوران زندگی در مردان و زنان روسی در سال ۲۰۰۲



Source: Nicholson et al, 2005



مدت رنج می برند، مهارت های مهم خود را هم از دست بدهند و بنابراین پیدا کردن کار یا حداقل ادامه دادن به کاری که در آن آموزش دیده اند در آینده سخت تر بشود. همچنین، تغییر در ترکیب نیروی کار، با افزایش در تعداد نیروی کار زن، که اغلب در کارهای غیر رسمی و پر مخاطره مشغول می باشند که فاقد حفاظت اجتماعی هستند، اهمیت حفاظت اجتماعی همگانی را مورد تاکید قرار می دهد. (EMCONET, 2007, WGEKN, 2007)

آسیب پذیری و سالمندان

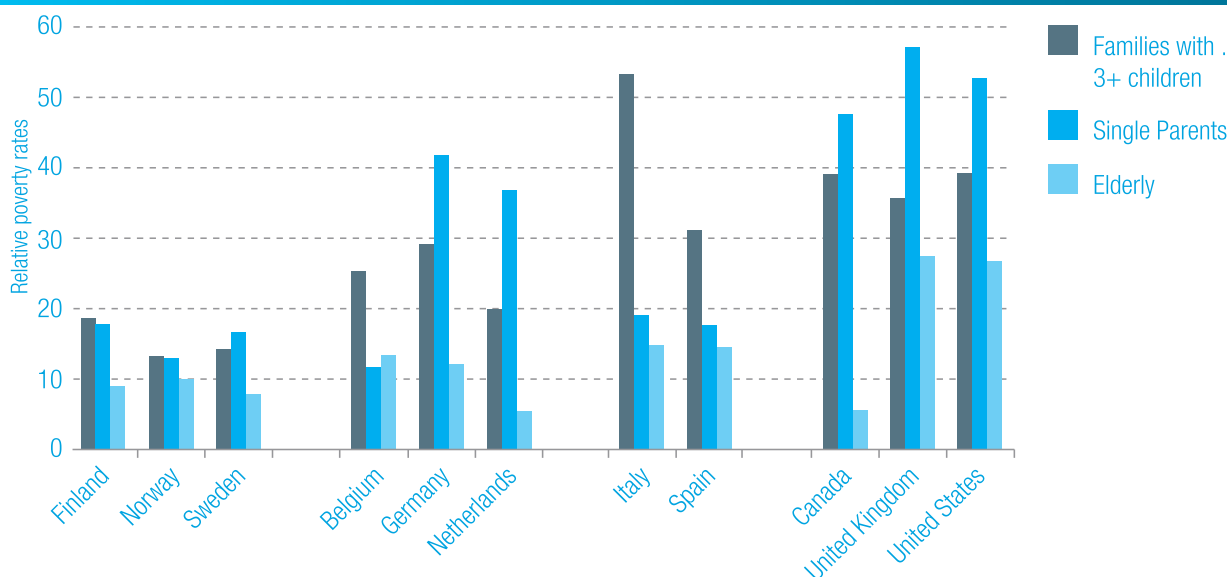
کهنسال شدن جمعیت جهان، برآورده کردن نیازهای تامین اجتماعی را به صورت فزاینده ای تبدیل به یک امر چالشی مهم نموده است. در ۴۵ سال آینده، جمعیت ۶۰ سال به بالای جهان سه برابر خواهد شد. تا سال ۲۰۵۰، یک سوم جمعیت اروپا، دارای ۶۰ سال و بالاتر خواهند بود (UNDESA, Population Division, 2006) در کشورهای با درآمد کم تا متوسط، جمعیت کهنسال حتی خیلی سریع تر از کشورهای با درآمد بالا در حال رشد است. از آن جایی که بیشتر مردم در این کشورها، در بخش غیر رسمی کار می کنند، طرح های بازنشستگی مشارکتی (contributory pension scheme) نقش اندکی دارند. در افریقای زیر صحرا و جنوب آسیا، کمتر از ۱۹ درصد افراد مسن، حق بازنشستگی مشارکتی دریافت می کنند (HELP AGE INTERNATIONAL, 2006). به طور هم زمان، در خیلی از این کشورها، نظام های سنتی تامین اجتماعی در حال ضعیف شدن است (McKinnon, 2007). خانواده ها در حال کوچک شدن هستند و کهنسالان ممکن است هیچ فرزند بالغ زنده ای نداشته باشند و یا هیچ فرزندی نداشته باشند که قادر و مشتاق باشد از آن ها مراقبت کند- برای مثال به خاطر مهاجرت های از شهر به روستا. کهنسالان، به خصوص مادر بزرگ ها بار مضاعف

با درآمد بالایی که شواهد و مدارک آن ها در دست می باشد (Lundberg et al, 2007). برای مثال، سیاست گذاری های مربوط به خانواده اگر سخاوتمندانه تر باشند، با نرخ کمتر مرگ و میر نوزادان همراه می باشند (شکل ۸،۳). به طور مشابه، کشورهای با پوشش بالاتر وسخاوت بیشتر در حقوق بازنشستگی و نیز حق بیمه بیماری و بیکاری و حوادث کاری (روی هم رفته)، امید به زندگی در بدو تولد (LEB) بالاتری دارند. (Lundberg et al, 2007) و کشورهای با طرح های بازنشستگی بهتر، میزان مرگ و میر کمتری در دوران کهنسالی دارند (Lundberg et al, 2007). داده های مربوط به رابطه بین وسعت بی عدالتی در سلامت و سیاست های حفاظت اجتماعی در کشورها اندک هستند و بهر حال، سرمایه گذاری بیشتری در منابع و روش های قابل مقایسه داده ها، ضروری می باشد. داده های موجود از کشورهای با درآمد بالا نشان می دهند، در حالی که میزان نسبی بی عدالتی در مرگ و میر در حکومت های دارای نظام های حفاظت اجتماعی همگانی و سخاوتمندانه تر پایین تر نیست، به نظر می رسد سطوح مطلق مرگ و میر در میان گروه های محروم تر در این گونه نظام ها پایین تر باشد. (Lundberg et al, 2007)

حفاظت در زندگی کاری

ارائه دستمزد شایسته و نیز حفاظت و مزایای مربوط به کار شامل پرداخت غرامت های مربوط به از کار افتادگی، حوادث ناشی از کار و بیماری های شغلی، مرخصی زایمان و مزایای بازنشستگی (EMCONET, 2007)؛ تعداد زیادی از افراد را در سرتاسر جهان حفاظت خواهد کرد. اما هنوز کسر اندکی از نیروی کار جهانی، توسط چنین طرح های حفاظتی پوشش داده می شوند. برای مثال، اکثر کارگران هیچ گونه درآمدی در زمان غیبت از کار به خاطر بیماری دریافت نمی کنند. حتی ممکن است کارگرانی که از ناتوانی بلند

شکل ۸.۲: میزان فقر نسبی برای سه طبقه پر مخاطره اجتماعی در ۱۱ کشور سیرکا، سال ۲۰۰۰.



Poverty threshold = 60% of median equivalent disposable income. Equivalence scale; OECD scale.

Data source: the Luxembourg Income Study (LIS).

Reprinted, with permission of the authors, from Lundberg et al. (2007).

۱- منظور از contributory pension اینست که هم کارگر (در دوران کاریش) و هم کارفرما به طور ماهانه، پولی را به سازمان بیمه گر جهت حق بازنشستگی پرداخت می کنند.

حفاظت اجتماعی، ابزاری مهم برای تعدیل برخی از اثرات منفی جهانی شدن (Van Ginneken, 2003) از قبیل نا امنی اقتصادی ناشی از آزادسازی تجاری و شوک های اقتصاد باز می باشد (GKN, 2007; Blouin et al, 2007). تحت شرایط ادغام بازار، به خصوص کشورهای فقیر شکل های مهمی از درآمد عمومی را از دست داده اند (GKN, 2007) که موضوعاتی از قبیل انصاف در تامین مالی جهانی منابع عمومی در کشورهای با درآمد کم را مطرح می کند (فصل ۱۲ و ۱۵ را ببینید: مسئولیت بازار، حاکمیت خوب جهانی). اگرچه آزاد سازی تجاری و رقابت مالیاتی می توانند توانایی یا اشتیاق حکومت ها را در قوی نمودن نظام های حفاظت اجتماعی همگانی فرسایش دهند، اما در همه جا، این موضوع جامعیت ندارد. در واقع، برخی از کشورهای آسیای شرقی، هنگامی که با سیر نزولی اقتصاد رو به رو شدند، سیاست های حفاظت اجتماعی خود را مستحکم نمودند (کادر ۸، ۱). منابع موجود ممکن است توسط آزاد سازی تجاری و رقابت مالیاتی بیشتر کاهش یابند (GKN, 2007).

برای حفاظت از مردم و پشتیبانی از آن ها در شکوفا کردن زندگی شان، کارهای زیادی می توان انجام داد. سیاست های حفاظت اجتماعی، به ویژه حفاظت درآمدی، می تواند منبعی مهم و گاهی تنها منبع برای درآمد نقدی، برای بیشتر خانوارهای فقیر در کشورهای ثروتمند و فقیر باشد. در کشورهای فقیر، حتی مزایای نقدی اندک که به طور منظم ارائه می شوند می توانند اثرات مثبت زیادی بر خوب زیستی ایفا کنند و با انزوای اجتماعی مقابله نمایند (McKinnon, 2007). سیاست های حفاظت اجتماعی، هزینه-اثر بخش هستند. اقتصاد محلی، از افزایش درآمد قابل هزینه کردن، بهره می برند (McKinnon, 2007). شواهد نشان می دهند که باز توزیع درآمد از طریق مالیات ها و انتقال ها، که انتقال ها کلید

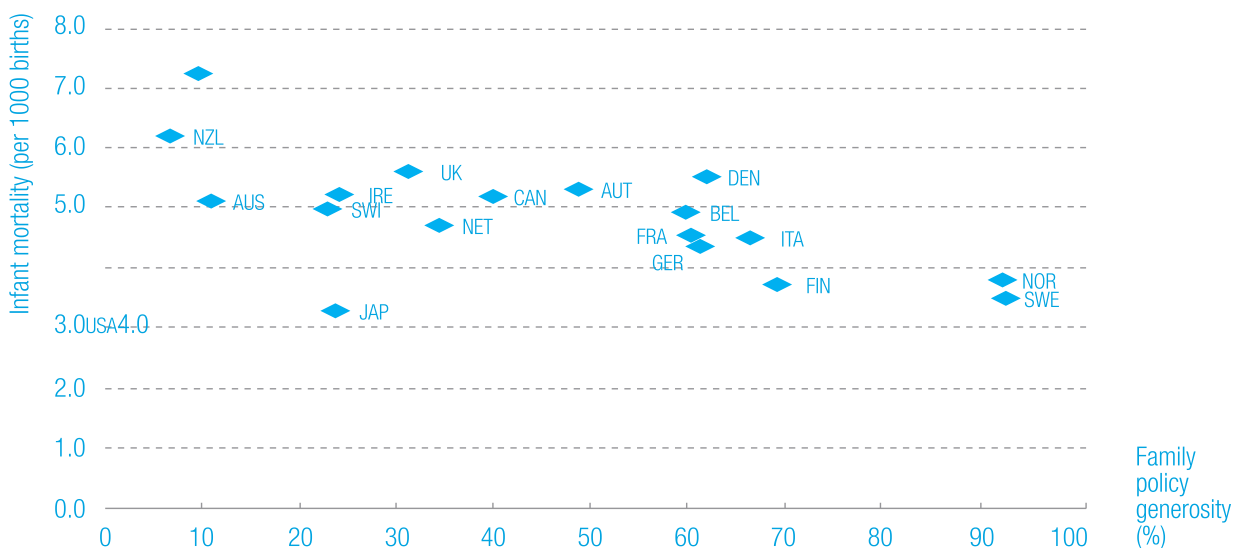
دیگری را هم به دوش می کشند، برای مثال به دلیل مراقبت از کودکان بدون پدر و مادر ناشی از AIDS/HIV (McKinnon, 2007)

زنان کهنسال، اغلب دچار مشکلات سختی می شوند. اگرچه شواهدی وجود دارد که مردان بیوه نسبت به زنان بیوه، توانایی کمتری در مراقبت و مدیریت زندگی خود دارند، تعداد مطلق زنان بیوه رو به ازدیاد است. بیوگی زمانی است که اثر انباشت موقعیت اقتصادی پایین تر زنان در سرتاسر زندگی شان، حس می شود. زنان بیوه نسبت به مردان بیوه و سایر زیر گروه های جامعه، گرایش به فقر و تهیدستی بیشتر، آن هم با نرخ بالای عدم توانمندی و فقر و بدبختی دارند (WGEKN, 2007). تعدادی از کشورهای با درآمد کم تا متوسط از جمله در افریقا، شروع به برقراری نظام های بازنشستگی اجتماعی کرده اند.

حفاظت اجتماعی در دنیای در حال جهانی شدن

نظام های حفاظت اجتماعی باید به عنوان حق اجتماعی همه شهروندان، ایجاد شوند. اما به طور فزاینده، تعداد زیادی از مردم هستند که در قلمرو یک کشور قرار ندارند، زیرا این افراد مهاجرین بین المللی، افراد جویای پناهندگی یا آواره فراری می باشند. شایسته است تلاش جمعی و هماهنگی از سوی اهدا کنندگان کمک، حکومت های ملی و سازمان های بین المللی که توسط ILO, UNHCR, IOM, رهبری می شوند، صورت گیرد تا در جهت توسعه راه حل های منطقی که به این مشکلات می پردازند سرمایه گذاری کرده و باعث بهبود عدالت در سلامت شوند.

شکل ۸.۳: سیاست گذاری سخاوتمندانه خانواده و مرگ و میر نوزادان در بین ۱۸ کشور، سیرکا سال ۲۰۰۰



Net benefit generosity of transfers as a percentage of an average net production-worker's wage. Infant mortality expressed as deaths per 1000 live births.

AUS = Australia; AUT = Austria; BEL = Belgium; CAN = Canada; DEN = Denmark; FIN = Finland; FRA = France; GER = Germany; IRE = Ireland; ITA = Italy; JAP = Japan; NET = the Netherlands; NOR = Norway; NZL = New Zealand; SWE = Sweden; SWI = Switzerland; UK = the United Kingdom; USA = the United States of America.

Reprinted, with permission of the publisher, from Lundberg et al. (2007).



نظام های حفاظت اجتماعی همگانی در کل دوران زندگی

این یک امر مهم است که برای سلامت جمعیت به طور عام، و برای سلامت گروه های اقتصادی اجتماعی پائین تر به طور خاص، نظام های حفاظت اجتماعی طوری طراحی شوند که همگانی باشند. همگانی بودن، بدین معناست که همه شهروندان نسبت به حفاظت اجتماعی حقوق برابری دارند. به عبارت دیگر، حفاظت اجتماعی به عنوان یک حق اجتماعی است (Marshall, 1950)، نه این که فقط جهت بیرون کشیدن فقرا از فلاکت باشد (Lundberg et al, 2007). رویکرد همگانی به لحاظ تامین شأن و عزت نفس، برای آن هایی که بیشترین نیاز را به حفاظت اجتماعی دارند، اهمیت زیادی دارد و چون همه منفعت می برند، نه این که فقط یک گروه خاص انگشت نما شود، نظام های حفاظت اجتماعی همگانی می توانند انسجام اجتماعی (Townsend, 2007) و شمول اجتماعی (SEKN, 2007) را بالا برده و از لحاظ سیاسی بیشتر مورد قبول قرار گیرند. با مشمول نمودن طبقات متوسط جامعه به وسیله برنامه های حفاظت اجتماعی همگانی، می توان اشتیاق بخش های وسیعی از جامعه را به پرداخت مالیات مورد نیاز جهت حفظ سیاست گذاری های همگانی و سخاوتمندانه بالا برد (Lundberg et al, 2007). در کشورهای با نظام های حفاظتی همگانی، بودجه مورد نیاز برای حفاظت اجتماعی، زیادتر و احتمالاً پایاتر می باشد. و در این کشورها احتمال فقر و بی عدالتی در درآمد، کمتر از کشورهایی است که فقط فقرا را هدف قرار می دهند (Korpi & Palme, 1998). نظام های حفاظت اجتماعی همگانی، می توانند مالیات محور، مشارکت محور، یا ترکیبی از هر دو باشند.

حفاظت اجتماعی هستند - نسبت به رشد اقتصادی تنها در کاهش دادن فقر کارآمد تر می باشند (Paes de Barros et al. 2002; de Ferranti et al, 2004; Woodward & Simms, 2006a) در حالی که محدودیت ظرفیت سازمانی، به عنوان مانعی مهم همچنان باقی است، اما همان طور که تجربه جهانی نشان می دهد حتی برای کشورهای فقیر هم، امری عملی است که شروع به ایجاد برنامه های حفاظت اجتماعی نمایند (McKinnon, 2007).

اقدام در جهت حفاظت اجتماعی همگانی

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۸.۱ حکومت ها، درجایی که نیاز است با کمک اهداکنندگان و سازمان های جامعه مدنی و نیز در جایی که نیاز است با مشارکت کارفرمایان، نظام های حفاظت اجتماعی همگانی ایجاد نموده و سخاوت خود را به سمت سطحی که برای زندگی سالم کافی باشد، افزایش دهند. (پیشنهادات ۷.۲ و ۱۱.۱ را ببینید)

کادر ۸.۱: تقویت حفاظت اجتماعی در وضعیت بحران اقتصادی - نمونه ای از جمهوری کره جنوبی

قبل از بحران اقتصادی، جمهوری کره جنوبی نظام حفاظت اجتماعی داشت که خیلی جلوتر از نظام های دیگر کشورهای آسیای شرقی بود. در پاسخ به نرخ فزاینده بیکاری در اثر بحران اقتصادی، کمیسیون سه گانه (حکومت - نیروی کار - تجارت) قانونی را تبیین نمود که بیمه بیکاری را به همه بخش های کارگری گسترش می داد. این برنامه موقتی حمایت از زندگی (Temporary Livelihood Protection Program) چهار مزیت عمده برای افراد تازه بیکار شده ارائه می داد: پرداخت نقدی مستقیم (۷۰ دلار آمریکا در ماه)، معافیت از پرداخت شهریه مدرسه و کمک یارانه ناهار برای فرزندان شان، همچنین ۵۰ درصد کاهش در حق بیمه پزشکی به مدت یک سال. موفقیت این برنامه و اهمیت آن در کاستن از لطمات ناشی از شوک اقتصادی، در قانون تامین حداقل استانداردهای زندگی که در سال ۲۰۰۰ قانون گذاری شد، مستند است. این قانون جایگزین برنامه قبل بوده (در واقع ادغام شده اند) و شامل تامین غذا، پوشاک، مسکن، آموزش و مراقبت های سلامتی می شود که از طریق پول نقد و انواع پرداخت ها برای خانوارهایی که نیازهای اساسی شان برآورده نمی شود، همراه با مزایایی که مرتبط با مشارکت در برنامه های کارگری از قبیل کارهای عمومی و آموزش حرفه ای است، می باشد. منبع: Blouin et al, 2007

منطقه عملیاتی ۸.۱: حفاظت اجتماعی

سیاست های حفاظت اجتماعی همگانی فراگیری را که از یک سطح درآمدی مکفی برای زندگی سالم حمایت می کنند، را تبیین و تقویت نماید.

کودکان

نظام های حفاظت اجتماعی همگانی، باید همه افراد را در طول زندگی - از جمله دوران کودکی، در زندگی کاری و در کهنسالی - حفاظت کنند. زنان و کودکان اغلب افرادی هستند که کمتر مورد حفاظت قرار می گیرند. زنان، بیشترین کار جهان را انجام می دهند و نقش زاد و ولد را هم به عهده دارند، اما در بیشتر کشورها تا موقع زایمان کار می کنند بدون آن که دسترسی به مرخصی زایمان یا هرگونه مزایایی داشته باشند. پرداختن به موضوع فقر کودکان، به طور مشخصی نیازمند اقدامات قدرتمندی در حفاظت اجتماعی است که در درون مجموعه گسترده تری از سیاست گذاری ها قرار دارد به طوری که به حفاظت و ترویج استانداردهای زندگی سالم و همچنین شمول اجتماعی مراقبین کودک، از جمله حقوق و حفاظت کارگری، حداقل درآمد، مراقبت از کودک و ساعات کاری منعطف می پردازد. کادر ۸،۲ استراتژی فقر کودک بریتانیا را توصیف می نماید، که برخی از این عناصر را با هم ترکیب کرده است.

در سنین کار

کمسیون بر این امر تاکید دارد که هر فردی باید در مقابل عواقب مالی عدم توانایی کار کردن و از دست دادن کار، به گونه ای که فرد را برای یک زندگی سالم و پر رونق حمایت نماید، مورد محافظت قرار گیرد. این امر بدین معناست که حکومت ها، به همراه کارفرمایان طرح هایی را برای پرداخت مزایا، در هنگام ناتوانی، بیماری و بیکاری تنظیم کنند. همچنین بدین معناست که نیازهای افراد ناتوان را برآورده کرده و با کارفرمایان در برابر تبعیض قائل شدن برای استخدام افراد ناتوان، برخورد شود. به علاوه این موضوع، درمان مشکلات جسمانی و روانی همچون اعتیاد را که مانع یافتن و یا حفظ شغل می شود، را شامل شده و همچنین ارائه فرصت هایی را در طی زندگی برای آموزش و کارآموزی، جهت بالا نگه داشتن سرعت افراد در تطابق با الزامات بازار کار، در بر می گیرد (فصل ۷ را ببینید: اشتغال منصفانه و کار شایسته). اقدامات حفاظت اجتماعی برای کسانی که کار درآمدزا ندارند، شکل های متفاوتی دارد. به عنوان مثال در اتحادیه اروپا (EU)، نسبت قابل توجهی از تمهیدات اجتماعی شامل مزایایی می شوند که جهت جایگزینی و یا تکمیل دریافتی های افرادی که نمی توانند در بازار کار به دلایل موقتی و یا طولانی مدت کار پیدا کنند، طراحی شده است. طرح های جایگزین درآمد، معمولاً ۳ نوع متمایز از ارائه را به خود می گیرند: مزایای مربوط به بیکاری (بر طبق دریافتی های قبلی)، مساعده های بیکاری و طرح های حداقلی تضمین شده. برخی کشورها مثل

هند و افریقای جنوبی، طرح های تضمین اشتغال را تنظیم نموده اند (فصل ۷ را ببینید: اشتغال منصفانه و کار شایسته)

کهنسالی

حقوق بازنشستگی اجتماعی همگانی، عنصر مهمی از نظام حفاظت اجتماعی قلمداد می شود. این حقوق می تواند به طور قابل ملاحظه ای، استانداردهای زندگی افراد کهنسال را بهبود بخشد. حقوق بازنشستگی اجتماعی، می تواند وضعیت اجتماعی افراد کهنسال را در خانواده ها بالا برده، شمول (به حساب آورده شدن) اجتماعی و توانمندسازی را ارتقاء داده و دسترسی به خدمات را بهبود بخشد. علاوه بر این، چون زنان تمایل به زندگی طولانی تر و اغلب منابع مادی کمتر و یا حقوق بازنشستگی کمتری دارند، چنین مزایایی می توانند در عدالت جنسیتی موثر باشند. مخصوصاً در کشورهای با درآمد کم، نظام های حقوق بازنشستگی اجتماعی می توانند خوب زیستی سایر اعضای خانوار از قبیل کودکان را هم بهبود بخشند: پول اضافه ای که به خانوار وارد می شود می تواند در بهبود اوضاع - مثلاً در ثبت نام مدرسه و فراهم کردن تغذیه بهتر - کمک کننده باشد (McKinnon, 2007). بنابراین حقوق بازنشستگی اجتماعی، می تواند در شکستن چرخه فقر بین نسلی^۱، کمک کننده باشد. در حال حاضر چندین کشور با درآمد کم و متوسط، طرح های حقوق بازنشستگی اجتماعی را برقرار کرده اند (کادر ۸،۳)

تدوین، اجرا و ارزشیابی پروژه های آزمایشی (پایلوت)

پرداختن به موضوع عدالت در سلامت، از طریق یک چارچوب مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی، یک سرمایه گذاری بلند مدت است. از کشورهای با درآمد کم تا متوسط نمی توان انتظار داشت که در عرض یک شب به اجرای سیاست های حفاظت اجتماعی همگانی کاملاً جامع دست یابند. اما توسعه این نظام ها از طریق ارتقا و اجرای پروژه های آزمایشی (پایلوت) به صورت تدریجی امکان پذیر می باشد. اکثر کشورهای با درآمد کم و متوسط شروع به تجربه برنامه های حفاظت اجتماعی نموده اند. این امر شامل طرح های حقوق بازنشستگی اجتماعی و برنامه های انتقال پول نقد می باشد. برنامه های انتقال پول نقد به صورت خاص در امریکای لاتین (Fernald, Gertler & Neufeld, 2008) و همچنین در چندین

کشور افریقای هم تنظیم شده اند

(Bhorat 2003; Schubert, 2005; UNICEF, 2007b). ارزشیابی فرآیند و تاثیر این اقدامات خیلی به ندرت انجام شده است، اما برای گسترش پروژه های پایلوت به سطح ملی، انجام ارزشیابی قبل از

کادر ۸.۲: استراتژی ملی جهت ریشه کنی فقر کودکان در بریتانیا و ایرلند شمالی

استراتژی ملی جهت ریشه کنی فقر کودکان که در سال ۱۹۹۷ در بریتانیا تبیین شد، شامل چهار عنصر می باشد: حمایت مالی از خانواده ها، ارائه فرصت ها و حمایت های مرتبط به اشتغال، برطرف کردن محرومیت مادی از طریق ارتقاء شمول مالی و بهبود مسکن و سرمایه گذاری در خدمات عمومی. این استراتژی، رویکردهای هدفمند و همگانی را با هم ترکیب می کند. ۱۸ سال قبل از این که حکومت جدید کارگری (حزب کارگر) به قدرت برسد، تعداد کودکانی که در بریتانیا در فقر نسبی بودند، ۳ برابر شده بود و به ۳۴ درصد یا ۴،۳ میلیون نفر - سومین رتبه در جهان صنعتی - بالغ می شد. امروزه، به نظر می رسد که کاهش درصد فقر کودکان در پی این استراتژی معمولی بوده است، اگرچه به طور مطلق امر مهمی بوده است. منبع: SEKN, 2007



حفاظت اجتماعی، قابل انجام و در بلند مدت با دوام باشد را می دهند (فصل ۱۱ و ۱۵ را ببینید: تامین مالی منصفانه، حاکمیت خوب جهانی).

به محض این که این نظام ها اجرا شدند، برداشت از آن ها اهمیت می یابد. سازمان های جامعه مدنی می توانند نقش مهمی در کمک به مردم جهت آگاهی یافتن و دسترسی به مقرری های تامین اجتماعی، ایفا کنند (HelpAge International, 2006a) (کادر ۸،۴). این سازمان ها همچنین نقش مهمی در ایجاد و حفظ اهمیت تامین اجتماعی در دستور کار های سیاستی و در پایش افزایش تعهد حکومت نسبت به حفاظت اجتماعی دارند. (HelpAge International, 2006a)

سختی نظام های حفاظت اجتماعی

سلامت و عدالت در سلامت، نه تنها تحت تاثیر میزان همگانی بودن، بلکه تحت تاثیر میزان سختی سیاست های حفاظت اجتماعی نیز می باشد (Lundberg et al, 2007). توصیه می شود که حکومت ها، سختی نظام های حفاظت اجتماعی را به سطحی برسانند که برای سالم زندگی کردن کافی باشد. همچنین، حداقل دستمزد ها هم باید برای یک زندگی سالم کفایت کند (فصل ۷: اشتغال منصفانه و کار شایسته)، پس سیاست های حفاظت اجتماعی و سیاست های شغلی، مکمل هم هستند.

برای محاسبه حداقل هزینه یک زندگی سالم، روش هایی وجود دارد. یک روش شناسی، توسط موریس و همکاران (۲۰۰۷) ارائه شده است (کادر ۸،۵) که یک بودجه استاندارد را بر اساس سبد

اقدام به گسترش، حیاتی است

(McKinnon 2007) مثالی از برنامه انتقال نقدی که به خوبی هدفمند و ارزشیابی شده است برنامه OPORTUNIDADES در مکزیک می باشد که در آن گروه های کنترل و مداخله، به طور تصادفی مقایسه شده اند (کادر ۸،۶).

پروژه های موفق آزمایشی (پایلوت) می توانند به صورت پیشرونده به سطح ملی گسترش یابند. توسعه پایدار و اجرای طرح های حفاظت اجتماعی به نحو احسن از طریق به کار گیری ساختارهای سازمانی موجود، قابل دست یابی می باشد (McKinnon, 2007). برای مثال در لسوتو حقوق بازنشستگی با استفاده از شبکه پست

در سطح کشور، پرداخت می شود (Save the Children UK, HelpAge International & Institute of development Studies, 2005).

البته گسترش برنامه های حفاظت اجتماعی به سطح ملی از لحاظ مالی و ظرفیت سازمانی و زیر بنایی الزاماتی دارد. فقدان ظرفیت و زیرساخت در خیلی از کشورهای با درآمد کم و متوسط، شدیداً برنامه هایی که هدف شان گسترش حفاظت اجتماعی می باشد را محدود می نماید (SEKN, 2007). اهدا کنندگان کمک و سازمان های بین المللی شامل سازمان بین المللی کار (ILO)، نقش مهمی در ایجاد ظرفیت برای تبیین حفاظت اجتماعی در این کشورها بازی می کنند. ایجاد نظام های حفاظت اجتماعی همگانی، نیازمند تغییراتی در اقتصاد جهانی و سیاست های اقتصاد ملی می باشد که به همه کشورها اجازه دست یابی به سطحی از توسعه که در آن ایجاد

کادر ۸.۳: حقوق بازنشستگی اجتماعی همگانی - بولیوی

در بولیوی، ۵۹ درصد افراد سالمند با کمتر از ۱ دلار آمریکا در روز زندگی می کنند. یک پرداخت سالانه ۱۸۰۰ بولیواری (معادل ۲۱۷ دلار آمریکا) برای همه شهروندان ساکن بولیوی بالای ۶۵ سال، محیا می باشد. دریافت کنندگان، پرداخت های یک باره را به صورت نقدی از بانک های مربوطه که معمولاً در مناطق شهری قرار دارند دریافت می کنند. مستمری های بازنشستگی، ۱/۳ درصد از تولید ناخالص داخلی GDP را تشکیل می دهند. نیمی از دریافت کنندگان بیان داشته اند که این مستمری اجتماعی، تنها منبع درآمدی آن ها می باشد. این دریافتی معمولاً صرف هزینه های خانوار و همچنین داروهای اساسی می گردد. در مجموع، این حقوق دریافتی، سالمندان را به سرمایه ای مجهز می نماید که می توانند به انتخاب خودشان یا در فعالیت های درآمدزا یا برای نسل های جوان تر، سرمایه گذاری کنند. این امر نه تنها ارزش مالی، بلکه ارزش اجتماعی هم دارد، زیرا ارزش کهنسالان را در خانواده بالا می برد. در سال ۲۰۰۴، ۷۷ درصد کسانی که واجد شرایط بودند ادعای استحقاق کردند. با این وجود، پوشش حق بازنشستگی در بین زنان پائین است. متأسفانه، زنان بیشترین نیاز را هم دارند. یک مسئله این است که جهت ثبت نام، مستندات هویتی مورد نیاز است و ۱۷ درصد افراد سالمندی که واجد شرایط طرح بازنشستگی هستند مستندات هویتی ندارند، بنابراین نمی توانند استحقاق خود را به اثبات برسانند. بیشتر افراد سالمند در جوامع روستایی هرگز شناسنامه ندارند. یک NGO به نام سازمان مردم نهاد حمایت سنی بین المللی HELP AGE INTERNATIONAL، مراکز اجتماعی - قانونی در شهرهای لاپاز و آل آلتو ایجاد کرده است که به افراد سالمند در گرفتن شناسنامه از مراکز ثبت احوال حکومتی کمک می کند تا بتوانند حق بازنشستگی خود را بگیرند. تهیه شده با اندکی اصلاحات ویرایشی - با اجازه HELP AGE INTERNATIONAL, 2006

کادر ۸.۴: ترویج پاسخ گویی به افراد پیر و برداشت حقوق بازنشستگی - بنگلادش

در بنگلادش، یک NGO به نام مرکز انسجام منابع با سالمندان ۸۰ روستا، جهت تشکیل انجمن هایی برای بررسی واجد شرایط بودن سالمندان، مستمری سالمندی، مستمری بیوگان و دسترسی به خدمات سلامت، همکاری می کند. آن ها دریافتند که تعداد خیلی کمی از افرادی که استحقاق دریافت مستمری را دارند، آن را دریافت می کنند - کمتر از ۱ نفر برای هر ۱۰ نفر در یک حوزه. انجمن های افراد سالمند، جلسات مداومی با حکومت محلی برای کمک به افرادی که ادعای مستمری بازنشستگی کرده اند، برگزار می کنند. به عنوان یک نتیجه، دریافت حقوق بازنشستگی ۵ برابر افزایش یافت و بانک ها، عملیات خدمات رسانی به کهنسالان را بهبود دادند. تهیه شده با اندکی اصلاحات ویرایشی - با اجازه HELP AGE INTERNATIONAL (2006)

(Innon, 2007) ولی نظام های همگانی، به زیر ساخت ها و ظرفیت های سازمانی و اجرایی کمتری نیاز دارند. در شرایطی که ظرفیت ها و زیرساخت ها محدودیت های الزام آوری ایجاد می کنند، این امر بسیار جدی به نظر می رسد (به شرط آن که اهدا کنندگان در هزینه های مالی مشارکت کرده و یا آن ها را پوشش دهند). در بیشتر کشورهای فقیر، هزینه نشت منابع به سمت ثروتمندان، کمتر از هزینه آزمون و سنج (تعیین دارایی) است (بانک جهانی، ۱۹۹۷). علاوه بر این، هدفگذاری (هدفمند کردن)، اغلب نتایج مطلوبی ایجاد نمی کند و برای مثال، ممکن است آن هایی را که درست بالا و روی خط فقر قرار دارند را به حال خود رها کند (McKinnon, 2007). مشکلات دیگر شامل دریافتی اندک گروه های واجد شرایط، و ناکارآمدی هایی که به خاطر نظام های اداری پیچیده که برای پایش میزان انطباق مورد نیاز است، می باشد و این امر منجر به پرداخت های نامنظم یا نادرست و افزایش کلاه برداری می شود (HELP AGE INTERNATIONAL, 2006, SEKN, 2007). تجربه تاریخی نشان می دهد که شکلی که نظام های حفاظت اجتماعی نهایتاً به خود می گیرند، همگانی یا هدفمند، به این بستگی دارد که این نظام، از آغاز چه شکلی داشته است: کشورهایی که با نظام های هدفمند آغاز می کنند تمایل به استمرار بهمین شکل را دارند (Pierson, 2000; Pierson, 2001; Korpi, 2001). به همین دلیل توصیه می شود که از آغاز نظام های حفاظت همگانی ایجاد شوند. علیرغم این نقاط ضعف مهم، آزمون و سنج (تعیین دارایی) یا پرداخت نقدی هدفمند می تواند اثرات مثبت معناداری بر کاهش فقر، استانداردهای زندگی و پیامدهای سلامتی و آموزش داشته باشد. برای مثال، برنامه انتقال پول نقد مشروط در مکزیک، Oportunidades، ترکیبی از هدف گذاری بر اساس سطح اقتصادی خانوار و سطح جغرافیایی می باشد که اثرات مهمی بر سلامت به جای گذارده است (کادر ۸،۶). اغلب، برنامه های انتخابی و خاص که مبتنی بر آزمون و سنج (تعیین دارایی) می باشند، به عنوان مکمل برنامه های همگانی استمرار می یابند (Lundberg et al, 2007). توصیه شده است که هدفمندی، فقط به عنوان یک پشتیبان برای افرادی که خارج از شبکه نظام های همگانی قرار می گیرند به کار برده شود (Lundberg et al, 2007; SEKN, 2007). گاهی اوقات در نظام های حفاظت اجتماعی همگانی، از گذاشتن شرط و شروطی، جهت برانگیختن رفتار خاصی از قبیل، استفاده از مراقبت های سلامتی یا خدمات آموزشی استفاده می شود. مثالی برای این امر مجدداً همان برنامه OPORTUNIDADES می باشد. چنین طرح های پرداخت نقدی در خیلی از کشورها از قبیل برزیل، کلمبیا و شهر با درآمد بالای نیویورک پیگیری می شود

کالاهای ضروری برای زندگی سالم ارائه می کند. از آن جایی که مقدار پول مورد نیاز برای زندگی سالم، مربوط به زمینه فرهنگی هر کشور است، چنین روش شناسی یا موردهای مشابه، می توانند برای هر کشوری انطباق داده شده و برای تعیین حداقل دستمزد و سطوح مزایای رفاهی اجتماعی به کار برده شوند.

معمولاً کشورهای با درآمد پایین، منابع مالی محدودی جهت تامین هزینه برنامه های حفاظت اجتماعی داشته و با توجه به این نکته که قسمت اعظم اقتصاد این کشورها غیر رسمی و یا بر اساس کشاورزی معیشتی می باشد ظرفیت محدودی نیز جهت افزایش دادن این منابع دارند. منابع موجود هم ممکن است در اثر آزاد سازی تجارت و رقابت مالیاتی بیشتر کاهش یابد (GKN, 2007). محدودیت منابع، سخاوت نظام های حفاظت اجتماعی در کشورهای کم درآمد را محدود می نماید. در عمل، میزان مزایای طرح های همگانی موجود در کشورهای با درآمد کم تا متوسط اغلب بسیار محدود می باشد (جدول ۸،۱ را ببینید). در حالی که منابع در این کشورها ناکافی بوده و نیازمند تقویت فزاینده می باشد، حتی مقادیر اندک پولی با یک مبنای منظم پرداخت، می تواند تغییرات مهمی از لحاظ خوب زیستی در کشورهای فقیر ایجاد کند (McKinnon, 2007; HelpAge International, 2006a). به طور فزاینده ای سخاوت خود را به سطحی که برای یک زندگی سالم کافی باشد افزایش دهند و به تدریج افراد را در برابر مجموعه جامع تری از خطرات حفاظت کنند و البته هر جا که ضرورت دارد از کمک اهدا کنندگان نیز بهره ببرند.

هدف گذاری

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۸.۲ حکومت ها، در جایی که ضرورت دارد با کمک اهدا کنندگان و سازمان های جامعه مدنی و در جایی که نیاز است با مشارکت کارفرمایان، به هدف گذاری برنامه های حفاظت اجتماعی جهت پشتیبانی از کسانی که از شبکه نظام های همگانی بی نصیب مانده اند، بپردازند.

در حالی که ممکن است در بیشتر کشورها، تمایل به هدف گذاری برنامه های حفاظت اجتماعی به سوی محروم ترین ها وجود داشته باشد، بحث های قوی برای ایجاد نظام های حمایتی همگانی وجود دارد - حتی در کشورهای فقیر. رویکرد همگانی به حفاظت اجتماعی احتمالاً کارایی بیشتری نسبت به رویکردهایی دارد که فقط برای فقرا هدف گذاری می شوند. هدف گذاری اغلب هزینه بر بوده و از نظر اجرایی مشکل است (HelpAge International, 2006a; McKinnon, 2007).

کادر ۸.۵: حداقل درآمد برای یک زندگی سالم

یک برآورد از هزینه زندگی افراد مجرد ۶۵ سال به بالا و بدون ناتوانی عمده که به طور مستقل در انگلستان زندگی می کنند، انجام گرفت. طبق شواهد سرشماری، سبد کالاهای ضروری برای زندگی سالم روزمره شامل غذا و فعالیت فیزیکی، مسکن، حمل و نقل، مراقبت های پزشکی و بهداشتی، و هزینه های مربوط به روابط روانی اجتماعی / شمول اجتماعی (مثل هزینه های تلفن، روزنامه، و هدایای کوچک به نوه ها و سایرین) قیمت گذاری شد. هزینه کلی، نشان دهنده حداقل درآمد قابل تصرف (قابل هزینه کردن) بود که هم اکنون برای سالم زیستن ضروری است. حداقل هزینه زندگی سالم برای این گروه جمعیتی حدود ۱۳۱ پوند در هفته برآورد شد (به قیمت های آوریل ۲۰۰۷ انگلستان). این مقدار به طور قابل توجهی از حقوق بازنشستگی حکومتی برای یک فرد مجرد در آوریل ۲۰۰۷ یعنی ۸۷/۳۰ پوند در هفته و ضمانت اعتباری حقوق بازنشستگی یعنی ۱۱۹/۰۵ پوند در هفته (که براساس آزمون و سنج است)، بالاتر می باشد.

منبع: Morris et al, 2007



شمولیت از طریق نظام های حمایتی مبتنی بر کمک و مبتنی بر مالیات

در خیلی از کشورهای با درآمد کم تا متوسط، اکثریت جمعیت در بخش غیر رسمی کار می کنند و بنابراین از طرح های تامین اجتماعی مشارکتی، حذف می شوند. در این کشورها، برنامه های حفاظت اجتماعی مبتنی بر مالیات به طور روزافزونی مورد توجه قرار گرفته اند (HelpAge International, 2007; McKinnon, 2007). برای مثال، تعدادی از کشورهای با درآمد کم تا متوسط، نظام های حقوق بازنشستگی همگانی یا بر اساس آزمون وسع (تعیین دارایی) را بر قرار کرده اند (HelpAge International, 2006a).

(جدول ۸،۱ را ببینید). هزینه این طرح ها ۲ - ۰/۰۳ درصد از درآمد ناخالص ملی (GDP) می باشد، که به میزان پرداخت نقدی اندازه جمعیت واجد شرایط بستگی دارد (HELP AGE INTER-NATIONAL, 2006). برخی از طرح ها به صورت ملی تامین مالی می شوند، ولی برخی دیگر حمایت اهدا کنندگان را می طلبند (از طریق حمایت بودجه عمومی و یا برنامه های بخش حفاظت اجتماعی) (HELP AGE INTERNATIONAL, 2006). ترکیبی از اولویت بخشیدن بیشتر به حفاظت اجتماعی در بودجه های عمومی و افزایش مساعدت توسعه رسمی می تواند برپاسازی نظام های حفاظت اجتماعی در همه کشورها را امکان پذیر سازد (Mizunoya et al, 2006; Pal et al, 2005).

تامین مالی قابل پیش بینی و بلند مدت مورد نیاز است و غیر قابل پیش بینی بودن اهدا کنندگان تامین مالی، می تواند مانع مهمی در خلق نظام های حفاظت اجتماعی در بیشتر کشورهای فقیر قلمداد شود (HELP AGE INTERNATIONAL, 2006).

(فصل ۱۱ را ببینید: تامین مالی منصفانه). به حکومت ها توصیه می شود که سیاست های تامین اجتماعی را در راه کارهای کاهش فقر داخل نمایند تا از تامین مالی مورد نیاز از محل اعانات اطمینان حاصل نمایند. (HELP AGE INTERNATIONAL, 2006) طرح های موجود در کشورهایی از قبیل بولیوی، لسوتو، نامیبیا و نپال نشان می دهند که علیرغم چالش های موجود، ایجاد یک نظام حفاظت اجتماعی از نظر اجرایی و عملی در کشورهای با درآمد کم تا متوسط، امکان پذیر می باشد (McKinnon, 2007) (کادر ۸،۷). برقراری چنین نظام هایی نیازمند تعهدات ملی و بین المللی بلند مدت می باشد.

مقدار پول دریافتی بازنشستگان از محل چنین طرح هایی به طور گسترده ای در بین کشورها متفاوت است، از ۲ دلار آمریکا در ماه در بنگلادش و نپال تا ۱۴۰ دلار در ماه در برزیل. کشورهای اندکی هستند که حق بازنشستگی بالای خط فقر مطلق ۱ دلار در روز را ارائه می دهند و همه کشورهایی که این کار را انجام می دهند کشورهای با درآمد متوسط می باشند نه کشورهای با درآمد کم (جدول ۸،۱). نظام های حفاظتی و میزان سخاوت آن ها، می توانند با کمک چنین حمایت های خارجی با سرعت بیشتری افزایش یابند (ILO, 2007).

(Office of the Mayor, 2007). به طور مشابه پرداخت مزایا در مواقع بیکاری، ناتوانی، و بیماری، می توانند برای مثال به ثبت نام در طرح های کمک کننده جهت یافتن شغل برای افراد مشروط باشند. البته گذاشتن این شزط و شروط ها بستگی به قابل دسترس بودن مشاغل که از طرفی متناسب با قابلیت های افراد بوده و از طرف دیگر، امنیت شغلی بلند مدت به علاوه یک حداقل درآمد کافی برای یک زندگی سالم را ایجاد می نمایند، دارند (فصل ۷ را ببینید: اشتغال منصفانه و کار شایسته). در حالی که چنین برنامه هایی می توانند اثرات مهم مثبتی بر سلامت داشته باشند، شواهد جهت ارزش افزوده این شرط و شروط ها به خودی خود کافی نیست (SEKN, 2007). برنامه پرداخت پول نقد در اکوادور، تاثیرات مثبتی را بر رشد فیزیکی، اجتماعی-عاطفی و تکامل شناختی کودکان، حتی بدون گذاشتن شرط و شروط، نشان داد (Paxson & Schady, 2007).

گسترش نظام های حفاظت اجتماعی به گروه های طرد شده منزوی

کمسیون پیشنهاد می کند که:

۸.۳. حکومت ها، در جایی که نیاز است با کمک اهدا کنندگان و سازمان های جامعه مدنی و در جایی که نیاز است با مشارکت کارفرمایان، تضمین دهند که نظام های حفاظت اجتماعی طوری گسترش یابند که افرادی را که در کارهای پر مخاطره از قبیل کارهای غیررسمی، خانه داری یا کارهای مراقبتی به سر می برند را شامل شوند.

برای همه کشورها، چه فقیر و چه غنی، اهمیت دارد که نظام های حفاظت اجتماعی، افرادی را که به طور طبیعی از چنین سیستم هایی حذف شده اند، از جمله: افرادی که در کارهای پر مخاطره قرار دارند، شامل کار غیر رسمی و خانه داری یا کار مراقبتی را حمایت کنند (WGEKN, 2007). از آن جایی که مسئولیت های خانواده اغلب مانع دریافت مزایای کافی تحت پوشش طرح های مشارکتی حفاظت اجتماعی می شود این امر به خصوص برای زنان مهم می باشد. نظام های حفاظت اجتماعی، شامل طرح های حقوق بازنشستگی، باید طوری تنظیم شوند که عدالت جنسیتی را ترویج نمایند. یک رویکرد جنسیتی باید در طراحی و اصلاح نظام های حقوق بازنشستگی گنجانده شود تا بی عدالتی های جنسیتی از طریق سیاست های حفاظت اجتماعی ادامه نیابند. (WGEKN, 2007)

منطقه عملیاتی ۸.۲: حفاظت اجتماعی

چتر سیستم های حفاظت اجتماعی را بر روی کسانی که به طور طبیعی از آن ها محروم شده اند، بگسترانید.

جدول ۸.۱: حقوق بازنشستگی در کشورهای با درآمد کم و متوسط

Country	Age eligibility (years)	Universal (U) or means tested (M)	Amount paid monthly (US\$/ local currency)	% of population 60+ years	% of people 60+ receiving a social pension	Cost as % of GDP	Low- (L) or middle-income (M) country
Argentina	70+	M	US\$ 88 273 pesos	14%	6%	0.23%	M
Bangladesh	57+	M	US\$ 2 165 taka	6%	16%*	0.03%	L
Bolivia**	65+	U	US\$ 18 150 bolivianos	7%	69%	1.3%	M
Botswana	65+	U	US\$ 27 166 pula	5%	85%	0.4%	M
Brazil (Beneficio de Prestacao Continuada)	67+	M	US\$ 140 300 reais	9%	5%	0.2%	M
Brazil (Previdencia Rural)	60+ men 55+ women	M	US\$ 140 300 reais	9%	27%***	0.7%	M
Chile	65+	M	US\$ 75 40 556 pesos	12%	51%	0.38%	M
Costa Rica	65+	M	US\$ 26 13 800 colones	8%	20%	0.18%	M
India	65+	M	US\$ 4 250 rupees	8%	13%	0.01%	L
Lesotho	70+	U****	US\$ 21 150 loti	8%	53%	1.43%	L
Mauritius	60+	U	US\$ 60 1978 rupees	10%	100%	2%	M
Moldova	62+ men 57+ women	M	US\$5 63 lei	14%	12%	0.08%	L
Namibia	60+	M	US\$ 28 200 dollars	5%	87%	0.8%	M
Nepal	75+	U	US\$ 2 150 rupees	6%	12%	unknown	L
South Africa	65+ men 58+ women	M	US\$ 109 780 rand	7%	60%	1.4%	M
Tajikistan	63+ men 58+ women	M	US\$ 4 12 somoni	5%	unknown	unknown	L
Thailand	60+	M	US\$ 8 300 baht	11%	16%	0.00582%	M
Uruguay	70+	M	US\$ 100 2499 pesos	17%	10%	0.62%	M
Viet Nam	60+	M	US\$ 6 100 000 dong	7%	2%	0.022%	L
Viet Nam	90+	U	US\$ 6 100 000 dong	7%	0.5%	0.0005%	L

*Percentage of people aged 57+ years receiving a social pension; **paid annually; ***includes women 55+; ****universal with a few exceptions, primarily people who are already receiving a substantial government pension (about 4% of those who would otherwise be eligible).

Reproduced, with permission of HelpAge International, from HelpAge International (nd).



نظام های حفاظت اجتماعی همگانی، جزئی مهم از سیاست هایی هستند که به دنبال ایجاد زندگی سالم برای همه، در کل دوره زندگی و در کشورهای غنی و فقیر به یک شکل است. ظرفیت اجرایی و نهادی، مانع مهمی در سر راه اکثر کشورهای فقیر می باشد. با این وجود، کشورهای فقیر می توانند، چنین نظام هایی را از طریق شروع تدریجی پروژه های پابلوت و افزایش تدریجی سخاوت نظام گسترش دهند، که البته نیازمند حمایت اهدا کنندگان هم می باشند.

درب‌گرفتن همه افراد از طریق نظام های تامین اجتماعی مشارکتی

در کشورهایی که بخش غیر رسمی بزرگی دارند، تامین مالی مبتنی بر مالیات، تنها راه بر پا نمودن نظام های تامین اجتماعی همگانی نمی باشد. کادر ۸،۸ یک طرح ابتکاری را در هندوستان جهت برپایی یک نظام تامین اجتماعی مشارکتی توصیف می نماید. نظام پیشنهاد شده - بر اساس مشارکت کارفرمایان از طریق مالیات بندی بر شرکتهای شان، کارگران بالای خط فقر، و حکومت - تامین مالی می شود.

کادر ۸.۶: برنامه OPORTUNIDADES. پرداخت نقدی مشروط

مثالی از یک برنامه مشروط که برای برانگیختن رفتار خاصی بکار می رود، برنامه OPORTUNIDADES می باشد (قبلا PRO-GRESSA بود) که برنامه ی مشروط برای پرداخت پول نقد در مکزیک می باشد. این برنامه شامل انتقال (پرداخت) نقدی به خانواده ها به این شرط است که، کودکان ۶۰-+ ماهه آن ها واکسینه شده و در کلینیک های کودکان که به بررسی تغذیه آن ها می پردازد حضور یابند. این کودکان مکمل های تغذیه ای دریافت کرده و والدین آن ها آموزش بهداشت می بینند. زنان باردار مراقبت دوران بارداری و زنان شیرده مراقبت پس از زایمان دریافت می کنند، سایر اعضای خانواده هم سالی یک بار کنترل جسمی می شوند (در حالی که آموزش سلامت هم دریافت می کنند) و اعضای بزرگسال خانواده در جلسات منظمی که در مورد سلامت، بهداشت و تغذیه، در آن ها صحبت می شود مشارکت می کنند. نتایج ارزشیابی نشان می دهد که این برنامه اثرات مهمی بر سلامت داشته است. کودکانی که طی ۲ سال، در دوره مداخله، متولد شدند در ۶ ماه اول زندگی شان، نسبت به کودکان گروه کنترل ۲۵ درصد کمتر بیماری را تجربه کرده اند و نیز کودکان ۳۵-۰ ماهه طی این مداخله نسبت به هم‌تایان خود در گروه کنترل ۳۹/۵ درصد کمتر بیماری را تجربه کردند. همچنین کودکان مشمول این برنامه، حدود یک چهارم میزان معمول، دچار کم خونی شده و به طور متوسط یک سانتی متر بیشتر رشد داشتند. نهایتاً، به نظر میرسد اثرات این برنامه شکل تجمعی داشته باشد، یعنی در کودکانی که زمان بیشتری در برنامه شرکت داشته اند، تاثیرات بیشتر است.

منبع: ECDKN, 2007

کادر ۸.۷: نظام حقوق بازنشستگی اجتماعی همگانی در لسوتو

از سال ۲۰۰۴، لسوتو طرح حقوق بازنشستگی اجتماعی همگانی برای همه ساکنین بالای ۷۰ سال را داشته است. این طرح از طریق منابع داخلی تامین مالی شده و هزینه آن ۱/۴۳ درصد GDP می باشد. سطح مزایا تقریباً مشابه خط فقر ملی است (حدود ۲۱ دلار آمریکا در ماه). پرداخت پول ماهیانه از طریق شبکه دفاتر پستی که در همه مناطق روستایی و شهری دایر می باشند، انجام می شود (McKinnon, 2007). سن معیار، ۷۰ سال به بالا می باشد که هزینه برنامه را کاهش می دهد بدین معنا که تعداد محدودی از افراد، مزایا دریافت می کنند. حکومت لسوتو قصد دارد محدوده سن را تا ۶۵ سال کاهش دهد، که اجازه بهره مندی افراد بیشتری را از این نظام می دهد.

منبع: نجات کودکان بریتانیا HELP AGE INTERNATIONAL, 2006 و موسسه مطالعات توسعه ۲۰۰۵

کادر ۸.۸: برقراری نظام تامین اجتماعی مشارکتی در هند

۹۳ درصد نیروی کار در هندوستان، غیر رسمی است. این کارگران نه امنیت کاری و درآمدی و نه تامین اجتماعی قانونی دارند. انجمن زنان خویش فرما (SEWA)، اتحادیه ای متشکل از یک میلیون زن کارگر در هند است که مبارزه ای ملی را جهت تامین اجتماعی پایه برای کارگران غیر رسمی برپا نمود. این انجمن، لایحه پیش نویسی تدوین کرد که به همه کارگران حق داشتن تامین اجتماعی، شامل یک حداقل بیمه، حق بازنشستگی و مزایای فرزندداری (عائله مندی) را می دهد. چندین اتحادیه ملی نیز به این مبارزه پیوستند. حکومت ملی، کمیونی جهت تدوین قوانین و سیاست هایی جهت کارگران غیر رسمی تنظیم کرد. این کمیون، قانونی را تصویب نمود که، پوشش پایه - بیمه سلامت، بیمه عمر و حوادث، مزایای زایمان و حق بازنشستگی - را برای ۳۸۰ میلیون کارگر در اقتصاد غیر رسمی در نظر گرفت. هنگامی که این قانون به طور کامل اجرا شود، هزینه ای کمتر از ۰/۵ درصد GDP هند را خواهد داشت. مشارکت بین حکومت و کارفرمایان به عنوان یک گروه (از طریق مالیات بر شرکت های شان) و کارگران بالای خط فقر؛ پوشش تامین اجتماعی پیشنهادی توسط کمیون را تامین مالی خواهد نمود. و نیاز به هیچ گونه مشارکتی از جانب کارگران زیر خط فقر نیست. در هنگام نوشتن، لایحه مورد بازنگری قرار گرفت و انتظار می رود که در جلسه بعدی به پارلمان ارائه شود.

فصل نهم

مراقبت سلامتی همگانی

نباید دسترسی هیچ فردی به مداخلات لازم جهت نجات زندگی اش و یا مداخلات ارتقاء دهنده سلامتی اش، به دلایل غیر منصفانه از جمله علل اقتصادی یا اجتماعی نادیده گرفته شود.

(Margaret Chan, WHO Director-General Chan, 2008)

توزیع غیر عادلانه مراقبت های سلامت

مراقبت سلامتی در سرتاسر جهان، به صورت غیر عادلانه ای توزیع شده است. الگوی بی عدالتی در بهره مندی در کشورهای با درآمد کم تا متوسط مورد تاکید قرار گرفته است اما بی عدالتی، در کشورهای با درآمد بالا هم شایع است. در ایالات متحده، احتمال این که سرطان پستان و سرطان انتهای روده در مراحل انتهایی تشخیص داده شوند، در گروه های اقلیتی نسبت به سفیدپوستان، بیشتر است. بیماران، در سطوح پائین تر اقتصادی-اجتماعی، به احتمال کمتری خدمات مشاوره دیابت دریافت می کنند و به احتمال بیشتری به خاطر دیابت و مشکلات بعد از آن در بیمارستان بستری می شوند. (Agency for Health Care Research and Quality, 2003)

بی عدالتی در مراقبت سلامتی، در ارتباط با عوامل فرهنگی و اقتصادی-اجتماعی یک جمعیت شامل درآمد، قومیت، جنسیت و سکونت شهری یا روستایی می باشد. و به عنوان یک مداخله گر بنیادی در رفاه هر کشور، امر قابل پذیرشی نیست.

نظام مراقبت سلامتی-چیزی بیشتر از درمان بیمارها

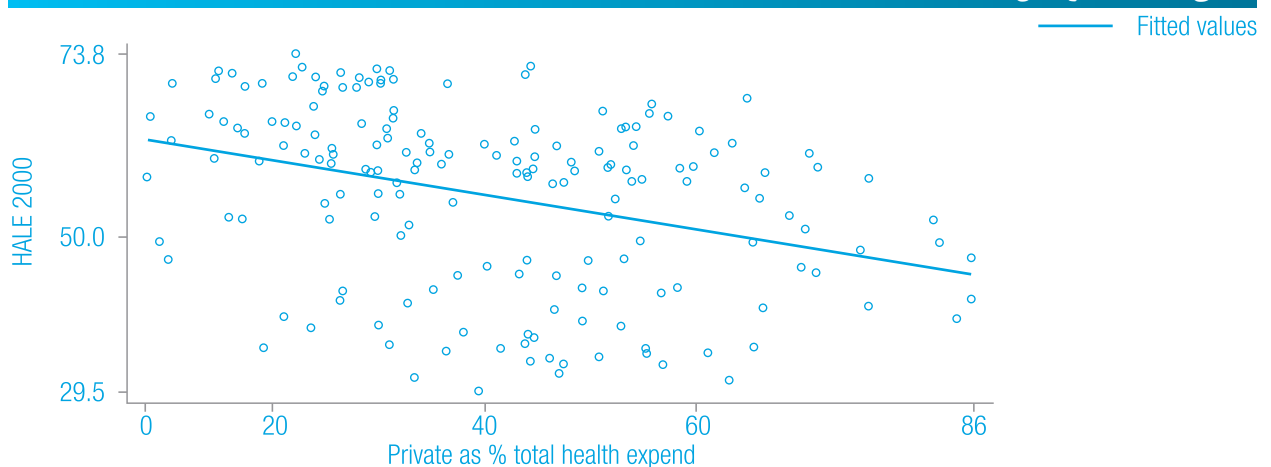
مراقبت سلامتی، حدود ۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی (GDP) جهانی را جذب می کند، که در مقایسه با کشورهای با درآمد کم تا متوسط، اکثر این مقدار در کشورهای پر درآمد هزینه می شود. به عنوان یک کارفرما، نظام های مراقبت سلامتی برای حدود ۵۹ میلیون نفر کار فراهم می کنند (GKN, 2007). نظام های مراقبت سلامتی، مزایایی را ارائه می دهند که چیزی فراتر از درمان بیماری ها است - به خصوص وقتی که این نظام ها با سایر خدمات از قبیل برنامه های تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) ادغام شوند (ECDKN, 2007). این نظام ها می توانند، از افراد در مقابل بیماری ها محافظت کنند و احساس امنیت در زندگی را ایجاد نمایند و می توانند عدالت در سلامت را، از طریق توجه به نیازهای گروه های اجتماعی محروم و حاشیه ای، ارتقاء دهند (HSKN, 2007). هنگامی

رابطه بین مراقبت های سلامتی و عدالت در سلامت

نظام های مراقبت سلامت^۱ یک تعیین کننده حیاتی برای سلامت می باشند. اما هنوز هم، به جز در کشورهای ثروتمند صنعتی، این نظام ها به طور مستمر و مزمنی دچار کمبود منابع بوده و به صورت فراگیری غیر عادلانه می باشند. هر ساله حدود نیم میلیون زن، بر اثر بارداری یا زایمان و یا مدت کوتاهی بعد از زایمان می میرند، که تقریباً همگی این موارد در کشورهای با درآمد کم و متوسط (WHO, 2005) می باشد. عدم دسترسی و بهره مندی از مراقبت های مامائی مناسب، عاملی کلیدی در ایجاد این آمار هولناک می باشد. در خیلی از کشورها، چه فقیر و چه غنی، هزینه های مراقبت سلامتی می تواند منجر به فقر وحشتناکی بشود. در ایالات متحده در هر ۳۰ ثانیه، یک نفر به دلیل یک مشکل جدی سلامتی، ورشکسته می شود (Health Care, 2008).

نظام مراقبت سلامتی، باید طوری طراحی و تامین مالی شود که در آن پوششی همگانی و عادلانه به علاوه منابع انسانی کافی تضمین شود. نظام های سلامت، باید بر اساس مدل PHC (مراقبت های اولیه سلامتی) پایه گذاری شوند و اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت را که به طور محلی سازمان دهی شده اند را با یک سطح اولیه و مستحکم از مراقبت ترکیب نموده و حداقل به اندازه درمان بر پیشگیری و ارتقاء (سلامت) هم تمرکز نمایند. تحت این شرایط، مراقبت سلامتی می تواند چیزی بیشتر از صرفاً "درمان بیماری بعد از این که رخ داد، ارائه دهد. این نظام می تواند برنامه ها و خدمات منسجم و با کیفیت بالایی را با توجه به محل مورد نظر ارائه دهد تا سلامت و خوب زیستی عادلانه برای همه را ترویج نماید. و این نظام می تواند هدف مشترکی از امنیت و انسجام اجتماعی را در سرتاسر جوامع و اجتماعات ایجاد نماید.

شکل ۹.۱: امید زندگی تطبیق داده شده سلامت و مبالغ صرف شده در بخش خصوصی به عنوان درصدی از کل هزینه های سلامت در سال ۲۰۰۰.



Reprinted, with permission of Palgrave Macmillan, from Koivusalo & Mackintosh (2005).

۱ - نظام های مراقبت سلامت به صورت نظام های سلامتی تعریف می شود که شامل مداخلات پیشگیری، درمانی و تسکینی - چه به صورت مستقیم برای افراد، و چه برای همه افراد اجتماع - می باشد.

اجتماعی و عمومی برای سلامت (نسبت به تولید ناخالص داخلی) با بهتر شدن امید زندگی تطبیق داده شده با سلامت در ارتباط می باشد (Koivusalo & Mackintosh, 2005). علاوه بر این، هزینه کردن بخش عمومی برای سلامت، به طور معناداری در ارتباط قوی با سطوح پایین تر مرگ و میر زیر ۵ سال، در میان فقرا در مقایسه با ثروتمندان می باشد (Houweling et al, 2005). کمیسیون، مراقبت های سلامتی را به عنوان کالایی عمومی نه کالایی در خور بازار، در نظر می گیرد.

علت اصلی این گونه اصلاحات، در واقع یک جا به جایی از اعتقاد به پوشش همگانی، به سوی اهمیت دادن به مدیریت فردی خطر، می باشد. تحت تاثیر چنین اصلاحاتی، به جای آن که مراقبت سلامتی، به صورت حمایتی عمل کند، می تواند فعالانه مردم را محروم و فقیر کند. سالانه، بیش از ۱۰۰ میلیون نفر، به جهت هزینه های کمر شکن سلامت خانوار که ناشی از پرداخت هزینه های دسترسی به خدمات می باشد، به سمت فقر سوق داده می شوند (Xu et al, 2007).

تغییرات و اصلاحات مهار نشده در موضوع سلامت و نیز تجاری کردن مراقبت های سلامتی، با افزایش نگاه پزشکی به انسان و شرایط اجتماعی و جدایی فزاینده بین مصرف کمتر از حد نرمال و زیاده تر از حد نرمال خدمات مراقبت سلامتی که بین فقرا و ثروتمندان در عرصه جهانی وجود دارد، ارتباط دارد. پایدار بودن نظام های مراقبت سلامتی برای همه کشورها، در همه سطوح توسعه اقتصادی اجتماعی، یک نگرانی محسوب می شود. پرداختن به مسئله پایدار بودن، در شرایطی که می خواهیم به فراهم کردن مراقبت های سلامتی عادلانه بپردازیم، اولین گام حیاتی در سیاست گذاری منطقی محسوب می شود، همچنان که این امر در تقویت مشارکت عمومی در طراحی و ارائه نظام های سلامت نیز مهم می باشد. قانون مراقبت معکوس (Tudor-Hart, 1971)، که در آن فقرا به طور دائم از خدمات سلامتی کمتری نسبت به ثروتمندان بهره مند می شوند، در اکثر کشورهای جهان قابل مشاهده است. یک رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت به نظام های مراقبت سلامتی، جایگزینی را پیشنهاد می نماید که فرصت هایی را برای کارایی و عدالت بیشتر مهیا می کنند.

که سازمان ها و خدمات حول اصل پوشش همگانی سازمان دهی شده باشند (گسترش حوزه ای از خدمات یکسان با کیفیت به کل جمعیت، بر اساس نیازها و تمایلات شان و بدون توجه به توانایی پرداخت) و هنگامی که این نظام ها در کل به حول مراقبت های اولیه سلامتی (PHC) سازمان دهی شده باشند (از جمله هر دو: مدل اقدام مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامتی که برای کل تعیین کننده های اجتماعی سلامت به طور محلی سازمان دهی شده است، و همچنین ورود به سطح اولیه مراقبت و سپس ارجاع به سطوح بالاتر)، نظام های مراقبت سلامتی بیشترین نقش را در بهبود سلامت و عدالت در سلامت دارا می باشند.

اصلاح بخش سلامت

بهر حال، روند تغییر سیاست های اقتصادی کلان در عرصه جهانی در طی دهه های اخیر، به طور قوی بر اصلاحات صورت گرفته بر بخش سلامت تاثیر گذاشته و از مزایای اصلاحات کاسته است. این اصلاحات عبارتند از: تشویق به پرداخت مالیات بر خدمات، پرداخت بر اساس عملکرد، جدا سازی وظایف ارائه دهنده و مشتری، تعیین بسته ای که مداخلات پزشکی-هزینه-اثر بخش را نسبت به مداخلات در اولویت ترجیح میدهد تا به تعیین کننده های اجتماعی بپردازد و نقشی قدرتمندتر برای عاملان بخش خصوصی قائل شوند. این موارد توسط ترکیبی از آژانس بین المللی، اقدام کنندگان تجاری و گروه های پزشکی که قدرت شان تحت تاثیر اصلاحات مذکور افزایش یافته است، با قدرت پیش برده می شوند (Bond & Dor & Ugalde, 2005; Lister, 2007, 2003; Homedes). نتیجه، از طرفی بیشتر تجاری شدن مراقبت های سلامتی و از طرف دیگر تمرکز فنی و پزشکی بر اقدامات آسیب رسان برای توسعه جامع نظام های مراقبت سلامت، بوده است و این امر می تواند به بی عدالتی در تعیین کننده های اجتماعی سلامت بپردازد (Ravindran & de Pinho, 2005; Rifkin & Walt, 1986).

باز کردن درهای بخش سلامت به روی تجاری شدن، فرآیندهایی که مشتریان و ارائه دهندگان خدمت را از هم جدا کرده است و موجب بخش بخش شدن و جزء جزء شدن فزاینده نظام های مراقبت سلامتی شده است را اصلاح می کند. بالاتر بودن مبالغ صرف شده در بخش خصوصی (نسبت به کل هزینه های سلامت)، با بدتر بودن امید زندگی تطبیق داده شده با سلامت، مرتبط می باشد (شکل ۹،۱)، در حالی که بالاتر بودن مبالغ صرف شده در بیمه های

کادر ۹.۱: تایلند - دست یابی به مراقبت های سلامتی همگانی

در اوایل سال ۲۰۰۲، تایلند به پوشش همگانی مراقبت های سلامتی، که شامل بسته ی جامعی از خدمات درمانی برای بیماران سرپایی و بستری، تصادفات و اورژانس ها، مراقبت های با هزینه بالا، ارائه داروهای که در فهرست داروهای ضروری سازمان جهانی بهداشت منعکس شده، و خدمات پیشگیری و ارتقاء فردی، با حداقل موارد استثنا (جراحی های زیبایی، درمان های جایگزینی کلیه در مراحل انتهایی بیماری های کلیه) می باشد، دست یافت. طرح پوشش همگانی - که قبل از هر چیز ابتدا بر جنبه مالی قضیه تاکید دارد - واجد خصوصیات شامل اهداف سیاسی شفاف، مشارکت تعریف شده، ظرفیت سازمانی قوی، و اجرای خیلی سریع (۱۲ ماه)، بود. دستور کار پوشش همگانی توسط نخست وزیر بعد از پیروزی اش در انتخابات سال ۲۰۰۱ آغاز شد، تدوین سیاست ها توسط کارکنان مدنی که از طرف اصلاح طلبان سیاسی و با حمایت محققین که گزینه های سیاسی را از طریق ارتباط دادن تحقیقات با سیاست ها فراهم می کردند، هدایت شد. بر اساس تجربه های قبلی از پوشش انواع طرح های مراقبت سلامتی، سیاست های جدید پوشش همگانی شامل:

- مدل پرداخت به ازای خدمت را نفی کرد.
- پرداخت سرانه (پرداخت به ارائه دهنده مراقبت سلامتی از محل صندوق های مالیاتی) را به عنوان روش پرداخت اتخاذ نمود.
- بر پوشش همگانی برای استفاده بهتر از مراقبت های اولیه، به همراه سیستم ارجاع صحیح تمرکز نمود.

منبع: HSKN, 2007

اقدام در جهت مراقبت سلامتی همگانی

کمسیون پیشنهاد می کند که:

۹.۱ حکومت های ملی، به همراه جامعه مدنی و اهدا کنندگان کمک، نظام های مراقبت سلامتی را بر اساس ارائه یک پوشش همگانی از خدمات با کیفیت، همراه با تمرکز بر مراقبت های اولیه سلامتی (PHC)، بنا کنند پیشنهادات ۵.۲؛ ۷.۵؛ ۸.۱؛ ۱۰.۴؛ ۱۳.۶؛ ۱۴.۳؛ ۱۵.۲؛ ۱۶.۸ () را ببینید.

مراقبت های اولیه سلامتی همگانی

ظاهراً همه کشورهای با درآمد بالا، نظام های مراقبت سلامت خود را حول اصل پوشش همگانی، سازمان دهی می کنند (ترکیب نمودن ساز و کارهایی برای تامین مالی سلامت و فراهم آوری خدمات). اما اعتقاد به مراقبت های همگانی، به کشورهای با درآمد بالا محدود نمی شود. برای مثال، تایلند، رهبری و موفقیتی را در این زمینه از خود نشان داده است (کادر ۹،۱).

مراقبت های اولیه سلامتی (ترکیبی از ادغام مدل PHC بر اساس تعیین کننده های اجتماعی سلامت و تاکید بر سطوح اولیه مراقبت ها، با ارجاع موثر به سمت بالا) بر مراقبت جامع، منسجم و مناسب دلالت دارد و بر پیش گیری از بیماری ها و ارتقا سلامت تاکید می کند. شواهد موجود، بر اثر بخشی رویکرد PHC که در طیفی از جوامع با درآمد بالا، متوسط و کم اجرا شده است، دلالت دارند.

در کاستاریکا، مراقبت های اولیه تقویت شده (با بهبود در میزان دسترسی و ایجاد تیم های سلامت چند منظوره)، منجر به کاهش در نرخ مرگ و میر نوزادان، از ۶۰ نوزاد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۷۰ به ۱۹ نوزاد در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۸۵ شده است. طی هر ۵ سال بعد از اصلاحات، مرگ و میر کودکان ۱۳ درصد و مرگ و میر بزرگسالان ۴ درصد کاهش نشان داد، که البته این مقادیر مستقل از بهبود در سایر تعیین کننده های سلامت بوده است (PAHO, 2007; Starfield, 2006; Starfield et al, 2005). شواهد مربوط به موفقیت خدمات سطح اولیه در افریقا (جمهوری دموکراتیک کونگو که قبلاً ژنر نام داشت، لیبیریا، نیجر)، آسیا (چین، ایالت کرالی هند، سریلانکا) و امریکای لاتین (برزیل و کوبا)، در دسترس است

(De Maeseneer et al, 2007; Doherty & Govender, 2004; Halstead et al, 1985; Macinko et al, 2006; Starfield et al, 2005; Levine, 2004).

مراقبت های اولیه سلامتی - مداخله و توانمند سازی جامعه

مدل PHC، بر مشارکت جامعه و توانمندسازی اجتماعی، حتی در صورت عدم تعادل قدرت محلی، محدودیت منابع و حمایت محدود از طرف سطوح بالاتر نظام سلامت، تاکید می ورزد (Baez & Barron, 2006; Goetz & Gaventa, 2001; Lopez et al., 2007; Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007) راه کارهای توانمندسازی اجتماعی، می تواند آگاهی اجتماعی از سلامت و نظام های مراقبت سلامت را افزایش داده، سواد سلامتی را تقویت نموده و اقدامات مربوط به سلامتی را به حرکت درآورد. (کادر ۹،۳)

(Goetz & Gaventa 2001; Loewenson, 2003; Vega-Romero & Torres-Tovar, 2007) پروژه شهری مراقبت های اولیه سلامتی در بنگلادش (کادر ۹،۴) نشان می دهد که چگونه آگاهی عمومی از نیازهای سلامتی و مشارکت بین دولت محلی و جامعه مدنی، از طراحی و مدیریت موثر مراقبت های سلامتی برای گروه های حاشیه نشین شهری، حمایت می نماید.

حکومت ها، می توانند برای ترویج پاسخ گویی نظام های مراقبت سلامتی به شهروندان وارد عمل شوند (Murthy, 2007) (کادر ۹،۵).

شواهد مربوط به متون مراقبت های اولیه سلامتی، اهمیت مشمول شدن گروه های ذی نفع در همه جنبه های توسعه سیاسی و برنامه ای، اجرا و ارزشیابی را مورد حمایت قرار می دهند. جلب حمایت عمومی - با پیش گامی جامعه مدنی - برای افزایش توجهات به سمت خدماتی که نیازهای سلامتی زنان فقیر را مورد توجه قرار می دهند و افزایش حمایت از این خدمات، مورد نیاز می باشد. نیازهای خاص سلامت جنسی، که هم بر زنان و هم بر مردان تاثیر گذار هستند، باید مورد توجه قرار گیرند، تا این که دسترسی به درمان برای هر دو جنس، بدون سوگیری امکان پذیر باشد (WGEKN, 2007; Thorson et al, 2007; Bates et al, 2004; Huxley, 2007).

با وجود تغییرات جمعیتی به سمت جمعیت های پیرتر در بیشتر مناطق، نظام های سلامت باید بر حمایت از سلامت سالمندان، متمرکز شوند. انتظار می رود، امید زندگی بدو تولد (LEB) جهانی، هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای توسعه یافته، همچنان به افزایش خود ادامه دهد. بنابراین پیش بینی می شود که درصد جمعیت بالای ۶۵ سال از ۷/۴ درصد در سال ۲۰۰۵ به ۱۳/۷ درصد تا ۱۹/۱ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد (Musgrove, 2006). انتظار می رود که بیشترین رشد در کشورهای کمتر توسعه یافته رخ دهد. شواهد نشان می دهند که ناتوانی، که معمولاً به خاطر بیماری های مزمن می باشد، مسئله مهم سلامت عمومی در افراد بالای ۴۵ سال باشد. علل عمده ناتوانی های مرتبط با سن، اختلالات عصبی-روانی (افزایش شیوع شرایطی از قبیل بیماری آلزایمر)، اختلالات بینایی و ضعف شنوایی، پوکی استخوان، آرتروز، دیابت و جراحات می باشند. اقدامات حفاظتی در زمینه مولفه های سال خوردگی سالم، فضای اجتماعی گسترده تری را شکل می دهد که خدمات مراقبت سلامتی باید با آن وفق داده شود (NAS Panel on Aging, 2006).

منطقه عملیاتی ۹.۱: مراقبت سلامتی همگانی

سیستم مراقبت سلامتی را بر اصول زیر بنا کنید: عدالت، پیش گیری از بیماری ها و ارتقاء سلامتی.

کادر ۹.۲: مراقبت های اولیه سلامتی، مراقبت سطح اولیه و سلامت جمعیت

شواهد، به خصوص از کشورهای با درآمد بالا، نشان می دهند که نظام های مراقبت سلامتی که در حد سطوح اولیه مراقبت ها سازمان دهی شده اند، پیامدهای بهتری برای سلامت دارند (Starfield et al, 2005). وضعیت سلامت مردم در مناطق جغرافیایی که پزشکان مراقبت اولیه بیشتری وجود دارند، بهتر است. افرادی که مراقبت های درمانی را از پزشکان مراقبت اولیه دریافت می کنند سالم ترند. بین شکل های خاصی از مراقبت سطح اولیه (مثل مراقبت پیش گیرانه) و بهبود سلامت در افرادی که این خدمات را دریافت می کنند، ارتباط وجود دارد. نکته آخر این که فقط دسترسی بالا به مراقبت های درمانی نیست که مراقبت های سطح اولیه را تاثیر گذار می سازد، بلکه چنین اثر بخشی به جهت وجود اصول پیش گیری و ارتقا سلامت، نیز می باشد. منبع HSKN, 2007

کادر ۹.۳: مثال هایی از راه کارهای توانمندسازی اجتماعی

راه کارهای توانمندسازی اجتماعی، شامل موارد زیر می باشند:
- افزایش دسترسی شهروندان به اطلاعات و منابع و افزایش وضوح موضوعات سلامت که در گذشته نادیده گرفته شده اند (برنامه های رادیویی Panchayat در هند، جنبش های حمایتی و تحقیقاتی سرطان پستان در بریتانیا، گروه های کاری اجتماعی در سلامت در زیمباوه)
- توسعه هوشیاری، خود آگاهی و انسجام که پایه هایی برای اقدام اجتماعی هستند (مطالعاتی در مورد آموزش به زنان فقیر روستائی آفریقای جنوبی، جهت سرمایه گذاری های کوچک، و خشونت شرکای جنسی)
- درگیر نمودن گروه های جمعیتی در تنظیم اولویت ها، در برنامه ریزی ها (عملیات محلی به منظور شناسایی راه حل های سیاسی جایگزین از طریق طرح های ارتقاء سلامت محلی در بریتانیا) منبع HSKN, 2007

کادر ۹.۴: مراقبت های اولیه سلامتی مناطق شهری در بنگلادش

پروژه مراقبت های اولیه سلامتی مناطق شهری در بنگلادش، مشارکتی بین شهرداری ها و جامعه مدنی است که هدف اش ارائه خدمات سلامتی برای جمعیت هایی است که در سکونت گاه های غیر رسمی زندگی می کنند. موسسات شهری در همکاری با ۱۴ NGO، در حال اقدام به ایجاد مراکز سلامتی با تامین مالی از طرف EU, CIDA, DFID, UNDP, ADB هستند. زنان فقیر و کودکانی که در این سکونت گاه ها زندگی می کنند از خدمات مراقبت سلامت اولیه با کیفیت خوب و یارانه ای استفاده می کنند که این افراد ۷۵ درصد کل ذی حقان را تشکیل می دهند. افراد خیلی فقیر، خدمات را به صورت رایگان دریافت می کنند. پوشش خدمات مراقبت اولیه از ۴۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۱ به ۵ میلیون نفر در سال ۲۰۰۴ افزایش یافته است که توسط ۱۲۴ مرکز مراقبت اولیه، خدمات رسانی می شوند. منبع KNUS, 2007

کادر ۹.۵: اقدام دولت برای پاسخ گویی عمومی در مورد مراقبت سلامتی

اقدامات دولتی که پاسخ گویی عمومی در مراقبت از سلامت را افزایش می دهد شامل موارد زیر می باشد:
- قانون گذاری جهت این امر که، مردم از حق سلامتی برخوردار باشند و حق آن را داشته باشند که اطلاع رسانی شوند و در سیاست های عمومی و بودجه بندی مشارکت داشته باشند (فصل ۱۰ را ببینید: عدالت در سلامت در همه سیاست ها، نظام ها و برنامه ها)
- قانون گذاری جهت این امر که شهروندان برای مشارکت در مدیریت بیمارستان ها و چگونگی ارائه خدمات سلامتی، در ارزیابی کیفیت کلینیک های ارائه دهنده خدمات و ایجاد ساز و کارهایی برای خود تنظیمی توسط متخصصان سلامت و برای حفاظت از حقوق بیماران، حق داشته باشند.
- تقویت پاسخ گویی نظام های مراقبت از سلامت درباره عدالت جنسیتی، از طریق مراکز مردمی سلامت باروری و جنسی و کمیته های حقوقی در سطح ملی و دولتی برای نظارت نمودن بر برنامه های سلامت باروری و جنسی



پیشگیری و ارتقاء

مراقبت سلامتی، کاری بسیار فراتر از فقط درمان بیماری ها (بعد از ایجادشان)، انجام می دهد. تحقیقات نشان می دهد که بخش زیادی از بار جهانی مربوط به بیماری های واگیردار و غیر واگیر می توانند از طریق بهبود اقدامات پیشگیرانه کاهش یابند. (Lopez et al, 2006) دست اندرکاران پزشکی و سلامتی، تأثیری قوی بر نوع تفکر جامعه درباره سلامت و تامین آن دارند. آن ها با حمایت سایر حامیان و فعالان حوزه های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می توانند گواهی دهند که، اقدام بر روی علل اجتماعی موثر بر مواجهه و آسیب پذیری به خطرات ناشی از سلامت نامطلوب، از ضرورت اخلاقی برخوردار است.

(PPHCKN, 2007 & WHO's Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes) در حال ایجاد دستورالعملی در همه بخش هایش می باشد که نشان می دهد که چگونه برنامه ها می توانند به صورت بهتری طراحی، ارائه و نظارت شوند تا بی عدالتی های سلامتی را بشناسند و درباره تعیین کننده های اجتماعی سلامت وارد عمل شوند. گزینه های اقدام بر سلامت روان در (جدول ۹،۱) به عنوان یک مثال، ارائه شده اند.

جدول ۹،۱: سلامت روان - مداخلات و تعیین کننده ها

مداخله	تعیین کننده	تمایزات
بهبود دسترسی به خدمات سلامت روان از طریق ادغام در مراقبت های سلامت عمومی	کمبود خدمات در دسترس	تفاوت در دسترسی به مراقبت های سلامتی
اطمینان از این که کارکنان سلامت روان از نظر فرهنگی و زبان، قابل قبول هستند	خدمات غیر قابل قبول	
تامین خدماتی که از لحاظ مالی قابل دسترس باشند	موانع اقتصادی مراقبت	
حمایت از مراقبین، جهت حفاظت خانوارها از عوارض مالی افسردگی، برنامه های توان بخشی	عوارض مالی تأثیر افسردگی بر قدرت تولید	عواقب گوناگون
مبارزه با ننگ آور دانستن این بیماری ها در سطح جامعه، ارتقاء شبکه های حمایتی اجتماعی و خانوادگی	عواقب اجتماعی افسردگی	
کاهش هزینه ها	عواقب مالی درمان افسردگی	
ارتقاء سلامت روان، شامل اجتناب از سوء مصرف مواد	عواقب افسردگی بر سبک زندگی	آسیب پذیری گوناگون
ارتقاء برنامه های ECD	خطرات دوران ابتدای تکامل	
مداخلات مادر - نوزاد، شامل تغذیه از شیر مادر	خطرات دوران ابتدای تکامل، بیماری های روانی مادران، رابطه ضعیف کودک و مادر	
برنامه های پیش گیری از افسردگی با هدف گیری نوجوانان	خطرات تکاملی در دوران نوجوانی	
برنامه های آموزش و مدیریت استرس - مکانیزم های حمایتی گروه های همسالان	خطرات تکاملی برای بزرگسالان مسن تر	
بهبود دسترسی به تسهیلات اعتباری و پس انداز برای فقرا	عدم دسترسی به تسهیلات اعتباری و پس انداز	

مداخله	تعیین کننده	تمایزات
برنامه های پیش گیری از خشونت / جرم	خشونت / جرم	مواجهه گوناگون
برنامه های ترویج و ایجاد انسجام خانواده و وحدت گسترده تر اجتماعی	از هم گسیختگی اجتماعی	
برنامه های حمایت از استرس و تروما	بلایای طبیعی	
هدف گیری شرایط محرومیت چندگانه	پیش گیری از آسیب	
مداخلات بهبود مسکن	مسکن نامناسب	
برنامه های استقرار مجدد	محله های فقیر	
برنامه های اشتغال زایی، آموزش مهارت ها	بیکاری	شرایط وموقعیت اقتصادی اجتماعی
مستحکم کردن سیاست سلامت روان، قانون گذاری و زیر بنای خدمات	کمبود سیاست گذاری ها و قانون گذاری های دولت؛ چارچوب حقوق بشر	
سیاست های مربوط به مواد مخدر و الکل	سوء مصرف مواد	
برنامه های ترویج سلامت روان	ننگ (استیگما)	
سیاست های اقتصادی جهت ارتقا پایدار وامنیت مالی و ارائه بودجه کافی جهت خدمات گسترده بخش عمومی (مسکن، خدمات اجتماعی، سلامت)	بیکاری	
سیاست گذاری های رفاهی که یک شبکه ایمن مالی ارائه دهند	نا امنی مالی	
سیاست های حمایت از نیروی کار (مثل اعمال محدودیت درداشتن شیفت های اضافی، قانون حمایت کارگر، امنیت شغلی)	فشار کاری	
اجبار تحصیلات پایه، حمایت مالی، انگیزه ها	فقدان آموزش	

Source: PPHCKN, 2007d

سمت گروه های خیلی نیازمند در جمعیت بوده است. هنوز هم، مراقبت باید به صورت هدفمند ارائه شود. تجربه نشان می دهد که توسعه پروژه های طراحی شده خاص افراد فقیر و در مقیاس کوچک، به مقیاس ملی و جهت پرداختن به موضوع کنترل بی عدالتی، مشکل می باشد.

(Ranson et al,2003; Simmons & Shiffman, 2006)

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۹.۲: حکومت های ملی، با تضمین رهبری بخش عمومی در تامین مالی نظام های مراقبت سلامت و با تاکید خاص بر ایجاد درآمد با کمک مالیات و بیمه، پوشش همگانی مراقبت سلامتی را بدون توجه به توانایی پرداخت، تضمین نمایند و هزینه های پرداختی از جیب مردم را به حداقل برسانند.

تامین مالی مراقبت سلامتی - مالیات و بیمه

پوشش همگانی باین معنی است که هر فرد از یک کشور بتواند از دامنه مشابهی از خدمات (با کیفیت خوب) طبق نیازها و سلاقی اش و بدون توجه به سطح درآمد و وضعیت اجتماعی و محل سکونت اش استفاده نماید و همچنین این که این افراد برای استفاده از این خدمات توانمند شده باشند. این امر، حوزه مشابهی از مزایا را به کل جمعیت گسترش می دهد (اگرچه دامنه مزایا در زمینه های مختلف، متفاوت است) و اهداف سیاسی عدالت در پرداخت، حفاظت مالی (کادر ۹،۷) و عدالت در دسترسی به خدمات قابل قبول، را ادغام می نماید.

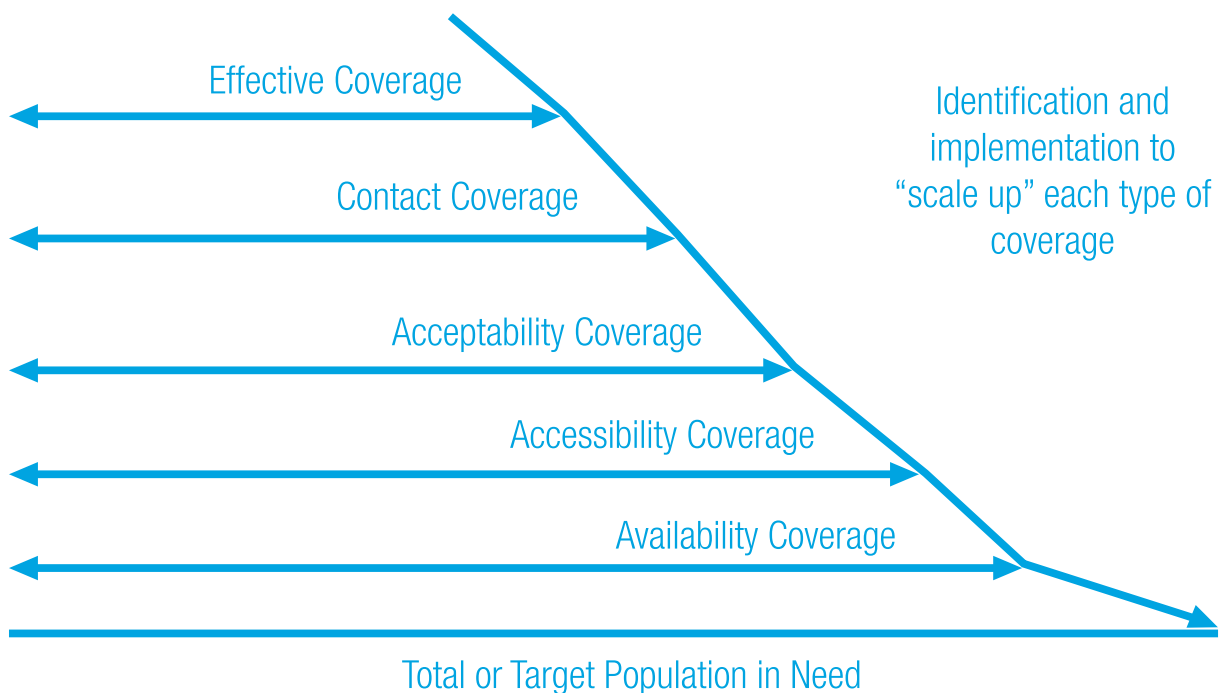
تعداد متفاوتی از مدل های تامین مالی نظام مراقبت سلامتی وجود دارد: مالیات عمومی، از طریق بیمه همگانی اجباری، طرح های بیمه اختیاری و اجتماع محور و پرداخت مستقیم از جیب. از بین همه این ها، کمیسیون از روش های پیش پرداخت برای تامین مالی از طریق مالیات عمومی (کادر ۹،۸) و یا بیمه همگانی اجباری، برای عدالت در سلامت طرف داری می نماید (HSKN, 2007).

استفاده از مراقبت سلامتی هدفمند جهت ایجاد پوشش همگانی

پوشش دادن، صرفاً درموضوع فراهم بودن داروها و خدمات خلاصه نمی شود. بلکه به معنی خدمات مناسب و با کیفیتی است که در دسترس و مورد استفاده همه آن هایی که به آن نیاز دارند، قرار می گیرد. مدل تاناهاشی (Tanahashi) (شکل ۹،۲)، پنج سطح یا مرحله را که افراد، گروه ها یا جمعیت های نیازمند، باید از آن عبور کنند تا خدمات یا مداخلات موثر را دریافت کنند و این که چطور نسبت افرادی که قادر به دسترسی به مراقبت هستند در هر مرحله کم می شوند، را نمایش می دهد. برنامه های سنتی اقدام بر بیماری، بر پوشش کارآمد و پوشش تماسی تمرکز دارند. PPHCKN در حال شناسایی نقاط ورودی جهت غلبه بر موانع است که باعث می شود برنامه های ملی را در هر مرحله ای بهبود بخشند (فصل ۱۵: حاکمیت خوب جهانی).

در کشورهای کم درآمد، که بودجه عمومی محدود بوده و معمولاً به نفع ثروتمندان هزینه می شود، برخی استدلال می کنند که پوشش همگانی کمتر احتمال دارد که در کوتاه مدت به دست آید و به عنوان یک هدف سیاسی، توجهات را از نیاز ضروری به تجربه سایر روش های گسترش پوشش مراقبت سلامتی به گروه های فقیرتر منحرف می سازد (Gwatkin et al,2004). در صورتی که مهم است که همه کشورها نظام مراقبت سلامتی همگانی را ایجاد کنند، این امر که اطمینان حاصل کنند که خدمات به گروه ها و مناطق محروم می رسد می تواند یک راه کار مهم در کوتاه مدت باشد. هدف گذاری برای یک منطقه جغرافیایی خاص یا برای یک گروه خاص و دسترسی همگانی، رویکردهای متعارض با یکدیگر نیستند. برزیل و جمهوری بلواری ونزوئلا (کادر ۹،۶) مثال هایی از روش هدف گذاری ملی در مقیاس وسیع برنامه های مراقبت سلامت را ارائه می دهند که می توانند به سمت همگانی شدن پیش بروند - ایجاد و افزایش حق دسترسی، ارتقاء بهره مندی و هدایت مزایا در درجه نخست به

شکل ۹.۲: خدمات موثر جهت پوشش همگانی.



مبالغ عمومی دریافت می کنند، آن ها ممکن است هنوز هم به طور نسبی دستاوردهای سلامتی بیشتری نسبت به اغنیا داشته باشند (O'Donnell et al, 2005; Wagstaff et al, 1999). بخشی از این امر ممکن است این گونه توضیح داده شود که، مراقبت سلامتی فقرا نسبت به مراقبت سلامتی اغنیا، به طور معناداری ارتباط قوی تری با مبالغ صرف شده عمومی در بخش سلامت دارد. (Houweling, 2005) واضح است که تاکید بر ایجاد سیستم مراقبت سلامت مبتنی بر مالیات تصاعدی، به ظرفیت دریافت سطوح کافی درآمد مالیاتی داخلی (domestic revenue) (و/یا دریافت کمک های بین المللی مناسب)، بستگی دارد (فصل ۱۱ را ببینید: تامین مالی منصفانه). درجایی که ظرفیت دریافت مالیات و یا منابع مالیاتی قابل دسترس ضعیف می باشند، یک شکل جایگزین پیش پرداخت (هزینه های سلامتی)، طرح بیمه سلامت اجباری ملی می باشد. اگرچه، به خصوص در جوامع کم درآمد چنین تامین مالی، حداقل در آغاز ممکن است به طور زیادی به تامین مالی خارجی وابسته باشد، این امر ابهاماتی را در باره پایداری این گونه طرح ها در بلند مدت ایجاد می نماید. مثال کشور غنا (کادر ۹،۹) نشانه هایی از چنین وابستگی را نشان داده است، اما همچنین نشان می دهد که چطور حرکت جسورانه به سوی پیش پرداخت (هزینه های سلامتی) به صورت

در آسیا، مبالغ عمومی صرف شده در بخش سلامت، در ۱۰ کشور از ۱۱ کشور باز توزیعی بوده است، در حالی که ۴ کشور دیگر به مزایای سلامتی به سود فقرا یا حتی توزیع آن دست یافته اند (O'Donnell et al, 2007; O'Donnell et al, 2005). در ۵ کشور از ۷ کشور امریکای لاتین، مبالغ عمومی صرف شده در بخش سلامت، یا به نسبت بین ثروتمندان و فقرا توزیع شده است یا به فقرا میزان بیشتری داده شده است (PAHO, 2001). حتی در افریقا، که نگرانی هایی درباره بی عدالتی در مبالغ عمومی صرف شده در مراقبت سلامت وجود دارد، مشخص شد که مبالغ در همه ۳۰ کشور مورد مطالعه، باز توزیعی بوده است (Chu et al, 2004). مبالغ صرف شده در مراقبت سلامتی، به آن هایی که در پائین ترین طبقات درآمدی هستند، رسیده است. (Kida & Mackintosh, 2005) بر طبق شواهدی از کشورهای با درآمد کم تا متوسط، ظرفیتی که نظام های مراقبت سلامتی بازتوزیعی برای ارائه دستاوردهای عدالت در سلامت دارا می باشند بیشتر است به طوری که مبالغ صرف شده توسط مراقبت سلامت عمومی تاثیر زیادتری بر میزان مرگ و میر فقرا نسبت به غیر فقرا دارد، (Bidani & Ravallion, 1997; Gupta, Verhoeven & Tiongson, 2003; Wagstaff, 2003). بنابراین حتی در جایی که فقرا (نسبت به اغنیا) یارانه کمتری از

کادر ۹.۶: برزیل: برنامه سلامت خانواده (PSF)

با تدوین این برنامه در دهه ۱۹۹۰، برنامه سلامت خانواده (PSF)، جهت تامین دسترسی همگانی و رایگان به مراقبت های اولیه سلامتی و به عنوان دروازه ای به سوی استقرار یک نظام واحد مراقبت سلامتی تامین شده از محل منابع عمومی، وارد کار شد. در چنین نظامی، تیم های سلامت خانواده (ESF)، هر یک شامل یک پزشک عمومی، یک پرستار و یک دستیار پرستار و یک «عامل محلی» که از جمعیت محلی انتخاب شده است، برای پوشش دادن جمعیتی بین ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر ایجاد شدند. برخی از تیم های سلامت خانواده (ESF)، تیم سلامت دهان نیز داشتند. در آغاز، تیم های سلامت خانواده (ESF) بر مناطق فقیر تمرکز نمودند، از دهه ۱۹۹۸ به بعد این رویکرد توسط دولت فدرال به عنوان یک راه کار جهت تغییر مدل ملی موجود حمایت از سلامت اتخاذ شد و انگیزه های مالی به شهرداری ها داده شد تا آن ها را به سمت اتخاذ این برنامه تشویق نماید. تا سال ۲۰۰۶، ۸۲ میلیون نفر (۴۶ درصد جمعیت) تحت پوشش قرار گرفتند، این پوشش به طور مشخصی در مناطق فقیر شمال و شمال شرق افزایش یافت و این پوشش در شهرهای با جمعیت های فقیرتر، بیشتر بود. بین سال های ۱۹۸۸ و ۲۰۰۶، این برنامه ۳۳۰۰۰۰ شغل جدید ایجاد نمود. بین سال های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۳، از میان شهرهای با شاخص توسعه انسانی کم، در شهرهایی که پوشش برنامه سلامت خانواده (PSF) بیشتری داشتند، مرگ و میر نوزادان ۱۹ درصد کاهش یافت، در حالی که در شهرهای با پوشش کمتر برنامه سلامت خانواده (PSF)، این مرگ و میر افزایش داشت.

جمهوری بولیوار ونزوئلا - باریو آدنترو (BARRIO ADENTRO)

اهداف "باریو آدنترو" تغییر نظام مراقبت سلامت می باشد و به عنوان یک تسریع گر برای اقدامات ابتکاری که هدف شان توسعه گسترده اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی بوده است، عمل می کند. این برنامه با تاسیس مراکز مراقبت اولیه سلامتی رایگان، در سکونت گاه های غیر رسمی در کاراکاس آغاز شد اما به طریقی ملی تبدیل شد که بیش از ۷۰ درصد جمعیت را تا سال ۲۰۰۶ تحت پوشش قرار داد. کارکنان باریو آدنترو، در دوره اولیه توسعه، بیسواد و سوء تغذیه را به عنوان اولویت های کلیدی برای سلامت عمومی شناسایی نمودند و در پاسخ به تاکید دولت بر «رسالت های اجتماعی» دیگری را جهت بهبود حق داشتن زمین، آموزش، مسکن و منابع فرهنگی و جهت ارتقاء شناخت افراد بومی، اعلام کردند. تا سال ۲۰۰۶، ۱۹/۶ میلیون نفر (۷۳ درصد جمعیت) تحت پوشش قرار گرفتند. بین سال های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۵، کاهش شدیدی در نرخ مرگ و میر نوزادان و شیوع بیماری های دوران کودکی رخ داد و شناسایی و پیگیری بیماری های مزمن هم افزایش یافت. منبع: SEKN, 2007

منطقه عملیاتی ۹.۲: مراقبت سلامتی همگانی

اطمینان حاصل نمایید که تامین مالی نظام مراقبت سلامتی، عادلانه است.



مثال های نظام های مبتنی بر مالیات شامل کانادا، سوئد و بریتانیا می باشد. در برخی وضعیت ها، مثل کاهش میزان اشتغال، ممکن است تداوم بیمه اجباری مشکل باشد و حتی در میان نظام های بیمه گر، تامین مالی مبتنی بر مالیات، باید به صورت کامل یا جزئی مورد استفاده قرار گیرد تا هزینه مراقبت های ارائه شده به گروه هایی که به سختی دسترسی به بیمه دارند مثل کارکنان غیر رسمی یا خویش فرما، کاهش یابد.

طرح های بیمه ای مبتنی بر اجتماع، نقش مهمی را در تحول پوشش همگانی در اروپا و ژاپن ایفا کرده اند (Ogawa et al, 2003) همچنین در تایلند و اخیراً در غنا و برخی کشورهای آفریقایی (Carrin et al, 2005) و در کشورهای در حال گذار نیز موثر بوده اند (Balabanova, 2007). اگرچه چنین طرح هایی ممکن است مزایای حفاظت مالی برای برخی افراد فقیر ارائه دهند، اما شواهد ملت ها نشان می دهند که پوشش محدود، طرد شدگی افراد خیلی فقیر از این طرح ها و توان کم و ضعیف، عواملی هستند که می توانند اثرگذاری این طرح ها را بر عدالت محدود کرده و به تداوم آن ها آسیب بزنند. (Lagarde & Palmer, 2006; Mills, 2007). شواهدی

همگانی امکان پذیر می باشد.

طرح های بیمه ای که در مقیاس های کوچک تر هستند، ممکن است به عنوان روشی جهت افزایش خدمات سلامتی در میان جوامع و خانوارهای خیلی فقیر مفید باشند، اما اندازه کوچک استخر خطرپذیری (Risk pool) و امکان خرد شدن در میان طرح های چندگانه، می تواند تاثیر منفی بر عدالت در سلامت برجا بگذارد. تقویت "اشتراک خطر" با متوسط امید زندگی بدو تولد (LEB) بهتر، و نرخ های عادلانه تر بقا کودکان همراه می باشد (HSKN, 2007). مطالعه موردی تای (Thai) (کادر ۹،۱۰، شکل ۹،۳) نشان می دهد که چطور پوشش مالی از طریق طرح های پوشش همگانی وابسته به نظام های مالیاتی به گروه های کم درآمد گسترش یافت، که در آغاز به تکمیل سایر الگوهای بیمه سلامت پرداخت اما از طریق آژانس ملی بیمه، پتانسیل لازم را جهت یکپارچه کردن منابع مالی همه طرح ها ایجاد کرد.

علیرغم توجه وعلاقه ای که اخیراً به بیمه سلامت اجتماعی دیده می شود (کادر ۹،۱۱)، تامین مالی مبتنی بر مالیات تصاعدی، مزیت های ویژه ای را نشان می دهد (Mills, 2007; Wagstaff, 2007).

کادر ۹.۷: عدالت و حفاظت

ضرورت ایجاد تنظیمات مالی برای پوشش همگانی به منظور اطمینان حاصل نمودن از حفاظت از همه مردم در مقابل هزینه های مالی ناخوشی است. در زمینه کشورهای با درآمد کم تا متوسط، تامین مالی پوشش همگانی، ضرورتاً بدین معناست که به طور اساسی مقادیر بسیار بالای پرداخت از جیب در مراقبت سلامت کاهش یافته و از طرف دیگر بخشی از تامین مالی سلامت که از طریق مالیات و یا بیمه های سلامت مشارکتی (با مشارکت مالی فرد بیمه شونده، انجام می شود) صورت می پذیرد، افزایش یابد. آثار و نتایج چنین تغییراتی، برای آن هایی که پرداخت می کنند و آن هایی که منتفع می شوند، بستگی به منابع تامین مالی، حوزه تنظیمات یکپارچه کردن خطرات (risk pooling)، نحوه رویکرد به خریداری و تعیین کننده های استفاده از خدمات، شامل تاثیر هر مکانیزمی که برای هدف مند نمودن مزایا برای گروه های خاص طراحی شده است، خواهد داشت. منبع HSKN, 2007

کادر ۹.۸: تامین مالی تصاعدی مراقبت سلامتی - شواهدی از مناطق با درآمد متوسط

به نظر میرسد تامین مالی سلامت، در مناطقی که مالیات عمومی سهم بیشتری در تامین مالی دارد (مثل هونگ کنگ SAR، سری لانکا، تایلند)، نسبت به مناطقی که بیشتر به بیمه سلامت اجتماعی اجباری وابسته اند (مثل کره)، رشد فزاینده تری دارد. منبع HSKN, 2007

کادر ۹.۹: بیمه سلامت اجباری در غنا

در حالی که بیمه سلامت اجباری در کشورهای آفریقایی رو به شکل گیری است یا در مراحل آغازین معرفی آن هستند، دولت غنا تا به حال برجسته ترین حرکت را در این جهت، در بین کشورهای آفریقایی داشته است. این دولت تعهد روشنی نسبت به دست یابی به پوشش همگانی تحت نظارت بیمه سلامت ملی (NHI) دارد و می داند که این پوشش باید به تدریج گسترده شود و هدف این است که حدود ۶۰ درصد ساکنین در غنا در عرض ۱۰ سال از شروع برنامه از بیمه اجباری سلامت برخوردار شوند. بیمه سلامت ملی غنا، کارکنان بخش رسمی و بخش غیر رسمی را از ابتدا شامل می شود که این امر بر طبق سنت قدیمی غنا در طرح های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه ایجاد شده است. ثانیاً اگرچه منابع متفاوت تامین مالی برای بخش های رسمی و غیر رسمی وجود دارد، آن ها به یک طرح واحد تعلق می گیرند. باید اشاره شود که علائمی از فشار مالی شدید در برنامه بیمه سلامت غنا وجود دارد که از وابستگی به حمایت های مالی خارجی، منشا می گیرد. منبع HSKN, 2007

۱ - (Risk pool)، یک شکل از مدیریت خطر است که بیشتر توسط کمپانی های بیمه گر، به کار برده می شود. تحت این سیستم، کمپانی های بیمه گر با هم متحد به ساختن یک استخر (pool) می شوند که از آن ها در مقابل اتفاقات فاجعه آمیز مثل سیل و زلزله محافظت کند. این واژه همچنین برای توصیف حالتی است که به یکپارچه کردن (pooling) خطرات (risk) مشابه می پردازد که در واقع مبنای مفهوم اصلی بیمه است.

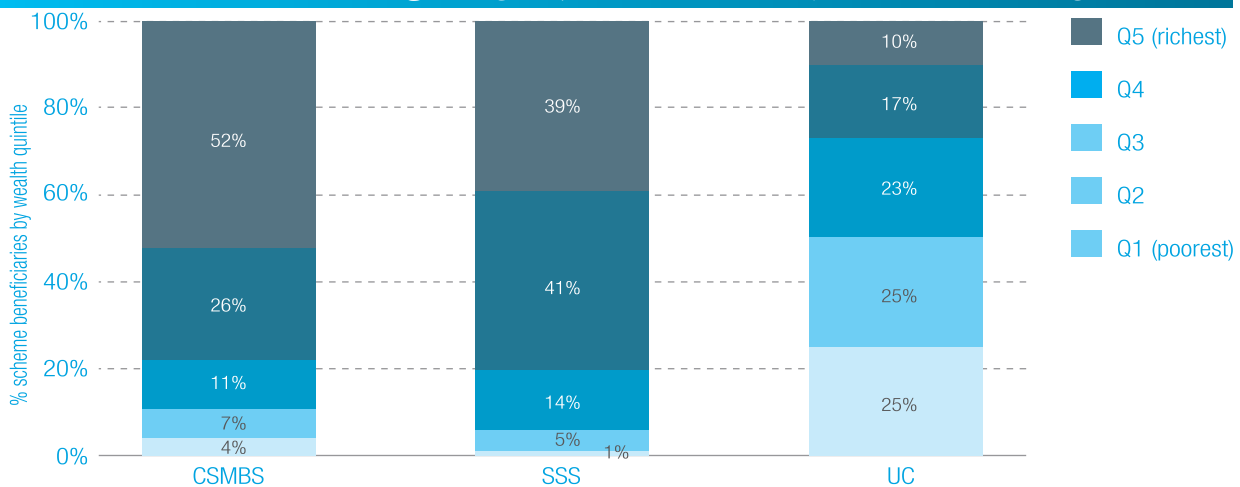
می دهد که در کشورهای با درآمد کم تا متوسط، معرفی و آغاز شدن پرداخت مالیات بر خدمات توسط استفاده کنندگان، منجر به کاهش سطوح بهره مندی شده است (Lagarde & Palmer, 2006; Palmer et al, 2004) (کادر ۹،۱۲). پرداخت های از جیب بی عدالتی هایی در بهره مندی را ایجاد کرده و گروه های کم درآمد و حاشیه ای اجتماع و زنان را دچار فقر می نماید (کادر ۹،۱۳).

وجود دارند که نشان می دهند طرح های کوچک بیمه سلامت از مشکلات مشابه ای در فشارند، هرچند ممکن است فرصت های فوری برای گسترش پوشش به آن هایی که به طور طبیعی قادر به کسب بیمه های رسمی تر نیستند را ارائه دهند و به همین خاطر، این طرح ها باید به طور دقیق تنظیم شده و پایش شوند (Siegel et al, 2001). برنامه های بیمه ای منفک و جدا از هم نیز ممکن است در کسب پوشش بالایی از جمعیت هدف، با مشکلاتی مواجه شوند (Mills, 2007). بنابراین در اجرای بیمه های سلامت کوچک و اجتماع محور، باید احتیاط لازم لحاظ شود و باید تلاش هایی جهت تضمین دسترسی گروه های محروم اجتماعی، انجام گیرد. در زمینه کشورهای غنی و فقیر وضعیت هایی وجود دارد که در آن، استفاده کنندگان از مراقبت سلامت، هزینه خدمات را به طور مستقیم پرداخت می کنند. در مواردی که، چنین پرداخت های مستقیمی، منجر به شدت یافتن بی عدالتی نمی شود، این امر می تواند جزئی از تامین مالی مراقبت سلامت قلمداد شود. با این وجود، در جاهایی که هزینه مالیات بر خدمات (user fees)، به صورت نا مطلوبی بر بی عدالتی اجتماعی یا عدالت در دسترسی، بهره مندی و یا مزایای مراقبت های سلامتی اثر می گذارد، این هزینه ها باید حذف شوند. مرور نظام مند شواهد موجود، به طور مشخصی نشان

کادر ۹.۱۰: تایلد - مراقبت سلامت همگانی مبتنی بر مالیات

در فرآیند اصلاحات نظام مراقبت سلامت در تایلند، یک مدل پوشش همگانی از طرح های بیمه سلامت قبلی ساخته شد که شامل طرح مزایای پزشکی کارمندان دولت (CSMBS) و طرح تامین اجتماعی (SSS) می باشد. مالیات مستقیم به عنوان مکانیزم تامین مالی انتخاب شد - چون توقع اجرای سریع برنامه را داشتند. از آن به بعد، این روش تامین مالی به عنوان مدل تامین مالی عادلانه، در مقایسه با بیمه های اجتماعی یا سایر طرح های مشارکتی قلمداد شد. شواهد بدست آمده از پیمایش رفاه و سلامت که توسط دفتر آمار ملی انجام شد، نشان می دهد که در مقایسه با طرح تامین اجتماعی (SSS) و طرح مزایای پزشکی کارمندان دولت (CSMBS)، طرح پوشش همگانی مزایای خیلی بیشتری را به سمت فقرا گسترش داده است و درحالی که ۵۲ درصد مزایای طرح CSMBS متعلق به ثروتمندترین پنجک جامعه می باشد، ۵۰ درصد مزایای طرح پوشش همگانی متعلق به دو پنجک فقیرتر جامعه می باشد. این طرح منجر به کاهش بروز پرداخت های کمرشکن درمانی از ۵/۴ درصد به ۳/۳-۲/۸ درصد شد. منبع HSKN, 2007

۹.۳: گسترش مزایا برای گروه های کم درآمد از طریق الگوی پوشش همگانی



CSMBS = Civil Service Medical Benefits Scheme; SSS = Social Security Scheme; UC = Universal Coverage Scheme; Q = wealth quintile.

Source: HSKN, 2007

می کند، اقداماتی که حداکثر پتانسیل را برای ارتقاء میزان پرسنل دارند، بستگی به دستمزدها و مکانیزم های پرداخت حقوق، به علاوه مواردی مانند در دسترس بودن مواد و تجهیزات مورد نیاز و نیز انعطاف پذیری و خود مختاری در مدیریت، دارند. تجربه آفریقای شرقی و جنوبی نیز پیشنهاد می کند که، تشویق های غیر مالی (مثل امکان آموزش و کارآموزی، تامین رفاه، پیشرفت های حرفه ای، حمایت و نظارت) ممکن است نقش مهمی در تحریک انگیزه کارکنان سلامت داشته باشند که در سطوح خاص خدمت باقی مانده و کار کنند و ممکن است در شرایط ناپایدار اقتصادی و تورم بالا، ثرات بادوام تری داشته باشند (Caffery & Frelick, 2006; Dambi et al, 2005) (کادر ۹، ۱۴).

منابع انسانی، هم رسمی و هم غیر رسمی، قسمت اصلی نظام های مراقبت سلامت محسوب می شوند. اکثریت نیروی کار در بخش سلامت را زنان تشکیل می دهند و مشارکت زنان برای نظام های مراقبت سلامتی رسمی و غیر رسمی بسیار پر اهمیت است اما ارزش آن شناخته نشده است و دست کم گرفته می شود. دلیل این امر، قسمتی به خاطر فراهم نبودن داده های جمع آوری شده بر اساس جنس، در اقتصاد مراقبت سلامتی (WGEKN, 2007) می باشد. زنان ارائه دهنده خدمات سلامت غیر رسمی یا کمکی، باید قویاً در نظام مراقبت سلامت حمایت شوند و در سطوح بالای خدمات مراقبتی قرار داده شوند.

در سرتاسر نظام مراقبت سلامتی، کارکنان مراقبت سلامت در ادغام نمودن مراقبت های سلامتی و تعیین کننده های اجتماعی

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۹.۳ دولت های ملی و اهدا کنندگان کمک، به افزایش سرمایه گذاری در مورد پرسنل بهداشتی درمانی بپردازند، به نحوی که باعث تراکم متعادل کارکنان بخش سلامت، در مناطق روستایی و شهری گردد.

اغلب در توزیع کارکنان سلامت در کشورها، عدم تعادل جغرافیایی، وجود دارد که بر عدالت در مراقبت های سلامتی، اثر می گذارد. جهت توزیع عادلانه تر نیروی کار، احتمالاً نیازمند اقداماتی در سطح ملی جهت بهبود دسترسی به منابع انسانی هستیم و از طرف دیگر باید تفاوت هایی بین مناطق جغرافیایی مختلف به منظور پرداختن به نیازهای خاص مناطق محروم، اعمال شود.

گزارش سلامت جهانی سال ۲۰۰۶ (WHO, 2006) نتیجه گیری

کادر ۹.۱۱: بیمه اجتماعی سلامت

مفهوم بیمه اجتماعی سلامت، با تار و پود نظام های مراقبت سلامت در اروپای غربی، به طور عمیقی عجین شده است. در هفت کشور استرالیا، فرانسه، آلمان، لوکزامبورگ، هلند، سوئیس و بلژیک، بیمه اجتماعی سلامت اصول سازمان دهی و عمده نقدینگی لازم را تامین می کند. از سال ۱۹۹۵، این امر مبنا و پایه ای قانونی برای سازمان دهی خدمات سلامت در اسرائیل شد. پیش از این، مدل بیمه اجتماعی سلامت، نقشی مهم در تعدادی از کشورهای دیگر داشت که در نیمه دوم قرن بیستم به تنظیمات مبتنی بر مالیات تغییر یافت - مثل دانمارک (۱۹۷۳) ایتالیا (۱۹۷۸) پرتغال (۱۹۷۹) یونان (۱۹۸۳) و اسپانیا (۱۹۸۶).

علاوه بر این، هنوز بخش هایی از تامین مالی مراقبت سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت وجود دارد که در کشورهایی مثل فنلاند، سوئد و بریتانیا و همچنین یونان و پرتغال که به طور غالب وابسته به مالیات هستند، اجرا می شوند. به علاوه، تعداد زیادی از کشورهای اروپای شرقی و مرکزی، مدل های سازگار شده ای از بیمه اجتماعی سلامت را اتخاذ کرده اند که از جمله آن ها می توان، مجارستان (۱۹۸۹)، لیتوانی (۱۹۹۱)، جمهوری قزاقستان (۱۹۹۲)، استونی (۱۹۹۲)، لاتویا (۱۹۹۴)، اسلواکی (۱۹۹۴)، هلند (۱۹۹۹) را نام برد. اصلاح شده توسط سالتمن و همکاران ۲۰۰۴ با اجازه ناشر

کادر ۹.۱۲: اوگاندا - وضع و فسخ مالیات بر خدمات

اوگاندا، مالیات بر خدمات را با رویکردی همگانی، در سال ۱۹۹۳ معرفی نمود. اگرچه درآمد ایجاد شده، نسبتاً پایین بود (کمتر از ۵ درصد هزینه ها) اما این درآمد، منبع مهمی جهت تکمیل نمون نقدینگی لازم برای دستمزد کارکنان بخش سلامت، حفظ و نگهداری تجهیزات و خرید داروهای اضافی بود. به هر حال به دنبال این قضیه، کاهش عظیمی در بهره مندی از نظام های مراقبت سلامت بوجود آمد و نگرانی هایی در مورد تاثیر این امر بر فقرا ایجاد شد. بنابراین مالیات بر خدمات مربوط به تسهیلات بخش عمومی، در مارس ۲۰۰۱ لغو شد، این به استثنای بخش های خصوصی بود. در نتیجه، بهره مندی از خدمات سلامت به سرعت و به طور چشم گیری افزایش یافت و فقرا از حذف این هزینه ها منفعت زیادی بردند. میزان بهره مندی از خدمات سلامت (درصدی از افراد که وقتی بیمار می شوند در جستجوی مراقبت های تخصصی می روند) از ۵۸ درصد به ۷۰ درصد در پنجگ فقیرترین مردم و از ۸۰ درصد به ۸۵ درصد برای آن هایی که در پنجگ غنی ترین بودند، افزایش یافت. پوشش ایمن سازی ملی از ۴۱ درصد در سال ۲۰۰۰/۱۹۹۹ به ۸۴ درصد در سال ۲۰۰۲/۰۳ افزایش یافت. این موضوع بدون حمایت مالی دولت قابل دسترسی نبود. علاوه بر این، هزینه های دیگر از قبیل داروها و هزینه های حمل و نقل و حذف پرداخت های غیر رسمی نیز قابل توجه هستند. (Balabanova, 2007; O'Donnell et al, 2007) منبع HSKN, 2007

مساعادت هایی برای نیروی کار بخش سلامت

بایستی با افزودن مساعادت های مالی و بخشودگی بدهی ها، به تقویت نظام های مراقبت سلامت کمک شود، که می تواند در کمک به هزینه هایی مانند استخدام و آموزش نیروی انسانی به کار برده شود. با این وجود، همیشه این امر موضوع اصلی نیست. کشورهایی که تحت عنوان کشورهای فقیر شدیداً" مقروض (HIPC)، متقاضی بخشودگی بدهی های شان هستند باید یک سند استراتژیک کاهش فقر (PRSP) - یک برنامه توسعه ملی - را به عنوان قسمتی از فرآیند احراز صلاحیت، کامل کنند. هر سند استراتژیک کاهش فقر (که به عنوان دروازه ای جهت جریان یافتن کمک ها به کشور دریافت کننده، عمل می کند) با استفاده از برنامه ای با جدول زمانی کوتاه تر جهت کنترل هزینه ها تعدیل می شود - که چارچوب هزینه ای در زمان متوسط (MTEF) نامیده می شود. اگرچه مشخصاً، سقفی برای هزینه های تکراری مانند استخدام و پرداخت دستمزد کارکنان مراقبت سلامت نیازمند گذارده نمی شود، سعی چارچوب هزینه ای در زمان متوسط (MTEF) براین است که از چنین هزینه هایی جلوگیری شود، که این امر منجر به سرمایه گذاری کمتری در

سلامت نقش مهمی را ایفا می کنند. اگرچه کارکنان سلامت محلی، اصلاً راه حل نهایی برای نظام های مراقبت سلامت نیستند، اما مزایای زیادی در حفظ و توسعه منابع انسانی بخش سلامت دارند. اگرچه در اکثر موارد، هزینه و زمان کمتری صرف آموزش کارکنان اجتماعی سلامت می شود، این کارکنان ارزش زیادی برای تامین خدمات سلامت محلی دارند، آن هم با حداقل خطر مهاجرت به خارج (فرار مغزها) و با توجه به شرایط استخدامی شان آن ها اغلب مشتاق به ارائه خدمات در حوزه های روستایی هستند و اغلب با هنجارها، سنت ها و نیازهای سلامتی جامعه ای که در آن خدمت می کنند، آشنایی دارند (Canadian Health Services Research Foundation, 2007).

کادر ۹.۱۳: عدالت در سلامت و پرداخت از جیب

پرداخت از جیب درست در هنگام ارائه خدمات توسط بیماران، بر دسترسی به مراقبت سلامتی اثر منفی می گذارد. در آسیا، پرداخت هزینه های مراقبت سلامتی، ۲/۷ درصد از کل جمعیت ۱۱ کشور با درآمد کم تا متوسط را، به زیر خط فقر (فقر خیلی پائین) ۱ دلار آمریکا در روز می کشد. مطالعه ای در چند کشور آفریقای زیر صحرا نشان داد که «هرچه پنجگ فقیرتر می شود، میزان استفاده از خدمات بخش خصوصی برای عفونت حاد دستگاه تنفسی (ARI) بالاتر، میزان درمان عفونت حاد دستگاه تنفسی (ARI) پائین تر، درصد کودکانی که به کلی فاقد ایمن سازی اند بالاتر و نرخ مرگ و میر کودکان بدتر است». در ایالات متحده، متوسط مشارکت کارمندان در بیمه سلامت ارائه شده توسط کمپانی مربوطه، از سال ۲۰۰۰ بیش از ۱۴۳ درصد افزایش داشته است. متوسط هزینه های پرداخت از جیب، از جمله مبالغ قابل کسر (deductibles)، پرداخت های مشارکتی برای دارو و بیمه های مشارکتی برای ویزیت پزشک و ویزیت های بیمارستانی، طی همین دوره ۱۱۵ درصد افزایش نشان داده است. متوسط بدهی های پزشکی پرداخت از جیب، برای آن هایی که در ایالات متحده اعلام ورشکستگی کردند ۱۲۰۰۰ دلار آمریکا بود، ۶۸ درصد افرادی که ادعای ورشکستگی کردند بیمه سلامت داشتند و ۵۰ درصد کل ورشکستگی ها، تاحدودی ناشی از هزینه های پزشکی بوده است. منبع: HSKN, 2007.

منطقه عملیاتی ۹.۳: مراقبت سلامتی همگانی

به ایجاد و تقویت نیروی کار سلامت بپردازید و توانایی های آن ها را طوری ارتقاء دهید که بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت اقدام کنند.

کادر ۹.۱۴: معکوس نمودن روند فرار مغزهای داخل کشوری - تایلند

روند فرار مغزهای داخل کشوری در تایلند از طریق اقدامات زیر معکوس شد:
- ایجاد ترکیبی از انگیزه های مالی و غیر مالی جهت اشتغال در مناطق روستایی که شامل این موارد هستند: تغییر وضعیت پزشکان از کارکنان دولتی به کارکنان عمومی قرار دادی، مزایایی در مورد مسکن، و به رسمیت شناخته شدن و احترام عمومی
- حمایت از طریق برنامه گسترده توسعه پایدار روستا
- تفاوت در "دسترسی به پزشک" بین روستاهای شمال شرقی و بانگوگ از ۲۱ نفر در سال ۱۹۷۹ به ۸/۶ نفر در سال ۱۹۸۶ کاهش یافت. منبع: HSKN, 2007

**کمیسیون پیشنهاد می کند که:**

۹.۴: آژانس های بین المللی، اهدا کنندگان و حکومت های ملی، فرار مغزهای نیروی انسانی سلامت را مورد توجه قرار داده و بر سرمایه گذاری در افزایش منابع انسانی سلامت و آموزش آن ها تمرکز کنند و توافقات دو جانبه ای برای تنظیم و مهار سودها و زیان ها، صورت گیرد.

ظرفیت انسانی می شود که برای نظام های مراقبت سلامتی حیاتی می باشد (کادر ۹.۱۵).

ابتکارات جهانی سلامت (GHI) - مثل صندوق جهانی AIDS، سل و مالاریا، توافق جهانی برای واکسن ها و ایمن سازی، بر انداختن سل، ریشه کنی مالاریا و برنامه های بین کشوری برای AIDS - منابع جدید و مهمی برای توسعه بین المللی و سلامت ارائه داده اند. اما این خطر وجود دارد که خطوط بزرگ و جدید تامین مالی، که به طور موازی با بودجه بندی ملی حرکت می کنند، اولویت های ملی را برای تخصیص گذاری در برخی هزینه ها و اقدامات، تحریف نمایند (کادر ۹.۱۶). قابل به ذکر است که، GHI، اغلب دستمزدهای بالاتری نسبت به بخش دولتی پیشنهاد می کند که ممکن است نیروهای انسانی سلامت را از نظام سلامت ملی بیرون کشیده و کمبود پرسنل را تشدید نماید.

کادر ۹.۱۵: بخشودگی بدهی ها، کاهش فقر و پرداخت به کارکنان بخش سلامت

قسمتی از فرآیند گرفتن تأییدیه برای سند استراتژیک کاهش فقر (به شرط موافقت با بخشودگی بدهی ها، تحت عنوان برنامه HPIC)، تکمیل نمودن یک چارچوب هزینه ای در زمان متوسط (MTEF) است. چارچوب های هزینه ای در زمان متوسط (MTEF)، با مذاکرات بین وزارت دارایی و صندوق بین المللی پول (IMF) تنظیم می شود که به جای تاکید بر فقر یا نیازهای سلامتی، تورم خیلی پایین و اجتناب از کسری پولی را در اولویت قرار می دهد. این فرآیند مقدار کل بودجه را محدود می نماید و در میان بودجه نیز تمایل دارد هزینه های غیر اختیاری از قبیل پرداخت بدهی ها را در اولویت قرار دهد و بودجه هر بخش را محدود نماید. یک مطالعه که در ۴ کشور افریقایی انجام شد نشان داد که، وزارت بهداشت کشورها به سختی بر این فرآیند تنظیم بودجه، تاثیر می گذارند. اگرچه صندوق بین المللی پول قید می نماید که سقفی برای هزینه های جاری، از قبیل صورت حساب دستمزدهای بخش سلامت قرار نمی گیرد، شواهد نشان می دهند که در عمل، فرآیند چارچوب هزینه ای در زمان متوسط (MTEF)، اثر سرکوب کننده ای بر تخصیص بودجه کافی برای سرمایه گذاری در نیروی کار بخش سلامت داشته است.

منبع: GKN, 2007

کادر ۹.۱۶: ابتکارات جهانی سلامت

در حالی که، ابتکارات جهانی سلامت (GHIs)، سطوح جدید و بالایی از تامین مالی را برای نظام های مراقبت سلامت کشورهای با درآمد کم و متوسط به ارمغان آورده اند (۸/۹ میلیارد دلار آمریکا در سال ۲۰۰۶ صرفاً برای HIV/AIDS)، این نگرانی وجود دارد که برنامه های مدیریت شده عمودی آن ها پتانسیل کاستن از آگاهی افراد نسبت به نظام های مراقبت سلامتی و شدت بخشیدن به بی عدالتی در سلامت را دارد. از آن جا که ابتکارات جهانی سلامت (GHIs)، در حدود ۹۰ درصد از کل میزان مساعدت برای توسعه خدمات سلامت را تامین می نمایند، به بازیگران کلانی در سیاست گذاری های جهانی سلامت، تبدیل شده اند. ضروری است کلیه ابتکارات جهانی در بخش سلامت، به برنامه ریزی، تامین مالی و تاثیرات شان بر نظام های سلامت بپردازند، به ویژه هر گونه فرار بالقوه منابع انسانی سلامت در سطح ملی و محلی را مورد توجه قرار دهند.

منبع: KSKN, 2007

وجود تعداد کافی از کارکنان بخش سلامت در سطوح محلی، که دارای مهارت های لازم نیز می باشند برای گسترش پوشش، بهبود کیفیت مراقبت و ایجاد مشارکت موفقیت آمیز با جامعه و دیگر بخش ها ضروری است. (Kurowski et al, 2007) به هر حال در بیشتر قسمت های جهان، دستمزدهای کم با ضعف در زیر ساخت ها و شرایط نامساعد شغلی همراه هستند که منجر به مهاجرت نیروی انسانی ماهر و با تجربه می شود (GKN, 2007). برخی کشورهای پر درآمد به طور فعال، پزشکان و پرستاران آسیا و آفریقا را استخدام می کنند. اقدام بین المللی می تواند برای تغییر این امر کمک کننده باشد (کادر ۹، ۱۷).

نظام های مراقبت سلامتی، یک تعیین کننده اجتماعی مهم سلامت هستند. توجه شدید به سطوح اولیه مراقبت و اقدامی گسترده تر برای ایجاد گرایش به سوی مراقبت های اولیه سلامتی وسیع تر در نظام مراقبت سلامت، از جمله مشارکت اجتماعی در ارزیابی نیازها، حیاتی است. در میان کشورها، مخصوصاً در کشورهای با درآمد کم، افزایش تخصیص های مالی به مراقبت سلامتی در هر مجموعه قابل تصویری تقریباً لازم می باشد. اگرچه، آن چه بیشتر اهمیت دارد، شکل های عادلانه تامین مالی و حذف هر گونه پرداخت هزینه در هنگام دریافت خدمت که این امر به استفاده آسیب رسانده یا عدالت در دسترسی و استفاده از مزایا را تنزل می دهد، کلیدی هستند. معنای این امر برای بخش عمومی، روش های پیش پرداخت است، همراه با طرح هایی در مقیاس کوچک که فقط به عنوان استراتژی های مکمل مورد استفاده قرار می گیرند. تامین نیروی کار کافی در بخش سلامت، نه تنها سرمایه گذاری در استخدام و آموزش از جمله آموزش بهبود یافته در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان یک قسمت اساسی برنامه تحصیلی پزشکی و سلامتی بلکه اقدام در جهت توقف روند مهاجرت کارکنان سلامت از کشورهای با درآمد کم و بعضی از کشورهای با درآمد متوسط، را می طلبد.

کادر ۹.۱۷: گزینه های سیاست گذاری برای توقف روند فرار مغزهای نیروی انسانی بخش سلامت

تعدادی از گزینه های سیاست گذاری موجود که به موضوع فرار مغزهای نیروی انسانی بخش سلامت از کشورهای فقیر و توقف این روند می پردازند، بدین قرارند:

- معکوس کردن برنامه های مهاجرت (پرهزینه و ناموفق)
- محدود نمودن مهاجرت های داخل کشوری ضعیف، فقط در تاخیر مهاجرت تاثیر دارند) یا مهاجرت های خارجی (تقریباً موفق، اگرچه به خاطر انگشت گذاشتن فقط بر مهاجرت کارکنان بخش سلامت نسبت به سایر افراد، مورد انتقاد قرار گرفته است)
- توافقات دو یا چند جانبه جهت مدیریت جریان مهاجرت بین کشورهای مبدا و مقصد (تا حدودی موفق)
- تقویت منابع انسانی داخلی بخش سلامت در کشورهای مبدا (در متون علمی، کاملاً حمایت شده است اما از دیدگاه کشورهای مبدا در زمینه بازارهای جهانی مورد سوال واقع شده است)
- جبران (شامل جریانات دو سویه نیروی انسانی بخش سلامت و افزایش مشارکت کشورهای پر درآمد مقصد در سلامت و سیستم های آموزش سلامت کشورهای کم درآمد مبدا)
- گام برداشتن در جهت اولویت دادن به انجام توافقات دو جانبه و جبران مافات به عنوان یکی از حیطه های سیاستی مورد توافق



با توزیع ناعادلانه قدرت، پول و منابع مقابله نمایید



دومین اصل از اصول سه گانه کمیسیون جهت اقدام:

با توزیع ناعادلانه قدرت، پول و منابع - عوامل اصلی تاثیرگذار بر زندگی روزمره در سطح جهانی، ملی و محلی - مبارزه کنید. این که بعضی از مردم با تمول زیاد زندگی می کنند و بعضی تمول کمی دارند، این که بعضی از یک زندگی طولانی لذت می برند و بعضی زندگی کوتاه و فلاکت باری دارند و این که این تفاوت ها هم در سطح جهانی و هم در داخل کشورها دیده می شود - امری طبیعی نیست. هیچ کدام از این ها به صورت تصادفی ایجاد نشده اند. بی عدالتی در شرایط زندگی روزمره با فرآیندها و ساختارهای عمیق تر اجتماعی شکل می گیرد، بی عدالتی امری نظام مند است و توسط سیاست گذاری هایی که توزیع و دسترسی ناعادلانه به قدرت، ثروت و دیگر منابع اجتماعی ضروری را باعث می شوند یا جایز می شمارند، ایجاد می شود. فصولی که در ادامه می آیند به بررسی جنبه های بنیادی و ساختاری تر جامعه که بر عدالت در سلامت - گزینه های سیاسی و هنجارهای اجتماعی که منجر به شکل گیری سیاست ها و متعاقباً شرایط ناعادلانه رشد، زندگی و کار که در بخش ۳ توصیف شد می شوند، می پردازند. در میان همه این ها ارزش جمعی عدالت در سلامت، نقش حیاتی اقدام عمومی، و همچنین مرکزیت داشتن رهبری قوی بخش عمومی، به صورت جالبی ظهور پیدا می کند.

با در نظر گرفتن واقعیت موجود در مورد دولت ها در گوشه و کنار دنیا، حقیقت امر بر ما معلوم است. شرایط همیشه مساعد نیست و همیشه تعهد به عدالت اجتماعی وجود ندارد. خیلی از اوقات، حتی وقتی که تعهد قوی وجود دارد، ظرفیت ها (چه سازمانی، چه مالی، چه تکنیکی و چه انسانی)، ضعیف و توسعه نیافته اند و در جایی که تعهد و ظرفیت هردو قوی هستند، به طور فزاینده ای زمینه جهانی می تواند در ایجاد شرایطی که برای سلامت خوب و عادلانه ضروری است به همان میزانی که به عنوان شتاب دهنده عمل می کند به عنوان ترمز عمل نماید. تبیین خواست سیاسی و ظرفیت سازمانی، نقش اصلی را در همه پیشنهادات کمیسیون به عهده دارند و این مراحل ساختاری فقط مربوط به دولت نمی باشد بلکه از طریق فرآیندهای دموکراتیک مشارکت جامعه مدنی و سیاست گذاری های عمومی که در سطوح منطقه ای و جهانی حمایت می شوند و توسط تحقیقاتی که نشان می دهند چه چیزهایی بر عدالت در سلامت موثر هستند و با همکاری فعالان خصوصی پشتیبانی می شوند، اقدام واقعی بر عدالت در سلامت امکان پذیر می شود.



فصل دهم

عدالت در سلامت در تمامی سیاست‌گذاری‌ها، نظام‌ها و برنامه‌ها

« این که سلامت در هر بعدی از زندگی حضور دارد، تلویحاً به این معنی است که خطر نیز در همه جا وجود دارد. این امر، عواقب قابل ملاحظه‌ای بر این که ما چگونه به تدوین سیاست‌گذاری‌های سلامت بپردازیم و در کجا مسئولیت‌هایی را برای سلامت در جامعه قایل شویم، دارد»
(Ilona Kickbusch 2007)



عدالت در سلامت: عظیم تر از بخش سلامت

هر جنبه ای از حکومت و اقتصاد، پتانسیل و ظرفیت تاثیر گذاری بر سلامت و عدالت در سلامت را دارا می باشد- تامین مالی (نقدینگی)، آموزش، مسکن، اشتغال، حمل و نقل و سلامت فقط شش مورد از این موارد هستند. (Marmot, 2007) با وجود این که هدف اصلی سیاست گذاری ها در این حوزه ها، سلامت نیست، اما آن ها تاثیر زیادی را بر سلامت و عدالت در سلامت می گذارند. یک دستور کار سیاستی که بنا دارد به تعیین کننده های اجتماعی سلامت پرداخته و عدالت محور باشد، مستلزم وجود رابطه ای بین سلامت و سایر بخش ها (Vega & Irwin, 2004) در سطوح جهانی، ملی و محلی است.

انسجام سیاست ها

سیاست های حکومتی مختلف، بسته به ماهیت شان، می توانند سلامت و عدالت در سلامت را بهبود بخشیده یا آن را بدتر کنند. برای مثال، برنامه ریزی شهری که منجر به رشد بی رویه محله های با تعداد اندک مسکن قابل استطاعت، تسهیلات محلی کم، حمل و نقل عمومی نا منظم و گران می شود، کاری در جهت ارتقاء سلامت مناسب برای همه، انجام نمی دهد (NHF, 2007).

انسجام سیاست ها نکته بسیار پر اهمیتی است- بدین معنی که سیاست های بخش های مختلف حکومت یکدیگر را در رابطه با ایجاد سلامت و عدالت در سلامت تکمیل کنند، نه این که در مقابل یکدیگر قرار گیرند. به عنوان مثال، سیاست های تجاری که تولید، تجارت و مصرف محدود نشده غذاهای سرشار از چربی و روغن را در ازای آسیب به تولید میوه و سبزیجات تبلیغ و تشویق می کند، در مقابل سیاست های سلامتی، که مصرف نسبتاً اندک غذاهای حاوی قند و چربی بالا و افزایش مصرف میوه جات و سبزیجات را توصیه می کنند، قرار دارند (Elinder, 2005). تلاش در جهت ایجاد سیاستی منسجم، شامل فرآیندی است که از طریق آن تمامی سیاست ها در تمامی بخش های حکومتی برای انطباق با اهداف عدالت در سلامت، مورد بررسی قرار بگیرند.

یک نقطه آغازین حیاتی و مهم برای داشتن رویکردی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، در خود بخش سلامت است. این بخش با تخصیص منابع و سازمان دهی مناسب می تواند فوایدی فراتر از درمان بیماری ها ارائه نماید (بخش ۹ را ببینید: مراقبت سلامتی همگانی). این امر می تواند عدالت در سلامت را از طریق توجه ویژه به شرایط و نیازهای گروه های محروم و به حاشیه رانده شده اجتماعی ارتقاء داده (HSKN, 2007) و نقش رهبری را در ترویج سیاست های منسجم در حکومت ایفا نماید. (PPHCKN, 2007)

تشخیص نقش و موانع در مسیر اقدامات بین بخشی

برای سلامت

اقدامات بین بخشی (ISA) برای سلامت -سیاست ها و اقدامات هماهنگ در بین بخش سلامت و بخش های غیر سلامت- می تواند یک استراتژی کلیدی برای دست یابی به انسجام سیاست ها و به صورت کلی تر پرداختن به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، باشند (PHAC, 2007).

کنفرانس بین المللی ۱۹۷۸ در رابطه با مراقبت های اولیه سلامتی درآما آتا (سازمان جهانی بهداشت ، (UNICEF, 1978)، اولین کنفرانس ارتقاء سلامت در اوتاوا در ۱۹۸۶ (سازمان جهانی بهداشت ، ۱۹۸۶)، کنفرانس جهانی سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۹۷ در رابطه با اقدامات بین بخشی برای سلامت و اخیراً کنفرانس ارتقاء سلامت بانکوک در سال ۲۰۰۵ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵) و موضوع دوره ریاست فنلاند در اتحادیه اروپا (EU's Finnish presidency theme) در مورد سلامت در تمام سیاست گذاری ها (Stahl et al, 2006)، همه به این نتیجه رسیده اند که عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی، رفتاری و بیولوژیکی می توانند به نفع سلامت یا به ضرر آن عمل کنند و گسترش قلمرو سلامت و اقدامات سیاستی پیشنهادی را به تمامی بخش های اجتماع، تصدیق و توجیه کردند.

درحالی که شواهد پایه و خواست استراتژیک جهانی جهت اقدامی یکپارچه در زمینه عوامل اجتماعی افزایش یافته است هنوز این امر به طور سیستماتیک به رویکردهای سیاستی تبدیل نگردیده و انتقال آن به سیاست های عدالت خواهانه از این مقدار هم کمتر بوده است. تمامی کشورها آن چنان از نظر منابع تجهیز نیستند که پذیرای داشتن چنین پاسخ سیاستی به عدالت در سلامت باشند. برای بسیاری از کشورهای با درآمد پائین و متوسط، محدود بودن سرمایه گذاری در طول زمان در زیر ساخت ها و منابع انسانی در نتیجه سیاست های تطبیقی ساختاری دهه های ۸۰ و ۹۰، ظرفیت دولتی را کاهش داده است و بار مضاعف و بی سابقه بیماری های مزمن و عفونی هم باعث تشدید این روند شده است

(Epping-Jordan et al, 2005). سایرین بر این عقیده اند که پوچ بودن ادعای عملی بودن ونیز محدودیت مالی منجر به تداوم رویکردهای بیماری محور شده است و تاثیر اندکی بر بار بیماری در کشورهای با درآمد پائین و متوسط داشته است.

(Magnussen et al, 2004) این شناخت نیز وجود دارد که اقدامات بین بخشی (ISA) برای سلامت در یک تنش بنیادی با چارچوب ساختاری که دولت در آن فعالیت می کند، می باشد (Vincent, 1999). و البته نه تنها بخش های مختلف حکومت مسئولیت های متضادی را در این رابطه دارند، بلکه ممکن است علائق، ایدئولوژی ها و منافع متضادی نیز داشته باشند که اغلب هم همین طور است (Logie, 2006).

با وجود کندی روند این تغییر، نظام های سلامت عمومی در حال تبدیل از مداخلات مستقل که به بیماری های خاص توجه می کند به اصلاحات گسترده اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی که با عوامل ریشه ای ناخوشی مقابله می کنند، هستند.

(Baum, 2008; Gostinet et al, 2004; Locke, 2004) سیاست گذاری منسجم و اقدامات بین بخشی (ISA) در ابعاد جهانی مورد استفاده قرار گرفته است تا به بررسی طیف گسترده ای از چالش های سلامتی و چالش های اجتماعی- اقتصادی در سیاست گذاری های عمومی، شامل اقدام بر عوامل خاص تعیین کننده سلامت و نیز

تبیین رویکردی منسجم به عدالت در سلامت

ضروری است اقدامی سامان مند در میان و در بین بخش‌های مختلف، در تمامی سطوح حکومتی از جهانی تا محلی، صورت پذیرد. پیشنهادات این فصل از یافته‌های نشات گرفته از اقدامات کشوری کمسیون (CW, 2007; PHAC, 2007; PHAC & WHO, 2008b) اتخاذ شده و با کمی توجه به داده‌های جهانی سازمان جهانی بهداشت و نقش جامعه مدنی در سطوح ملی و محلی به طور خاص بر دولت‌ها متمرکز شده‌اند. برای مشاهده جزئیات بیشتر در رابطه با اقدامات بین‌بخشی (ISA) و انسجام تدابیر و سیاست‌ها در سطح بین‌المللی فصل ۱۵ (حاکمیت خوب جهانی)، و برای انسجام مشارکت‌های بخش خصوصی فصل ۱۲ را ببینید (مسئولیت بازار).

جمعیت‌ها و جوامع خاص، و بیماری‌ها و رفتارهای خاص مربوط به سلامت، بپردازد (CW, 2007). اپیدمی جهانی چاقی، مثالی مناسب از پیامدهایی است که الگوهای اجتماعی برای سلامت دارند و در نتیجه تغییر در مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی می‌باشد. ماهیت به هم پیوسته علل چاقی باعث ایجاد اقدامات بین‌بخشی (ISA) گردیده است که شامل پاسخ‌هایی منسجم از سوی بخش‌های مختلف و نیز اقداماتی در سطح اجتماعی، شده است (کادر ۱۰.۱). در ابعاد کوچک‌تر، چارچوب‌های سیاستی گسترده، که عدالت در سلامت را صراحتاً مورد بررسی قرار می‌دهند - برای مثال فنلاند، سوئد و بریتانیا (Stahl et al, 2006) اقدامات بین‌بخشی (ISA) را به عنوان یک استراتژی کلیدی قلمداد کرده‌اند (PHAC, 2007).

فراتر از حکومت‌ها

سلامت می‌تواند نقطه اتحاد و بسیج بخش‌ها و اقدام‌کنندگان مختلف باشد - خواه این یک جامعه‌ی محلی باشد که برای خود برنامه سلامتی تدوین می‌کند (دارالسلام، برنامه شهر سالم جمهوری متحد تانزانیا) تا شهروندان را قادر سازد اولویت‌های خود را در تخصیص منابع محلی سلامت تعیین کنند (بودجه بندی مشارکتی در پورتوالگر، برزیل)، کاهش بروز بیماری دونگ (برنامه شهرهای سالم ماریکینا، فیلیپین)، خواه مشارکت دادن تمامی افراد جامعه در طراحی فضاهای مشترک برای ترویج پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری باشد. (سلامتی به کمک طراحی، ویکتوریا، استرالیا)

(Mercado et al, 2007) دخیل کردن افراد و موسسات کلیدی و موثر و فراتر از دولت رفتن به منظور دخیل کردن جامعه مدنی، گام‌های مهمی برای اقدام در جهت عدالت در سلامت به شمار می‌روند. علت استفاده از رویکردی منسجم به عدالت در سلامت، از طریق اقدام بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی در تمامی زمینه‌های اجتماعی - اقتصادی و اجتماعی - فرهنگی، آشکار و شفاف است. با این وجود هیچ رویکرد منحصر به فردی برای تمامی شرایط وجود ندارد، بلکه اصولی وجود دارد که باید برای اقدام در زمینه‌های مختلف، سازگار شده و وفق داده شوند. در بعضی شرایط، صرفاً اقدام در محدوده یک حوزه تنها، تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر عدالت در سلامت دارد. در سایر موارد، اقدامی یکپارچه در کل بخش‌ها، حیاتی خواهد بود.

کادر ۱۰.۱: اقدامات بین‌بخشی در رابطه با چاقی

در کشورهای در حال گذار، چاقی در حال تبدیل به یک چالش حقیقی در حوزه سلامت عمومی است - همان‌گونه که در حال حاضر در کشورهای با درآمد بالا دیده می‌شود. پیشگیری از چاقی و بهتر کردن سطوح چاقی موجود به رویکردهایی نیاز دارد که تأمین مواد غذایی کافی، مغذی و دائمی (از نظر بوم‌شناختی)؛ امنیت مواد اولیه، ایجاد زیست‌گاهی که در خدمت تولید آسان گزینه‌های غذایی سالم‌تر بوده و در فعالیت‌های فیزیکی سازمان‌یافته و غیر سازمان‌یافته مشارکت داشته باشد و محیط‌های زندگی، آموزشی و کاری که زندگی سالم را در جهت مثبت ترویج و تقویت کرده و تمامی افراد را برای انتخاب گزینه‌های سالم توانمند می‌کنند؛ را تضمین نماید. تعداد کمی از این اقدامات، در محدوده توانایی‌ها و مسئولیت‌های بخش سلامت قرار می‌گیرد. پیشرفت‌های مثبتی بین‌بخشی‌های سلامت و بخش‌های غیر سلامت، ایجاد شده است - برای مثال، زندگی شهری سالم که توسط همکاری برنامه ریزان شهری و متخصصین سلامت طراحی شده و تبلیغ مواد غذایی چرب، شیرین و شور را در میان برنامه‌های تلویزیونی مربوط به کودکان ممنوع می‌کند. با این وجود، چالش عمده‌ای باقی می‌ماند، که پرداختن به بخش‌های متعدد خارج از بخش سلامت مانند تجارت، کشاورزی، اشتغال و آموزش - بخش‌هایی که برای برطرف کردن اپیدمی جهانی چاقی، باید اقداماتی را در آن‌ها انجام دهیم، می‌باشد.

منبع: Friel, Chopra & Satcher, 2007



انسجام سیاست ها - راه کارهایی برای حمایت از عدالت در سلامت در تمامی سیاست گذاری ها

برای رسیدن به هدف عدالت در سلامت از طریق انسجام سیاستی در کل حکومت، علاوه بر حمایت و رهبری قوی سیاسی، نیاز به ایجاد یا تقویت فرآیندها و ساختارهای درون حکومتی و سایر آژانس ها می باشد. همچنین ارتباطات شفاف اطلاعاتی بین بخش های حکومتی، اطلاعات و منابع تحلیل گر را طلب می کند. (Picciotto et al, 2004).

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۰۲ حکومت ملی، یک ساز و کار در کل حکومت ایجاد کند که در برابر مجلس پاسخ گو باشد و توسط بالاترین سطح سیاسی ممکن، مدیریت شود (پیشنهادات ۱۱.۱، ۱۱.۲، ۱۱.۵، ۱۲.۲، ۱۳.۲، ۱۶.۶ را ببینید)

یک ساز و کار کلی در حکومت، که با سلامت و عدالت در سلامت سر و کار دارد، می تواند شکل های مختلفی داشته باشد. برای مثال، تعدادی از کشورهای عضو جامعه توسعه جنوب آفریقا، کمیته های portfolio پارلمانی را برای پیگیری فعالیت های بخش هایی از دولت مانند سلامت، آموزش، معدن، کشاورزی و حمل و نقل ایجاد کرده اند. شماری از برنامه های اصلاحی در شرق و جنوب آفریقا با حمایت حرفه ای متخصصین و بودجه های ویژه برای کار، از طرف کمیته های portfolio همراهی شده است. مثالی از کمیته portfolio پارلمانی زامبیا در موضوعات سلامت، توسعه اجتماعی و رفاه اجتماعی؛ رویکرد جامعی را برای مقابله با HIV/ AIDS به نمایش می گذارد که بخش های مختلف را به صورت فعال درگیر کردند.

شناسایی راه حل های سیاستی برنده - برنده

مهم ترین عامل در موثر بودن یک ساز و کار کلی در حکومت، تجمیع حمایت دولت و فعالان اجرایی همراه با داشتن اختیارات گسترده و بیانی واضح و آشکار از فواید هر بخش، می باشد. ضروری است که اولویت های بخش های مختلف تشخیص داده شده و اهداف و مقاصد مورد توافق - کوتاه مدت و بلند مدت - در عدالت در سلامت تبیین شوند تا باعث یکپارچگی سیاست گذاری های عدالت در سلامت با دستورالعمل های هر بخش گردند. (cw, 2007) پیدا کردن راه حل های سیاسی که هم نیاز بخش های مختلف را تامین می کنند و هم منجر به ایجاد بینشی مشترک می شوند، در ایجاد دستاوردهای سیاسی و اجرایی کمک کننده خواهد بود. طرح ابتکاری "سلامت در تمام سیاست ها" در ایالت استرالیا جنوبی، مثالی از یک اقدام است که اخیراً در کشوری با درآمد بالا بر روی یک برنامه استراتژیک ایالتی موجود بنا شده و منجر به توسعه مهارت ها و نظام ها، جهت ایجاد یک رویکرد کلی در حکومت نسبت به موضوع سلامت و عدالت در سلامت، شده است. (<http://www.dh.sa.gov.au/pehs/publications/public-health-bulletin.htm>) را ببینید.

عدالت در سلامت به عنوان یک نشان گر پیشرفت اجتماعی

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۰۱ مجلس و سایر نهادهای نظارتی معادل، هدف ارتقا عدالت در سلامت را از طریق اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، به عنوان معیاری برای سنجش عملکرد حکومت، اتخاذ نمایند (پیشنهادات ۱۳.۲، ۱۵.۱ را ببینید).

قرار دادن عدالت در سلامت، به عنوان نشانه پیشرفت اجتماعی، نیاز به آن دارد که اتخاذ آن و رهبری آن در بالاترین سطح سیاسی یک کشور باشد. مجلس، یا هر نهاد حکومتی دیگر، از طریق نقش های نمایندگی، قانون گذاری و نظارتی سازمان های کلیدی جهت ارتقاء عدالت در سلامت می باشند. (Mususka & Chingombe, 2007) همان طور که تجربه بریتانیا نشان می دهد، رهبری سیاسی در سطح هیأت دولت بسیار حائز اهمیت است. طی دهه های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، شواهدی که در گزارش بلک گردآوری شده بود، تاثیر اندکی بر خط مشی حکومت گذاشت. از سال ۱۹۹۷ و با نگاه تازه به بی عدالتی در سلامت در گزارش آپسون، خواست سیاسی در این رابطه ایجاد شده است و حکومت بریتانیا با یک استراتژی کل حکومتی برای کاهش بی عدالتی های در سلامت، عدالت اجتماعی را سر لوحه سیاست های اجتماعی-اقتصادی خود قرار داده است (کادر ۳، ۱۰ را ببینید). بخش سلامت، مدافع سلامت و طرف دار عدالت در سلامت بوده و مذاکره کننده برای اهداف اجتماعی وسیع تر است. بنابراین حائز اهمیت است که وزراء سلامت که از طرف وزارت خانه متبوع شان حمایت می شوند، برای ایفای چنین نقش تولیتی در حکومت، کاملاً تجهیز باشند، که در بریتانیا شرایط به همین گونه بود. ارتقاء درک تمام فعالان سیاسی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت می تواند به آماده سازی زمینه سیاسی کمک کند. (فصل ۱۶ را ببینید: تعیین کننده های اجتماعی سلامت: نظارت، تحقیق و آموزش). به همین صورت، ارائه استراتژیک اطلاعات در مورد وضعیت عدالت در سلامت، نشان دادن هزینه های بی عدالتی در سلامت، تاکید بر هماهنگی بین بخش ها و تاکید بر فرصت ها جهت مداخله، اقدامات حیاتی هستند که درک سیاسی را گسترش داده و وزراء سلامت می توانند از آن ها استفاده نمایند.

سازگاری محیط

بسته به میزان حمایتی که توسط اوضاع سیاسی فراهم می‌شود، رویکردهای سیاستی و بخشی (sectoral) مختلفی جهت اقدام بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت سلامت، کمابیش امکان پذیر می‌شوند (PHAC, 2007). برای مثال، در زمینه‌هایی که عدالت در صدر دستورالعمل‌های اجتماعی و سیاسی قرار دارد و منابع و زیرساخت‌هایی برای حمایت از اقدامات مربوطه موجود است - هدف، عدالت در سلامت برای همه مردم است و این امر برای تبیین رویکردی در کل حکومت جهت "سلامت در تمامی سیاست‌ها" سودمند می‌باشد مانند کوبا، نروژ، بریتانیا (انگلستان) (کادر ۱۰،۳) فنلاند (Stahl et al, 2006) و نیوزلند.

در زمینه‌های دیگر، ممکن است اقدامات بین بخشی (ISA) عملی نباشند. در این موارد، توجه به ماهیت سیاست‌ها و اقدامات در همه بخش‌ها و حرکت در جهت سیاست‌های منسجم، در دست یابی به هدف بهبود سلامت و عدالت در سلامت کمک می‌کند. همان‌طور که مورد سریلانکا نشان می‌دهد (کادر ۱۰،۴) علیرغم شناخت و تعهد نخست‌وزیر سریلانکا به اقدامات بین بخشی (ISA)، ساختارها و ظرفیت‌های موجود قادر به حمایت از آن نبودند. با این وجود، نهایتاً منجر به اقدامات منسجم و موثر در بخش‌های مختلف شد که این امر نیز باعث شد مراقبت‌های اولیه سلامتی به عنوان رویکرد اصلی نسبت به موضوع سلامت، پذیرفته شود.

ادامه حمایت از مدل‌های مدیریت دولتی نوآورانه و ساختارهای تشویق‌کننده ضروری است چرا که آن‌ها می‌توانند اقدامات بین بخشی مانند کار بر روی اهداف در اولویت را بین وزارت سلامت و یک وزارت خانه دیگر تشویق کنند. برای مثال در موزامبیک، وزارت سلامت و وزارت خدمات عمومی با همکاری هم مداخلاتی را بر روی بهسازی آب و فاضلاب و به منظور کاهش مرگ و میر نوزادان انجام دادند. در برزیل، وزارت سلامت و وزارت امور خانواده، در تهیه برنامه ملی غذا و تغذیه با یکدیگر همکاری نمودند (کادر ۱۰،۵).

کادر ۱۰.۲: کمیته portfolio زامبیا، در موضوع سلامت، توسعه اجتماعی و رفاه اجتماعی

کمیته portfolio زامبیا در موضوع سلامت، توسعه اجتماعی و رفاه اجتماعی، در سال ۱۹۹۹ تجزیه و تحلیلی از وضعیت HIV/AIDS را با همکاری حکومت و دست‌اندرکاران سازمان‌های غیردولتی مربوطه انجام داد. کمیته در سال ۲۰۰۰، با توجه به افزایش آمار HIV/AIDS، بررسی خط‌مشی سیاسی حکومت در رابطه با HIV/AIDS را در دستور کار قرار داد. این کمیته بازدیدی را نیز برای انجام مطالعات تطبیقی در رابطه با HIV/AIDS، از سنگال انجام داد. کمیته در نتیجه این مطالعات، پیشنهادهای مطرح کرد که مشارکت بیشتر اعضا پارلمان را در موضوعات سلامتی که در ارتباط با HIV/AIDS است، طلب می‌کرد. پیشنهادهای ارائه شده در گزارش کمیته به پارلمان در نوامبر ۲۰۰۲، اقدامات بین بخشی (ISA) زیر را علاوه بر سایر اقدامات بین بخشی، شامل می‌شد:

- دولت می‌بایستی در امر برپاسازی فعالیت‌های مربوط به سلامت باروری (تناسلی)، از جمله پیشگیری و کنترل HIV/AIDS، و عفونت‌های منتقله از راه جنسی (STI) در همه مناطق کشور، تسهیلات ایجاد نماید.
 - به منظور آگاه کردن (ایجاد حساسیت) در نیروی کار؛ اتحادیه‌های تجاری در تلفیق با فدراسیون کارفرمایان زامبیا و اتاق صنعت و بازرگانی، باید فعالیت‌های مربوط به پیشگیری و کنترل HIV/AIDS را با برنامه‌های خود در محل کار، ادغام نمایند.
 - به منظور آگاه کردن کودکان در سنین مدرسه نسبت به خطر HIV/AIDS، دولت باید ارائه آموزش جنسی از جمله HIV/AIDS را در برنامه درسی مدارس قرار دهد.
 - دولت باید فعالیت‌های اجتماعی، که مشکوک به افزایش گسترده شدن HIV هستند مانند فروش الکل و زمان باز و بسته شدن بارها (bars) و کلوب‌های شبانه را سامان دهد.
 - دولت، NGOها و سازمان‌های اجتماعی باید برای ایجاد خط تلفن‌های خاص و ارائه اطلاعات و مشاوره رایگان برای عموم مردم، با یکدیگر همکاری نمایند.
 - دولت و کلیه دست‌اندرکاران، باید خیلی فوری به شرکت‌های دارویی بین‌المللی و آژانس‌های تامین بودجه مراجعه نموده و در رابطه با کاهش قابل ملاحظه هزینه داروهای ضد تروویروس با آن‌ها مذاکره نمایند تا دسترسی افراد نیازمند به این داروها بهبود یابد.
 - اعضای پارلمان و سایر تصمیم‌گیرندگان باید دانش خود را در رابطه با وضعیت HIV/AIDS در زامبیا افزایش داده و آگاهی خود را از فرصت‌ها و چالش‌های عمده‌ای که کشور با آن روبروست، بهبود بخشند.
- منبع: Musuka & Chingombe, 2007

منطقه عملیاتی ۱۰.۱: عدالت در سلامت در تمام نظام‌ها

مسئولیت اقدام بر سلامت و عدالت در سلامت را به بالاترین سطح حکومت محول نمایید و از در نظر گرفته شدن منسجم موارد تبیین شده در تمامی سیاست‌گذاری‌ها، اطمینان حاصل کنید.



کادر ۱۰.۳: اقدام بر بی عدالتی در سلامت در کل دولت، بریتانیا

گزارش آپسون در رابطه با بی عدالتی های در سلامت، اهمیت محدودیت های برنامه های کاری مجزا (انفرادی) در عدالت اجتماعی و بی عدالتی های در سلامت و اهمیت انجام اقدام مشترک را روشن ساخت. در سال ۲۰۰۲، اداره کل سلامت و خزانه داری، به عنوان بخشی از مذاکرات هزینه ای در سرتاسر حکومت، مذاکراتی را بین ۱۸ اداره ترتیب دادند تا آن ها را از برنامه حصول اهداف مطلع سازند و مشارکتی را که از هر بخش حکومت انتظار می رود مشخص نمایند. اختیارات مالی و سیاسی اداره خزانه داری متمرکز بود و ادارات را برای همکاری در رسیدن به هدف مشترک، بر سر میز مذاکره آورد. این امر توافق بین ادارات را تسهیل کرد تا با ترکیب مهارت ها و منابع به حمایت از اولویت های حکومت پردازند.

برنامه ریزی عملیاتی سال ۲۰۰۳، ۸۲ تعهد نامه تامین اعتبار شده را که تحت سرپرستی ۱۲ اداره دولتی بودند را شناسایی کرد و قرار شد که در سه سال متعاقب آن، پایه و اساسی را برای دست یابی به اهداف سال ۲۰۱۰ ایجاد کنند و تاثیر پایداری بر گستره بیشتری از تعیین کننده های سلامت داشته باشند. برنامه عملیاتی چارچوب استراتژیکی را برای جهت دهی به تمامی اقدامات به سمت یک هدف تدوین نمود. این برنامه عملیاتی، خواستار همکاری سطوح ملی و محلی حکومت و نیز خواستار عملکرد قوی نظام های مدیریتی به منظور تحقق هدف شد. یک روند علنی از حسابرسی مستمر، گزارش دهی و بررسی باعث مطلع شدن از مسیر هدف و توانایی اصلاح و بهسازی رویکرد، می شود. گزارش وضعیت در سال های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۸ انتشار یافت.

این هدف، به منظور ایجاد هماهنگی در انجام فعالیت ها، حکومت را تحت فشار گذاشت. این امر، مستلزم ارتباط مناسب بین روسای ادارات و خزانه داری بود. هم اکنون چارچوب های ملی، بی عدالتی های در سلامت را اولویت اول برنامه ریزان سلامت و حکومت محلی قرار داده اند در حالی که هدایت و حمایت مرکزی، مناطقی را که عملکردشان صحیح و مناسب نبوده است را مورد هدف قرار داده و بهترین عملکردها را خواستار شدند. وزیر سلامت کنونی، بی عدالتی در سلامت را، اولویت کاری خود قرار داده و سرویس سلامت ملی - که سال ۲۰۰۸ شصتمین سالگرد تاسیس آن می باشد - را به چالش میکشاند تا طبق اصول اولیه خود در هنگام پایه گذاری، یعنی همگانی بودن و انصاف رفتار نماید.

منبع: Hayward, 2007

کادر ۱۰.۴: سریلانکا - رویکردی منسجم در بخش های گوناگون نسبت به سلامت

طی سال های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۵، سریلانکا انتقال سریعی را در وضعیت سلامت، تجربه کرد که به طولانی شدن عمر و کاهش مرگ و باروری انجامید. بهبود سلامت با بهبود سایر ابعاد خوب زیستی همزمان شد. به طور همزمان، هر بخش به پیگیری اهداف خود، برای بهبود شرایطی که مسئولیت آن را بر عهده داشت پرداخت. فرآیندهای بین بخشی منجر به تشریح واضح برنامه های اقدامات بین بخشی برای سلامت به گونه ای که سایر بخش ها، غیر از بخش سلامت، سهم خود را در سلامت شناخته و به طور آگاهانه فعالیت های خود را برای ایجاد پیامد مطلوب برای سلامت با یکدیگر هماهنگ سازند، نگردید. این شکست، به ساختارهای موجود تصمیم گیری، فقدان ظرفیت لازم جهت شناخت ارتباطات بین بخشی وعدم تاثیر گذار بودن فعالانه بر آن ها و فرهنگ غالب مدیریتی، نسبت داده شد.

مورد سریلانکا فرآیندهایی را نشان می دهد که بیشتر قسمت ها مستقل از یکدیگر عمل می کنند، اما در عین حال برای بهبود خوب زیستی که سلامت عنصر جدایی ناپذیر آن است به طور همزمان کار می کنند. این فرآیندها نیازمند (۱) یک استراتژی کلی توسعه اجتماعی (۲) یک فرآیند سیاسی که اتفاق نظر بالایی را در مورد این استراتژی ایجاد نماید (۳) تا حد امکان ارزش و تعهد یکسانی نسبت به هر کدام از شاخص های اصلی داده شود (۴) تقسیم مسئولیت ها در بالاترین سطوح حکومت در مورد این برنامه؛ می باشند.

منبع: WHO&PHAC, 2008

کادر ۱۰.۵: برنامه ملی برزیل در زمینه مواد غذایی و تغذیه (PNAN)

برنامه ملی برزیل در زمینه مواد غذایی و تغذیه (PNAN)، فراهم کردن شرایطی را تضمین می کند که باعث دسترسی دائم تمامی شهروندان به مقادیر کافی مواد غذایی اصلی (پایه ای) باکیفیت، بدون لطمه زدن به دسترسی شان به سایر نیازهای پایه، می شود. این برنامه در ارتباط تنگاتنگ با برنامه سلامت خانواده، تبیین شده است. این سیاست های مختلف، همراه با یکدیگر، به ترغیب مواردی مانند، تغذیه در ۶ ماه اول زندگی صرفاً با شیر مادر و سامان دهی (نظارت بر) تبلیغات مواد غذایی مربوط به کودکان در رسانه ها، کمک کردند.

منبع: Buss & Carvalho, 2007

تاثیر سیاست‌های حکومت بر عدالت در سلامت

تشخیص این که آیا سیاست‌های حکومت، حصول هدفی مانند بهبود سلامت و عدالت در سلامت را میسر می‌کنند، منوط به آنست که بخش‌های مختلف حکومت اهداف کوتاه مدت و بلند مدتی را همراه با شاخص‌های مرتبطی که پیشرفت با استفاده از آن‌ها اندازه‌گیری می‌شود، را تبیین کنند. در تدوین سیاست‌ها، ارزیابی تاثیرات بالقوه آن‌ها بر عدالت در سلامت در کوتاه مدت و بلند مدت، می‌تواند کمک‌کننده باشد تا به تغییر سیاست‌ها قبل از اجرای آن‌ها بپردازیم.

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۰.۲ پیش تعیین‌کننده‌های اجتماعی و شاخص‌های عدالت در سلامت، نهادینه شده و ارزیابی تاثیر تمامی سیاست‌های حکومتی - شامل تامین مالی - بر عدالت در سلامت، مورد استفاده قرار گیرد (پیشنهادات ۱۱.۲، ۱۱.۵، ۱۶.۲، ۱۶.۷ را ببینید).

چارچوب‌هایی برای برنامه‌ریزی بر اساس اقدامات بین‌بخشی (ISA) در موضوع سلامت موجود است، مانند چارچوب گام به گام سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن (کادر ۱۰.۶)، که کشورها می‌توانند آن را با توجه به نیازهای شان در موضوع سلامت تطبیق دهند.

تامین بودجه اقدامات بین‌بخشی

قسمت اصلی تلاش‌هایی که جهت پشتیبانی از اقدامات بین‌بخشی (ISA) در درون دولت صورت می‌گیرد، توسط زیرساخت‌ها و اقداماتی در کل دولت که از مکانیسم‌های تامین مالی مختلفی استفاده می‌کنند، تامین می‌شوند (فصل ۱۱ را ببینید: تامین مالی منصفانه). اقدامات بین‌بخشی (ISA)، به عنوان یک حالت از تامین بودجه می‌تواند مورد استفاده قرار گیرند. دولت کانادا از این رویکرد در صندوق سلامت جمعیت خود استفاده کرد تا به سازمان‌های مختلف در بخش‌های آکادمیک، اجتماعی و داوطلبانه - در پیشبرد اهداف برنامه‌ها و سیاست‌های مربوط به کودکان، سالمندان و سایر گروه‌های اجتماعی و نیز پیشبرد رویکردهایی که با استفاده از اقدامات بین‌بخشی (ISA)، به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌پردازند - کمک مالی نماید. منابع غیر مالی توسط بخش‌هایی مورد استفاده قرار می‌گیرند که در مورد قراردادهای تامین مالی محدودیت داشته و برای تامین نیازهای مربوط به اهداف مشترک، تنها می‌توانند از کمک‌های غیر مالی (مانند نیروی انسانی، اطلاعات، تخصص، فضای فیزیکی و تکنولوژی) استفاده نمایند. قراردادهای غیر مالی بین سازمان‌ها، می‌تواند انعطاف‌پذیری بیشتری را برای تطبیق دادن نیازهای متغیر کار بین‌بخشی در مراحل مختلف توسعه، اجرا و ارزیابی سیاست‌گذاری‌ها داشته باشند.

کادر ۱۰.۶: چارچوب گام به گام در پیشگیری از بیماری‌های مزمن

چارچوب گام به گام، یک رویکرد انعطاف‌پذیر و عملی را نسبت به سلامت عمومی برای کمک به وزرای سلامت در متوازن ساختن نیازها و اولویت‌های گوناگون، در هنگام اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد، مانند مداخلات پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت در کنترل تنباکو (FCTC) و استراتژی سراسری سازمان جهانی بهداشت در رابطه با رژیم غذایی، فعالیت بدنی و سلامت - ارائه می‌نماید.

این چارچوب، توسط یک سری از مبانی هدایت می‌شود که رویکرد سلامت عمومی نسبت به پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن دارند:

- حکومت ملی، چارچوب واحدی را برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن تهیه می‌نماید، پس اقدامات انجام گرفته در تمامی سطوح و توسط تمامی دست‌اندرکاران، برای هر دو طرف حمایت‌گرا نه و سودمند است.

- اقدامات بین‌بخشی (ISA)، در تمامی مراحل تدوین و اجرای سیاست‌ها ضرورت دارد، چرا که عوامل عمده تعیین‌کننده بار بیماری‌های مزمن، خارج از بخش سلامت قرار دارند.

- سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ها، بر عوامل خطرزای معمول و رایج، تمرکز داشته و بیماری‌های خاص را مورد توجه قرار دهند.

- مداخلات گسترده مربوط به کل جمعیت و مداخلات مربوط به تک‌تک افراد، با هم ترکیب شوند.

- نقاط عطف صریح و مرتبط با منطقه برای هر مرحله از کار و هر سطح از مداخله و با تمرکز خاص بر کاهش بی‌عدالتی در سلامت، تبیین شوند.

با آگاهی از این امر که بیشتر کشورها منابع لازم برای انجام فوری تمامی مواردی که در سیاست‌های کلی آمده است را نخواهند داشت، فعالیت‌هایی که فوراً امکان‌پذیر بوده و به نظر می‌رسد بیشترین تاثیر را داشته باشند، اول اجرا شوند. این قاعده‌مبنای رویکرد گام به گام را تشکیل می‌دهد.

منبع: WHO, 2005



عدالت در سلامت مورد استفاده قرار می گیرد که بازتاب آن هم در روند تصمیم گیری تاثیر می گذارد و هم می تواند در دخیل کردن وزارت خانه های مربوطه و سایر دست اندرکاران، در بحث ها مورد استفاده قرار گیرد (Douglas & Scott-Samuel 2001). ابزاری که در حال حاضر بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد یعنی، ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت، می تواند برای ارزیابی عدالت در سلامت نیز مورد استفاده قرار گیرد (کادر ۱۰.۸) (تعیین کننده های اجتماعی سلامت سلامت: پایش، تحقیق و آموزش در فصل ۱۶ را در رابطه با جزئیات بیشتر درباره چگونگی انجام ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت ملاحظه نمایید).

ادغام کردن اطلاعات معمول مربوط به مباحث عدالت در سلامت مردم و تعیین کننده های اجتماعی، در یک سیستم ملی مراقبت سلامت، می تواند نه تنها به عنوان مکانیزمی برای اطلاع از پیشرفت های صورت گرفته در عدالت در سلامت و ارزیابی موفقیت آن، بلکه به عنوان ابزاری جهت حمایت از اقدامات بین بخش های مختلف در رابطه با تعیین کننده های اجتماعی سلامت، به کار رود (کادر ۱۰.۷) (فصل ۱۶ رابیینید: تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش).
ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت، ابزار حمایتی آشکاری در ایجاد انسجام در سیاست های مربوط به عدالت در سلامت است. این ارزیابی، برای برآورد پیامدهای بالقوه سیاست گذاری ها بر

کادر ۱۰.۷: پایش بی عدالتی های در سلامت در نیوزلند

نیوزلند، رویکردی تمام حکومتی را برای کاهش بی عدالتی های در سلامت، به ویژه با عنایت به راه هایی که قومیت و بی عدالتی های اجتماعی اقتصادی تاثیر متقابل بر هم می گذارند، اتخاذ کرده است. مستندات سیاست گذاری های کلیدی که در سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲ منتشر شد، توجه ویژه به بی عدالتی در سلامت را در تمامی سطوح کاری بخش سلامت خواستار شد و الگویی (کاهش نابرابری در چارچوب سلامت) را در رابطه با چگونگی دست یابی به کاهش بی عدالتی های در سلامت تهیه و تدوین کرد. نیوزلند، به ویژه در پایش قاطعانه بی عدالتی ها و گزارش این بی عدالتی ها به شکلی که به بهترین نحو اقدامات لازم را تسهیل نماید، بسیار موفق عمل کرده است. این مهم از طریق یک سری از مکانیسم ها به دست آمده است؛ از جمله، تأکید شدید بر ثبت قومیت در بخش سلامت، مقایسه مستمر آمار سرشماری شده با آمار مرگ و میر و استفاده گسترده از سنجش محرومیت مناطق کوچک بر اساس آمار سرشماری، شاخص محرومیت نیوزلند. این رویکردها، توجه تمام بخش ها را به بی عدالتی افزایش داده است، بحث و بررسی ها را در حلقه های آکادمیک و سیاست گذاری در رابطه با علل ریشه ای بی عدالتی ها تسهیل کرده است و برای آژانس های اجتماعی، شواهدی را که بر اساس آن بتوانند به تدوین برنامه ها و سیاست هایی برای پرداختن به موضوع بی عدالتی های در سلامت در حوزه کاری شان بپردازند، فراهم کرده است.
منبع: WHO & PHAC, 2007

کادر ۱۰.۸: ارزیابی تاثیرات استراتژی سلامت لندن بر سلامتی

در سال ۲۰۰۰ کمیسیون سلامت لندن (LHC) توسط شهردار و در قالب کمیته ای مستقل، به عنوان بخشی از اجرای اولین استراتژی سلامت لندن ایجاد شد. هدف کلی این کمیسیون، کاهش بی عدالتی های در سلامت در پایتخت و بهبود سلامت و خوب زیستی تمامی ساکنین لندن، به وسیله افزایش آگاهی از بی عدالتی های در سلامت و ترویج اقدامی هماهنگ در جهت بهبود تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطح شهر لندن بود. کمیسیون سلامت لندن، از طریق تاثیرگذاری بر سیاست گذاران و متخصصان اصلی، حمایت و ترویج اقدامات محلی و پیگیری انجام موارد خاص و دارای اولویت از طریق برنامه های مشترک، به اهداف خود دست می یابد. این کمیسیون ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت (HIAs) ناشی از تمامی استراتژی های وابسته به قانون و برخی از استراتژی های غیر وابسته به قانون مقرر شده توسط شهرداری، را تکمیل کرده است. رویکرد کلی نسبت به این موضوع به شرح زیر است:

- انتصاب یک گروه هدایت کننده خط مشی
- غربالگری و تعمق در پیش نویس استراتژی
- ارزیابی سریع شواهد
- کارگاه آموزشی برای دست اندرکاران، جهت ارزیابی سیاست ها
- ارائه پیشنهادات به شهردار
- ارائه پیشنهاداتی جهت استراتژی های نهایی
- پایش و ارزشیابی
- چاپ و انتشار بررسی کلی شواهد و گزارشات HIA.

یک ارزشیابی مستقل نشان داد که ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت (HIAs) مربوط به کمیسیون سلامت لندن (LHC)، باعث تغییراتی در استراتژی های لندن شده است و این که این رویکرد هزینه اثربخش می باشد. ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت (HIAs)، آگاهی دست اندرکاران را در مورد تاثیر سیاست های گسترده تر آن ها بر سلامت افزایش داد و این مسئله باعث آن شد که در ارتقاء استراتژی ها، موضوع سلامت در مراحل اولیه تری لحاظ شده و در ارتقاء بیشتر روش ها و ابزارهای HIA و توسعه HIA مبتنی بر شواهد، مشارکت کند.

منبع: NHS, 2000

اقدام در درون بخش سلامت

نهایتاً پرداختن به موضوع تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، نیاز به اقدام در کل حکومت و سایر دست اندرکاران اصلی دارد. با این وجود بخش سلامت خود مکان مناسبی برای ایجاد حمایت و پایه گذاری ساختارهایی است که کار بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت را تشویق و ترویج می کنند و وزیر سلامت که توسط بخش اجرایی حکومت حمایت می شود باید نقش یک تولیتی قوی را در رابطه با اقدامات بین بخشی (ISA) برای سلامت و عدالت در سلامت انجام داده، منابع مالی و زمانی را برای گسترش مهارت ها و ظرفیت های مربوط به نیروی کار سلامت تقبل نموده و ساختارهای تشویقی را برای اقدامات بین بخشی ایجاد نماید.

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۰.۴ بخش سلامت باید سیاست ها و برنامه های خود را در ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری ها و مراقبت سلامتی گسترش دهد تا رویکردی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت با مدیریت وزیر سلامت را شامل شود (پیشنهاد ۹.۱ را ببینید).

مهارت ها و ظرفیت ها

اتخاذ رویکردی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی در وزارت سلامت، نه تنها به خواست سیاسی، بلکه به بودجه و پرسنل کافی در وزارت خانه نیازمند است. به نظر می رسد بنا بر عوامل زیر، گسترش ترکیبی از مهارت و آگاهی کارکنان برنامه نیز مورد نیاز است:

- لزوم تنوع بخشی و هدفمند کردن مداخلات، به منظور تامین نیازها و شرایط خاص گروه های مختلف جمعیتی؛
- دامنه در حال گسترش مداخلات رو به بالا نیاز به تاثیر بر تعیین کننده های اجتماعی دارد، قبل از آن که این عوامل به صورت آسیب پذیری های مختلف و پیامدهای گوناگون سلامت، ظهور یابد؛
- نیاز به تبادل نظر سیاستی و عمومی، هماهنگی میان برنامه ها و بخش ها و درک و مدیریت فرآیند پیچیده تغییرات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی.

ارتباطات نزدیک تر بین طیفی از مباحث مکمل، مانند سلامت عمومی، ارتقاء سلامت، برنامه ریزی شهری، آموزش و علوم اجتماعی؛ به گسترش روش های نظری و عملی همکاری در چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، کمک خواهند کرد. توسعه نیازمند آموزش رسمی و حرفه ای است که طیف تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در بر می گیرد (تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش را در فصل ۱۶ ببینید). مثال کوبا نشان می دهد که چگونه اقدامات بین بخشی (ISA) به تدریج در سطح کشور، با لحاظ کردن ارتقاء مهارت ها به عنوان بخش اصلی و مرکزی اقدامات بین بخشی برای سلامت، بنا نهاده شد (کادر ۱۰.۹)

کادر ۱۰.۹: کوبا - ابزارهایی برای پایش و ارزشیابی کارآمدی اقدامات بین بخشی

توسعه نظام سلامت عمومی کوبا در سه مرحله انجام گرفته است که در آن بر همکاری بین بخش ها به وضوح تاکید شده است. تمرکز بر امر درمان بیماری ها و گسترش دامنه پوشش آن در دهه ۱۹۶۰- راه را برای توجه بیشتر بر پیشگیری، سامان دهی و گروه های در خطر در دهه های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ و استفاده روز افزون از کمیسیون های برنامه ریزی بین بخشی و گسترش پلی کلینیک هایی که رویکردی همه جانبه نسبت به درمان داشتند هموار کرد. در دهه ۱۹۹۰، این فعالیت گسترده تر شده و سلامت خانواده و جامعه را نیز در بر گرفت و از طریق ایجاد شوراهای سلامت محلی و تجلیل از اقدامات بین بخشی (ISA) به عنوان یکی از مبانی اصلی توزیع سلامت عمومی، توجهات بیش از پیش به اقدامات بین بخشی (ISA) معطوف شد. برنامه های آموزشی برای تقویت مهارت های مشترک بین بخشی، در میان متخصصین سلامت عمومی و تصمیم گیرندگان، تهیه و اجرا شدند. تیمی از گروه سلامت ملی با استفاده از یک پرسش نامه و متدولوژی استاندارد، اقدام به یک ارزشیابی سیستماتیک از فعالیت های بین بخشی کردند تا به شماری از ابعاد کلیدی بین بخشی، شامل سطح آگاهی از اقدامات بین بخشی در میان گردانندگان بخش سلامت و دیگر بخش ها، و حضور اقدامات بین بخشی در اهداف استراتژیک شهرداری ها و شوراهای سلامت شهری، بپردازند.

منبع: WHO&PHAC, 2007

منطقه عملیاتی ۱۰.۲:

عدالت در سلامت در تمامی سیستم ها

بخش سلامت را به اتخاذ درست چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی در تمامی سیاست ها و عملکردهای وابسته به برنامه ریزی وزارت سلامت وادار کرده و نقش تولیتی آن را در حمایت از رویکردی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی در کل حکومت، تقویت نماید.

حمایت مالی از اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت

آن چه که برای به کارگیری موفقیت آمیز چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سیاست ها و برنامه ریزی های وزارت سلامت بسیار حیاتی است، تخصیص منابع در حدی است که تفاوت آشکاری را سبب شود (فصل ۱۱ را ببینید: تامین مالی منصفانه). با یاد گرفتن از روش کشورهای مختلف در تامین اعتبار جهت فعالیت های مربوط به ارتقا سلامت (IUHPE, 2007)، اختصاص مالیات وثیقه ای برای مثال مالیات بر تنباکو می تواند منبع پولی پایایی برای اقداماتی باشد که از چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت استفاده می کنند. اختصاص درصد مشخصی از منابع مالی بیمه ملی سلامت برای اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، روش دیگری برای اطمینان از تخصیص منابع است. حمایت از ایجاد و تخصیص این گونه منابع، مستلزم وجود ساختارهای تشویقی در وزارت سلامت، شامل جایزه های نقدی و تشویق هایی برای ادارات مربوطه، برای افزایش پاسخ گویی در قبال موارد مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت می باشد که بدین ترتیب از این که برنامه های بخش سلامت تاثیرات وارده بر عدالت را پایش مستمر می کنند، اطمینان حاصل می کنیم.

تقویت سازمانی

نهادینه کردن، اجرا و مدیریت عدالت در سلامت در تمامی سیاست ها، سیستم ها و برنامه ها- در میان سایر مواردی که در بخش های مختلف این گزارش ذکر شد، نیازمند ظرفیت فنی و دانش تعیین کننده های اجتماعی سلامت، است. این ها مهارت هایی هستند که بندرت در موسسات سلامت عمومی، مدیریت و سیاست، تدریس می شود. علی الخصوص این که نیروی کار وزارت سلامت در بسیاری از کشورها از فقدان آموزش در زمینه هایی که جهت پرداختن به موضوع تعیین کننده های اجتماعی سلامت مهم هستند مانند همه گیر شناسی اجتماعی، برنامه ریزی بین بخشی، سیاست گذاری و پایش / ارزشیابی در رابطه با بخش سلامت و اقدامات بین بخشی (ISA)، رنج می برند. وزارت خانه های سلامت فقط در تعداد کمی از کشورها، قادر به ایجاد بحث های اقتصادی و سیاسی برای مقابله با تعیین کننده های اجتماعی سلامت و حمایت از یک اتفاق نظر و دستور کار مشترک بین بخشی و در مدیریت سلاقی و فرآیندهای بین بخشی، بوده اند. با وجود این که آموزش و فراگیری پایه نسبتاً سریع انجام می گیرد، کشورها نیاز به مکانیسمی برای ترویج آموزش مستمر و توسعه مهارت های جدید در رابطه با بررسی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت دارند (CW, 2007).

کمسیون پیشنهاد می کند که:

۱۰.۵ سازمان جهانی بهداشت، توسعه دانش و توانایی های وزارت خانه های سلامت را جهت کار در چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت مورد حمایت قرار داده و نقش تولیتی را در حمایت از رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی در کل حکومت ایفا می نماید. (پیشنهادات ۱۵.۳ و ۱۶.۸ را ببینید)

سازمان جهانی بهداشت، آژانس تخصصی سازمان ملل است که رسالت هدایت امر سلامت و عدالت در سلامت را در سرتاسر جهان به عهده دارد. سازمان جهانی بهداشت در مرکز کار کمیسیون قرار گرفته و در پایا بودن اقدامات صورت گرفته بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، نقش حیاتی را بر عهده دارد. بخشی از مسئولیت های سازمان جهانی بهداشت، شامل ایجاد ظرفیت های فنی و دانش مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، در حکومت های عضو می باشد. جریان کاری کشوری کمیسیون که توسط سازمان جهانی بهداشت هدایت می شود، هدفش؛ رغبت، به نمایش گذاشتن و پل زدن بین دانش از یک سو و سیاست گذاری و اجرای آن ها از سوی دیگر، به منظور پرداختن به بی عدالتی های سلامتی وابسته به تعیین کننده های اجتماعی می باشد. سازمان جهانی بهداشت، یک گروه مرکزی از حکومت های علاقه مند را در تمامی مناطق جهان، برای همکاری در جهت ایجاد پایه های مورد نیاز برای تغییرات آتی و شناسایی روش های جدید که، سازمان جهانی بهداشت از طریق آن ها بتواند از اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در سیاست گذاری ها و برنامه ریزی های ملی حمایت کند، شناسایی کرده است. بسیار مهم است که سازمان جهانی بهداشت، کار در سطح کشوری را پایه گذاری کرده، از کشورهایی که در حال حاضر شریک هستند، حمایت کرده و به تشویق کشورهای جدید جهت کار بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت بپردازد (بخش ۶ را ملاحظه نمایید).

فصل ۱۶ (تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش) پیشنهادات مختلفی که مخصوص سازمان جهانی بهداشت است را مشخص می نماید. این امر برای اقدامات بین بخشی (ISA) بسیار حیاتی است که، سازمان جهانی بهداشت مستندات و یافته های کمیسیون را با سایر کشورها در میان گذاشته و آن را برای حمایت از وزارت خانه های سلامت در ایفای نقش تولیت، در موارد ذیل مورد استفاده قرار دهد:

- ۱- ایجاد بحث هایی در مورد چنین رویکردهایی و افزایش مشهود بودن موضوعات تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت؛
- ۲- ایجاد ساختارهای سازمانی در ابعاد ملی و محلی به منظور پیشبرد برنامه های کاری مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت؛
- ۳- توسعه طرح عملیاتی ملی در رابطه با این مسئله؛
- ۴- توسعه مهارت های مناسب در نیروی کاری از طریق برنامه های آموزشی کوتاه مدت و بلند مدت.

سازمان جهانی بهداشت،

تاکنون به منظور حمایت بهتر از تلاش وزات خانه های سلامت در توسعه و اجرای سیاست ملی در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، به سمت تغییر برخی از ساختارهای نهادی خود حرکت کرده است. علاوه بر مسئولین محوری در منطقه، ادارات منطقه ای هم برای ایجاد هماهنگی بین اقدامات مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت، تقویت شواهد پایه، حمایت از برنامه ها و سیاست های مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت، ترویج و گسترش همکاری بین کشورها و حمایت از اقدامات بین بخشی، شروع به کار نمودند. ایجاد انسجام و یکپارچگی بین بخش های مختلف حکومتی کشورهای عضو، مستلزم انسجام بین اقدامات استراتژیک ادارات

بخش سلامت، کاتالیزوری ماورای حکومت

عنصر اصلی اقدامات بین بخشی، مشارکت اجتماعی بیشتر در فرآیندهای سیاستی است (فصل ۱۴ را ببینید: توانمندسازی سیاسی، شمول و حق بیان) وزارت خانه های سلامت می توانند به عنوان کاتالیزوری برای دخیل کردن اشخاص و موسسات مهم به کار رفته و برای دخیل کردن اشخاصی که متأثر از سیاست ها قرار گرفته اند، فراتر از حکومت عمل نمایند (کادر ۱۰،۱۰)

در حالی که نظارت بر امور توسط بالاترین سطح حکومت ضروری است تا باعث پیشبرد و هماهنگی در اقدامات بین بخشی و تضمین استمرار و پایداری آن ها گردد، تصدی امور توسط حکومت های محلی و اجتماع نیز لازمه دست یابی به نتایج پایدار می باشد. همکاری بین حکومت و سازمان های غیر دولتی، می تواند دستاوردها را افزایش داده و منجر به نتایج زود هنگام شود (کادر ۱۰،۱۱). در حال حاضر چارچوب ها و برنامه های بین بخشی زیادی وجود دارند که رویکردی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی نسبت به سلامت و عدالت در سلامت اتخاذ کرده اند مانند شهرهای سالم، شهرداری های سالم، دهکده های سالم و جزیره های سالم که می توان به کارگیری آن ها را در زمینه های مختلف مورد بررسی قرار داد.

بخش خصوصی، هم در ایجاد بی عدالتی در سلامت و هم در حل مشکل بی عدالتی، مسئولیت عمده ای را بر عهده دارد. دخالت موثر بخش خصوصی در عدالت در سلامت بسیار حائز اهمیت است که در فصل های ۷، ۱۲ و ۱۵ به طور مفصل تر به آن پرداخته شده است. (اشتغال منصفانه و کار شایسته، مسئولیت بازار، حاکمیت خوب جهانی). یک نمونه از شناخت جهانی نسبت به نقشی که بخش خصوصی در سلامت بازی می کند، استراتژی رژیم غذایی مناسب و فعالیت فیزیکی سازمان جهانی بهداشت می باشد، که به طور ویژه از کمپانی ها خواسته است که در مبارزه با ناخوشی های وابسته به رژیم غذایی و فعالیت بدنی بیشتر سهیم شوند. مروری بر عملکرد ۲۵ کمپانی، از بزرگترین شرکت های مواد غذایی، توسط لنگ و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که تنها چهار شرکت، سیاست هایی را در رابطه با تبلیغات مواد غذایی دارا می باشند و تنها شش شرکت، سیاست های ویژه ای را در ارتباط با کودکان دارند.

تبدیل عدالت در سلامت، به ارزشی مشترک در میان بخش های مختلف، از نظر سیاسی چالش بر انگیز است، اما ضرورت آن در جهان احساس می شود. پیشنهادهاتی که در این فصل ارائه شده است، نیاز به متعهد شدن بالاترین سطح حکومت، به سلامت و عدالت در سلامت، را از طریق چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی، روشن می سازد. ضروری است که بخش سلامت و سایر بخش ها، اطمینان حاصل نمایند که ماهیت سیاست گذاری های شان بر سلامت و عدالت در سلامت تاثیر منفی نمی گذارد و یک اقدام یکپارچه، هم در درون حکومت و هم با بخش های داوطلب و خصوصی، عامل مهمی در ایجاد رویکردی منسجم به عدالت در سلامت، به شمار می رود.

منطقه ای و ملی سازمان جهانی بهداشت می باشد. کمیسیون، PPHCKN را در اداره مرکزی سازمان جهانی بهداشت ایجاد کرد (فصل ۹ را ببینید: مراقبت سلامتی همگانی). این شبکه بر برنامه های سازمان جهانی بهداشت و شرایط سلامتی متمرکز شد و هدف اش، گسترش تعریف و عملکردهای مربوط به آن چه که سلامت عمومی برای لحاظ کردن تعیین کننده های اجتماعی و چگونگی سازمان دهی برنامه های سلامت عمومی بود. آموزه مهم این شبکه نیاز به آشکار سازی و تهیه شواهدی مبنی بر وجود ارتباط بین شرایط اجتماعی اقتصادی و پیامدهای آن ها بر سلامت را برجسته می کند، تا منجر به حمایت از تغییرات اجتماعی و اقتصادی و افزایش شواهد پایه برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت و بی عدالتی در سلامت شده و تا به طور قاطعانه از مزایای مداخلات اجتماعی و ضرورت آن برای پیشگیری از شیوع روز افزون HIV، مصرف تنباکو، سوء تغذیه، بیماری قند، اعتیاد به الکل، روابط جنسی پر خطر، آلودگی هوای داخل خانه و تاثیرات فرا نسلی مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال حمایت کند. هم اکنون سازمان جهانی بهداشت، باید آموزه های خود را از ابتکار چارچوبی مبتنی بر عوامل اجتماعی تعیین کننده تعیین کننده های اجتماعی سلامت در برنامه هایی که پیامد سلامت را در نظر قرار می دهند، به وزارت خانه های سلامت کشورهای عضو و سایر موسسات بین المللی انتقال دهد.

**کادر ۱۰.۱۰: شرکت دادن فعالانه جامعه متاثر- خود فروشان جنسی در کلکته**

در اوایل دهه ۱۹۹۰، موسسه بهداشت و سلامت عمومی سراسری هند (AIIHPH)، برنامه معمول پیشگیری و درمان STI را در ناحیه پرخطری در شمال کلکته آغاز کرد. پروژه بین المللی HIV/AIDS سوناگاجی (SHIP)، از طریق همکاری بین بخشی سازمان جهانی بهداشت، موسسه بهداشت و سلامت عمومی سراسری هند (AIIHPH)، شورای بریتانیا و شماری از وزارت خانه ها و سازمان های غیر دولتی (NGO) محلی تشکیل شد. در منطقه، خود فروشان فقیر و به حاشیه رانده شده بودند. این پروژه، به سرعت از روش های درمانی سنتی و تشریفات آموزشی فراتر رفته و بر توانمندسازی خودفروشان متمرکز شد. مداخلات اصلی در پنج سال اول، شامل: واکسیناسیون و ارائه خدمات درمانی به کودکان این افراد، کلاس های سواد آموزی برای زنان، فعالیت ها و جلب حمایت سیاسی، طرح های خرده سرمایه ای و برنامه های فرهنگی بود. خود فروشان سازمانی را با عضویت خود، به نام کمیته دوربار ماهیلا سامانویا (DMSC) ایجاد کردند که مذاکرات موفقیت آمیزی را در رابطه با درمان های (رفتارهای) بهتر، با مدیران خود فروش خانه ها، مالکین و مسئولین محلی انجام داد. در ۱۹۹۹، کمیته دوربار ماهیلا سامانویا (DMSC) مدیریت پروژه بین المللی HIV/AIDS سوناگامی (SHIP) را بر عهده گرفت و از آن زمان، ۴۰ منطقه پرخطر را در سراسر منطقه بنگال غربی تحت پوشش قرار داده است. این کمیته ۲۰۰۰ نفر عضو فعال از خود فروشان داشته و یک شرکت تعاونی پولی را ایجاد کرده است. توجه شدید به سلامت شغلی و تاکید بر داشتن کنترل بیشتر شاغلین در این زمینه بر جسم و شرایط کاری و زندگی خود، منجر به نرخ پایین آلودگی به ویروس HIV و عفونت های منتقله از راه جنسی (STIs) در سوناگاجی، نسبت به بقیه مناطق کشور شده است.

منبع: WHO & PHAC, 2007

کادر ۱۰.۱۱: جنبش GERBANGMAS در ناحیه لوماجانک در اندونزی - احیاء مراقبت های اولیه سلامتی در شرایط جدید اقتصادی اندونزی

در پی تبیین اصول مراقبت های اولیه سلامتی در بیانیه آلماتا، اندونزی در سال ۱۹۸۶ قرارگاه های سلامتی منسجمی (پوسیاندوس) را ایجاد کرد. در حالی که این قرارگاه ها به پوشش بالایی دست یافتند؛ به طوری که ۲۵۴۱۵۴ پونایدوس در سال ۲۰۰۴ در حال فعالیت بودند، اما کیفیت و عملکرد کلی آن ها تغییر کرده و به طور قابل توجهی از دست رفته بود. یکی از دلایل این امر، حذف داوطلبان سلامت بود که این امر مربوط می شد به دگرگونی های اقتصادی و ایدولوژیکی که داوطلبی و گروه گرایی را کاهش داده بود. جهت چاره جویی برای این وضعیت، اداره سلامت محلی مکانیسمی را به منظور ایجاد هماهنگی در مداخلات چند بخشی در جهت احیای توسعه سلامت اجتماعی، ایجاد و هدایت کرد. این مکانیسم حمایت بالاترین مقام سیاسی مسئول در بخش را برانگیخته و یک NGO را به عنوان شریک و همکار خود ثبت کرد. در ژانویه ۲۰۰۵، رئیس منتخب بخش لوماجانک، GERBANGMAS را به عنوان یک استراتژی برای توانمندسازی اجتماعی ایجاد کرد و حکومت محلی سه عملکرد را برای پوسیاندوس، تعریف کرد: آموزش اجتماعی، توانمندسازی و خدمات اجتماعی.

از طرف حکومت محلی تخصیص بودجه ای کلی، برای تیم های روستایی چند بخشی GERBANGMAS انجام می گیرد، که با اجتماع تناسب دارد و هم برای انجام فعالیت ها و هم به عنوان تشویقی برای کارکنان بخش سلامت مورد استفاده قرار می گیرد. به منظور هدایت سرمایه گذاری و توسعه، ۲۱ شاخص تعریف شد. تنها حدود یک سوم این شاخص ها، شاخص های سنتی سلامت به شمار می رود مانند استفاده از برنامه های کنترل خانواده. مابقی شاخص ها تعیین کننده های سلامت را مورد بررسی قرار می دهند از جمله کاهش فقر، سواد آموزی، مدیریت پس ماندها، مسکن و به حرکت درآوردن جوانان و سالمندان. یک شاهد برای موثر بودن عملکرد تیم روستایی، حمایت مالی ۱۲ گروه کاری از جمله اداره شیلات، امور عمومی، کار و مهاجرت، کشاورزی و امور مذهبی از آن بود. تمامی شاخص ها چه شاخص های مخصوص سلامتی و چه شاخص های مربوط به عوامل بالا دستی تعیین کننده های سلامت، بهبود پیدا کردند.

منبع: PPHCKN, 2007c

فصل یازدهم

تامین مالی منصفانه

« عدالت، مکملی جهت پیگیری شکوفایی بلند مدت است. عدالت بیشتر، تاثیری مضاعف بر کاهش فقر دارد. منجر به توسعه پایدار همه جانبه شده و فرصت‌های بیشتری را به فقیرترین گروه‌های جامعه عرضه می‌نماید.»

Francois Bourguignon (2006)





اهمیت تأمین مالی عمومی

عدالت در سلامت به تأمین کافی و دسترسی به منابع مادی و خدمات؛ شرایط زندگی و کاری امن و ارتقا دهنده سلامت و فرصت های آموزشی، کاری و تفریحی وابسته است. در عوض تأمین این موارد و دسترسی به آن ها، به سرمایه گذاری عمومی و سطوح کافی تأمین بودجه عمومی، و/یا تنظیم بازارها به طوری که بخش خصوصی بتواند ابزاری موثر و کارآمد در دسترسی عادلانه به شمار رود نیازمند است. تمامی این موارد، مستلزم تأمین بودجه عمومی بیشتر و منصفانه تر است. تأکید بر تأمین بودجه عمومی به علت اهمیت کالاهای عمومی در ایجاد اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و اهمیت سرمایه گذاری عمومی به منظور دسترسی تمامی گروه های اجتماعی اقتصادی است. به طور سنتی انتظار می رود حکومت ها نقش فعالی را در تهیه کالاهای عمومی ایفا نمایند. که اگر تأمین این کالاها تنها به بازار واگذار شود، تأمین و ارائه آن ها به میزان کافی صورت نمی گیرد (GKN, 2007). حتی در مواردی که بخش خصوصی، کالاها و خدمات را به میزان کافی و به طور عادلانه تأمین می نماید؛ این امر حیاتی است که اطمینان حاصل شود دولت قدرت کافی و ظرفیت مدیریت و تنظیم بازار را دارد (فصل ۱۲: مسئولیت بازار را ببینید). اقدام منسجم ملی در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، نیازمند اتخاذ و تأمین بودجه جهت "سلامت در تمامی سیاست ها" می باشد (Stahl et al, 2006). فصل ۱۰ را ببینید: عدالت در سلامت در تمامی سیاست ها، نظام ها و برنامه ها

در هر کشوری نابرابری اقتصادی - شامل بی عدالتی در تأمین بودجه عمومی - باید مورد توجه و بررسی قرار گیرد تا باعث پیشرفت به سوی عدالت در سلامت شود. زیر ساخت ها و خدمات عمومی همگانی، یک نقش حیاتی در توسعه تاریخی کشورهای ثروتمند کنونی ایفا کرده اند (Szreter, 2004). البته هنوز بی عدالتی قابل ملاحظه ای در تأمین بودجه خدمات عمومی در کشورها به چشم می خورد. این که موضوع کدام است؛ مراقبت سلامت، زیرساخت های حمل و نقل، یا حفاظت اجتماعی؛ گروه های اجتماعی و مناطقی که بیشترین نیاز را دارند به نسبت اغلب کمترین سرمایه گذاری عمومی را دریافت می نمایند. رواج یک تبعیض در سرمایه گذاری عمومی در مناطق شهری، منجر به نتایج و پیامدهای بدتری در مراقبت سلامت و استفاده کمتری از خدمات در مناطق روستایی و مخصوصاً در کشورهای با درآمد پایین و متوسط می گردد.

رابطه میان تأمین بودجه منصفانه و عدالت در سلامت

در تمامی کشورها در هر سطحی از توسعه اقتصادی که باشند افزایش یا بازتخصیص بودجه دولتی برای تأمین مالی اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، از تکامل و آموزش کودکان گرفته تا شرایط زندگی و کار و تا مراقبت های سلامتی - برای بهبود رفاه و عدالت در سلامت مسئله ای اساسی و حائز اهمیت است. منابع مالی کافی که به تدریج حاصل شده اند و در بین تعیین کننده های اجتماعی سلامت به نسبت سرمایه گذاری شده اند و در بین گروه های جمعیتی و مناطق مختلف تخصیص عادلانه یافته اند - اهمیت ویژه ای برای کشورها دارند. با وجود محدودیت های شدید در تأمین مالی داخلی در کشورهای کم درآمد، جریان های مالی رسمی در شکل کمک (اعانه) و یا بخشش بدهی، در پرداختن به بی عدالتی های شدید سلامتی در ابعاد جهانی، بسیار مهم هستند. در سال ۱۹۷۰، کشورهای ثروتمند تعهد به پرداخت ۰/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی خود در کمک به توسعه رسمی (ODA) نمودند. سی و پنج سال بعد، آن ها توانستند این مبلغ را به میانگین ۰/۳۳ درصد برسانند. سالانه، میزان نیاز به کمک های مربوط به سلامت یعنی (DAH) - یعنی کمک تخصیص یافته به فعالیت هایی که سلامت را هدف اصلی خود قرار داده اند - تخمین زده می شود که ۲۷ میلیارد دلار آمریکا در سال ۲۰۰۷ باشد که برای تأمین بودجه خدمات سلامتی پایه نجات دهنده زندگی، مورد استفاده قرار می گیرد. در سال ۲۰۰۵، کل بدهی خارجی کشورهای در حال توسعه ۲/۷ تریلیون دلار آمریکا بود، که بهره آن در آن سال ۵۱۳ میلیارد دلار آمریکا می شد. ما باید همان طور که ساکس می گوید «قوانین آهنین فقر را شناسایی نماییم... یک کشور نوعی در آفریقای زیر صحرا، درآمد سالانه ای حدود ۳۵۰ دلار برای هر نفر دارد... حکومت ممکن است بتواند ۱۵ درصد از ۳۵۰ دلار را در مالیات بر اقتصاد داخلی به حرکت وادارد که اندکی بیش از سالانه ۵۰ دلار برای هر شخص در مجموع درآمد دولتی می شود (که در بسیاری کشورها بسیار کمتر از این است). این مبلغ ناچیز باید بین تمامی عملکردهای حکومتی تقسیم شود، ادارات اجرایی، قانون گذاری و قضایی، پلیس، دفاع، آموزش و از این قبیل» (Sachs, 2007).

کادر ۱۱.۱: رشد جهانی اقتصاد و توزیع آن به نفع فقرا

اخیراً محاسبه شده که هر ۱ دلار کاهش فقر مستلزم ۱۶۶ دلار تولید و مصرف اضافه جهانی است، با تمام تاثیرات همراه آن بر محیط زیست که بیشترین تاثیر منفی را بر فقیرترین افراد می گذارد. این مسئله به همراه محدودیت های رشد جهانی که با تغییرات آب و هوایی مرتبط است و تاثیر کاملاً منفی و نامتناسب تغییر شرایط آب و هوایی بر فقرا، تردید شدیدی را در رابطه با این نظر غالب که رشد جهانی باید ابزار اولیه کاهش فقر تلقی شود، ایجاد نموده است. سیاست ها و سیستم اقتصادی در سطح جهان، باید به جای رشد، بر دست یابی به اهداف اجتماعی و محیط زیستی متمرکز شوند.

کمیسون، ارزش بسیار مهم رشد اقتصادی را نادیده نمی گیرد. اما به نتایج بالقوه شدید آن بر محیط زیست و تاثیر اندک آن بر فقر و مدل های رشدی که به توزیع مزایای رشد بی توجه هستند، اشاره می کند.

چاپ مجدد با اجازه ناشر از Woodward & Simms (2006b).

رشد و توزیع اقتصادی

این عقیده که رشد اقتصادی به تنهایی می‌تواند مشکل جهانی فقر را حل نماید به طور گسترده‌ای به چالش کشیده شده است از جمله: زرت(۲۰۰۴)، ساکس(۲۰۰۵)، و UN-HABITAT (2006). در عوض توزیع عادلانه‌تر منابع در داخل کشور و نیز افزایش گردش مالی بین‌المللی لازمه کاهش فقر و بهبود سلامت هستند، نه تنها تحت الزامات اخلاقی به منظور تسکین و کاهش رنج‌های قابل پیشگیری بلکه به خاطر پیشرفتی که به واسطه اهداف توسعه هزاره (MDGs) از حکومت‌ها انتظار می‌رود (KNUS, 2007). مطالعات در آمریکای لاتین صریحاً نشان می‌دهند که حتی یک باز توزیع اندک درآمدها از طریق مالیات بندی تصاعدی و با هدف گذاری برنامه‌های اجتماعی می‌تواند در کاهش فقر، از سال‌ها رشد اقتصادی صرف موثرتر باشد و این امر به خاطر توزیع بسیار نابرابر درآمد و ثروت در بسیاری از کشورهای منطقه است (کادر ۱۱،۱).

(Paes de Barros et al, 2002; de Ferranti et al, 2004; Woodward & Simms, 2006b)

درآمدهای داخلی

ضعف اصلی، خصوصاً در کشورهای در حال توسعه، در تامین مالی عمومی در عرصه داخلی و بین‌المللی است. کشورهای کم درآمد، اغلب روش‌ها و مکانیسم‌های مالیات بر درآمد ضعیفی دارند و اکثریت نیروی کار آنان در بخش غیر رسمی فعال است. این کشورها بیشتر متکی بر تعرفه‌های واردات جهت درآمد عمومی شان هستند. از دهه ۱۹۷۰، آزادسازی تجارت به میزان زیادی از دسترسی به چنین درآمدهای تعرفه‌ای کاسته است (GKN, 2007) (شکل ۱۱،۱).

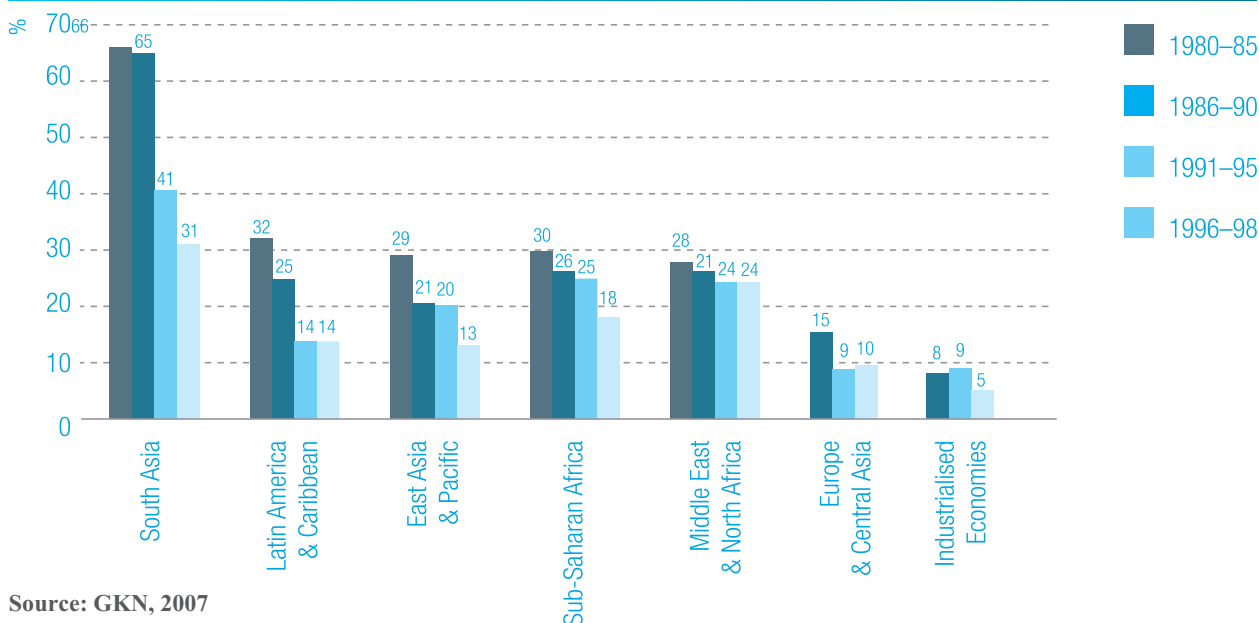
بسیاری از کشورها قادر نبوده‌اند این کمبودها را با سایر منابع درآمد عمومی یا مالیاتی، جایگزین و جبران نمایند. در نتیجه، بخش عمده‌ای از کشورهای کم درآمد با کاهش خالصی در مجموع درآمدهای دولتی مواجه شدند (البته از ۱۹۹۸ این روند در بسیاری از کشورهای کم درآمد متوقف یا برعکس شده است). کشورهای با

درآمد متوسط وضعیت اندک بهتری داشته‌اند، اما به طور کلی آزاد سازی تجارت منجر به کاهش ظرفیت دولت‌های ملی در حمایت از مبالغ عمومی صرف شده در بخش سلامت، آموزش و سایر بخش‌ها شد (Baunsgaard & Keen, 2005; Glenday, 2006). کشورهای پر درآمد که در حال حاضر، هم سیستم‌های مالیاتی در آن‌ها به طور مناسبی ایجاد شده و هم زیر ساخت‌های عمومی در آن‌ها موجود است، توانسته‌اند درآمدهای حاصله از تعرفه‌های گمرکی را با اعمال کمترین ضرر به ظرفیت مالی؛ کنار بگذارند. اما شدت روز افزون رقابت جهانی مالیاتی (واقعی یا کاذب) بر ظرفیت مالی ملی کشورها، حتی کشورهای پر درآمد، تاثیر منفی گذاشته است (Tanzi, 2001; Tanzi, 2002) (Tanzi, 2004; Tanzi, 2005)

کمک (اعانه) و بخشودگی بدهی‌ها

تقویت تامین مالی عمومی داخلی کافی برای کار بر عدالت در سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، روندی میان مدت تا بلند مدت خواهد بود. در کوتاه مدت، بسیاری از کشورهایی که منابع ناچیزی دارند، بر تکیه بر تامین مالی خارجی از طریق کمک (اعانه) و بخشودگی از پرداخت بدهی ادامه خواهند داد. هم‌اکنون مدارک و شواهد مستحکمی وجود دارد که تامین مالی وابسته به می‌تواند هم در رشد اقتصادی کلی کشورهای دریافت‌کننده (McGillivray et al, 2005) و هم به طور مستقیم در بهبود سلامت (Mishra & Newhouse, 2007)، مثرتر واقع شود. با این وجود کل جریان اعانه همیشه نسبت به میزان نیاز اندک است و اکثریت کشورهای اهدا کننده بسیار کمتر از ۷۰٪ درصد از تولید ناخالص داخلی که در سال ۱۹۶۹ و توسط کشورهای سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD) نسبت به آن متعهد شدند، کمک می‌کنند. اهدا کنندگان کماکان در مورد ارزش کمک‌های اشان ضد و نقیض عمل می‌کنند و همواره در اهداء کمک معادل ۷۰٪ درصد از تولید ناخالص داخلی مورد تعهد خود ناموفق عمل می‌کنند، چرا که همیشه بین مبالغ تعهد شده و مبالغی که واقعاً پرداخت شده است اختلاف وجود دارد. در سال ۲۰۰۵، تنها ۷۰٪ درصد از کمک متعهد

شکل ۱۱.۱: سهم مالیات گمرکی در مجموع درآمد هر منطقه، ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۸



Source: GKN, 2007

۲۰۰۲، ۲۶۸ میلیارد دلار از آن را پرداخت کرده اند، اما در سال ۲۰۰۴ هنوز مجموعه بدهی آن ها حدود ۲۱۰ میلیارد دلار بوده است (UNCTAD, 2004).

علاوه بر کمک و بخشودگی بدهی، شرایط برای رشد و بهبود بودجه عمومی داخلی می تواند توسط جامعه بین المللی و از طریق چندین روش مورد حمایت قرار گیرد، برای مثال، توافقات آشکارتر جهانی و اقدامات موثرتر جهانی برای گسترش امنیت در کشورهایی که در معرض خطر جنگ قرار دارند، اقدامات گسترده در نظارت بر تولید و تجارت منابع طبیعی، افزایش استانداردهای قانونی بین المللی برای روابط تجاری کشورهای ثروتمند با شرکای تجاری آنان از کشورهای با درآمد کم و متوسط و پشتیبانی از توسعه توافقات تجاری که اجازه حمایت از کشورهایی را که در حال تلاش برای ظرفیت سازی برای انجام یک رقابت زنده از نظر رقابتی در بازار جهانی دارند را می دهد (Collier, 2006).

اقداماتی در جهت تامین مالی منصفانه

کمسیون پیشنهاد می کند که:

۱۱.۱ اهدا کنندگان، آژانس های چند جانبه و کشورهای عضو، ظرفیت ملی را برای وضع مالیات تصاعدی ایجاد و تقویت نمایند.

مالیات تصاعدی

تقویت درآمدهای داخلی برای تامین مالی عمومی عادلانه نیاز به مالیات بندی تصاعدی قوی تری دارد. این امر مستلزم تقویت نظام ها و ظرفیت های مالیاتی و خصوصاً ایجاد ظرفیت سازمانی در گروه های کم درآمد است (کادر ۱۱،۶). وضع مالیات باید تاکید بیشتری بر مالیات های مستقیم - مانند مالیات بر درآمد یا دارایی - نسبت به مالیات های غیر مستقیم - مانند مالیات بر کسب و کار یا مالیات بر فروش - داشته باشد. بین سال های ۱۹۷۰ و ۱۹۹۹ رژیم های مالیاتی در جنوب شرقی آسیا تاکید شدید و مداومی را بر مالیات مستقیم نشان دادند و بر سایر مدل ها کمتر تاکید کردند؛ در حالی که رژیم های مالیاتی در کشورهای آفریقای زیر صحرا اتکای شدیدی بر مالیات های غیر مستقیم - مالیات بر فروش و مالیات بر تجارت - داشتند (شکل ۱۱،۴). علیرغم دیگر عوامل مداخله کننده، در این مدت جنوب شرق آسیا رشد و بهبود بسیار زیادی را در سلامت تجربه کرد، اما کشورهای آفریقای زیر صحرا، با رکود و در بعضی موارد زوال، در مقیاس وسیعی مواجه شدند.

بسیاری از کشورهایی که دارای سیستم مالیاتی نسبتاً ضعیف و نرخ بالای اشتغال غیر رسمی که تلاش های مالیاتی را با وضعیت بغرنجی روبرو می سازد می باشند، برای کسب درآمد جهت هزینه های عمومی به درآمدهای مالیاتی غیر مستقیم مانند تعرفه های گمرکی بازرگانی تکیه کرده اند. کشورهای با درآمد بالا و متوسط نباید در مذاکرات تجاری دو جانبه، منطقه ای و جهانی با کشورهای کم درآمدی که هنوز برای کسب درآمد عمومی به گمرک وابسته هستند، خواهان کاهش بیشتر تعرفه گمرکی باشند و کشورهای کم درآمد هم قبل از ایجاد یا بهبود راه های درآمدزای جایگزین، باید بر سر توافق بر کاهش تعرفه گمرکی بسیار محتاطانه عمل نمایند. برای تقویت ظرفیت در وضع مالیات مستقیم در بلند مدت، باید

شده واقعاً پرداخت شد. سهم قابل توجهی از کمک، وابسته به علائق تجاری و امنیتی کشور اهدا کننده می باشد، در حالی که شواهد نشان می دهند که کشورها در تخصیص کمک های آنان به همان میزان، اگر نگوئیم بیشتر، که از شرایط ژئواستراتژیک خود پیروی می کنند، از وضعیت نیاز در جهان نیز پیروی می کنند.

شواهدی نیز دال بر فقدان اطمینان بین اهدا کنندگان و دریافت کنندگان وجود دارد، که منجر به اعمال شرایطی چندلایه و بسیار سخت بر کمک می شود که هزینه معاملات را در تشریفات زائد اداری کشورهای ضعیف دریافت کننده افزایش داده و اختیار عمل دریافت کنندگان را در تعیین اولویت های توسعه و تامین بودجه محدود می سازد. تاثیر خالص آن، برگشت اداری و به شدت طاقت فرسای کمک ها است (شکل ۱۱،۲، کادر ۱۱،۳) که ایجاد بی ثباتی کرده و به سلامت آسیب می رساند (Bokhari, Gottret & Gai, 2005).

کمک توسعه به سلامت

آن بخش از کمک های جهانی که به سلامت تخصیص یافته است (DAH)، عمدتاً به تامین مالی اقدامات درون بخش سلامت محدود شده است. بیشتر کمک های مربوط به سلامت در طیفی از مداخلات سلامتی و درمان های تبعیض آمیز محدود می شود، نه سرمایه گذاری در پیشگیری. تخصیص بودجه زیادی (۱۵ میلیارد دلار) برای اقدام بر علیه HIV/AIDS تحت عنوان طرح اضطراری کاهش ایدز (PEPFAR)، مثال خوبی از این نوع به شمار می رود (شکل ۱۱،۳، کادر ۱۱،۴).

در عین حال، میزان قابل ملاحظه ی دیون باقی مانده که برخی بدون تردید وحشتناک است، منابع دولتی را کماکان بیرون می کشند و از سرمایه گذاری در امور مربوط به توسعه باز می دارند. بحران دیون در میان کشورهای درحال توسعه ناشی از افزایش بهای نفت، ارزیابی ضعیف نیازها و طراحی ضعیف طرح ها (چه از طرف اهداکننده و چه از طرف وام گیرنده) و نرخ بالای انحراف وام ها، بدتر شدن شرایط بازپرداخت وام و کاهش قیمت ها و کاهش تقاضای کشورهای توسعه یافته به صادرات کشورهای مقروض بود. در چهل سال گذشته، کشورهایی که بیشترین آسیب را دیده اند (HIPC)، با افزایش چشمگیر دیون خود مواجه شده اند، در حالی که درآمد سرانه آن ها ثابت باقی مانده است. میزان دیون تأثیری منفی بر مبالغ هزینه شده توسط بخش اجتماعی، خصوصاً بر سرمایه گذاری عمومی در کالاهای غیر از دستمزد مانند زیرساخت ها می گذارد (GKN, 2007).

با وجود امیدوار کننده بودن بخشودگی بدهی ها، این امر به کشورهایی که بیشترین آسیب را دیده اند (HIPC) محدود می باشد و درمورد سایر کشورهایی که منابع ضعیف و اندکی دارند به صورت توجیه ناپذیری تسهیل بازپرداخت صورت نمی گیرد. به هر حال، این روند، روندی آرام است که مانند کمک (اعانه) - شرایط طاقت فرسایی را به وجود می آورد که ظرفیت کشور در سرمایه گذاری را محدود به صرف هزینه در بخش اجتماعی که نیازمند می باشد، می نماید (کادر ۱۱،۵). نمودارهای ۳۵ کشور از ۴۰ کشور HIPC که در آفریقای زیر صحرا واقع شده اند، این مشکل اصلی را مورد تاکید قرار می دهند که با وجودی که این کشورها ۲۹۴ میلیارد دلار امریکا وام دریافت کرده و بین سال های ۱۹۷۰ تا

منطقه عملیاتی ۱۱.۱: تامین مالی منصفانه

وجوه عمومی را در جهت کار بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت تقویت نمایند.

کادر ۱۱.۲: کمک جهانی و نیاز جهانی

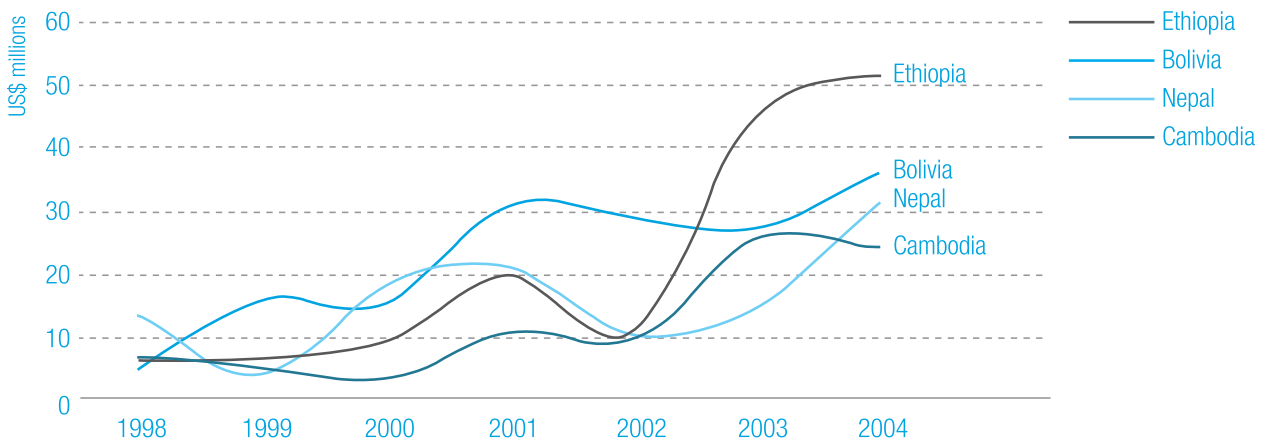
بیش از ۶۰ درصد کل افزایش ODA که بین سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۴ صورت گرفته است به افغانستان، جمهوری دموکراتیک کنگو و عراق انتقال یافت - بدون توجه به این حقیقت که این سه کشور کمتر از ۳ درصد از فقرای کشورهای در حال توسعه را در بر می‌گیرند. بخش عمده افزایش ODA در سال ۲۰۰۵، جهت بخشش بدهی به عراق و نیجریه تعلق می‌گیرد.

کادر ۱۱.۳: بی‌ثباتی کمک‌ها (اعانات)

علیرغم این که میزان کمک به سلامتی در حال افزایش می‌باشد، بی‌ثباتی کمک‌ها، نه تنها ظرفیت برنامه‌ریزی هزینه‌ها را در کشورهای دریافت‌کننده کاهش داده است، بلکه تأثیری مستقیم و منفی بر پیامدهای مربوط به سلامت داشته است. تجزیه و تحلیل اکونومتریک مرگ و میر کودکان بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۰۰ در ۷۵ کشور در حال توسعه نشان می‌دهد که "میزان اندک کمک‌ها و بی‌ثباتی زیاد کشورهای اهداکننده در تأمین مالی مربوط به سلامت، منجر به پیشرفت نسبتاً کند برخی کشورها در کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال شده است".
منبع: Bokhari, Gottret & Gai, 2005

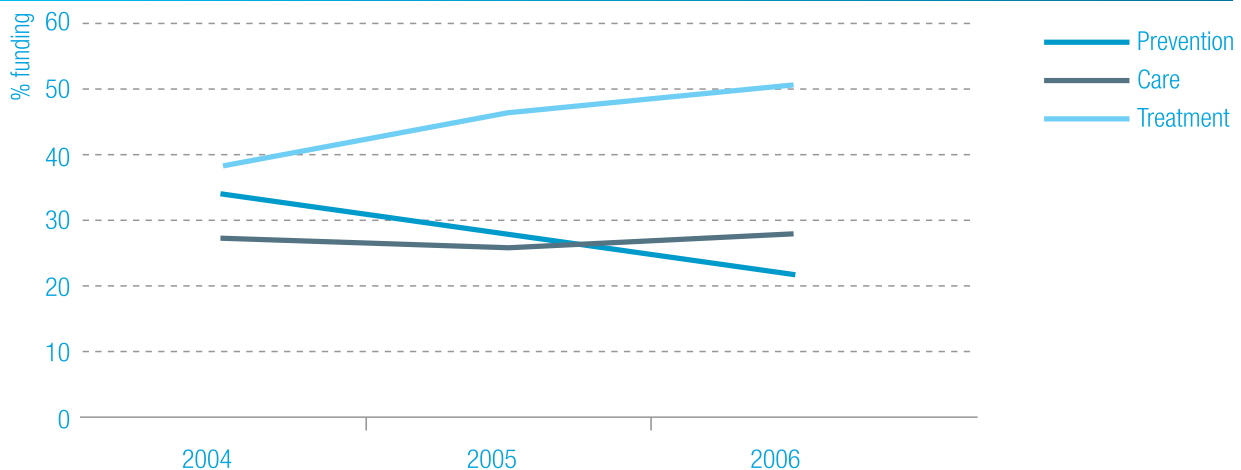
شکل ۱۱.۲: هزینه‌های کمک توسعه رسمی به سلامت در ۱۸ کشور منتخب

ODA disbursements for health



Reprinted, with permission of the author, from World Bank (2006a).

شکل ۱۱.۳: تغییرات در تخصیص سرمایه طرح اضطراری رییس جمهور به منظور کاهش ایدز، ۲۰۰۴-۲۰۰۶



Source: USAID, 2006

مالیات در دنیای جهانی شده

ماهیت جهانی شدن روزافزون عملکردهای اقتصادی، شامل پناهگاه‌های مالیاتی برون مرزی، بحثی جدی را در حمایت از ایجاد یک سیستم مالیاتی جهانی، مخصوصاً برای تشخیص علایق وابسته و اهمیت بیش از پیش کالاهای عمومی جهانی برای سلامت جامعه، مطرح می‌نماید. کشورهای بسیاری به وضع مالیات بر بلیط‌های هواپیمایی مبادرت نموده‌اند که درآمد حاصله به طور ویژه برای خرید دارو برای درمان HIV/AIDS، سل و مالاریا هدفمند شده است تا به حمایت از سلامت عمومی در کشورهای فقیر بپردازند (Farley, 2006; Ministries of the Economy, 2006). مالیاتی بر معاملاتی که با ارزهای خارجی صورت می‌گیرند (به روش مالیاتی توبین)، توسط جیمز تابین اقتصاددان، به منظور کاهش بی‌ثباتی مالی طرح شد. این مالیات و سایر طرح‌های مالیاتی مشابه - به عنوان یکی از هزاران منابع بالقوه درآمد برای تامین مالی نظام‌های سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط شناخته شد که نزدیک تر شدن به جریان اصلی سیاست توسعه را سبب گشت (Gottret & Schieber, 2006). یک برآورد اینست که چنین مالیات‌هایی با نرخ مالیاتی بسیار پایین (۰/۰۲ درصد) سالانه ۱۷ تا ۳۵ میلیارد دلار را گردآوری می‌کنند که البته در مقالات علمی تخمین‌های بالاتری نیز وجود دارد (Nissanke 2003).

یک طرح جایگزین برای مالیات تابین (Tax Tobin)، وضع مالیات توسعه بر معاملات ارزی است که با عنوان "وضع مالیات نوع دوستانه" به طور خاصی جهت تامین مالی عمومی جهانی جدیدی برای توسعه طراحی شده است (Hillman et al, 2006). وضع مالیات توسعه بر معاملات ارزی می‌تواند به طور یک جانبه توسط کشورها یا اتحادیه‌های ارزی انجام شود. تخمین زده می‌شود که در صورت وضع این مالیات توسط انگلستان سالانه ۲/۰۷ میلیارد دلار، توسط نروژ سالانه ۱۷۰ میلیون دلار، و در سطح منطقه اروپا سالانه ۴/۳ میلیارد دلار، گردآوری خواهد شد (Hillman et al, 2006). علیرغم احتیاطات لازم در مورد فواید مالیات معاملات ارزی (Zedillo et al, 2001) پائیل عالی رتبه سازمان ملل در تامین مالی برای توسعه، بر نیاز به منابع جدید تامین مالی برای توسعه تاکید کرده و ایجاد سازمان مالیاتی بین‌المللی را برای محدود کردن رقابت مالیاتی و اجتناب از پرداخت مالیات، پیشنهاد می‌نماید. فواید یک طرح واحد هرچه که باشد، هم اکنون وضع مالیات بر معاملات ارزی در جهت تولید درآمد برای توسعه به طور گسترده‌ای امکان پذیر و مناسب تلقی می‌شود. همان طوری که در مورد فسخ بدهی‌ها ذکر شد، برای متمرکز کردن این گونه ابتکارات در تولید درآمد، این مالیات باید واقعاً به بودجه کنونی توسعه اضافه شود نه این که صرفاً جایگزینی برای جریان‌های درآمدی فعلی باشد.

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۱.۳ کشورهای اهدا کننده تعهدات کنونی را محترم شمرده و کمک‌های خود را به ۷/۰ درصد تولید ناخالص داخلی افزایش دهند؛ به گسترش ابتکارات بخشودگی بدهی چند جانبه بپردازند و از طریق چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، استفاده از این کمک‌ها را هماهنگ نمایند (پیشنهادات ۱۳.۶ و ۱۵.۲ را ببینید).

کمک‌های متعهدانه و حمایت‌های فنی در دسترس قرار بگیرد. باید برای کاهش تاثیرات مخرب آزادسازی بازارهای مالی و تجاری بر منابع مالی ملی و تقویت چارچوب قابل اجرای جهانی برای کاهش دادن خودداری از پرداخت مالیات در سطح بین‌المللی و فرار سرمایه، تلاش‌های چندجانبه‌ای صورت گیرد (کادر ۱۱.۷).

انتخاب معیارهایی برای مقابله با استفاده مراکز مالی برون مرزی جهت اجتناب از رژیم‌های مالیاتی ملی، منابعی را حداقل به اندازه‌ای که از طریق وضع مالیات‌های جدید در دسترس قرار می‌گیرند برای توسعه فراهم می‌کند. تخمین زده می‌شود که استفاده مراکز مالی برون مرزی برای اجتناب از پرداخت مالیات، سالانه ۵۰ میلیارد دلار برای کشورهای در حال توسعه به خاطر از دست دادن درآمد مالیاتی، هزینه در بر دارد (Oxfam Great Britain 2000).

ارزش‌داری‌های (شخصی) که در حساب‌های برون مرزی به گرو گذاشته شده است، بین ۸ تا ۱۱/۵ تریلیون دلار بدون احتساب املاک و مستغلات بوده است (Tax Justice Network, 2005). مبلغ خسارت ناشی از این اجتناب از پرداخت مالیات، سالانه حداقل ۱۶۰ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود - که این میزان در حدود ارزش تخمینی کمک‌های اضافه توسعه‌ای که برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره لازم است، (UN Millennium Project, 2005) می‌باشد. مهار اجتناب از پرداخت مالیات، ظرفیت مالی حکومت‌ها را در کشورهای فقیر و ثروتمند به یک اندازه افزایش خواهد داد. این امر همچنین بی‌عدالتی‌های اقتصادی را نیز کاهش می‌دهد چرا که اغلب فرصت‌های فوق‌الذکر در اختیار ثروتمندان قرار دارد.

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۱.۲ راه‌کارهای جدیدی برای تامین مالی عمومی در ابعاد ملی و جهانی، شامل مالیات‌های سلامتی ویژه و گزینه‌های مالیاتی جهانی، ایجاد شود (پیشنهادات ۹.۲ و ۱۰.۲ را ببینید).

روش‌های دیگری نیز برای تقویت تامین مالی عمومی وجود دارد که در کشورهای با درآمد کم، متوسط و بالا مورد استفاده قرار گرفته است، اما این روش‌ها مخصوص ایجاد سریع ظرفیت برای تامین مالی اضافی در کشورهای کم درآمد هستند. مالیات‌های جدید مربوط به سلامت در بسیاری از کشورها ارائه شده‌اند یا در حال بررسی هستند: وضع ۲/۵ درصد مالیات بر ارزش افزوده در غنا، وضع ۳ درصد مالیات بر درآمد و مالیات شخصی برای HIV/AIDS در زیمبابوه و مالیات بر تنباکو و الکل در تایلند (HSKN, 2007). کارائی جمع‌آوری مالیات در آفریقای جنوبی بهبود یافته است و در بولیوی اصلاحات مالیاتی، درآمد را در دهه ۱۹۸۰ شش برابر افزایش داده است (Wagstaff, 2007).

منطقه عملیاتی ۱۱.۲: تامین مالی منصفانه

وجوه بین‌المللی را برای عدالت در سلامت افزایش داده و این وجوه افزوده را از طریق چارچوب عملیاتی در زمینه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، هماهنگ نمایید.

کادر ۱۱.۴: کمک (اعانه) و HIV/AIDS

جزئیات تخصیص بودجه طرح اضطراری کاهش ایدز (PEPFAR) (بین سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶، نه تنها تمایل به سرمایه‌گذاری در درمان به جای سرمایه‌گذاری در پیشگیری را نشان داد، بلکه یک تغییر چشمگیر در تامین مالی اقدامات پیشگیرانه را نشان داد که از بیش از یک سوم در ۲۰۰۴ به کمتر از یک چهارم در دو سال بعدش رسید. PEPFAR یکی از شاخص‌ترین خطوط تامین بودجه سلامت، در ابعاد بین‌المللی در طی ۲۰ سال گذشته بوده است. با وجودی که این پول، وجه مهمی به شمار می‌رود، اما این امر موجب روشن شدن عدم هماهنگی نگران‌کننده‌ای که بین گفته‌های اهداکنندگان و آن چه که در عمل وجود دارد می‌شود، که کماکان به مداخلات پزشکی و درمانی امتیاز داده می‌شود خصوصاً در جایی که این امر نیازهای یک دستورکار سیاستی داخلی را برآورده می‌کند.

کادر ۱۱.۵: بخشودگی بدهی و صرف هزینه‌های اجتماعی

نیپال برای بدهی‌های خود بیشتر از آموزش هزینه می‌کند. در این کشور برای هر ۱۸۰ نفر تنها ۱ معلم وجود دارد. به نظر می‌رسد شرایطی که اعتبار دهندگان ایجاد کرده‌اند، بخشودگی بدهی را با تاخیر مواجه ساخته است. در سال ۲۰۰۶، چاد ۶۶ میلیون دلار برای پرداخت اقساط بدهی خود هزینه کرد. این کشور یکی از کشورهای بی‌شماری است که برای تحصیل در مدارس، شهریه دریافت می‌کند. تنها یک سوم دختران در چاد به مدرسه می‌روند. برای ارائه آموزش به تمامی دختران و پسران در سطح جهان، سالانه به ۱۷ میلیارد دلار دیگر نیاز داریم. در سال ۲۰۰۵ کشورهای در حال توسعه، کلاً ۳۰ برابر این میزان را برای پرداخت اقساط وام‌های خود هزینه کردند. به گفته بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول، بدهی کنیا پایدار بوده و بنابراین واجد شرایط بخشودگی بدهی نمی‌باشد. در دو بودجه آخر کنیا، ۳۵۰ میلیون دلار امریکا بیشتر از بودجه آموزش، جهت پرداخت بدهی‌ها تخصیص داده شده است. بیش از یک میلیون نفر از کودکان در کنیا به مدرسه ابتدایی نمی‌روند. مطالعات مکرر تاثیر مثبت بخشودگی بدهی را در خدمات اجتماعی نشان داده و بیشتر آن‌ها در این که بخش آموزش و پرورش بزرگترین سود را می‌برد، متفق‌القول‌اند. پس از بخشودگی بدهی مالووی، اوگاندا و جمهوری متحد تانزانیا، این کشورها شهریه مدارس ابتدایی را حذف کردند. این امر به ورود یک میلیون کودک بیشتر به مدرسه، در هر کشور کمک کرد. مبلغ بخشودگی بدهی برای آموزش سالانه ۴۰۰۰ معلم در مالووی و حقوق ماهیانه ۵۰۰۰ معلم اجتماعی در مالی هزینه می‌شود.

منبع: Jubilee Debt Campaign, 2007

کادر ۱۱.۶: تقویت مالیات ملی و بین‌المللی

سیستم‌های مالیاتی کارآمد و عادلانه ایجاد نمایند. نیاز اولیه برای تقویت درآمدهای عمومی، سیستم مالیاتی است که مبنایی گسترده داشته باشد. وضع مالیات باید بر اساس توانایی پرداخت انجام شود و از این رو افراد ثروتمند، ملاکین عمده و شرکت‌های خصوصی باید با توجه به این امر مالیات بپردازند. دولت‌ها باید برای کاهش بی‌عدالتی در توزیع ثروت و درآمد، سیاست‌های مالی را فعالانه به کار بندند.

مراجع مالیاتی و ادارات مالی را تقویت نمایند. در بسیاری از کشورها، دستگاه مالیاتی هنوز نیاز به گسترش و یا حداقل تقویت دارد. این امر همان گونه که مستلزم چارچوبی قانونی است مستلزم کارمندان مورد نیاز و زیرساخت‌های فنی نیز هست.

وضع مالیاتی کارآمد بر شرکت‌های فراملیتی. یکی از عناصر اصلی برای یک سیستم مالیاتی موثر، وضع مالیاتی کارآمد بر شرکت‌های فراملیتی است. با توجه به این امر ایجاد معافیت‌های مالیاتی یا تشویق‌های مالیاتی برای سرمایه‌گذاران فراملیتی در EPZها (مناطق که در صادرات فعالیت می‌کنند)، counterproductive زبان آور است. مقررات اجباری برای شفافیت در جریان پرداخت. گرفتن مالیات و حق امتیاز از سرمایه‌گذاری‌های خارجی در بخش‌های نفت، گاز طبیعی و معدن برای کشورهای دارای منابع غنی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. که اغلب توسط دولت‌ها یا شرکت‌های دست‌اندرکار برملا نمی‌شود. بنابراین، تمامی شرکت‌هایی که با بخش عمومی تجارت می‌کنند باید اطلاعات مربوط به مالیات‌ها، حق امتیازها، دستمزدها و سایر معاملات با دولت‌ها و موسسات بخش دولتی، در تمامی کشورهایایی که در آن‌ها فعالیت می‌کنند، را آشکار سازند.

مبارزه با فساد و رشوه‌خواری. قوانین و اقدامات قاطعانه تری هم در کشورهای متأثر از این موضوع و هم در سطح بین‌المللی مورد نیاز است. کنوانسیون سازمان ملل در مقابله با فساد که در دسامبر ۲۰۰۵، شروع به کار کرد باید در اولین فرصت تصویب شده و به مرحله اجرا درآید.

تقویت همکاری‌های بین‌المللی. بهبود همکاری بین دولت‌ها در سطح بین‌المللی، در موفقیت اصلاحات مالیاتی ملی بسیار حائز اهمیت است. سیاست‌های مالیاتی (بین‌المللی) که هماهنگی بهتری داشته باشند برای بخش عمده‌ای از کشورها سودمند خواهد بود (به استثنای برخی از پناه‌گاه‌های مالیاتی). البته هنوز محلی برای تبادل نظر جهانی بین حکومت‌ها در رابطه با مسائل مربوط به وضع مالیات وجود ندارد. ساهاست که درخواست‌هایی برای ایجاد یک سازمان مالیاتی بین‌المللی برای پر کردن این شکاف در مدیریت جهانی وجود دارد. این سازمان باید تحت حمایت و همکاری سازمان ملل ایجاد شود.

تجدید چاپ با مجوز ناشر از Martens (2007)

مداخلات اولیه مربوط به سلامت، کشورهای گیرنده کمک و دهنده کمک باید چارچوبی جامع تر مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت را اتخاذ نمایند تا طبق بیانیه پاریس در رابطه با اثربخشی کمک ها در سال ۲۰۰۵، به افزایش حجم کمک ها به طور کلی، هماهنگی عوامل دست اندرکار و هم سویی میان کمک هزینه شده با طرح های توسعه ای گسترده تر در کشورهای گیرنده، بپردازند.

چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای کمک ها (اعانات)

هماهنگی و هم سویی کمک ها را می توان با تاکید بیشتر بر صندوق های پولی که به صورت جهانی جمع آوری شده و مدیریت چند جانبه و حاکمیت شفافیت دارند بهبود بخشید. واجد شرایط بودن دریافت کنندگان و تخصیص اهدا کنندگان، باید طبق نیازهای توافق شده و اهداف توسعه ای، تعیین گردد (که به طور گسترده ای از عناصر اصلی چارچوب مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت تبعیت می کنند) و با تداوم چند ساله اعطای اهدا کنندگان کمک و دریافت گیرندگان کمک، همراه باشد. ممکن است ایجاد یک موسسه چند جانبه جدید که به سیستمی گسترده، مطمئن و منسجم از کمک های جهانی اختصاص داشته باشد به نظر غیر واقعی برسد. با این وجود، مثال تسهیلات مالی بین المللی برای ایمن سازی (کادر ۱۱،۸) و روند جاری اصلاحات در سازمان ملل نشان می دهد که چنین ابتکاراتی نه تنها عملی بلکه ضروری نیز می باشد (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی).

نقد ارتباط بین کمک (اعانه) با رشد اقتصادی در کشورهای دریافت کننده، بیان گر مشارکت آن در روند رو به کاهش کمک به توسعه رسمی (ODA) - به طور برجسته در دهه ۱۹۹۰ - است. (Friedman, 1958; Bauer, 1981; Boone, 1996; Schneider, 2005; Svensson, 2000; Easterly, 2006; Quartey, 2005; Rajan & Subramanian, 2005)

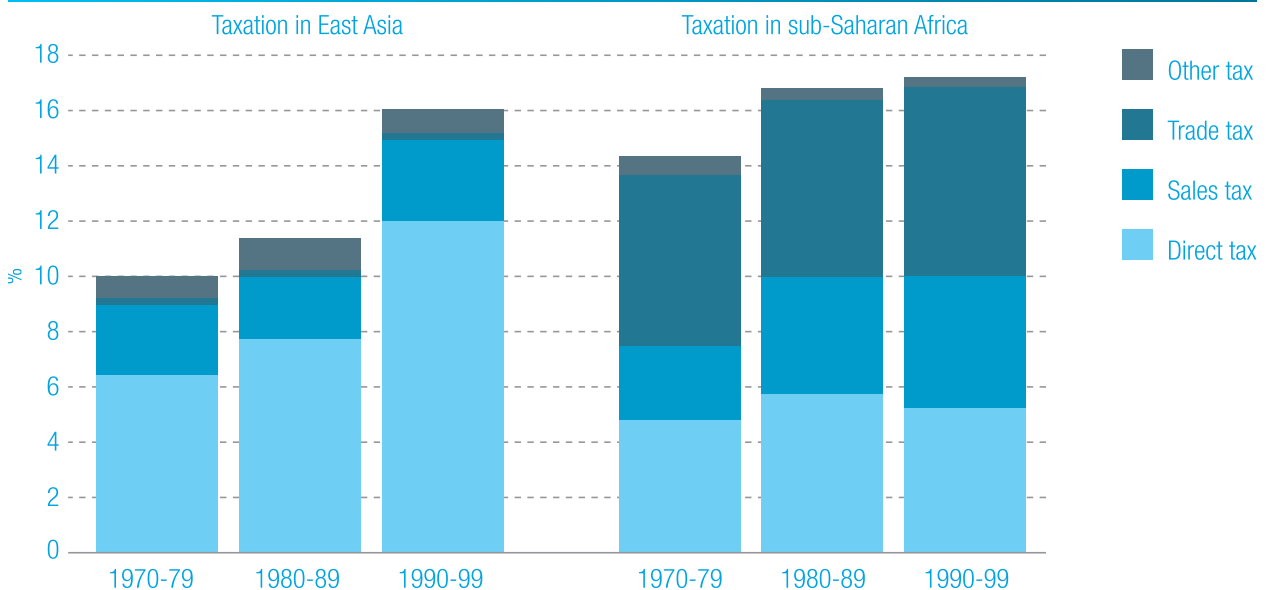
آنالیزهای تجربی جدید که بخشی از آن نتیجه بهبود اطلاعات است رابطه مثبت تری را بین کمک به توسعه رسمی (ODA) و رشد نشان می دهد (GKN 2007). متآنالیزها به طور مستمر ارتباط مثبتی را بین تمام مطالعات تجربی منفرد گزارش می کنند (McGillivray et al, 2004; Clemens et al, 2005). کلیر و دولار (۲۰۰۰) تخمین می زنند که کمک ها سالانه حدود ۳۰ میلیون نفر را به بالای فقر مطلق می کشانند. در حالی که کمیسیون، تاثیر کمک ها بر رشد اقتصادی را مورد تأیید قرار می دهد، باید بر تاثیر این کمک ها در برآورده کردن نیازهای اولیه مربوط به سلامت تاکید بیشتری انجام گیرد.

کمک توسعه به سلامت (DAH)

کمک توسعه به سلامت (DAH)، در واقع کمکی که ابتدائاً به بخش سلامت اختصاص داده می شود، در سال های اخیر با افزایش پایداری روبرو بوده است (شکل ۱۱،۵). با این وجود، کل کمک توسعه به سلامت (DAH)، برای پوشش دادن نیازهای خدمات سلامتی، بسیار اندک است. کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت تخمین زده است که کمک به سلامت باید تا سال ۲۰۰۷ به حدود سالانه \$US ۳۴ برای هر نفر، و تا سال ۲۰۱۵ به حدود سالانه \$US ۴۰ برای هر نفر افزایش یابد، (ارزیابی های اخیر این میزان را حدود \$US ۴۰ برای هر نفر برآورد می کند) تا قادر به انجام «مراقبت های درمانی اولیه» بشوند (CMH, 2001).

حجم کلی کمک توسعه به سلامت (DAH)، باید افزایش یابد. اما کمیسیون تاکید دارد که فراتر از کمک بودجه ای تخصیص یافته به

شکل ۱۱.۴: مالیات گیری در آسیای شرقی (سمت چپ) و آفریقای زیر صحرا (سمت راست) در سالهای ۷۹-۱۳۷۰ و ۸۹-۱۳۹۰



Reprinted, with permission of the publisher, from Cobham (2005).

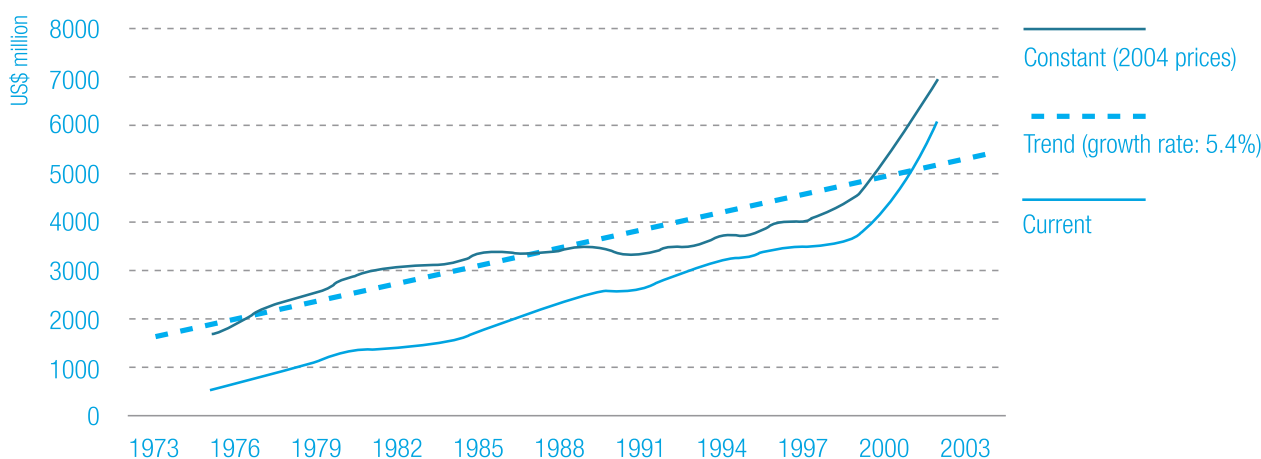
می پردازد. شرط توصیه به افزایش حمایت از بودجه عمومی - به منظور کاهش خطر نشت این گونه کمک‌ها از فعالیت‌های مربوط به سلامت - اینست که پول به طرح‌های عملیاتی مربوط به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت اختصاص یابد و دریافت کنندگان به پاسخ‌گویی در قبال این طرح‌ها احترام قائل شوند.

در کوتاه مدت، سهمی از کمک که وابسته به -مثلاً- علایق تجاری اهداکنندگان است باید کاسته شده و سهمی که به عنوان حمایت از بودجه عمومی می‌باشد باید افزایش یابد (کادر ۱۱،۹). مدتی است که اهداکنندگان، ماهیت بین بخشی سلامت و ضرورت اقدام بر نه تنها علل مستقیم سلامت نامطلوب و بی عدالتی در سلامت، بلکه عوامل گسترده تر تعیین کننده را شناخته‌اند. با این وجود و با احتراز از دادن شعار، می‌توان گفت که عملکرد اهداکنندگان در کمک (اعانه) به طور عام و در سلامت به طور خاص، تا حد زیادی خاص بخش مربوطه و تکنوکراتیک باقی مانده است (Sachs, 2004). کمک از نوع حمایت از بودجه عمومی این مزیت را دارد که به ارائه شکل خالص تری از حمایت مساعدتی به تمام حکومت‌گیرنده،

کادر ۱۱.۷: رقابت مالیاتی و موریانه‌های مالی

جهانی سازی، با افزودن بر فرصت شرکت‌ها و افراد ثروتمند در کم نشان دادن تعهدات مالیاتی‌شان و با انتقال دارایی‌ها، معاملات و حتی شخص خودشان از حوزه‌های مالیاتی با مالیات بالا به حوزه‌های مالیاتی با مالیات پایین، توانایی حکومت‌ها در جمع‌آوری مالیات را محدود ساخته است. رئیس سابق اداره امور مالی صندوق بین‌المللی پول، تعدادی از موریانه‌های مالی را که ظرفیت مالی حکومت‌ها را در کشورهای فقیر و ثروتمند کاهش می‌دهند، بر شمرده است. این امر شامل تحرک زیاد سرمایه‌های مالی و اشخاص پر درآمدی که مهارت‌های بازاریابی بالایی دارند، می‌باشد، به این صورت که نرخ بالای مالیات بر سرمایه‌های اشخاصی که جابجایی زیادی دارند انگیزه‌ای جدی برای مالیات دهندگان در جهت انتقال سرمایه‌شان به حوزه‌های مالیاتی که در آن‌ها مالیات کمی به ایشان تعلق می‌گیرد یا سکونت در کشورهایی که مالیات پائینی دارند، ایجاد می‌نماید. نکته‌ای که این‌جا مورد غفلت واقع شده است، اما یکی از نگرانی‌های روز افزون به شمار می‌رود، ناشی از اهمیت رو به رشد داد و ستدهای درون شرکتی در میان اجزای شرکت‌های فراملیتی است - بر طبق یک تخمین یک سوم مجموع داد و ستد جهانی در اواخر دهه ۱۹۹۰، این مسئله فرصت‌های متعددی را برای شرکت‌ها در جهت کاهش تعهدات مالیاتی‌شان، از طریق قیمت‌گذاری انتقالی (تعیین قیمت کالاها و خدمات بین گردانندگان درون یک سازمان که باعث گزارش کاذب فروش کل اندک در محیط‌های مالیاتی با نرخ مالیاتی بالا می‌شود) ایجاد نمود. یک بررسی جدید نشان می‌دهد که بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۵، این قیمت‌گذاری کاذب باعث انتقال جریان‌های مالی به ارزش بیش از ۳۱ میلیارد دلار از آفریقا به ایالات متحده آمریکا گردیده است. منبع: GKN, 2007.

شکل ۱۱.۵: کمک توسعه‌ای به سلامت در سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۷۲: میزان متوسط پیشرفت تعهدات در طی ۵ سال



Reprinted, with permission of the publisher, from Cobham (2005).

منطقه عملیاتی ۱۱.۳: تامین مالی منصفانه

منابع حکومتی را جهت اقدام بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، به طور منصفانه تخصیص دهید.

سند استراتژیک کاهش فقر بیان شده است، منابع در دسترس برای مراقبت سلامت و پرسنل سلامت را محدود ساخته و وزارت خانه های بهداشت در اعمال نفوذ بر روند تدوین بودجه با مشکل مواجه هستند (Wood, 2006).

از نقطه نظر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، مراحل سند استراتژیک کاهش فقر، فرصتی از دست رفته است. اسناد استراتژیک کاهش فقر امید زیادی را برای کار تمام بخشی پاسخ گو ایجاد کردند، اما هنوز دولت ها که عمدتاً توسط وزارت خانه های دارایی هدایت می شوند این فرصت را به دست نگرفته اند و آژانس های بین المللی نیز محرک ها، حمایت ها و فرصت های کافی برای این کار را در اختیار آن ها قرار نداده اند. بسیاری از اسناد استراتژیک کاهش فقر هنوز نسبت به تعیین کننده های عمده سلامت مانند اشتغال، بی توجه هستند. در صورتی که سند استراتژیک کاهش فقر، از طریق مشاوره های جامع تر و پاسخ گوتر با عوامل دست اندرکار ملی مورد استفاده صحیح قرار بگیرد، می تواند با استفاده از چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان ابزار پر قدرت بالقوه ای در اقدامات سازمان یافته دولت های کمک گیرنده و شرکای آنان از جامعه مدنی در کاهش فقر به کار رود (کادر ۱۱.۸).

سند استراتژیک کاهش فقر (PRSP) شاید بزرگ ترین چارچوب سامان دهی هزینه های توسعه ای تحت عنوان تسهیلات رشد و کاهش فقر صندوق بین المللی پول باشد. انتظار می رود سند استراتژیک کاهش فقر (PRSP)، آگاهی کشورها از لزوم توسعه را افزایش داده و انسجام برنامه های توسعه ای را ارتقا دهد. این برنامه از طریق یک چارچوب سرمایه گذاری بخشی که با چارچوب مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت مشابهت بسیاری دارد، فرصتی حقیقی را برای تقویت هماهنگی و هم سویی کمک ها، ارائه می نماید.

با این وجود به نظر می رسد معیارهای مربوط به مراحل و عملکرد سند استراتژیک کاهش فقر، خصوصاً تاکید جدی بر کنترل های اقتصاد کلان، حتی هنگامی که تامین مالی کمک به توسعه برای این ها در دسترس یوده است، تاثیر معکوسی را بر فضای سیاست گذاری های ملی و مخارج عمومی برای مثال در آموزش و مراقبت سلامت داشته است (Ambrose, 2006; Ooms & Schrecker, 2005). با وجود این که صندوق بین المللی پول مستقیماً برای مخارج سلامت محدودیت ایجاد نمی کند، سیاست ها و اهداف کلی آن، که بخشی از طریق چارچوب هزینه ای در زمان متوسط (MTEF) متعلق به

کادر ۱۱.۸: تسهیلات مالی بین المللی برای ایمن سازی

کمپانی تسهیلات مالی بین المللی برای ایمن سازی (IFFIM)، یک موسسه چند جانبه تامین مالی برای توسعه است که توسط اهدا کنندگان مستقل حمایت می شود (که اکنون دولت های فرانسه، ایتالیا، نروژ، افریقای جنوبی، اسپانیا، سوئد و انگلستان را در بر می گیرد). رئیس جمهور "لولا" در برزیل نیز حمایت برزیل را متعهد شده است. بانک جهانی، مدیر خزانه کمپانی تسهیلات مالی بین المللی برای ایمن سازی (IFFIM) است. پایه و اساس مالی کمپانی تسهیلات مالی بین المللی برای ایمن سازی (IFFIM) شامل تعهدات پرداختی قانونی و اجباری از طرف اهدا کنندگان مستقل می باشد. تصمیم بر آن است که در ده سال آینده کمپانی تسهیلات مالی بین المللی برای ایمن سازی (IFFIM)، بودجه های عملیاتی را در بازارهای اعتباری جهانی تا میزان سهم محدود احتیاطی تعهدات عمده ای که پایه و اساس مالی آن را به وجود آورده است استقراض نماید (نسبت اتکا به وام).

هدف اصلی کمپانی تسهیلات مالی بین المللی برای ایمن سازی (IFFIM)، کمک به نجات زندگی کودکان بیش تر و تحقق سریع تر این امر است تا از دستاوردهای اهداف توسعه هزاره حمایت شود. این تسهیلات برای سرعت بخشی در امکان دسترسی به منابع مالی، برای استفاده در برنامه های سلامت و ایمن سازی، در ۷۰ کشور از فقیرترین کشورهای جهان طراحی شده است. با سرمایه گذاری بیشترین منابع در ابتدا - تقویت ابتدایی، برنامه تامین مالی جهت افزایش قابل ملاحظه جریان کمک ها و تضمین جریان های پولی قابل اطمینان و قابل پیش بینی برای برنامه های ایمن سازی و توسعه سیستم سلامت تا آخر سال ۲۰۱۵ تهیه و تدوین گردیده است. انتظار می رود سرمایه گذاری پیش بینی شده کمپانی تسهیلات مالی بین المللی برای ایمن سازی (IFFIM) به مبلغ ۴ میلیارد دلار، به پیشگیری از مرگ ۵ میلیون کودک بین سال های ۲۰۰۶ و ۲۰۱۵ و پیشگیری از مرگ بیش از ۵ میلیون بزرگسال در آینده، با حفاظت از ۵۰۰ میلیون کودک در مقابله با سرخک، کزاز و تب زرد کمک نماید.

اصلاح شده با مجوز از <http://www.iff-immunisation.org>

کادر ۱۱.۹: افزایش انسجام کمک ها - حرکت به سمت حمایت از بودجه عمومی

روش های سنتی کمک ها (اعانات) بین المللی، عمدتاً خارج از فرایندهای رسمی بودجه ای کشورهای گیرنده انجام گرفته است. این روش انتقال به علت تاثیر منفی آش بر ظرفیت حکومت دریافت کننده در برنامه ریزی هزینه ها، مورد انتقاد قرار گرفته است. شرایط سیاست گذاری و محدودیت های موجود در صرف هزینه **spending restrictions**، فضای سیاسی کشورهای دریافت کننده را در اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت با محدودیت بیشتری مواجه ساخته است، به خصوص به عنوان مثال، مواقعی که کمک ها اجازه ندارند به هزینه های نهادی اصلی مانند حساب دستمزدهای بخش عمومی سرازیر شوند. یک مکانیسم کلیدی برای تامین مالی و تقویت ظرفیت کشورهای دریافت کننده در برنامه ریزی اقدامات توسعه ای تمام بخشی، حرکت اهدا کنندگان به سمت حمایت از بودجه عمومی می باشد. تحت عنوان حمایت از بودجه عمومی، جریان های کمک از طریق فرآیندهای بودجه دولتی، امکان کنترل دولت های دریافت کننده را بر توسعه و ارتقاء سیاستهایی که کمک (اعانه) برای تامین بودجه آن ها طراحی شده است را افزایش می دهند. در حال حاضر، حمایت از بودجه عمومی جزء نسبتاً کوچکی از مجموع کمک ها را در بر می گیرد اما نشانه هایی برای افزایش آن ها در آینده به چشم می خورد.

منبع: GKN, 2007

بخشودگی بدهی‌ها

فسخ بدهی کشورهای فقیر شدیداً مقروض (HIPC)، افزایش صرف هزینه عمومی در نیازهای پایه ای مانند مراقبت سلامت و آموزش را در بسیاری از کشورهای گیرنده، امکان پذیر ساخته است (گروه مستقل ارزشیابی بانک جهانی، ۲۰۰۶). با این وجود موفقیت این امر نامتوازن بوده است و نیازی فوری به بخشودگی بیشتر بدهی‌ها و استفاده موثرتر آن‌ها در حمایت از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت احساس می‌شود.

مکانیسم اول برای بخشودگی مضاعف، تعریفی مجدد از میزان بازپرداخت وام در کشورهای با درآمد کم و یا متوسط، به طوری که با دست‌یابی به نیازهای اولیه مربوط به سلامت سازگار باشد، است. پروژه هزاره پیشنهاد می‌کند که تداوم دیون باید با سازگاری سطح دیون با امکان دست‌یابی به اهداف توسعه هزاره، مورد تعریف مجدد قرار گیرد که برای بسیاری از کشورهای فقیر شدیداً مقروض (HIPC)، این امر مستلزم فسخ ۱۰۰ درصد بدهی‌ها و برای کشورهای با درآمد متوسط، بخشودگی بیشتر بدهی‌ها است (پروژه هزاره سازمان ملل، ۲۰۰۵). مکانیسم دوم، یک برنامه بخشودگی بدهی جداگانه در مورد اقتصادهای در حد متوسط بسیار مقروض است که بانک جهانی یا صندوق بین‌المللی پول متولی آن باشند. این مسئله به کشورهای دارای درآمد متوسط کمک می‌کند تا از بحران بدهی در آینده اجتناب کرده و هزینه‌های اجتماعی را در مقابل بار سنگین بدهی محافظت نمایند (Dervis & Birdsall, 2006). گزینه سوم، "رویکردی عملی مبتنی بر درآمد خالص" برای بخشش بدهی‌ها است که بر پایه حداقل درآمد سرانه ۳ دلار در روز با قدرت خرید برابر می‌باشد (Edward, 2006). با استفاده از این رویکرد، مندل به این نتیجه رسید که ضروری است که ۴۳-۳۱ درصد کل بدهی‌های کشورهای در حال توسعه - که ۹۳ تا ۱۰۷ ملت را تحت تاثیر خود قرار داده است - به شرط آن که فقر در حال کاهش و اهداف هزاره در حال تحقق باشد لغو گردد (Mandel, 2006). بخشودگی گسترده بدهی‌ها، باید مشروط به متعهد شدن صریح کشورهای دریافت‌کننده به افزایش قابل‌سنجش صرف هزینه در بخش اجتماعی باشد و اجازه ارزشیابی منظم عملکردشان را توسط فعالان جامعه مدنی بدهد. مزایای بخشودگی بدهی، تنها در صورتی آشکار می‌شود که این مبالغ حقیقتاً به درآمد به دست آمده از کمک‌های توسعه‌ای، اضافه شود.

(Bird & Milne, 2003; Arslanalp & Henry 2006)

کادر ۱۱.۱۰: تقویت سند استراتژیک کاهش فقر (PRSP)

تقویت سند استراتژیک کاهش فقر (PRSP) به موارد زیر نیاز دارد:

تاکید صریح‌تر بر سند استراتژیک کاهش فقر به عنوان یک مرحله از انسجام تمام‌بخشی در سطح ملی جهت تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات بین‌بخشی (ISA):

حمایت بیشتر از اهداکنندگان و حکومت‌های مرکزی کشورها برای تأمین بودجه اقدامات بین‌بخشی بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت:

توجه بیشتر در سطح بین‌المللی بر اقدامات روزافزون بین‌بخشی در زمینه سلامت که زیر نظر سازمان جهانی بهداشت اداره می‌شوند:

حمایت بیشتر از تلاش وزارت خانه‌های بهداشت در ارتباط با وزارت خانه‌های دارایی و صندوق بین‌المللی پول در رابطه با میزان بودجه سلامت:

دسترسی تضمین شده به انعطاف‌هایی در برنامه ریزی هزینه‌ها (چارچوب هزینه‌ای در زمان متوسط) برای هزینه‌های تکراری کلیدی (مانند منابع انسانی بخش سلامت)

منبع: GKN, 2007

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۱.۴: برای اجتناب از بدهی‌های ناپایدار در آینده، موسسات مالی بین‌المللی، ضوابط و شرایط شفاف‌تری را برای قرض‌دادن و قرض‌گرفتن در سطح بین‌المللی، تضمین نمایند.



تخصیص منصفانه

بسیاری از حکومت‌ها نیاز به افزایش صرف هزینه در بخش عمومی از طریق مجموعه منسجمی از سیاست‌ها و مداخلات موثر بر سلامت، را تشخیص داده‌اند. به منظور آن که سلامت در تمامی وجوه سیاست‌گذاری لحاظ شود، بایستی بودجه‌ای به این امر در طرح‌ها و اقدامات وزارت خانه‌ها و معاونت‌های مجزا تعلق گیرد. (کادر ۱۱،۱۱ فصل ۱۰ را ببینید: عدالت در سلامت در تمامی سیاست‌ها، نظام‌ها و برنامه‌ها)

کمیسیون پیشنهاد می‌کند:

۱۱.۶ منابع عمومی، به طور مثال استفاده از معیاری برای سنجش عدالت، به طور عادلانه بین مناطق و گروه‌های اجتماعی تخصیص یافته و نظارت شود (پیشنهادات ۵.۲ و ۴.۳ و ۱۶.۲ را ببینید)

مسئولیت در قبال بدهی در آینده

جامعه بین‌المللی باید بداند که با وجود نیازهای گسترده مالی کشورهای فقیر، استقراض از بازارهای بین‌المللی در آینده اجتناب ناپذیر است. شواهدی وجود دارد که کشورهای مقروض در پی بخشودگی بدهی‌شان، مجدداً پس از سال ۲۰۰۰ با افزایش بدهی مواجه شدند (شکل ۱۱،۶).

در آینده، قراردادهای اعتباری بین‌المللی، باید توجه خود را از شاخص‌های معدود پایداری اقتصادی به سمت توافقاتی مبتنی بر لزوم "مسئولیت در قبال بدهی"، معطوف نمایند. مفهوم مسئولیت در قبال بدهی، دارای ابعاد اقتصادی، اجتماعی و سیاسی می‌باشد. در هنگام سنجش احتمال رو به رو شدن یک کشور با مشکلات مربوط به بدهی، معیارهای بیشتری مربوط به آسیب‌پذیری اقتصادی باید مورد استفاده قرار گیرد - این معیارها می‌تواند وابستگی کشور به کالاهای اولیه و تناوب بلاای طبیعی یا گسترده‌گی اپیدمی HIV/AIDS را شامل شود. اما مفهوم مسئولیت در قبال بدهی فراتر از این می‌رود. شفافیت بیشتری در روند قرض دادن مورد نیاز است، دولت‌های وام‌گیرنده و وام‌دهنده باید تحت نظارت‌های قانونی قرار گیرند و در تصمیمات مهم اقتصادی مشارکت عموم باید لحاظ شود. کنترل شدید اعتبار دهنده بر فرآیند کشورهای فقیر شدیداً مقروض (HIPC)، نیاز به رویکردی متعادل تر نسبت به فسخ بدهی را مجدداً تقویت کرده است. کنفرانس سازمان ملل درباره تجارت و توسعه (UNCTAD2006) و مبارزین با وام، اصلاحاتی را در معماری مالی بین‌المللی برای تضمین یک روند منظم برای ورشکستگی و یک داوری مستقل بین وام‌دهندگان و وام‌گیرندگان خواستار شده‌اند. مجدداً لازم به ذکر است که در رابطه با افزایش کمک (اعانه) و کاهش بدهی، دریافت کنندگان منابع، باید در ایجاد بهبودی مشهود در صرف هزینه در بخش اجتماعی برای کار بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و اتخاذ روندی مثبت و تأیید شده در عدالت در سلامت، پاسخ‌گو باشند.

کمیسیون پیشنهاد می‌کند:

۱۱.۵: حکومت‌های ملی و محلی و جامعه مدنی، ساز و کاری را در بین همه بخش‌های حکومت برای تخصیص بودجه جهت اقدام بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت ایجاد نمایند (پیشنهاد ۱۰.۲ را ببینید)

کادر ۱۱.۱۱: تامین مالی اقدام بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

فقدان نظام‌های مالی حمایت‌کننده از اقدامات بین‌بخشی (ISA)، به عنوان یک مانع معمول در اقدامات بین‌بخشی شناخته شده است. با این وجود تعدادی از الگوها، ابزارها و مکانیزم‌های مالی را نشان می‌دهند که می‌توانند امید بخش بوده و در سطح ملی و بین‌المللی مورد استفاده قرار گیرند:

- تخصیصات مالی منحصر به اقدامات بین‌بخشی (ISA)، با داشتن معیار مشخصی برای آن چه که اقدامات بین‌بخشی محسوب می‌شود و یا نمی‌شود. این امر می‌تواند با مقرراتی که ابزارهایی قانونی در جهت تقویت اقدامات بین‌بخشی در موقعیت‌های خاص ارائه می‌دهند، ترکیب شود.
- اقدامات بین‌بخشی به عنوان شرطی برای تامین مالی (فصل ۱۰ را ببینید: سلامت در تمامی سیاست‌ها، نظام‌ها و برنامه‌ها).
- تسهیم هزینه‌ها یا یکپارچه کردن منابع مستلزم کمک‌های مالی حکومت و NGOها، برای جمعیتی خاص یا موردی خاص که با رسالت‌های سازمان هماهنگی دارد، می‌باشد. این امر می‌تواند مشارکت منابع غیر نقدی (مثل اشخاص، اطلاعات، مهارت، فضای فیزیکی و تکنولوژی) توسط بخش‌ها و سازمان‌هایی که منابع مالی محدودی دارند را در بر گیرد.

منبع: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index-e.html>

عضو پذیرفته شود (فصل ۱۶: تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت: نظارت، تحقیق و آموزش را ببینید)
تامین مالی عمومی کافی، که عادلانه تخصیص یافته و به طور منسجم هزینه شود، در پیشرفت عدالت در سلامت حائز اهمیت است. در بلند مدت، ظرفیت مالیاتی و تعهد به وضع مالیات تصاعدی، در تامین مالی مناسب برای کشورها بسیار مهم است. در آینده نزدیک، سطوح بالاتر کمک‌ها (اعانات) و بخشودگی بدهی‌های هماهنگ که از طریق چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت جهت کاهش فقر به کار برده شده باشند، هم موضوع مرگ و زندگی و هم موضوع عدالت جهانی خواهند بود.

علاوه بر تامین مالی سیاست‌های تمام بخشی منسجم در جهت کاهش فقر و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، ضروری است که در رابطه با تخصیص عادلانه این بودجه در مناطق مختلف کشور به طوری که به بی‌عدالتی‌های جغرافیایی بپردازد توجه شود. یک رویکرد نسبت به این مسئله، اتخاذ معیاری جهت سنجش عدالت است (کادر ۱۱،۱۲). ایجاد و آزمایش یک معیار جهت سنجش عدالت و با قابلیت همگانی شدن جهت پرداختن به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در ابعاد وسیع تر، می‌تواند به عنوان تلاشی دسته جمعی تحت سرپرستی سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، در همکاری با فعالان جامعه مدنی مانند ائتلاف سنجش عدالت جهانی (GEGA) برای ترویج و استفاده میان کشورهای

کادر ۱۱.۱۲: تسهیم منصفانه بودجه - اتخاذ رویکردی برای سنجش عدالت

به منظور اطمینان حاصل نمودن از پوشش جغرافیایی از جمله مناطق محروم و برای تداوم دسترسی به خدمات همه جانبه در تمامی کشورها، اجرای نظام‌هایی که بودجه مالیاتی در دسترس را بین جمعیت‌ها و مناطق بر اساس نیاز تقسیم می‌کنند حائز اهمیت است. برای مثال تخصیص بودجه بین مناطق جغرافیایی بر اساس نیاز صورت گیرد یعنی بر پایه فرمولی که تعداد جمعیت را معیار قرار می‌دهد نه این که بر اساس الگوهای هزینه‌ای قدیمی باشد. تجربه، پتانسیل واقعی این نظام‌ها را علیرغم چالش‌های اطلاعاتی و سیاسی حتی در شرایط کم درآمد نشان می‌دهد. جایی که شبکه‌ای از منابع مالی مختلف به چشم می‌خورد (از جمله تامین مالی بین‌المللی و درآمد مالیاتی بیمه سلامت اجتماعی) مکانیسم تخصیص منابع باید تمامی منابع را مد نظر قرار دهد تا توزیع سراسری عادلانه را تضمین نماید.

معیار سنجش عدالت، رویکردی فعال برای پایش بی‌عدالتی‌های سلامتی است که نه تنها بر بی‌عدالتی‌ها نظارت می‌نماید، بلکه اقداماتی عینی را در جهت کاهش پایدار بی‌عدالتی‌های غیر منصفانه در سلامت و مراقبت‌های سلامتی مد نظر قرار می‌دهد. در این رابطه، معیار سنجش عدالت، بیشتر مانند یک ترموستات عمل می‌کند تا یک ترمومتر، و فقط به سنجش عدالت و یا بی‌عدالتی نمی‌پردازد، بلکه به انجام اقداماتی در جهت کاهش بی‌عدالتی‌ها نیز می‌پردازد. معیار سنجش عدالت، در پی کاهش بی‌عدالتی‌های غیر منصفانه در سلامت از طریق سه حوزه گسترده عملیاتی است:

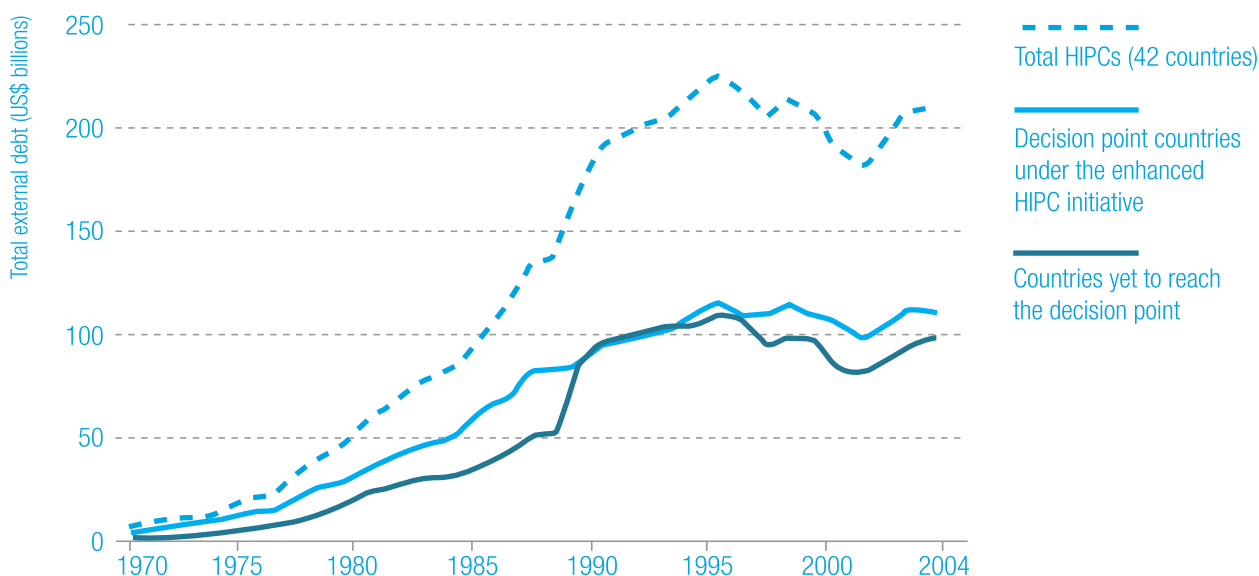
الف) ارزیابی و پایش جهت آنالیز، درک، اندازه‌گیری و مستند سازی بی‌عدالتی‌ها؛

ب) جلب حمایت عمومی به منظور ترویج تغییر در سیاست‌ها، برنامه‌ها و برنامه ریزی‌ها؛

ج) توانمند سازی اجتماعی، به جهت حمایت از نقش افراد فقیر و حاشیه‌ای به عنوان شرکت کنندگان فعال در امر تغییرات و نه فقط گیرندگان منفعل کمک‌ها و اعانات.

منبع: HSKN, 2007

شکل ۱۱.۶: کل بدهی داخلی کشورهای فقیر بسیار بدهکار، ۱۹۷۰-۲۰۰۴ (بر حسب بیلیون دلار).



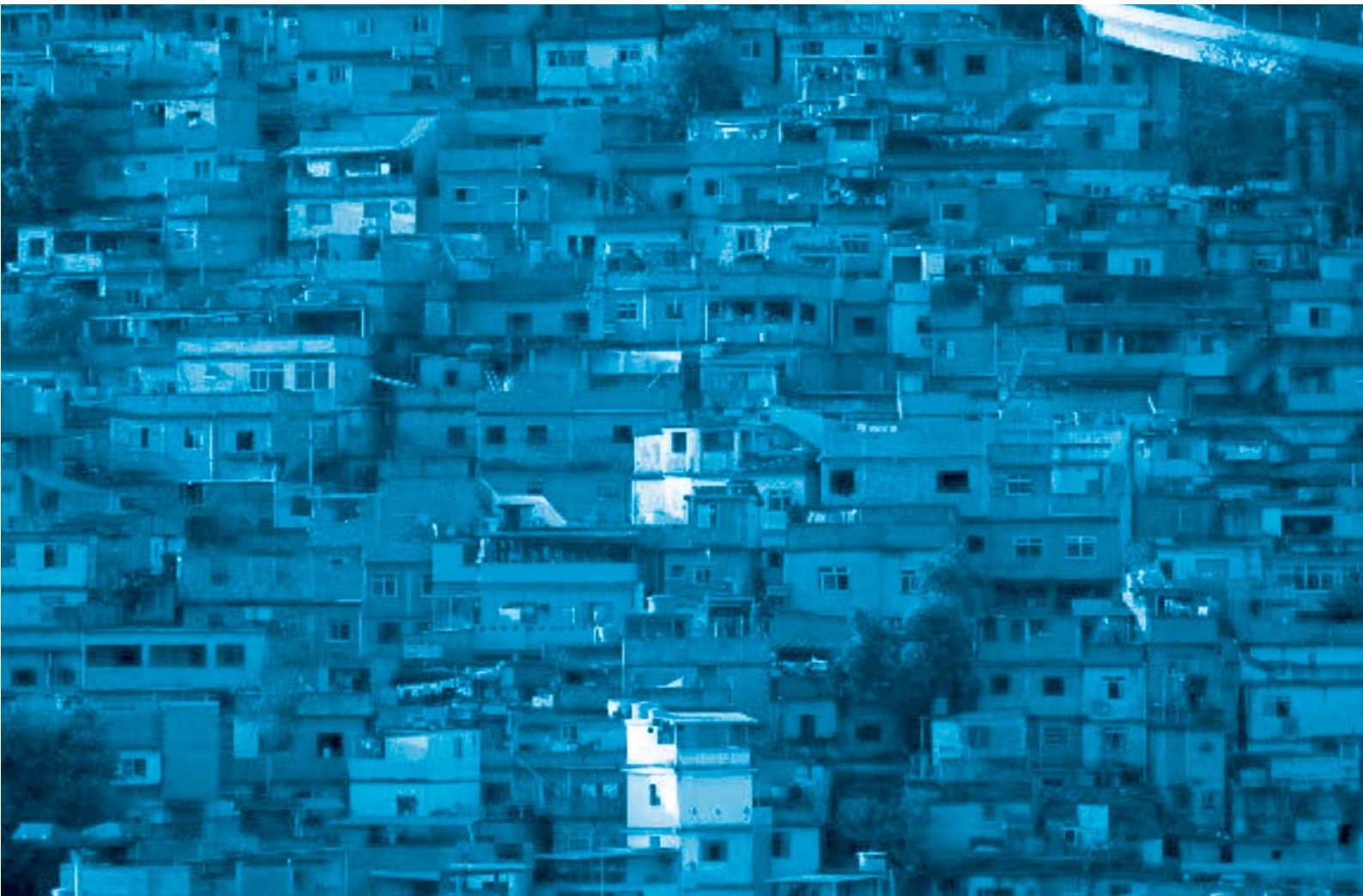
Reprinted, with permission of the publisher, from Cobham (2005).

فصل دوازدهم

مسئولیت بازار

«یک رژیم تجاری را تصور کنید که در آن، قوانین تجاری جهت افزایش ظرفیت های توسعه ای بخصوص برای فقیرترین ملل دنیا تبیین شده است. در این حالت مذاکره کنندگان به جای این که بپرسند، چگونه می توان تجارت و دسترسی به بازار را حداکثر نمود؟ باید سوال کنند که چگونه می توان کشورها را توانمند نمود تا از ورطه فقر بیرون آیند؟»

(Dani Rodrik 2001)



رابطه بین بازار و عدالت در سلامت

بازارها می‌توانند منافعی برای سلامت داشته باشند، که شامل تکنولوژی، کالاها و خدمات جدید و استانداردهای بهبود یافته زندگی باشند. اما بازارها می‌توانند شرایط منفی را نیز برای سلامت ایجاد نمایند. تجاری شدن کالاهای اساسی اجتماعی از قبیل آموزش و مراقبت سلامتی و افزایش فراهمی و قابل دسترس بودن کالاهای مضر برای سلامتی، می‌توانند منجر به ایجاد بی‌عدالتی در سلامت شوند. یک هدف کلیدی برای سیاست‌های اقتصادی، باید ایجاد کردن محیطی باشد که معیشت مردم را طوری بسازد که موجب ارتقاء عدالت در سلامت برای آحاد مردم شود. این امر به معنی متعهد شدن به مجموعه‌ای از موارد است از جمله: توزیع عادلانه منابع؛ وضع قوانین موثر ملی و فرا ملی برای محصولات، فعالیت‌ها و شرایطی که برای سلامت مضر بوده و موجب بی‌عدالتی در سلامت می‌شوند و حقوق اجتماعی لازم الاجرا. بازارها، اموری بسیار مهم هستند. اما رهبری تجدید شده حکومت‌ها، برای متعادل نمودن علائق بخش خصوصی و عمومی شدیداً ضرورت دارد - و نظام اقتصاد جهانی است که این رهبری را حمایت می‌نماید.

ادغام بازار جهانی

از ویژگی‌های کلیدی جهانی شدن در سه دهه گذشته، ادغام اکثر کشورهای جهان در بازار جهانی و گسترش فزاینده مناسبات بازار به حوزه‌های بیشتری از زندگی اجتماعی در این کشورها بوده است. این فرآیند با استفاده از اقداماتی همچون آزادسازی رژیم‌های تجاری و قانون زدایی (رفع ممنوعیت) از بازارهای منتخب محلی تسهیل شده است. نتیجه آن به طور مشابه در کشورهای غنی و فقیر، شامل ظهور بازار نیروی کار جهانی واقعی (اما نه تحرک نیروی کار)، خصوصی سازی به صورت گسترده و عقب نشینی متناسب حکومت‌ها بوده است. این فرآیند‌ها، بازاری شدن و تجاری شدن تعیین کننده‌های حیاتی اجتماعی سلامت شامل آب، مراقبت سلامتی و برق را تشدید نمود. همچنین این فرآیندها، در دسترس بودن محصولات مضر برای سلامت از قبیل غذاهای فرآوری شده غنی از چربی، قند و نمک و نیز تنباکو و الکل را افزایش داده است. نقش بخش عمومی در تنظیم بازار برای نیل به اهداف جمعی مثل عدالت در سلامت، در اکثر موارد به شدت تضعیف شده است.

شواهد نشان می‌دهند که بازارهای بزرگ شده و عمیق شده مربوط به جهانی شدن، به طور ذاتی، نابرابری را هستند. (Birdsall, 2006) این منافع بیشتر نصیب کشورهای می‌شود که در حال حاضر هم دارایی‌های مولد ثروت، مثل سرمایه مالی، زمین، سرمایه فیزیکی و ابزاری و سرمایه انسانی را دارا می‌باشند - نسبت به کشورهای با درآمد کم تا متوسط که از این منابع بی‌بهره‌اند. جهانی شدن همچنین به سود کشورهای ثروتمند فعلی و گروه‌های ثروتمند داخل کشورها می‌باشد، زیرا آن‌ها منابع و قدرت بیشتری برای تأثیر گذاری بر طراحی قوانین دارند. بنابراین ضروری است که بازارها و اثرات آنان به نفع کسانی که باعث محرومیت نسبی شان شده‌اند، تعدیل شوند، که این امر نه تنها با رهبری قوی تر بخش عمومی در کشورها، بلکه با بهبود اساسی در جهانی، برای مثال، بازارهای مالی بین‌المللی صورت می‌پذیرد (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی). بحران بانک داری ناشی از وام‌های مسکن ایجاد شده در سال ۲۰۰۸، شاهد تحمیل شدن خطرات نامتناسب به برخی گروه‌های اجتماعی، بخصوص فقرا، شد و این امر به لزوم حضور قوانین قوی تر، شهادت می‌دهد.

حتی برندگان لاف زن جهانی شدن مثل چین، بیشتر رشد خود را بدون نزدیکی به هر چیزی در حدود سیاست‌های بازار آزاد کسب کردند. عمده کاهش فقر و بهبود وضعیت سلامت مردم چین، قبل از ادغام در بازار جهانی رخ داده است. بین سال‌های ۱۹۵۲ و ۱۹۸۲، مرگ و میر نوزادان از ۲۰۰ به ۳۴ نفر در هر هزار تولد زنده کاهش یافت و امید زندگی بدو تولد از حدود ۳۵ سال به ۶۸ سال افزایش یافت (Blumenthal & Hsiao, 2005). در واقع، از وقتی که چین بازارهای داخلی خود را قانون زدایی (رفع ممنوعیت) نمود و توسعه صنعت مبتنی بر صادرات را سرعت بخشید، هم نابرابری در درآمد و هم بی‌عدالتی در دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، به طور سهمگینی افزایش یافته است (Akin et al, 2004; Akin et al, 2005; French, 2006; Dummer & Cook, 2007; Meng, 2007).

امروزه تفاوت‌های زیادی بین مناطق ساحلی چین و استان‌های داخلی آن، از لحاظ سلامت وجود دارد. به طور گسترده تری دوره ادغام بازار، شاهد افزایش شدید نابرابری درآمدی در بین و در داخل کشورها بوده است.

تجارت و سرمایه‌گذاری - مذاکرات ناعادلانه جهانی

بی‌عدالتی‌های ساختاری در معماری سازمانی جهانی، موجب بی‌انصافی در فرآیندها و پیامدهای مرتبط با تجارت می‌شود. توافقات تجاری و سرمایه‌گذاری، اغلب دارای خصوصیات زیر هستند: ۱- مشارکت نامتقارن کشورهای امضا کننده، بخصوص در مورد کشورهای کم درآمد که ظرفیت نسبتاً ضعیفی را در مذاکرات تجاری دارا می‌باشند و ۲- نابرابری در قدرت چانه زنی که ناشی از تفاوت در اندازه جمعیت و ثروت ملی است. چنین توافقاتی اغلب بدون ارزیابی مناسبی از ابعاد کامل خطرات اجتماعی، شامل خطر افزایش نابرابری‌ها و نیز بی‌عدالتی در سلامت که این توافقات در بر دارند، بسته می‌شوند. بخشی از این امر به خاطر اینست که دپارتمان‌های حکومتی، وزارت خانه‌ها و سازمان‌های جامعه مدنی مسئول و متخصص در موضوع سلامت عمومی، به ندرت در مذاکرات تجاری مشارکت می‌نمایند. نهادها و فرآیندهای جهانی مثل کمیسیون *Alimentarius Codex* (کادر ۱۲، ۱)، نشان می‌دهند که چگونه سلامت و عدالت در سلامت، در مراحل حساس مذاکرات اقتصادی بین‌المللی نادیده انگاشته شده‌اند.

توافقات مربوط به سرمایه‌گذاری‌های دو جانبه، مثال دیگر از توافقات تجاری بین‌المللی هستند که موضوع سلامت را کم‌اهمیت انگاشته و یا آن را به طور فعال کنار گذاشته‌اند. جدای از این حقیقت که توافقات دو جانبه و منطقه‌ای می‌توانند به سلامت آسیب رسانده و یا اثرات مخربی بر سلامت در توافقات چند جانبه بگذارند (TRIPS را در زیر ببینید)، شواهد نشان می‌دهد که چارچوب‌هایی از قبیل توافقات سرمایه‌گذاری دو جانبه، به صورت نامتناسبی سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی را تسهیل کرده و نسبتاً به موضوع سلامت بی‌اعتنا هستند.

مراقبت سلامتی

اصلاح بخش سلامت بر مفهوم باریکی از کارآمدی اقتصادی و فنی، یعنی امتیاز دادن به مداخلات پزشکی هزینه اثر بخش و افزایش تجاری شدن، علیرغم شواهد مشخص غیر هزینه-اثر بخش تمرکز نموده است. شواهد موجود نشان می دهد که تجاری شدن خدمات سلامتی، از جمله بیمه سلامت، موجب بی عدالتی در دسترسی (Barrientos & Lloyd-Sherlock, 2000; Bennett & Gilson 2001; Cruz-Saco, 2002; Barrientos & Peter Lloyd-Sherlock 2003; Hutton, 2004) و نتایج سلامتی می شود (Koivusalo & Mack- intosh, 2005) خواه چنین تجاری سازی بر اثر هدایت فعالان داخلی باشد و یا خارجی. تقریباً همه نظام های سلامت به صورت ترکیبی هستند، و شامل هم موسسات خصوصی و هم عمومی می باشند. کمیسیون این موضوع را می داند. بنابراین یک موضوع کلیدی آنست که حکومت تا چه مقدار و با چه کیفیتی قادر به نظارت بر عملکرد این نظام ترکیبی خود می باشد، به طوری که تامین منصفانه ای را طراحی نماید و آورده های بخش خصوصی را کنترل کند. در کشورهای با درآمد متوسط، سطوح بالاتر تجاری شدن، به طور سیستماتیک با دسترسی بدتر و نابرابرتر به مراقبت سلامتی و نتایج سلامتی در ارتباط است (HSKN, 2007). در جوامع کم درآمد، تجاری سازی هزینه به ازای خدمت (Fee-for-service) کنترل نشده، به طور خاص به نتایج سلامتی آسیب می رساند. از لحاظ عدالت در سلامت، مراقبت سلامتی که به صورت عمومی تامین مالی می شود، صرف نظر از توانایی پرداخت، گزینه ارجح سیاسی می باشد. (فصل ۹ و ۱۱ را ببینید: مراقبت سلامتی همگانی، تامین مالی منصفانه)

نیروی کار

کار - هم از نظر فراهم بودن اش و هم از نظر شرایطی که کار در آن انجام می شود - برای عملکرد اجتماعی مردم و سلامت عادلانه، حیاتی می باشد. بازار جهانی یکپارچه و آزاد سازی تجاری، اثرات سهمگینی بر نیروی کار و شرایط کار، گذاشته است. ظهور یک "شاخه جدید از نیروی کار بین المللی" به عنوان مثال موجب جا به جایی محل تولید محصولاتی که به کارگران زیاد نیاز دارند (مثل صنایع پوشاک و پارچه بافی) به سمت کشورهای در حال توسعه که به خاطر دستمزدهای اندک و حداقل حمایت از کارگران انتخاب شده اند، گردید، که اغلب در (Export processing zones) واقع شده اند. (Frobel et al, 1980) EPZs بخش هایی از نیروی کار حتی در کشورهای ثروتمند، شرایط خیلی بدی را دارا می باشند. قوانین و چارچوب های تنظیم کننده رسمی که موجب ترویج کار سالم و حمایت از نیروهای کار می گردند، هم در سطح ملی و هم در سطح بین المللی، خیلی کم توسعه یافته و یا تقویت شده اند. استانداردهای نیروی کار، به عنوان بخشی از توافقات تجاری جهانی لحاظ نشده اند و اگرچه این استانداردها در برخی از توافقات دو جانبه یا منطقه ای آورده شده اند، اغلب مبهم یا فاقد قدرت اجرایی می باشند (فصل ۷ را ببینید: کار شایسته و اشتغال منصفانه).

تأثیر مشارکت های فراملیتی

شرکت های فراملیتی که امر تولید را در عرض مرزهای چندین کشور سازمان دهی می نمایند، همراه با گسترده تر و عمیق تر شدن آزاد سازی تجاری، شکوفاتر شده اند. درآمد موسساتی مانند: Royal Dutch/Shell Group, Wal-Mart, BP Exxon Mobil همگی در سطوح بالاتری از تولید ناخالص داخلی کشورهای از قبیل اندونزی، نروژ، عربستان سعودی و افریقای جنوبی هستند (EMCONET, 2007). ترکیب توافقات لازم الاجرای تجاری که بازارهای داخلی را به صحنه رقابت جهانی می کشاند و فزاینده بودن قدرت مشارکت و حرکت سرمایه، به طور قابل ملاحظه ای ظرفیت کشورها را در جهت تضمین این امر که فعالیت های اقتصادی در ارتقاء عدالت در سلامت مشارکت می کنند و یا حداقل به آن آسیب نمی رسانند، کاهش داده است. این امر به این معنی نیست که فعالان بخش خصوصی (افراد یا شرکتهای)، ذاتاً بد هستند. بلکه لازم به ذکر است که خیلی از آن ها به طور قابل ملاحظه ای از لحاظ اقتصادی و قدرت سیاسی رشد کرده اند، و این که قدرت آن ها همان طور که در خدمت اهداف اقتصادی بخش خصوصی است، باید در قبال مصالح عمومی پاسخ گو باشد.

حفاظت از تامین عمومی و تنظیم فراهمی بخش خصوصی

نقش رهبری بخش عمومی نسبت به بخش خصوصی باید در دو جنبه تقویت شود: حمایت از دسترسی عادلانه به کالاها و خدماتی که برای خوب زیستی و سلامت حیاتی هستند (مثل آب)، و کنترل دسترسی به کالاها و خدماتی که مضر هستند. سوال در مورد این موضوع که کدام یک از کالاها و خدمات، نیازمند حمایت و یا کنترل تنظیم کننده هستند، از یک کشور به کشور دیگر متفاوت است، اما مثال هایی می توان ارائه داد:

آب

تخمین زده می شود ۱/۲ میلیارد نفر در سرتاسر جهان، که تقریباً تمامی آن ها در کشورهای با درآمد کم تا متوسط زندگی می کنند، از دسترسی به آب سالم بی بهره اند (UNESCO, 2006a). تضمین دسترسی مردم به آب و فاضلاب از ضروریات زندگی است و مسئولیت واضح حکومت می باشد. جهانی شدن نسبت به تامین آب و فاضلاب، بینش جدیدی ارائه داده است، بخصوص در هنگامی که ظرفیت حکومت ضعیف است. این بینش می گوید که نقش بخش عمومی - به ویژه به خاطر سابقه کاری تاریخی در مدیریت عادلانه تامین آب - به صورت مرکزی باقی بماند. مثال ارائه شده در (کادر ۱۲، ۲)، اثرات منفی خصوصی سازی آب را نشان می دهد. اسناد و مدارک زیادتری وجود دارد که نشان می دهند باید از خصوصی سازی تجارت آب به صورت کلان، حذر شود. (Loftus & McDonald, 2001; Jaglin, 2002; Budds & Mc-Granahan, 2003; McDonald & Smith, 2004; Galiani et al, 2005; Mehta & Madsen, 2005; Debbane, 2007; Aiyer, 2007).

کادر ۱۲.۱: نمایندگی در کمیسیون Codex Alimentarius

کمیسیون Codex Alimentarius مجموعه مهمی است که به صورت اشتراکی توسط سازمان جهانی بهداشت و FAO تشکیل شده است تا به ارتقاء استانداردها و دستور العمل‌های غذایی و متون درسی مربوطه، از قبیل کدهای عملی (codes of practice) تحت نظارت برنامه مشترک استانداردهای غذایی سازمان جهانی بهداشت و FAO بپردازد. اهداف اصلی این برنامه، حمایت از سلامت مصرف‌کنندگان و تضمین منصفانه بودن روش‌های تجاری در تجارت مواد غذایی و ترویج هماهنگی در امور مرتبط به استانداردهای مواد غذایی که توسط سازمان‌های حکومتی، بین‌المللی و غیر حکومتی انجام می‌شود، می‌باشد. کودکس از موقعی که سازمان تجارت جهانی تاسیس شد، قدرت بیشتری پیدا کرد. استانداردهای کودکس، توسط سازمان تجارت جهانی، به عنوان "معیارهایی" در صورت ایجاد اختلافات تجاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. خیلی مهم است که سازمان تجارت جهانی و FAO، بی‌طرفی این مجموعه را تضمین نمایند. توافقات فعلی نشان می‌دهند که مشارکت سوگیرانه و حضور غیر عادلانه موجب عدم تعادل بین اهداف تجاری و اهداف مربوط به حمایت از مصرف‌کننده می‌شود. بازنگری سال ۱۹۹۳، حضور ۲۶ نمایندگی از گروه‌های عام‌المنفعه را در مقایسه با ۶۶۲ نمایندگی از بخش صنعت نشان داد.

منبع: Friel et al, 2007

کادر ۱۲.۲: خصوصی سازی آب در آرژانتین و بولیوی

از سال ۱۹۹۳، شرکت فرانسوی Suez Lyonnaise، سهام دار اصلی شرکت خصوصی تامین کننده آب بوئنوس آیرس با ۱۰ میلیون جمعیت بوده است، یکی از بزرگ‌ترین امتیازات انحصاری آب در جهان. قیمت‌های شرکت، بعد از خصوصی سازی، بیش از ۲۰ درصد افزایش یافت. خانواده‌های فقیرتر - حتی اگر به چنین شبکه آب رسانی متصل هم باشند - دیگر نمی‌توانند صورت حساب‌ها را متحمل شوند.

در سپتامبر ۱۹۹۹، کنسرسیوم بین‌المللی آب Aguas del Tunari، امتیاز انحصاری ۴۰ ساله آب و فاضلاب کوچابامبا (سومین شهر بزرگ در بولیوی) را کسب کرد. تعرفه‌های آب، به منظور پوشش دادن هزینه‌های طراحی مهندسی کلان، تا ۲۰۰ درصد افزایش یافت.

منبع: Loftus & McDonald, 2001; http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf

کادر ۱۲.۳: هزینه‌های سیگار کشیدن

مطالعه‌ای با استفاده از داده‌های سال ۱۹۹۸ چین نشان داد که هزینه‌های پزشکی صرف شده به خاطر مرگ‌های زودرس ناشی از تنباکو، معادل ۲/۷۶ میلیارد دلار آمریکا یا ۶ درصد از کل هزینه‌های پزشکی چین بوده است. در هند و در سال ۲۰۰۰، شورای تحقیقات پزشکی هند، هزینه‌های ۳ بیماری عمده مرتبط به تنباکو (سرطان، بیماری قلبی و بیماری انسدادی مزمن ریوی) را ۲۷۰ میلیارد روپیه (۵/۸ میلیارد دلار آمریکا)، بیش از نقش مستقیم صنعت تنباکو در درآمد هندوستان، ۷۰ میلیارد روپیه (حدود ۱/۵ میلیارد دلار آمریکا)، برآورد کرد.

منبع: PPHCKN, 2007c

دقیقی از این موضوع می باشد. در روسیه، "شوک درمانی" و آزاد سازی اقتصادی انجام گرفته در سال ۱۹۹۲، شامل قانون زدایی (رفع ممنوعیت) از کل تجارت نوشیدنی های الکلی هم بود. و افزایش مرگ و میر متعاقب آن در روسیه، به افزوده شدن در میزان مصرف بیش از حد الکل، مربوط بوده است. (PPHCKN, 2007 Leon et al, 1997)

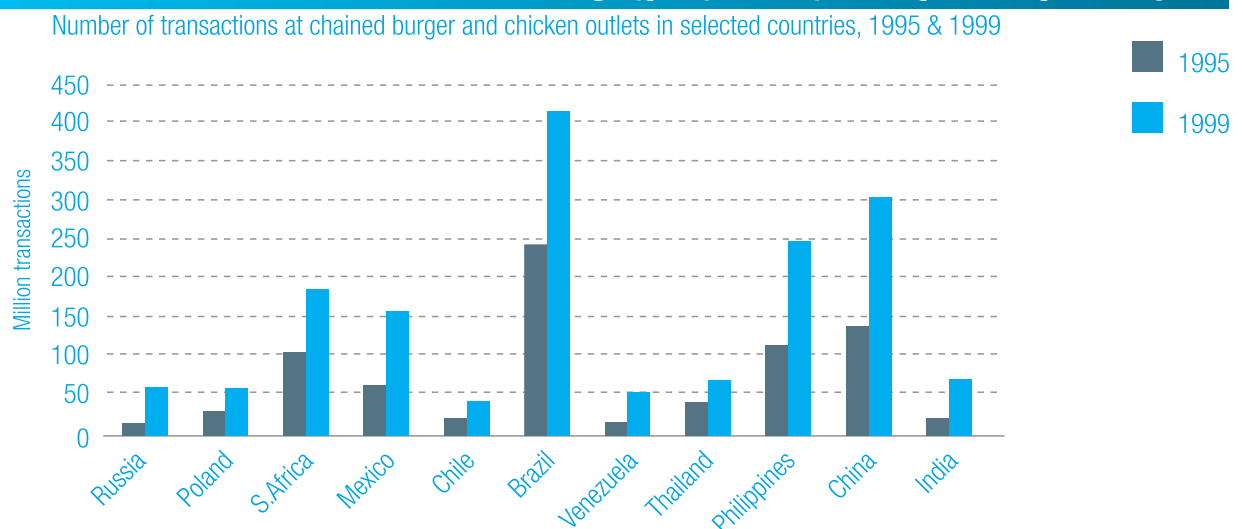
غذا، تنباکو و الکل

اصلاحات تجاری و تاثیر روزافزون سرمایه گذاری مستقیم خارجی می تواند بر تغییر رژیم غذایی و تغذیه ای، از طریق حذف موانع موجود بر سر راه ورود شرکت ها و سوپرمارکت های فراملیتی غذا به بازارهای جدید، تاثیر بگذارد. آزاد سازی تجاری - ورود کشورهای بیشتری به بازار بین المللی - در ترکیب با یارانه های مستمر برای مواد غذایی، منجر به افزایش دسترسی و مهیا بودن غذا و جذابیت مواد غذایی مضر برای سلامت شده است و شرکت های فراملیتی غذایی بازار جهانی را با غذاهای ارزان، پر انرژی و غیر مغذی اشباع کرده اند (شکل ۱۲،۱) (فصل ۶ را ببینید: مکان های سالم، افراد سالم).

افزایش ادغام بازار جهانی، تولید و مصرف کالاهای مضر برای سلامتی از قبیل تنباکو و الکل را هم افزایش داده است. در حال حاضر، بیش از ۱/۳ میلیارد نفر در سرتاسر جهان سیگار می کشند - بیش از ۱ میلیارد مرد و حدود ۲۵۰ میلیون زن - یعنی یک نفر از هر ۵ نفر جمعیت جهان و یک نفر از هر ۳ نفر افراد بالای ۱۵ سال. انتظار می رود، در صورتی که میزان شیوع جهانی مصرف تنباکو بدون تغییر باقی بماند، این رقم به بیش از ۱/۷ میلیارد نفر تا سال ۲۰۲۵ افزایش می یابد (PPHCKN, 2007). کادر ۱۲،۳ هزینه های ناشی از سیگار کشیدن را نشان می دهد.

تقریباً ۲ میلیون مرگ ناشی از الکل در هر سال رخ می دهد، درست شبیه HIV/AIDS با مقدار ۲/۹ میلیون مرگ. سطح مطلق بیماری های مرتبط با الکل و ناتوانی های ناشی از آن در کشورهای فقیر افریقایی و امریکایی، به اندازه اروپای غربی و امریکای شمالی بالاست. بالاترین میزان بیماری های مرتبط با الکل در آسیای مرکزی و اتحاد جماهیر شوروی سابق می باشد، حدود ۱۳ درصد کل بار بیماری ها. در روسیه، این میزان حتی بالاتر هم هست (PPHCKN, 2007) به نظر می رسد که جامعه ای که فاقد سیاست گذاری های موثر در مورد الکل باشد، احتمالاً افزایش شدیدی را در مشکلات مربوط به الکل در طی دوره توسعه اقتصادی، تجربه خواهد نمود. مرحله تغییر (گذار) در اتحاد جماهیر شوروی سابق، مثال

شکل ۱۲.۱: مصرف فست فود (۱۹۹۵ و ۱۹۹۹) در کشورهای منتخب.



اقداماتی جهت مسئولیت بازار

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۲.۱ سازمان جهانی بهداشت، با همکاری سایر آژانس‌های چند جانبه مرتبط و دولت‌های عضو حمایت‌کننده، بایستی به نهادینه نمودن ارزیابی تأثیرات توافق‌نامه‌های اقتصادی دو طرفه منطقه‌ای و جهانی بر عدالت در سلامت در سطوح ملی و جهانی، بپردازد (پیشنهادات ۱۰.۳، ۱۶.۷ و ۱۶.۸).

یک پیشنهاد کلیدی کمیسیون آنست که، کشورهای همکار در بررسی تعهدات جدید در مورد سیاست‌گذاری‌های اقتصادی (تجارت و سرمایه‌گذاری) دو طرفه، منطقه‌ای و جهانی، جانب احتیاط را نگهدارند. قبل از انجام چنین تعهداتی، شناخت اثرات آن بر سلامت و عدالت در سلامت، حیاتی است. سازمان جهانی بهداشت باید مجدداً رهبری خود را در امر سلامت در سطح جهانی، با آغاز بازنگری خود بر توافقات تجاری و سرمایه‌گذاری - با همکاری سایر آژانس‌های چند جانبه - و با هدف نهادینه نمودن ارزیابی اثرات وارده بر عدالت در سلامت، به عنوان قسمت استاندارد همه توافق‌نامه‌های آتی، تثبیت نماید. سازمان جهانی بهداشت می‌تواند ظرفیت حکومت‌های عضو، وزارت خانه‌های بهداشت آن‌ها و سازمان‌های جامعه مدنی را در جهت آماده نمودن شرایط برای مذاکرات تجاری دو طرفه و چند طرفه، تقویت نماید.

به منظور انجام این امر، نیاز است که سازمان جهانی بهداشت، تجربیات تحقیقاتی و سیاست‌گذاری فعلی خود را در زمینه اقتصاد، قانون و علوم اجتماعی، افزایش دهد. نیاز است که توجه خاصی به مذاکرات تجاری صورت گرفته در مورد قوانین، یارانه‌ها و تهیه و تدارک حکومت‌ها در سطح محلی - و آن‌هایی که بازارهای مالی و تولیدی سازمان‌دهی شده جهانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند - و تجارت کالاها و خدماتی که مستقیماً سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مبدول شود. به این منظور، ممکن است نیاز به همکاری با سایر آژانس‌های سازمان ملل متحد مثل کنفرانس توسعه و تجارت سازمان ملل (UNCTAD ILO, FAO, UNESCO) و دیپارتمان امور اجتماعی و اقتصادی سازمان ملل متحد باشد تا بتوان شواهد پایه گسترده‌تر و بین‌بخشی برای شناخت موضوعات مرتبط به اداره اقتصاد جهانی، جهانی‌سازی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ایجاد نمود. سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر هم با سایر نهاد‌های جهانی همکاری دارد و حمایت از حکومت‌های عضو را در ایجاد ظرفیت برای مذاکرات تجاری، یک اولویت قرار داده است (کادر ۱۲.۴). با این وجود، نیاز است که چنین حمایتی تمرکز موثرتری بر موضوع عدالت در سلامت داشته باشد.

ارزیابی اثرات توافقات اقتصادی بر عدالت در سلامت

از آن جایی که تأثیر توافقات بین‌المللی بر عدالت در سلامت و اثر آن‌ها بر سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌های ملی به طور کامل مستند نمی‌باشند، ارزیابی تأثیرات وارده بر عدالت در سلامت، کلیدی است در جهت منسجم نمودن برنامه‌ها و سیاست‌های همه بخش‌های حکومت. ضروری است که ارزیابی عدالت در سلامت در سیاست‌ها و برنامه‌های کلان خارج از بخش سلامت نیز لحاظ شود (MEKN, 2007) (فصل ۱۶ را ببینید: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش). مثال‌هایی از اسلونی و تایلند - هرچند بیشتر بر سلامت عمومی تمرکز نموده‌اند تا عدالت در سلامت - امکان‌پذیری و پتانسیل چنین فرآیندهای ارزیابی را نشان می‌دهد (کادرهای ۱۲.۵ و ۱۲.۶).

موضوع نهادینه نمودن ارزیابی تأثیرات وارده بر عدالت در سلامت، مشخصاً هنوز در آغاز طفولیت خود است و مشکلات واقعی را از نقطه نظر مهارت‌های فنی و ظرفیت سازمانی در بیشتر کشورها بخصوص کشورهای با درآمد کم تا متوسط، مطرح می‌کند. با این وجود، مثال ارزیابی تأثیرات وارده بر محیط زیست، مبنایی را جهت مثبت‌اندیشی ارائه می‌دهد. علیرغم وجود کم و کاست‌های جدی شناخته شده در روش‌شناسی، اجرا و اعمال کردن امر ارزیابی تأثیرات وارده بر محیط زیست، تأثیرات وارده بر محیط زیست به معیار قابل توجهی در فرآیند سیاست‌گذاری در همه بخش‌های هیات‌بورد، تبدیل شده است.

انعطاف‌پذیری در توافقات

تعهد به توافقات تجاری نباید کشورهای امضاکننده را پس از امضا، از اقدام جهت تخفیف دادن اثرات مخرب پیش‌بینی نشده بر روی سلامت و عدالت در سلامت، باز دارد.

نیاز واضحی برای انعطاف‌پذیری بیشتر در وضعیت امضا نمودن توافق‌نامه‌های بین‌المللی وجود دارد به طوری که بتوانند در طی زمان اصلاح شوند. توافق‌نامه عمومی در باب تجارت خدمات (GATS) استثنائاتی را در مورد مخاطرات سلامتی یا محیط‌زیستی ارائه می‌دهند، اما این تهیه و تدارک ناچیز است و مشخصاً نیازمند تعیین نمودن آسیب واقعی است که ظرفیت ملی را برای انجام اقدامات پیش‌بینانه محدود می‌نماید (کادر ۱۲.۷). گرچه انعطاف‌پذیری‌هایی به صورت رسمی در جنبه‌های تجاری توافق‌نامه‌های حقوق مالکیت فکری (TRIPS) مکتوب شده است، حکومت‌ها - بخصوص کشورهای با درآمد کم یا متوسط و با ظرفیت محدود فنی و سازمانی - در بیشتر موارد منافع اندکی از این انعطاف‌ها می‌برند و در سایر موارد هم به این امر تشویق می‌شوند که اصلاً آن‌ها را مورد استفاده قرار ندهند (کادر ۱۲.۸).

در سطحی عمومی‌تر، توافقات تجاری وابسته به بازار بین‌المللی می‌توانند شامل ملاحظات مکتوب قوی‌تری باشند که از طریق آن کشورها با نیازها و استراتژی‌های توسعه‌ای گوناگون در زمانی که شرایط داخلی کشورها - از جمله شواهدی از تأثیرات مخرب وارده بر سلامت و عدالت در سلامت - این نیاز را مشخص می‌نماید، (برای دوره‌های محدود و تحت شرایط واضح و مشخص) بتوانند از وضعیت خود گردان امضای خود استفاده نمایند (کادر ۱۲.۹).

کادر ۱۲.۴: سازمان جهانی بهداشت: کتاب کار همراه در مورد ابزار تشخیصی در مورد تجارت و سلامت - یک اولویت برای سال های ۲۰۰۸-۲۰۰۹

سازمان جهانی بهداشت، با همکاری سازمان تجارت جهانی (WTO)، بانک جهانی، سازمان جهانی مالکیت فکر، UNCTAD، کارشناسان بین المللی و سیاست گذاران تجارت و سلامت از ده کشور، در حال ایجاد کتاب کار همراه در مورد ابزار تشخیصی در مورد تجارت و سلامت می باشند. این مرحله جدید کاری رویکردی نظام مندتر و گسترده تر به موضوع ارتباطات بین سلامت و تجارت اتخاذ می نماید. ابزار تشخیصی، به بررسی ۵ جزء از این رابطه می پردازد:

- ۱- اقتصادهای کلان، تجارت و سلامت
- ۲- تجارت محصولات وابسته به سلامت، شامل دارو و مباحث مرتبط به مالکیت فکر
- ۳- تجارت محصولات مضر برای سلامت، مثل محصولات تنباکو
- ۴- تجارت خدمات سلامتی - تجارت الکترونی، توریسم سلامت، سرمایه گذاری مستقیم خارجی در سلامت، رفت و آمدهای بین مرزی متخصصین سلامت
- ۵- تجارت محصولات غذایی.

ابزار تشخیص و کتاب کار همراه آن که بهترین عملکردها، منابع داده ها، درخت های تصمیم گیری و هنجارها و استانداردهای بین المللی را مستند سازی می کنند، برای اجرایی شدن در سال ۲۰۰۹ آماده خواهند بود. اجرایی شدن ابزار تشخیص، سیاست گذاران را قادر خواهد نمود تا استراتژی ها و سیاست های ملی مرتبط به تجارت و سلامت را توسعه داده و به تعیین نیازهای اشان در مورد ظرفیت سازی در این حوزه، پردازند. در سال های اخیر، یک افزایش بنیادی در مقدار منابع خارجی تامین شده برای کشورهای در حال توسعه به منظور ظرفیت سازی در تجارت، رخ داده است. «کمک برای تجارت» فرصتی را برای حمایت از کشورها ایجاد می کند که ظرفیت اشان را در تجارت و سلامت، ارتقاء دهند.

منبع: WHO, <http://www.who.int/trade/resource/tradewp/en/index.html> and personal communication

کادر ۱۲.۵: ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت (HIA) در تایلند

در میان کشورهای با درآمد کم و متوسط، فقط اندونزی، سریلانکا و تایلند برخی فرآیندها یا چارچوب های سیاسی را جهت حمایت از ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت، دارا می باشند. تایلند تنها کشوری است که موفق شده است به معرفی واضح ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت به عنوان قسمتی از اصلاحات اخیر خود در بخش سلامت پردازد. هم اکنون HIA، به عنوان قسمتی از قانون جدید سلامت ملی ۲۰۰۲ ضروری است ارزیابی های انجام شده تاثیرات وارده بر سلامت در سطوح ملی و منطقه ای، بر پروژه های توسعه ای و زیرساختی، تمرکز نموده و به دنبال ایجاد تعادل بین سلامت جوامع محلی با فشارهای سیاسی دیگر هستند.

مثال پروژه ارزیابی اثرات وارده بر سلامت PAK MON HYDRO POWER DAM، نشان داد که روستاهای محلی به خاطر کاهش منابع شیلات که تاثیرات منفی بر درآمد و وضعیت اقتصادی - اجتماعی منطقه داشته است، دچار رنج و سختی شده اند. ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت اجرا شد تا به نیازهای روستاهای محلی پرداخته شود و اقدامات تسکینی را برای بهبود معیشت روستائیان از طریق تغییر تکرر بازشدن سد آبی برای کمک به بازگردانی صنعت ماهیگیری انجام داد. تایلند ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت (HIA)، را تا سطح سیاست ملی هم توسعه داده است، برای مثال توجه کردن به اثرات کشاورزی پایدار براققتصاد و سلامت. مثال تایوان نشان می دهد که امکان این هست که در کوتاه مدت، یک سیستم قوی و کارآمد از HIA اجرا کرد، به شرطی که تعهد حکومت، حضور یک چارچوب سیاسی و منابع کافی وجود داشته باشد.

منبع: Lock, 2006

کادر ۱۲.۶: اسلوانی: ارزیابی تاثیر سیاست های مربوط به کشاورزی، غذا و تغذیه بر سلامت

در دسامبر ۲۰۰۱، وزارت بهداشت اسلوانی و سازمان جهانی بهداشت منطقه اروپا، پیشنهاد به عهده گیری ارزیابی تاثیر سیاست های کشاورزی، غذا و تغذیه را بر سلامت ارائه دادند، این پیشنهاد به دلیل درخواست اسلوانی برای پیوستن به اتحادیه اروپا و تاثیری که قانون گذاری سیاست های عمومی کشاورزی بر سیاست های ملی کشاورزی خواهد گذاشت، بر انگیزخته شد. نتایج ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت (HIA) به کمیته بین حکومتی سلامت، ارائه شد. پیشنهادات، موضوعات کشاورزی از قبیل میوه ها و سبزیجات، دانه ها و لبنیات، و صندوق توسعه روستایی را در بر داشت. یک پیامد پیش بینی نشده HIA، این بود که بخش های سلامت و کشاورزی، شروع به حمایت از یکدیگر در انواع سیاست هایی نمودند که می خواستند بعد از الحاق به اتحادیه اروپا در اسلوانی اجرا شود. مذاکرات اتحادیه اروپا بسیار موفقیت آمیز بود و اسلوانی بیش از سایر کشورهای ملحق شده به اتحادیه اروپا، تخصیص دریافت نمود.

منبع: MEKN, 2007

کادر ۱۲.۷: توافق نامه عمومی در باب تجارت خدمات

در اصل، توافق نامه عمومی در باب تجارت خدمات (GATS)، فقط در بخش‌هایی به کار می‌رود که حکومت‌ها به طور اختیاری به بازار واگذار نموده‌اند. با این وجود، به نظر می‌رسد که ماده ۶/۴، تلویحاً بیان می‌کند که همه قوانین بخش خدمات می‌تواند در مورد اعتراض قرار گیرند. این تضمین‌های ارائه شده توسط سازمان تجارت جهانی و حکومت‌هایی که این توافق نامه را حمایت می‌کنند مبنی بر این که قوانین توافق نامه عمومی در باب تجارت خدمات (GATS) فقط در بخش‌هایی به کار می‌رود که حکومت‌ها واگذار کنند، متناقض است. علاوه بر این، این توافق نامه شامل ماده ای سخت و محکم است که کشورها را از تغییر دادن تعهدات (بخشی از قوانین GATS)، پس از منعقد شدن قرارداد باز می‌دارد.

منبع: http://www.foe.co.uk/resource/briefings/gats_stealing_water.pdf; Woodward, 2005; Adlung, 2005; Mehta & Madsen, 2005

کادر ۱۲.۸: توافق نامه سازمان تجارت جهانی در باب جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری

GKN چندین پیشنهاد در باب توافقات تجاری حقوق مالکیت فکری (IPR) و TRIPS ارائه کرده است:

- اجتناب از اعطای امتیازات بیشتر در توافقات تجاری دو طرفه یا آزاد، که سطح حمایت از حقوق مالکیت معنوی (IPR) را برای داروها افزایش می‌دهند و در صورتی که چنین امتیازاتی قبلاً ارائه شده‌اند، اقدامات جبرانی برای حمایت از دسترسی به داروها فراهم شود.
- حداکثر نمودن استفاده از انعطاف‌های ارائه شده توسط TRIPS و بررسی استفاده از پروانه‌های اجباری داروهای به ثبت رسیده ضروری.
- سازمان جهانی بهداشت باید به جای پروانه ثبت، مکانیسم‌ها را ارزشیابی نماید، مانند اعتراضات، تامین مالی تحقیقات عام المنفعه و توافقات خرید را پیش برد، تا توسعه داروهای را که برای بیماری‌هایی که به طور نامتناسبی بر کشورهای در حال توسعه اثر می‌گذارند را ترویج داده و کشورهای عضو را در اجرای چنین ساز و کارهایی یاری نماید.
- این موارد توسط پیشنهادات کمیسیون در باب حقوق مالکیت فکری حمایت می‌شوند.

منبع: GKN, 2007; Commission on Intellectual Property Rights, 2002

کادر ۱۲.۹: حراست از (ایجاد حاشیه امن برای) سلامت و عدالت در سلامت در توافقات

سازمان تجارت جهانی، یک حاشیه امن طراحی کرده است تا کشورها را از افزایش شدید واردات حفظ نماید. توافق نامه حراست، به طور موقت اجازه افزایش محدودیت‌های تجاری را تحت یک سری شرایط خاص می‌دهد، در درجه نخست مواردی هستند که تهدید قابل ملاحظه‌ای را برای صنعت داخلی داشته باشند. یک تفسیر گسترده‌تر از حراست، اینست که کشورها ممکن است به طور قانونی خواستار محدود نمودن تجارت یا به تعویق انداختن محدودیت‌های موجود سازمان تجارت جهانی شوند - انجام خودگردانی - آن هم به دلایلی که فراتر از تهدیدهای رقابتی برای صنایع اشان است.

.. اولویت‌های توسعه‌ای از جمله چنین دلایلی هستند، به دلیل آن که در تعارض با هنجارهای داخلی یا ترتیبات اجتماعی هستند.. توافق جاری می‌تواند به عنوان یک «توافق در باب حراست توسعه‌ای و اجتماعی» بازسازی شوند که اجازه خودگردانی را در دامنه گسترده‌تری از شرایط می‌دهند.

چاپ مجدد از رودریک، با اجازه نویسنده (۲۰۰۱)

آب

اطمینان از این امر که عدالت در دسترسی - از طریق قانون گذاری (به صورت ملی) و مساعدت های توسعه ای (به صورت بین المللی) - در راس سیاست های مربوط به آب قرار دارد از اهمیت حیاتی برخوردار است. باید دانست که رویکرد « قیمت گذاری کل هزینه» در گسترش خدمات حیاتی برای فقرا، با نگرانی های مربوط به عدالت تفاوتی ندارد. تا حدی که پوشش هزینه ای در چنین خدماتی ضروری است، یارانه های متقاطع نظام مند برای اطمینان از این که همه خانوارها دسترسی کافی برای برآوردن همه نیازهای اساسی را صرف نظر از توانایی پرداخت دارند؛ مورد نیاز می باشند. (کادر ۱۲،۱۱، شکل ۱۲،۲)

مراقبت سلامتی

هدف اساسی همه سیاست های نظام های سلامت، باید اطمینان از این امر باشد که هر فردی جدای از توانایی در پرداخت هزینه های مربوطه، به مراقبت با کیفیت و شایسته دسترسی داشته باشد (فصل ۹: مراقبت سلامت همگانی). از نظر تئوری، قوانین بازار می توانند نقش و رفتار بخش خصوصی را در نظام سلامت شکل دهند. در عمل، شواهدی که بگویند این امر به طوری که عدالت در سلامت را بالا ببرد، انجام پذیر است اندک می باشد. تا زمانی که مشخص نشود حکومت ها توانایی آن را دارند که به طور کارآمدی، سرمایه گذاری بخش خصوصی را در تامین خدمات سلامتی به طریقی که عدالت در سلامت را بهبود دهد کنترل کنند، باید از انجام هرگونه تعهدنامه خدمات سلامتی در قراردادهای تجاری لازم الاجرا که بر قابلیت های اشان جهت اعمال کنترل بر قوانین داخلی تاثیر می گذارد، اجتناب نمایند. معلوم نیست که هیچ حکومتی، در هیچ کجای جهان، این

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۲.۲ مجموعه های سیاست گذار حکومت، با حمایت سازمان جهانی بهداشت، حضور سلامت عمومی را در مذاکرات مربوط به سیاست های اقتصادی داخلی و بین المللی، تضمین و مستحکم کنند.

موضوع سلامت در تمام توافقات تجاری سازمان تجارت جهانی وجود دارد. اما در تمامی مراحل مذاکرات تجاری صدای سلامت عمومی اغلب خاموش یا حذف شده است. حکومت های عضو تحت حمایت سازمان جهانی بهداشت می توانند به تقویت ظرفیت خود در جهت نشان دادن علائق اشان در موضوع سلامتی در کنار مسائل تجاری، بپردازند (کادر ۱۲،۱۰)

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۲.۳ حکومت ها با مشارکت آژانس های چند جانبه مربوطه، رهبری بخش عمومی را در ارائه کالاها یا خدمات ضروری سلامت و کنترل کالاهای مضر برای سلامتی تقویت نمایند.

حوزه های پوشش داده شده در زیر، مثال هایی توضیحی می باشند، نه لیستی کامل و جامع.

کادر ۱۲،۱۰: مشارکت سلامت در مذاکرات تجاری - حکومت، جامعه مدنی و مناطق

در مالزی، وزارت بهداشت در تصمیم بر واردات داروهای ضد ویروس، حتی در صورت مواجهه با مخالفت قوی از داخل کابینه حکومتی، فعالانه عمل می کند. در سریلانکا در سال ۲۰۰۳، فعالان و طرف داران عدالت اجتماعی، هزینه های مرتبط به TRIPS را در دادگاه عالی به چالش کشیدند چرا که آگاهانه بی عدالتی را افزایش داده و از دسترسی برابر مردم به خدمات برابر سلامت ممانعت می کند. در مذاکرات ملی GATS، وزارت بهداشت پاکستان پیشنهادی در مورد خدمات حرفه ای در بخش سلامت ارائه داد که خدمات سلامتی را که توسط موسسات عمومی ارائه می شود را مستثنی کرد. هدف این مستثنی کردن، اطمینان از انعطاف پذیری قوانین در آینده برای بهبود دسترسی به خدمات سلامت از طریق یارانه ها، الزام به همگانی بودن خدمات یا سایر اقدامات بود. دبیرخانه بازار مشترک افریقای جنوبی و شرقی در حال هماهنگ کردن ارزیابی های جامع از وضعیت تجارت خدمات (شامل خدمات سلامت) در این منطقه است، آن هم جهت آماده سازی برای توافقات مشارکت اقتصادی با اتحادیه اروپا و مذاکرات GATS. کشورهای با درآمد کم تا متوسط ممکن است منابعی برای ایجاد واحد یا کمیته ای مجزا برای بررسی تجارت و سلامت نداشته باشند و همکاری منطقه ای ممکن است بهترین روش اطمینان از انسجام داخلی باشد.

اصلاح شده از طرف بلوئین، با اجازه ناشر (۲۰۰۷)

کادر ۱۲،۱۱: طراحی تعرفه های آب جهت تحقق عدالت

یک چالش اساسی در مدیریت بازار برای دسترسی به خدمات آب و فاضلاب، طراحی تعرفه یارانه بندی شده است. شیب و شکل منحنی تعرفه تعیین می کند که آیا تاثیر کلی صعودی است یا خیر. یارانه هایی که مقدار پایه اندکی را پوشش می دهند در صورتی که قیمت ها یک مرتبه افزایش یابند چون این مقدار فوری مصرف می شود، دسترسی عادلانه را تضمین نمی کنند. این موضوع اثر ناخواسته آب پایه رایگان در ژوهانسبورگ و دوربان افریقای جنوبی بوده است که حداقل استفاده کافی برای بیشتر خانواده ها غیر ممکن است.

منبع: GKN 2007

نیروی کار

حکومت‌های ملی، در همکاری با کارفرمایان و سازمان‌های کارگری باید چهار استاندارد اساسی سازمان بین‌المللی کار (ILO) را اتخاذ و اجرایی کنند (فصل ۷ را ببینید: اشتغال منصفانه و کار شایسته). با این وجود، احتیاط در فرآیند اجرای استانداردهای بین‌المللی کار لازم است، برای مثال توجه به "هشدارهای اجتماعی" در توافقات تجاری. این استانداردها می‌تواند توسط کشورهای که دارای منابع بیشتری هستند و از قوانین بخوبی پیروی کرده‌اند، مورد استفاده قرار گیرد تا برای حمایت از صنایع داخلی خود، به تحریم‌های کشورهای دیگر از قوانین، پیروی کمتری کرده‌اند و اغلب درآمد کم و متوسط دارند، بپردازند. ترجیحاً به جای این که سازمان تجارت جهانی، کشورهایی را که در تعهدات خود کوتاهی می‌کنند تنبیه نماید، بهتر است قدرت سازمان‌هایی را (مثل برنامه محیط زیست سازمان ملل، سازمان جهانی بهداشت، ILO, FAO) که دارای دانش تخصصی هستند، بالا برد تا خود داوری‌های خوبی انجام دهند. نقش خود کارگران در ارتقاء و حمایت شرایط کاری شایسته (کادر ۱۲، ۱۳) می‌تواند حیاتی باشد.

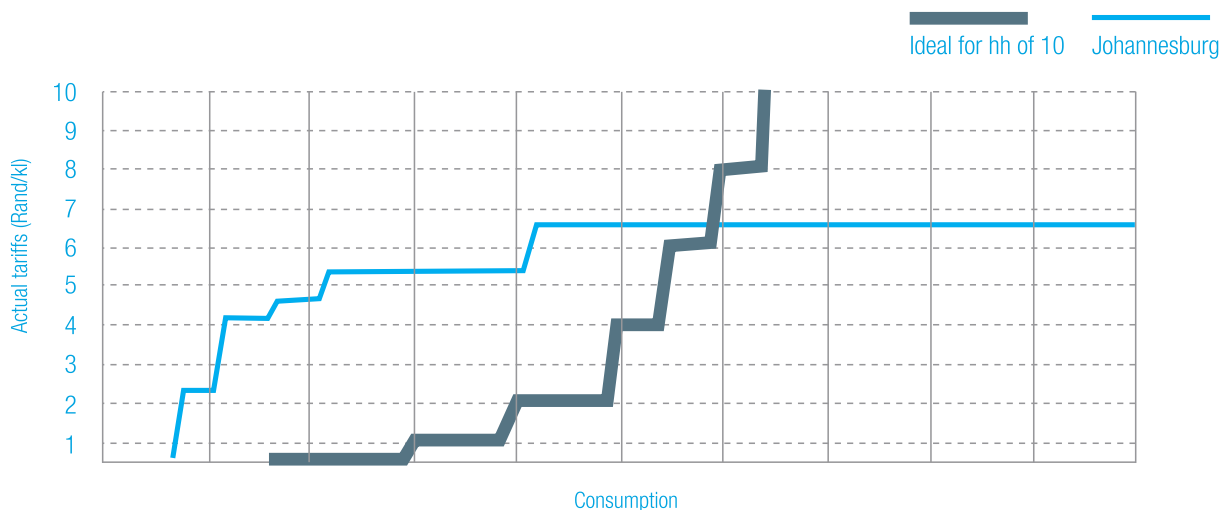
آزمون را کسب نموده باشد (GKN 2007, HSKN 2007). مثال بیمه سلامت آموزنده است. مشخص است که بیمه سلامت می‌تواند تامین مالی مراقبت سلامت را حمایت نماید، اما نباید در انجام چنین اقدامی به عدالت در سلامت آسیبی وارد نماید (کادر ۱۲، ۱۳).

کادر ۱۲.۱۲: تنظیم نمودن بیمه سلامت در جهت عدالت

بیمه سلامت نه تنها افراد را در برابر پرداخت‌های از جیب حمایت می‌نماید بلکه اجازه pooling را هم می‌دهد (یعنی خطرات مالی را در میان مشارکت‌کنندگان توزیع می‌نماید). با این وجود، به نظر نمی‌رسد که گسترش بیمه خصوصی خارجی اثر زیادی بر بهبود دسترسی به خدمات داشته باشد. با در نظر گرفتن هزینه‌ها و شواهد مشخص در باره شکست بازار در بیمه خصوصی سلامت، این امر گزینه قابل اعتمادی در سطح ملی و در کشورهای با درآمد کم تا متوسط جهت یکپارچه نمودن خطرات (risk pooling) نیست. شواهد موجود از آمریکای لاتین نشان می‌دهد که بیمه‌گران خصوصی، چه داخلی و چه خارجی، تمایل به خدمت‌رسانی به گروه‌های با درآمد بالا و خطرپذیری کم را دارند که می‌توانند مشارکت‌های مالی نسبتاً بالایی برای دریافت پوشش خدمات داشته باشند. در شیلی، برای مثال، افراد کهنسال و زنان در سنین باروری با حق بیمه‌های بالاتری مواجه می‌شوند. یک روش برای کنترل این تبعیض‌ها، تبیین قوانین و مقرراتی جهت محدود نمودن چنین رفتارهایی از طرف بیمه‌گران است. با این وجود یک اخطار عمده این است که شواهد خیلی اندکی از کشورهایی که واقعاً این موارد را انجام می‌دهند، در دست است.

منبع: HSKN 2007

شکل ۱۲.۲: منحنی تعرفه آب ژوهانسبورگ و منحنی نوع ایده‌ال.



hh = households.

Reprinted, with permission of the author, from GKN (2007).

غذا

حکومت‌ها نیاز به توسعه استراتژی‌های تنظیمی دارند که به بررسی تأثیرات جهانی شدن تولید و تجارت غذا بر کیفیت تغذیه ای رژیم‌های غذایی در سطح ملی و محلی بپردازد. سیاست‌گذاری‌ها و توافقات مرتبط با غذا، نیاز به تمرکز بر سه جنبه کلیدی تغذیه و عدالت در سلامت دارند: فراهم بودن، قابل دسترس بودن و قابل پذیرش بودن. مثال کنترل مصرف نوشیدنی‌های غیر الکلی (کادر ۱۲،۱۵) بینش گسترده تری نسبت به گزینه‌هایی جهت اقدام را به دست می‌دهد.

در کشورهایی که برای خیلی از افراد کشاورزی، مبنای معیشت پایه خانوار است، حکومت‌ها باید در حمایت از معیشت جوامع کشاورزی که با فشارهای رقابتی و هزینه‌ای رو به رو می‌باشند، از طریق توافق نامه‌های کشاورزی، اقدام نمایند (کادر ۱۲،۱۴) (فصل ۶ را ببینید: مکان‌های سالم، افراد سالم). شواهد اخیر پیرامون اصلاحات تجاری و امنیت غذایی، پیشنهاد می‌دهد که یک درس سیاسی کلیدی برای کشورهای در حال توسعه آنست که «اصلاحات تجاری در صورتی که بدون معرفی یک بسته سیاسی که جهت جبران نمودن اثرات منفی آزادسازی (تجاری) طراحی شده است باشند، می‌تواند برای امنیت غذایی آسیب‌رسان باشد» (GKN, 2007). وقتی که اصلاحات و آزادسازی‌های تجارت کشاورزی رو به رشد است، یک یارانه هدفمند برای اقلام کشاورزی، اقدامی است مهم برای مدیریت نمودن تأثیرات منفی در آغاز کار.

کادر ۱۲.۱۳: تغییر در بهره‌کشی در صنعت پوشاک - بنگلادش

تحت توافق نامه Multi-fibre Arrangement (۱۹۷۴-۲۰۰۴)، که تحت نظارت توافق نامه Uruguay Round Agreement، سازمان تجارت جهانی لغو شد، بنگلادش شاهد رشد انبوهی در صنعت پوشاک این کشور بود. پوشاک آماده، هم‌اکنون بیشترین صادرات ملی را شامل می‌شود - یعنی حدود سه چهارم صادرات سالیانه، بیشترین نوع صادرات - و این صنعت حدود ۲/۵ میلیون نفر را در استخدام دارد. کارفرمایان کارخانه‌های پوشاک در جستجوی کارکنان زن بودند، زیرا آن‌ها نیروی کار کم‌هزینه‌ای را تأمین می‌کردند، مطیع بودند و تحرک (تغییر جا و محل) حرفه‌ای کمی داشتند. قبلاً توجه اندکی به حقوق زنان می‌شد و امکان کمی برای حضور آنان در سطح رهبری وجود داشت. زنان فرصت‌های کمی برای دسترسی به بازار کار رسمی داشتند و سرمایه‌گذاری تبعیض آمیزی در آموزش و سلامت دختران در مقایسه با پسران وجود داشت. صنعت پوشاک، شروع به تغییر وضعیت زنان نموده است. تقریباً ۸۰ درصد کارگران در صنعت پوشاک زن هستند و اشتغال زنان در صنایع غیر صادراتی در حدود ۷ درصد می‌باشد. افزایش میزان اشتغال زنان، منجر به افزایش توجه به حقوق زنان کارگر، افزایش فعالیت‌هایی که هدف اشان سازمان‌دهی امور زنان بوده و به تربیت زنان رهبر می‌پردازد، ایجاد گزینه درآمد در آینده، ایجاد توانایی بیشتری برای زنان با دستمزدهای دائمی نسبتاً بالاتر، حمایت بیشتر خانوارها از تحصیل دختران به خاطر انگیزه درآمد در آینده، ایجاد توانایی بیشتری در میان زنان جهت بحث کردن در حوزه‌های عمومی هنگام رفت و آمد (به محل کار) و هنگام کار کردن، افزایش توانمندی زنان به خاطر افزایش نقش اقتصادی آن‌ها در خانواده و افزایش تمایل به تاخیر در ازدواج و بچه‌دار شدن را سبب می‌شود.

اما دستمزدها در صنعت پوشاک پائین است، فشار (استرس) بالایی وجود دارد و شرایط کاری بد و خطرناک است. تحقیق انجام شده در داکا در سال ۲۰۰۶ گزارش داد که زنان به طور منظم ۸۰ ساعت در هفته کار می‌کنند و به ازای هر ساعت ۵ پنیس می‌گیرند. کارخانه‌های مشمول در این تحقیق، که فروشگاه‌هایی در بریتانیا را از قبیل Primark, Tesco, Asda، را تأمین می‌کردند همگی متعهد به پرداخت حداقل دستمزد ماهانه ۲۲ دلار بودند که حداقل درآمد مورد نیاز برای زندگی در بنگلادش می‌باشد. کارگران این صنعت به رهبری فدراسیون ملی کارگران نساجی اعتصاب نمودند و این اعتصاب منجر به افزایش ۵۰ درصد به حداقل دستمزد شد یعنی ۱۲ دلار در ماه و اگرچه پیشرفت صورت گرفته است اما هنوز هم کمتر از هزینه زندگی است. مطالعه موردی صنعت پوشاک بنگلادش قویاً مزایایی را که در اثر قرارگرفتن شرکت‌های بزرگ در کشورهای کم‌درآمد حاصل می‌شود، را نشان می‌دهد، اما همچنین به تغییرات اجتماعی عمیق بالقوه‌ای اشاره می‌نماید که این امر می‌تواند موجب آن شود، حتی موقعی که شرایط بسیار پائین‌تر از (استانداردهای مورد انتظار) نیروی کار باشد. این مشارکت، در صورتی که شرکت‌های بخش خصوصی مسئولیت اجتماعی‌صنعتی خود را به طور جدی تری انجام دهند، می‌تواند بیشتر هم باشد. همانند هر جای دیگر، در اینجا نیز تأکید بر آن است که جهانی شدن می‌تواند مزایای خیلی زیادی را به همراه آورد اما در صورت قانون‌مند نبودن، به طور حتم برای همه منفعت نداشته و به خیلی‌ها آسیب می‌رساند. این بدان معنا نیست که بایستی در مقابل فرآیندهای جهانی شدن و ادغام بازار مقاومت کرد، بلکه باید آن را بهتر و منصفانه‌تر نمود. منبع SEKN, 2007

تنباکو و الکل

امریکا، ۱۲ کشور در اروپا و ۵ کشور در خاورمیانه که جزء FCTC نبودند را وادار نمود که FCTC را تصویب و اجرا کنند. این‌ها شامل کشورهای گروه G8، ایتالیا، روسیه، ایالات متحده، همچنین کشور میزبان سازمان جهانی بهداشت یعنی سوئیس می‌باشند. استراتژی‌های موجود در سطح ملی و جهانی، نیاز به تکمیل شدن،

توسعه چارجوب کنوانسیون کنترل تنباکو (FCTC) سازمان جهانی بهداشت، مثالی عالی (اگرچه نادر) از اقدام منسجم جهانی برای محدود کردن دسترسی بازار به یک کالای مرگ آور می‌باشد (کادر ۱۲، ۱۶). این کمیسیون ۱۲ کشور در افریقا، ۱۳ کشور در

کارد ۱۲.۱۴: حفاظت از معیشت کشاورزی

توسعه کارآمد کشاورزی - توسعه ای که موجب ایجاد شغل و رشد درآمدی همه افراد به طور گسترده می‌شود - به الگوهای توزیع زمین، دسترسی به ورودی‌ها (inputs) از قبیل سرمایه و نیروی کار، شرایط زیست محیطی و دسترسی به بازارها بستگی دارد. توسعه قوی کشاورزی و توزیع عادلانه زمین، همراه با یکدیگر، مبنای محکمی برای رشد اقتصادی و کاهش فقر ایجاد می‌نمایند. ثروت کشاورزان به منابع پایه و قدرت بازارشان بستگی دارد. برای کشورهای کم درآمدی که اقتصادشان هنوز شدیداً به کشاورزی وابسته است، به ترتیب قرار دادن اصلاحات ضروری است. افزایش بهره‌برداری کشاورزی و ایجاد اشتغال غیر کشاورزی، باید پیش درآمدی بر اصلاحات تجاری از قبیل کاهش تعرفه‌های محصولات تولید شده توسط خانوارهای کم درآمد، قرار گیرد. توافق نامه سازمان تجارت جهانی در باب کشاورزی (Uruguay Round)، موجب عدم تشویق یا ممانعت از سیاست‌های ملی می‌شود که به دنبال کنترل قیمت یا تولید محصولات کشاورزی هستند. برای اکثریت کشورهای در حال توسعه، تقاضای امنیت غذایی، این امر را که به ایجاد انگیزه‌هایی برای تولید پرداخته شود، برای مثال قیمت‌های ثابت داخلی (که تقریباً در یک بازار جهانی باز غیر ممکن است)، را با اهمیت می‌داند. با تشخیص این که مذاکرات جدید ممکن است فضای سیاسی ملی را در ترویج امنیت غذایی بیشتر محدود کنند، FAO با رفتارهای متفاوت و خاص در سازمان تجارت جهانی موافق است که بر اساس آن کشورهای در حال توسعه، امکان انعطاف بیشتری را در به کار بستن قوانین سازمان تجارت جهانی خواهند داشت:

- تعداد کشاورزان دارای منابع کم و معیشت بخور و نمیر. وقتی که حکومت‌ها اکثر یا همه حمایت‌ها را به چنین کشاورزانی تخصیص می‌دهند، آن‌ها باید از هر کاهش بیشتری در حمایت داخلی، مستثنی شوند.
- آسیب پذیری اقتصادی: وقتی که کشورها به میزان زیادی به صادرات یک یا دو محصول وابسته اند، FAO پیشنهاد می‌کند که حکومت اجازه سطوح بالای هزینه‌ای برای حمایت از افزایش تولید، بهبود استانداردها و برنامه‌های مرحله‌ای برای خریداری محصولات تولیدکنندگان دارای کیفیت پایین، را بدهد.
- آسیب پذیری فیزیکی: ممکن است رفتار خاص و ناهمسانی به طور موقت برای کشورهایی که تولیدکنندگان‌شان از یک مخاطره مثل زلزله، سیل یا جنگ در رنج هستند، نیاز باشد. در چنین مواردی، حکومت‌ها ممکن است به یک دوره سرمایه‌گذاری نا محدود در ایجاد گله‌های دام یا بازگردانی محصولات با دوام (پایا) به حالت اول، احتیاج داشته باشند.
منبع: GKN, 2007

کادر ۱۲.۱۵: قانون گذاری بازار و تغذیه - نوشیدنی‌های غیر الکلی

مثال‌هایی از رویکردهای (مختلف) به قوانین بازار در حوزه غذاها وجود دارد. محدود کردن دسترسی می‌تواند ابزار موثری در محدود کردن مصرف باشد. اولین گام محدود کردن دسترسی، در مکان‌هایی است که به طور خاص کودکان را مورد هدف قرار داده اند (مدارس مثال قابل توجهی هستند). در برزیل، اخیراً قوانینی در سه شهرداری تصویب شده است که فروش غذاهای معینی را در کافه‌های مدارس، ممنوع می‌نماید که شامل نوشیدنی‌های غیر الکلی نیز می‌باشد. در عمان، عربستان سعودی و امارات متحده عربی، نوشیدنی‌های غیر الکلی حاوی کربنات در مدارس ممنوع شده است. اجرای این سیاست در ایالات متحده هم آغاز شده است. قیمت، اثر خیلی واقعی بر میزان مصرف دارد، اگرچه افزایش قیمت‌ها نگرانی‌هایی در مورد عدالت را افزایش می‌دهد. قوانین مربوط به بسته بندی، گزینه قابل امکان دیگری می‌باشد. در مکزیکو، محدودیت‌هایی برای بسته بندی تا سال ۱۹۹۱ وجود داشت. در نتیجه این قوانین، تا ۷۵ درصد فروش کوکا در بطری‌های لیوانی یک بار مصرف بود که مصرف را محدود می‌کرد.

گزینه‌هایی برای اقدام

- آغاز گفتگو در مورد این که آیا وضع قوانین با استانداردهایی برای بازاریابی غذاهای فرآوری شده حاوی چربی، شکر و نمک مناسب خواهد بود و اگر آری، در چه مقیاسی: محلی، ملی یا بین المللی. این گفتگو باید شامل صنعت مواد غذایی در حوزه بین المللی، حکومتی و NGO ها باشد.

- انجام تحلیل اقتصادسنجی برای کسب شناخت بیشتر از تاثیر مارک‌های (brands) جهانی غذاهای فرآوری شده بر الگوی مصرف (در مقابل مارک‌های تجاری محلی یا منطقه‌ای) و از تاثیرات بازاریابی این محصولات نسبت به سایر عواملی که انتخاب غذا را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

منبع: بازنکری از هاکس با اجازه ناشر ۲۰۰۲

به عنوان وسیله ای برای بهبود اثرات اجتماعی مثبت فعالان بخش خصوصی مورد ترویج قرار گرفته است. اما تا به امروز، مسئولیت پذیری اجتماعی صنفی چیزی جز تشریفات نیست. یکی از نقایص اصلی اش آنست که داوطلبانه است و فاقد قدرت اجرایی است (۱۲،۲۰)، و همچنین این که ارزشیابی اندکی از اثرات آن انجام شده است. یک استثنا برای اینمسئله، ابتکار تجارت اخلاقی

(Ethical Trading Initiative) است. برای مثال، یک ارزشیابی مستقل از اثرات کد ابتکار تجارت اخلاقی، تعدادی از حوزه های بهبود را گزارش نمود (Barrientos & Smith, 2007). اما ابتکارات داوطلبانه به طور اجتناب ناپذیری از لحاظ اثرشان محدود می شوند. پاسخ گویی شرکت ها ممکن است رویکرد معنادارتری باشد.

اقدام جامعه مدنی، بخصوص توسط اتحادیه های تجاری، شامل اقدامات دست اندرکاران و مشتریان، می تواند فشاری را در جهت پاسخ گویی اجتماعی بیشتر توسط سازمان های بخش خصوصی ایجاد کند، از جمله درخواست برای اقدامات رسمی تنظیم کننده بیشتر (کادر ۱۲،۲۱).

"بازار و فعالان بخش خصوصی بدون شک در تاثیر گذاری بر شرایط اجتماعی نقش قوی دارند و هرچند همه تعیین کننده های عمده اجتماعی سلامت را شامل نمی شوند ولی اغلب آن ها را شامل می شوند. اما این اثر گذاری - در سطح جهانی، منطقه ای، ملی و محلی - باید بی خطر باشد. از مشارکت منصفانه در موسسات جهانی که سیاست های بازاری را فرمول بندی می کنند، تا موافقت نامه های تجاری و سرمایه گذاری و تا مقررات فعالیت ها و تولیدات تجاری، نقش بخش عمومی هم در ارائه هم در تنظیم، حیاتی است.

با انجام اقداماتی در سطح سیاست های محلی و مداخلات تغییر رفتاری دارند. یک مثال از چنین استراتژی، سیاست اخذ مالیات محلی است - اگرچه، تشدید بی عدالتی متعاقب اخذ مالیات که تاثیرات بدی بر فقیرترین افراد جامعه دارد و یک سری گسترده تر از اقدامات عرضه-تقاضا، لازم است که مورد تاکید قرار گیرد، (کادر ۱۲،۱۷).

کمیسیون، با یادگیری از FCTC، سازمان جهانی بهداشت را مجبور نمود گفتگویی را با حکومت های عضو در مورد اقدامی تنظیم کننده برای کنترل الکل آغاز نماید (کادرهای ۱۲،۱۸ و ۱۲،۱۹). سازمان جهانی بهداشت منطقه اروپا، از بالاترین میزان بیماری و خشونت مرتبط به الکل (با وجود تفاوت های بسیار زیاد در مرگ و میر ناشی از الکل در کشورهای مختلف) در رنج است. بحث های سیاسی اروپایی ها، با تعارض در دیدگاه ها همراه بوده است: آیا الکل کالایی همچون سایر کالاها است یا باید آن را به عنوان یک موضوع نگران کننده در سلامت عمومی دید و تجارت چه کسانی با هدف مراقبت از سلامت مردم، باید کنترل شود؟ کمیسیون حکومت های واقع در ناحیه اروپایی سازمان جهانی بهداشت و کشورهای کل جهان را برای محدود نمودن مضرات مرتبط به الکل وادار به همکاری با همدیگر می نماید.

بخش خصوصی مسئولیت پذیر

فعالان بخش خصوصی می توانند به طریقی رفتار کنند که به منافع عمومی آسیب برسانند، اما آن ها در ضمن می توانند به طور قوی در وضعیت عمومی نقش داشته باشند. برخی شواهد در مورد حرکات کوچک به سوی مشارکت اجتماعی بیشتر وجود دارد، اما این شواهد از اعتبار محدودی برخوردارند. مسئولیت پذیری اجتماعی صنفی،

کادر ۱۲.۱۶: چارچوب کنوانسیون کنترل تنباکو (FCTC)

شواهد واضحی وجود دارد که وقتی که آزاد سازی تجاری در مورد تنباکو اعمال شود، منجر به اثرات مضر بر سلامت می شود. تحقیق بانک جهانی نشان داد که کاهش تعرفه ها در برخی بخش های آسیا منجر به افزایش ۱۰ درصدی در نرخ سیگار کشیدن در مقایسه با قبل از آزاد سازی تجاری شد. میزان افزایش در گروه های جمعیتی خاصی، مثل پسران نوجوان (۱۸/۴ درصد تا ۲۹/۸ درصد در یک سال) و دختران نوجوان (۱/۶ درصد تا ۸/۷ درصد) در جمهوری کره حتی شدیدتر هم بود. برای جلوگیری از پیشی گرفتن سیاست های تجاری از حفاظت سلامت، سازمان های سلامت و سازمان جهانی بهداشت، تنباکو را از لیست قراردادهای تجاری حذف کردند. FCTC به طور قابل توجهی به ارتباط بین تجارت و تنباکو اذعان می کند، اما هیچ قانونی را برای پرداختن به این موضوع شامل نمی شود.

منبع: GKN, 2007; Gostin, 2007

کادر ۱۲.۱۷: استراتژی های کنترل تنباکو - تایلند

پانل توافق نامه عمومی تعرفه و تجارت (GATT)، در گزارش خود تحت عنوان «محدودیت های تایلند بر واردات سیگار ها و مالیات بندی داخلی بر سیگار ها» در سال ۱۹۹۰ تصمیم گرفت که «اقدامات سازگار با GATT، تا مادامی که هم در مورد سیگار ها داخلی و هم در مورد سیگار های وارداتی در ابعاد ملی به کار برده شوند، می توانند هم عرضه و هم تقاضای سیگار را، کنترل نمایند». بنابراین نتیجه گیری می شود که محدودیت واردات خارجی در صورتی که سایر اقدامات اتخاذ شوند، ضرورتی ندارد. هماهنگی سیاست های کنترل تنباکو در آینده، که شامل افزایش قیمت ها، مالیات بر قیمت کالا و ممنوعیت های تبلیغاتی می شود، می توانستند تا زمانی که این سیاست ها بین محصولات داخلی و خارجی تمایزی قائل نمی شدند، معرفی شوند. بنابراین پانل، مکانیزمی عمومی را برای کنترل سخت گیرانه تنباکو بدون شکستن قوانین سازمان تجارت جهانی ارائه داد. به دنبال تصمیم پانل GATT، تایلند ممنوعیت تبلیغات تنباکو را حفظ نمود و سایر اقدامات کنترلی استفاده از تنباکو را حمایت نمود. قانون گذاری سفت و سخت تایلند مدلی از آن چه که کشورها می توانند در مقابله با شرکت های چند ملیتی تنباکو و تبلیغ آن ها به کار گیرند، می باشد.

منبع: Bettcher et al, 2000

کادر ۱۲.۱۸: شواهدی برای کنترل الکل

شواهد قابل توجهی وجود دارد که افزایش در قیمت الکل، میزان مصرف آن و سطح مشکلات مرتبط به آن را کاهش می‌دهد. در اکثر کشورها و بخصوص در کشورهای با نرخ مالیاتی اندک برای الکل، افزایش قیمت ناشی از بستن مالیات بر نوشیدنی‌های الکلی، منجر به افزایش در آمد های مالیاتی حکومت و کاهش در هزینه های حکومتی مرتبط به مضرات الکل می‌شود. اثر افزایش قیمت، شبیه اثر سایر اقدامات کنترلی بر الکل، در بین کشورهای مختلف با توجه به فاکتورهایی مانند رواج فرهنگ الکل و حمایت عمومی از کنترل های قوی تر بر الکل، متفاوت است. با این وجود، تاثیر بر آسیب های مرتبط با الکل حتمی بوده و هزینه اندکی می‌برند، که آن را به اقدامی هزینه-اثربخش تبدیل می‌نماید. به علاوه، کنترل های قوی تر بر دسترسی به الکل، بخصوص از طریق تعیین حداقل سن قانونی خرید، انحصاری نمودن خرده فروشی توسط حکومت، محدودیت هایی در مورد زمان فروش و وضع قوانینی در رابطه با تعداد دکه های توزیع، مداخلات موثری هستند. با فرض تحقق همه این اقدامات و هزینه نسبتاً اندک اجرای آن ها، این ها اقداماتی بسیار هزینه-اثربخش هستند.

منبع: <http://www.euro.who.int/document/e882969pdf>

کادر ۱۲.۱۹: استراتژی های کنترل الکل

در سرتاسر جهان، مالیات گذاری بر الکل (به شکل special excise duties، مالیات بر ارزش افزوده و مالیات بر فروش) یکی از معمول ترین و موثرترین مداخلات در سطح جامعه برای کاهش حجم کلی نوشیدنی است که متعاقباً ممکن است به طور ویژه مشکلات مزمن سلامتی مرتبط با الکل را هم کاهش دهد. سیاست های مالیاتی بر قانون اقتصادی عرضه و تقاضا تکیه دارند: با اضافه نمودن مالیات قیمت الکل بالا می‌رود. سپس قیمت بالاتر بدین معناست که مصرف کنندگان می‌توانند استطاعت خرید میزان کمتری از مقدار مورد علاقه شان از نوشیدنی های الکلی را داشته باشند. سیاست های مالیاتی ممکن است با متمرکز کردن قدرت بازار الکل در انحصار حکومت که قیمت ها، تولید، واردات و فروش را کنترل می‌نماید، بهبود یابند. این رویکرد در امریکای شمالی و قسمت هایی از امریکای جنوبی، اروپای شرقی و کشورهای نوردیک شیوع یافته است. در کشورهای نوردیک، اعمال اندک تغییراتی در کنترل های مربوط به الکل از جمله با تغییر دادن الگوی مصرف منجر به موفقیت های قابل توجهی شد، برای مثال با کاهش فراهمی اشکالی از الکل که تمایل به آن ها در شراب خواری های عنان گسیخته بیشتر است و ترویج نوشیدنی های رقیق تر مثل آبجوی حاوی الکل کم تر.

منبع: PPHCKN, 2007

کادر ۱۲.۲۰: ایجاد مسئولیت پذیری اجتماعی صنفی - فشار از سمت پائین

در حالی که منصفانه است بگوئیم مسئولیت پذیری اجتماعی صنفی، اثر مثبتی بر وضع حقوق بشر آن هایی که در شرکت های چند ملیتی کار می‌کنند دارد، همچنین منصفانه است بگوئیم که این موضوع فقط در تعداد اندکی از شرکت ها که توسط مصرف کنندگان یا آن هایی که اخلاقی و مسئولانه فکر می‌کنند، تفاوتی ایجاد می‌نماید. سایر صنایع به چنین روندی تمایل ندارند. چنین ناهنجاری ها و رویکردهای پاره پاره (جسته گریخته) در روند مسئولیت پذیری اجتماعی صنفی، باید مردم دنیا را متوجه نیاز به رویکردی نظام مندتر کند.

منبع: Kemp, 2001

کادر ۱۲.۲۱: جامعه مدنی - تحت تاثیر گذاشتن سهام داران

با شناخت از محدودیت های ابتکارات داوطلبانه، تعدادی از سازمان های جامعه مدنی بین المللی، یک جنبش اجتماعی را تشکیل داده اند که بر پاسخ گو بودن شرکت ها و تجارت منصفانه و موضوعات دسترسی به بازار برای کشورهای فقیر به صورت گسترده تر تمرکز نمودند.

(War on Want, Christian Aid, World Development Movement, Trade Justice Movement coalition, Third World Network, Oxfam, International Gender and Trade Network).

وار ان وانت، کمک های کریستین، جنبش توسعه جهانی، ائتلاف جنبش عادلانه، شبکه جهان سوم، اوکسفام، شبکه بین المللی جنسیت و تجارت). یک رویکرد این بود که در تلاش جهت کسب حمایت برای رسیدن به آراء، در جلسات عمومی سالیانه، سهام داران مورد هدف قرار گیرند. این امر، مستلزم شرکت هایی است که بازرسان مستقلی را به کار می‌گیرند تا مطمئن شوند که کارگران کارخانه ها و مزارع تامین کننده (supplier factories and farms)، از شرایط کاری شایسته تضمین شده، از دستمزد کافی برای معیشت، از امنیت شغلی و از حق پیوستن به یک اتحادیه صنفی در صورت علاقه، برخوردارند. با فرض تاکید بر ارزش سهام داران، و اعمال نفوذ سهام داران اصلی (بر دیگران)، باید توجه نمود که اثربخشی این نوع اقدام جامعه مدنی، به اثبات نرسیده است.

منبع: SEKN, 2007

فصل سیزدهم

عدالت جنسیتی

ضروری است که به موضوعات زنان به شیوه ای همه جانبه نگریسته شود و به آن ها، به عنوان جزئی از نگرانی های کلی اجتماعی و توسعه ای، پرداخته شود. دسترسی به توسعه پایدار، بدون تحکیم همکاری زنان و مردان در همه جوانب زندگی، امکان پذیر نخواهد بود.

Gertrude Mongella (1995)



عدالت جنسیتی و سلامت

بی‌عدالتی‌های جنسیتی در همه جوامع یافت می‌شوند. تبعیض‌های جنسیتی؛ در قدرت، منابع، استحقاق داشتن، هنجارها، ارزش‌ها و در سازمان‌دهی خدمات - غیرمنصفانه هستند. همچنین آن‌ها، غیرمؤثر و ناکارآمد می‌باشند. بی‌عدالتی‌های جنسیتی به سلامت میلیون‌ها دختر و زن آسیب می‌رسانند (WGEKN, 2007). آن‌ها از راه‌های زیر بر سلامت تأثیر می‌گذارند: الگوهای تغذیه‌ای تبعیض‌آمیز، خشونت علیه زنان، فقدان دسترسی به منابع و فرصت‌ها و فقدان قدرت تصمیم‌گیری برای سلامتی خودشان. علاوه بر این، بقا و تکامل همه کودکان (پسران و دختران)، به میزان زیادی با وضعیت زنان در جامعه مرتبط می‌باشد.

(Caldwell, 1986, vougimeken & Cleland, 1988)

برای مثال تخمین زده می‌شود که وضعیت پایین زنان در جنوب آسیا، مهم‌ترین عامل سوء تغذیه کودکان در آن مناطق باشد.

(Smith & Haddad, 2000)

روابط قدرت مدارانه در بین دو جنس، از طریق هنجارها و ارزش‌ها تظاهر می‌یابد و از طریق اجتماعی شدن، جزئی از شخصیت افراد می‌شوند. و این‌ها بسته به میزانی که: قوانین و مقررات موجب ارتقاء عدالت جنسیتی شوند، زنان و مردان در ازای انجام کار یکسان درآمدی یکسان به دست آورند، مشارکت اقتصادی زنان در حساب‌های ملی به حساب آورده شود، آشکار و هویدا می‌شوند. علاوه بر این، تبعیض‌های جنسیتی، توسط شرایطی که سازمان‌ها طبق آن‌ها ساختار بندی شده و برنامه‌ها انجام می‌گیرند، دوباره ایجاد می‌شوند.

در حال حاضر تخمین زده می‌شود که ۴۹۵ میلیون زن در سراسر جهان بی‌سواد باشند (۶۴ درصد کل بی‌سوادان بزرگ سال) (UNESCO, 2007a)

در زندگی روزمره، روابط قدرت مدارانه بین دو جنس، اغلب موجب دسترسی نابرابر بکنترل بر روی منابع مادی و غیر مادی و نیز تقسیمات غیرمنصفانه کار، اوقات فراغت و فرصت‌های بهبود زندگی شخصی می‌شوند. در بعضی کشورها، دختران کمتر تغذیه می‌شوند و از نظر فیزیکی بیشتر محدود می‌شوند (WGEKN, 2007). بی‌عدالتی‌های جنسیتی در تحصیل مخصوصاً تحصیلات متوسطه، هنوز بسیار اند. در همه جوامع، زنان دارای زمین، ثروت و مستغلات کمتری هستند، در حالی که آن‌ها زحمت بیشتری را در ازای کار در "اقتصاد مراقبت" - تضمین بقا، تولید مثل و امنیت انسان‌ها از جمله جوانان و پیران - متحمل می‌شوند. برای بسیاری از زنان، مسئولیت مراقبت از کودکان، مهم‌ترین مانع برای شرکت در اشتغال درآمداست (Barriento, Kabeer & Hossain, 2004). و بنابراین حتی وقتی که زنان به طور فزاینده‌ای وارد بازار کار می‌شوند، آن‌ها با بار اضافی مشکلات مراقبت از کودک و کار بدون درآمد داخل خانه رو به رو هستند (WGEKN, 2007). عمیق‌تر شدن چنین سختی‌های اضافه‌ای، تأثیراتی بر سلامتی زنان - هم به خاطر سلامت شغلی‌شان و هم به خاطر عواقبی که استراحت و اوقات فراغت ناکافی دارد - می‌گذارد (WGEKN, 2007). به علاوه زنانه شدن نیروی کار با موقتی شدن استخدام‌ها (به جای تمام وقت بودن آن‌ها) هم زمان شده است (WGEKN, 2007). به علاوه، زنان نوعاً پادست‌مزد کمتر، امنیت شغلی کمتر و در شغل‌های غیر رسمی استخدام می‌شوند (WGEKN, 2007). حتی در ازای انجام کار مشابه، سراسر جهان ۲۰ تا ۳۰ درصد کمتر از مردان حقوق می‌

گیرند (شکل ۱۳،۱)

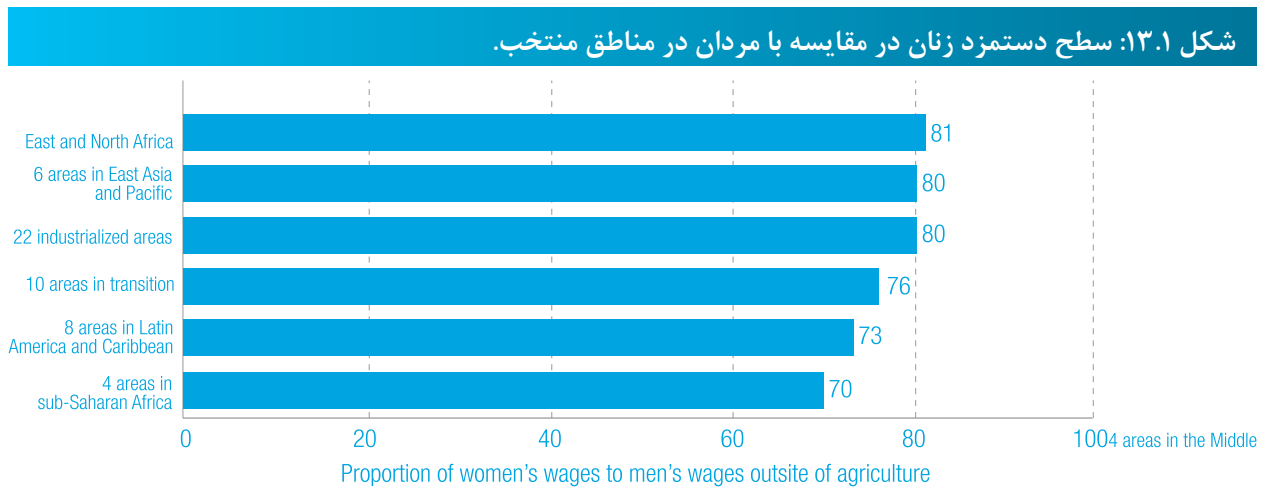
یک جنبه بحرانی و البته رایج بی‌عدالتی جنسیتی، خشونت شریک زندگی است. در حالی که این امر رایج می‌باشد و عواقب جدی برای سلامت و خوب زیستی دارد، این نوع خشونت به طور گسترده‌ای در سیاست‌ها و خدمات نادیده گرفته می‌شود (WHO, 2005).

در بخش سلامت، روابط قدرت مدارانه بین دو جنس، به صورت دسترسی متفاوت به و کنترل بر روی منابع سلامت در درون و بیرون خانواده‌ها، تقسیمات نامساوی کار و مزایا در بخش‌های رسمی، غیررسمی و خانگی سیستم مراقبت سلامت (فصل ۹: مراقبت سلامت همگانی) و تبعیض‌های جنسیتی در محتوا و مراحل تحقیقات مربوط به سلامت (فصل ۱۶ را ببینید: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش) ترجمه می‌شود. به علاوه در سال‌های اخیر، میزان توجه و حمایت و همچنین منابع مورد نیاز برای حقوق و سلامت جنسی و باروری کاهش یافته است و این امر به طور گسترده‌ای به علت فشارهای سیاسی می‌باشد که تخصیص یافتن کمک‌ها (اعانات) را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Glazier et al, 2006). هم در داخل و هم در خارج بخش سلامت، بی‌عدالتی جنسیتی، به معنی حق اظهار نظر کمتر، قدرت تصمیم‌گیری کمتر، اختیارداری و به رسمیت شناخته شدن کمتر زنان نسبت به مردان می‌باشد. شکل ۱۳،۲ نشان می‌دهد که نسبت زنانی که تصمیم‌نهایی مربوط به مراقبت سلامتی خودشان را، خود می‌گیرند در بین کشورهای بادر آمد پایین و متوسط متغیر است، از کمتر از ۲۰ درصد در بورکینافاسو تا تقریباً ۸۸ درصد در اردن.

حتی در جاهایی که بی‌عدالتی‌های جنسیتی کمتر آشکار می‌باشند، معمولاً زنان هنوز هم دسترسی کمتری به قدرت سیاسی و مشارکت کمتری در موسسات سیاسی، از شوراهای محلی شهری و روستایی گرفته تا پارلمان‌های ملی و عرصه‌های بین‌المللی دارند (UN, 2006b; WGEKN, 2007).

امکان کاهش یافتن بی‌عدالتی‌های جنسیتی وجود دارد. در واقع در طی قرن اخیر، موقعیت زنان در بسیاری از کشورها به طور شگفت‌آوری تغییر یافته است، هر چند که این تغییرات به طور یکسانی صورت نگرفته است قوانین، تکنولوژی و تغییرات ساختاری در توانمندسازی زنان در بسیاری از کشورها سهیم بوده‌اند. استفاده از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری، در بسیاری از موارد، به زنان امکان کنترل بیشتری را بر بدن و زندگی باروری‌شان داده است و همین کاهش در میزان باروری، به طور چشمگیری موجب کاسته شدن از میزان زمان صرف شده توسط زنان برای بارداری و بزرگ کردن کودکان، شده است. سواد و دست‌یابی‌های تحصیلی دختران و زنان افزایش یافته و رشد یکنواختی در نسبت زنان شرکت‌کننده در عرصه اشتغال وجود داشته است (UNICEF, 2006b). با این حال کار زیادی همچنان باقی است که می‌بایست انجام گیرد.

تحصیل، آموزش و توسعه مهارت‌ها - برای توانمندسازی زنان اهمیت دارد. به علاوه بی‌عدالتی‌های جنسیتی در بازار کار، شامل شکاف در دستمزدها، باید مورد توجه قرار گیرند. همچنین اهمیت دارد که تعهدات مالی و سیاسی به حقوق و سلامت جنسی و باروری، تقویت شود. اثرات بین‌نسلی بی‌عدالتی جنسیتی، لزوم این امر را می‌رساند که باید اقدام قوی‌تری صورت پذیرد. انجام اقداماتی (همین حالا) برای بهبود عدالت جنسیتی و همچنین توانمندسازی زنان، برای کاستن از شکاف (بی‌عدالتی) سلامتی در یک نسل، حیاتی می‌باشد.

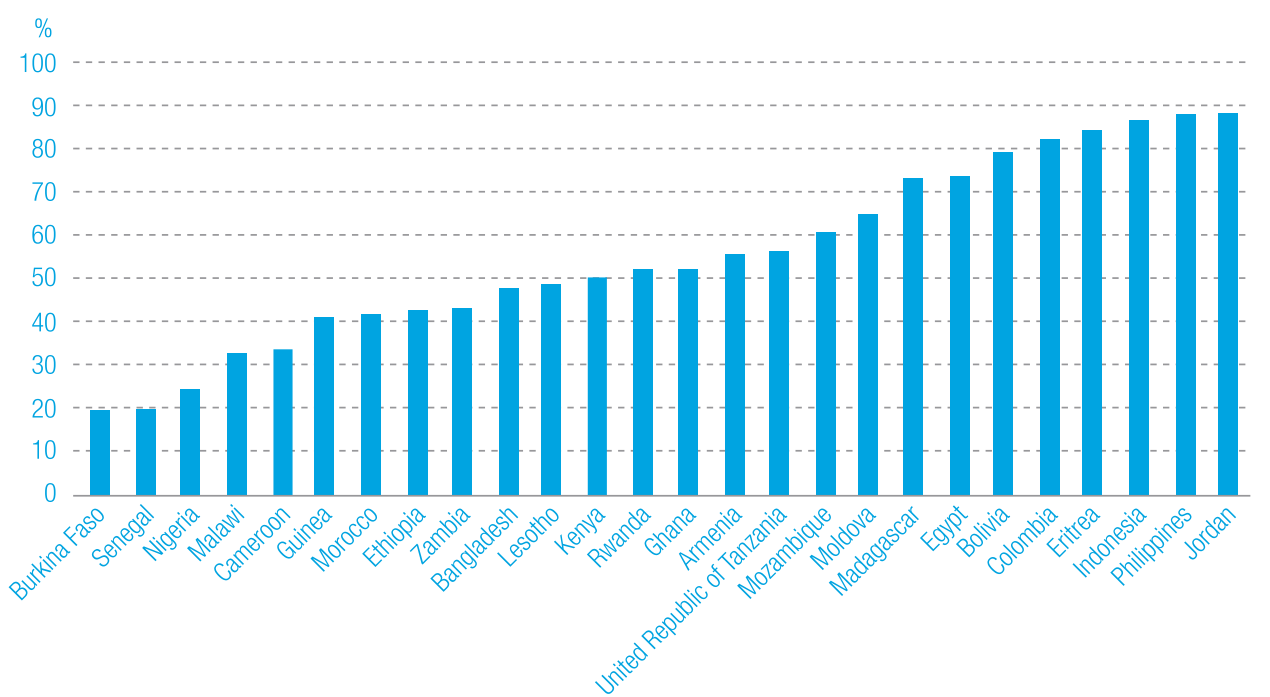


Reprinted, with permission of the author, from UNICEF (2006).

Middle East and North Africa: Bahrain, Egypt, Jordan, West Bank and Gaza Strip. East Asia and Pacific: Malaysia, Myanmar, Philippines,

Republic of Korea, Singapore, Thailand. Industrialized countries: Australia, Austria, Belgium, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Japan, Luxembourg, Malta, Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Sweden, Switzerland, the United Kingdom. Countries in transition: Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Georgia, Kazakhstan, Latvia, Lithuania, Romania, Turkey, Ukraine. Latin America and Caribbean: Brazil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Mexico, Panama, Paraguay, Peru. Sub-Saharan Africa: Botswana, Eritrea, Kenya, Swaziland.

شکل ۱۳.۲: درصد زنانی که حق بیان نهایی در تصمیم‌گیری در رابطه با مراقبت‌های سلامت‌شان دارند، ۲۰۰۵-۲۰۱۱



اقداماتی جهت بهبود عدالت جنسیتی برای سلامتی

قانون گذاری

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۳.۱: حکومت‌ها قوانینی را ایجاد و التاء کنند که عدالت جنسیتی را ارتقاء داده و تبعیض جنسیتی را غیر قانونی بدانند (پیشنهاد ۱۴.۱ را ببینید).

موفقیت اقدامات انجام شده برای بهبود عدالت جنسیتی - چه افزایش دسترسی به آموزش، یا کاهش همه اشکال خشونت بر علیه زنان، یا حفاظت از زنان و دختران در مقابل تبعیض و بهره‌کشی در بازار کار - بستگی به فضای قانونی کشور دارد که به حمایت و ترویج عدالت جنسیتی پردازد. که برای تحقق این امر ممکن است برخی اصلاحات در قوانین مورد نیاز باشد:

لغو کردن قوانین تبعیض آمیز، توسعه و اجرای قوانین و تنظیماتی که عدالت جنسیتی را حمایت و ترویج می کند و متناسب کردن قوانین با معاهدات حقوق بشر (WHO,2005a) (کادر ۱۳.۱) حکومت‌ها باید حقوق مساوی زنان و دختران را در مورد ارثیه و مستغلات تضمین کنند (Grown,Gupta,pande,2005). برای مثال در آفریقای زیر صحرای، این حقوق در قادر ساختن زنان و دختران برای مدیریت مشکلات ناشی از سرپرستی خانوار و نیز قادر ساختن سرپرستان درجه اولی که با افراد مبتلا به HIV/AIDS زندگی می کنند، ضروری می باشد (WGEKN,2007).

اجرای مؤثر، نیازمند پرداختن به قابلیت های قضایی برای تفسیر و استفاده از چنین قوانین و مقرراتی و همچنین ایجاد حساسیت در سیستم های قانونی و عدالتی (شامل نیروهای پلیس، بازرسان، وکلا، قضات)، رهبران جامعه و کارکنان مراقبت سلامتی برای نیازهای خاص زنان می باشد (WHO,2005.WHO2007). برای مثال در مورد خشونت، از این امر اطمینان حاصل شود که زنانی که از خشونت، به افراد ذی صلاح شکایت می کنند، با ایشان با احترام و تحت نظر متخصصین برخورد شود و از امنیت ایشان به خاطر این که شاهد جرم بوده اند محافظت شود و اقداماتی جهت جلوگیری از خشونت های بیشتر به کار گرفته شود. (WHO,2005)

اجرا و قبولاندن قوانینی که عدالت جنسیتی را مورد حمایت قرار می دهند، مستلزم بودجه مناسب می باشند. تامین بودجه باید جهت رسیدن به تمام افراد مورد هدف کافی باشد و همه حجم مشکلات را مورد توجه قرار دهد (کادر ۱۳.۲). اختصاص بودجه ای که از محل بودجه اصلی دولتی باشد به جای بودجه های صلاححیدی و موردی، در موفقیت اجرای قوانین ضروری می باشد.

همچنین اجرای مؤثر قوانین به صورتی که عدالت جنسیتی را ارتقاء دهد مستلزم آنست که زنان نسبت به حقوق ایشان آگاه شوند و نیز آن چنان توانمند شوند تا بتوانند حقوق ایشان را طلب کرده و بی عدالتی جنسیتی را از طریق گسترش قابلیت های ایشان مخصوصاً از راه تحصیل و اشتغال درآمدزا، به چالش بکشاند (WGEKN,2007). سازمان های مدنی و حکومت ها می توانند نقش مهمی را در افزودن به آگاهی زنان در رابطه با حقوق قانونی شان، بازی کنند (WGEKN,2007) (کادر ۱۳.۳).

کادر ۱۳.۱: تصحیح تبعیض جنسیتی در قوانین خانواده - کنیا

در کنیا، کمیسیون بین المللی حقوق دانان، بر اساس تحقیقی که وسعت تبعیض بر ضد زنان را در قوانین خانواده مشخص می کرد، به طور موفقیت آمیزی قانونی را مورد تصویب قرار داد و یک بخش خانوادگی در دادگاه عالی کنیا ایجاد کرد تا بر دآوری طلاق، بقاء زندگی و دارائی های خانواده متمرکز شود و به آموزش سیستم قضایی برای تصحیح تبعیض جنسیتی پردازد. تلاش های بعدی بر به کارگیری معاهده حذف کلیه اشکال تبعیض بر علیه زنان، به عنوان یک ابزار راهنما در شیوه عملکرد دستگاه قضایی تاکید کرده است، به این منظور که سیاست های ملی را با استانداردهای حقوق بشر بین المللی، در یک راستا قرار دهد.

منبع: WGEKN,2007

کادر ۱۳.۲: تامین بودجه برای اجرای قوانین ضد خشونت خانگی در آمریکای لاتین

یک مطالعه از سوی مرکز بین المللی تحقیقات زنان در سال ۲۰۰۳، به بررسی و مقایسه میزان تخصیص بودجه و هزینه هائی که صرف اجرای قوانین پیرامون خشونت خانگی در یک نمونه از کشورهای آمریکای لاتین و حوزه کارائیب شده است، پرداخت. نتایج نشان داد که مبالغ صرف شده برای برنامه های خشونت خانگی، نوعاً برای رسیدن به تمام جمعیت هدف و پرداختن به حجم عظیم مشکلات، ناکافی است. به علاوه بیشتر بودجه بندی ها به صورت موردی (صلاححیدی) و از بودجه های وزارت خانه ای و اهدا کنندگان

بین المللی بودند. (Luciano et al,2005).
منبع: WGEKN,2007

کادر ۱۳.۳: ارتقاء آگاهی جامعه مدنی درباره حقوق مالکیت در جمهوری تانزانیا

مرکز حمایت از امور قانونی زنان در جمهوری تانزانیا، به ارتقاء آگاهی زنان در مورد این که چطور - زمینی را مالک شوند، بفروشند و یا در رهن قرار دهند و چطور سند مالکیت زمین شخصی شان را بگیرند و در تصمیم گیری های مربوط به امور زمین مشارکت کنند و همین طور به فراهم آوری خدمات کمکی قانونی، می پردازد. به علاوه، این مرکز به ارائه آموزش هایی برای افراد پلیس، دادرسان ها و قضات درباره حقوق مالکیت زنان می پردازد.

منبع: WGEKN,2007

ارزیابی تبعات هر اقدام برنامه ریزی شده ای برای زنان و مردان است تا زنان و مردان به طور عادلانه ای سود ببرند (ECOSOC, 1997; Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007).

در حالی که به جریان انداختن مباحث جنسیتی به طور فزاینده ای در حال پیدا کردن جایگاه پر اهمیت خود است، اجرای آن نیز به توان و نیرویی اساسی نیازمند است. به جریان انداختن مباحث جنسیتی باید به خوبی درک شود، به طور سازمانی سرپرستی شود، به اندازه کافی تأمین مالی شود و به طور موثری اجرا شود و به وسیله یک واحد جنسیتی تسهیل گر، که دارای موقعیت سازمانی، اختیارات قانونی و بودجه قوی می باشد، مورد حمایت قرار گیرد (WGEKN, 2007). کمیسیون پیشنهاد می کند که حکومت ها و مؤسسات بین المللی، با کمک WHO، یک واحد جنسیتی ایجاد کنند که از توجه کردن به اثرات و تبعات سیاست ها، برنامه ها و توافقات سازمانی بر عدالت جنسیتی، در کل سازمان، پشتیبانی کند. برای مثال در سوئد، بخش عدالت جنسیتی در دولت مرکزی، مسئول هماهنگی فعالیت های مربوط به به جریان انداختن مباحث جنسیتی است (کادر ۱۳،۷).

استراتژی های متنوع دیگری برای به جریان انداختن مباحث جنسیتی در سازمان ها، فرآیندهای سیاست گذاری و طراحی برنامه ها و مداخلات وجود دارد (کادر ۱۳،۸).

(Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007)

به جریان اندازی سازمانی مؤثر و کارآمد، با دادن مسئولیت به جریان انداختن مباحث جنسیتی به مدیریت ارشد و همچنین با تخصیص منابع مالی و انسانی کافی به یک واحد مرکزی دارای تخصص در مباحث جنسیتی، تسهیل می گردد.

در هنگام برنامه ریزی برای به جریان انداختن مباحث جنسیتی، بررسی این امر که آیا شرایط مناسب توانمند کننده وجود دارد یا نه، مفید است. که اگر موجود نبود، اقدامات آماده سازی جهت ایجاد این شرایط، حتی اگر کار بر روی به جریان انداختن مباحث جنسیتی شروع هم شده باشد، مورد نیاز خواهد بود (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). شرایط مناسب توانمند کننده، شامل حضور تمایل و خواست سیاسی، ایجاد چارچوبی قانونی و بنیادی که عدالت جنسیتی را مورد حمایت قرار دهد و همچنین حضور جنبشی قوی از سوی زنان می باشد (کادر ۱۳،۹).

(Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007)

ممکن است گروه های سازمان دهی شده قدرتمندی وجود داشته باشند که با انجام تغییراتی که به دنبال ترویج عدالت جنسیتی هستند مخالف باشند. معمولاً اصلاحات، یک دوره زمانی طولانی را به منظور آمادگی طلب می کند، مخصوصاً اگر یک گروه مخالف سازمان دهی شده وجود داشته باشد که با تلقی تغییر به عنوان یک تهدید، از آن به عنوان حربه ای برای برانگیختن رعب و وحشت در زمینه مذهبی یا فرهنگی موجود استفاده کند. گروه های محلی حامی، مخصوصاً سازمان های زنان یا گروه های حقوق بشری می توانند نقش موثری را در این مبارزه بازی کنند. برای مثال در پاکستان سازمان های مدنی، نقش مهمی را در تغییرات قانونی بازی کرده اند که با کمک آن، زنان راحت تر می توانند ادعای اشان در مورد تجاوز به عنف را اثبات کنند. (کادر ۱۳،۴) بنابراین، بایستی از سازمان های محلی زنان حمایت درازمدتی انجام شود: (WGEKN, 2007)

. بعضی از اعمال، مانند ختنه زنان، ممکن است با انجام مداخلاتی در سطح جامعه، تا از طریق قانون گذاری و سیاست گذاری، راحت تر به نتیجه برسند (کادر ۱۳،۵). تنها قانون گذاری بر علیه ختنه زنان کافی نیست. و در واقع، اگر قانون گذاری ها و تحریم ها با مشورت رهبران جامعه و سازمان های جامعه مدنی به خوبی طراحی و اعمال نشوند می توانند پیامدهای منفی مثل انجام مخفیانه اعمال نیز به همراه داشته باشند (WHO 2008).

همان طور که مثال ختنه زنان نشان داد، ایجاد تغییر در هنجارهای اجتماعی در موضوع بی عدالتی جنسیتی و اعمالی که به زنان و دختران آسیب می رساند، مستلزم کار فرهنگی بر روی پسران و مردان نیز هست. درس های گرفته شده از برنامه هایی که به دنبال به چالش کشیدن قالب ها و باورهای جنسیتی و هنجارهای غیر منصفانه هستند، شامل موارد زیر می باشند:

دادن فرصت به مردان جوان برای نشان دادن واکنش به الگوهای شخصیتی عدالت محور (از نظر جنسیتی)، با توجه به شرایط جامعه اشان و ارتقاء نگرش های عادلانه تر به جنسیت در گروه های کوچک تر و در جامعه وسیع تر (کادر ۱۳،۶) (فصل ۵: عدالت از آغاز)

به جریان انداختن مباحث جنسیتی (mainstreaming Gender)

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۳.۲ حکومت ها و مؤسسات بین المللی، در دولت مرکزی واحدی برپا کنند و بودجه دراز مدتی برای این واحد (عدالت جنسیتی) فراهم نمایند که متعهد به تحلیل و اقدام بر روی اثرات و تبعات سیاست ها، برنامه ها و توافقات سازمانی بر عدالت جنسیتی باشد (پیشنهاد ۱۰.۲، ۱۵.۲ را ببینید).

تنها تبعیض در طراحی و اجرای سیستم های قانونی نیست که نیاز به مورد توجه قرار گرفتن دارد. بلکه تبعیض و سو گیری جنسیتی، در نوع و نحوه سازمان دهی حکومت ها و مؤسسات و مکانیسم هایی که از طریق آن ها استراتژی ها و سیاست ها طراحی و اجرا می شوند نیز باید مورد توجه قرار گیرند. (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007) این امر مستلزم آنست که یک نگاه (توجه) نسبت به جنسیت، به طور سیستماتیک در همه سطوح گنجانده شود (در مقابل فعالیتی که جدیداً اضافه شده)، یعنی به شیوه ای که سازمان ها ساختار بندی شده و وارد عمل می شوند و نیز در مسیری که سیاست ها، برنامه ها و خدمات طراحی و اجرا می شوند، که این موارد همان به جریان انداختن مباحث جنسیتی می باشد (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). این امر، فرآیند

کادر ۱۳.۴: تغییر حوزه قضایی موارد مربوط به تجاوز به عنف در پاکستان

بر طبق کمیسیون حقوق بشر پاکستان، در هر ۲ ساعت یک مورد تجاوز به عنف و در هر ۸ ساعت یک مورد تجاوز به عنف گروهی در این کشور روی می‌دهد. جنبش‌های کوچک زنان در کنار یکدیگر و همراه با جنبش حقوق بشر در پاکستان، در حال کشمکش برای تغییر دادن وضعیت سیاسی بوده‌اند که البته این وضعیت سیاسی به طور فزاینده‌ای به خاطر جنگ‌های افغانستان و عراق پیچیده و بغرنج شده است. اخیراً تلاش‌های صورت گرفته نتیجه داده و منجر به تصویب لایحه حمایت از زنان در سال ۲۰۰۶ از سوی مجمع ملی و مجلس عالی شده است که حوزه قضایی مربوط به موارد تجاوز به عنف را از دادگاه‌های شریعت به دادگاه‌های مدنی انتقال داده‌اند. این امر همچنین باعث شد که زنان آسان‌تر بتوانند ادعای شان را مبنی بر تجاوز به عنف، بدون این که به زنا متهم شوند، به اثبات رسانند. اگر چه بررسی این لایحه به علت مخالفت‌های اسلامی به تعویق افتاد، اما در حال حاضر به صورت یک قانون درآمده است. با این حال به تلاش‌های بیشتری نیاز است تا این امر به طور کامل اجرا و اشاعه یابد.

منبع: WGEKN, 2007

کادر ۱۳.۵: تغییر دادن هنجارهای جامعه پیرامون موضوع ختنه زنان

رویکردهای آموزشی چند جانبه، در ایجاد تغییر در نوع نگرش‌ها و هنجارها، پیرامون ختنه زنان، در چند مورد، موفقیت آمیز بوده است. نمونه‌ای از این موفقیت‌ها، پروژه سنگال می‌باشد که اکنون به عنوان یک مدل و الگو در منطقه، مورد تصدیق یونیسف قرار گرفته است. موفقیت این پروژه مربوط می‌شود به اعلام عمومی مردم مبنی بر قصدشان در ترک این عمل و نیز یک برنامه آموزشی آرام اما میداوم در مورد حقوق بشر، که روستائیان را تشویق می‌کند در مورد این موضوع تصمیم خود را بگیرند. به طور کلی برنامه‌های مؤثر نوعاً دارای خصوصیات زیر هستند:

- ۱) دخیل کردن مردان در اقداماتی که به دنبال تغییر نگرش‌ها هستند.
- ۲) انتخاب دقیق رهبران گروه‌ها/ تسهیل کنندگان پروژه‌ها، و توافق بر روی معیارهای انتخاب مشارکت کنندگان
- ۳) کلاس‌های آموزش حقوق و سلامت باروری که منجر به رفع تحریم سخن گفتن (تابو) درباره مشکلات سلامتی مربوط به ختنه زنان شده است
- ۴) همکاری با جامعه برای طراحی یک مراسم جایگزین برای مراسم ختنه زنان
- ۵) آموزشی که بر موضوعاتی وسیع‌تر از موضوع ختنه زنان تاکید می‌کند و حقوق، سلامت و تکامل را شامل می‌شود.

منبع: WGEKN, 2007

کادر ۱۳.۶: آغازی برای پیشرفت (Stepping-stones): آفریقای جنوبی

Stepping-stones، یک برنامه مداخله‌ای رفتاری است که به دنبال کاهش دادن میزان انتقال HIV، از طریق ایجاد روابط مستحکم متر و از نظر جنسیتی عادلانه‌تر، می‌باشد. این برنامه با به کارگیری گروه‌هایی از زنان و مردان، اصول یادگیری مشارکتی و بنا نهادن مهارت‌ها را که شامل عکس‌العمل‌ها و نمایش‌های انتقادی می‌باشد، به کار می‌گیرد. ارزیابی‌های دقیقی که از این برنامه در آفریقای جنوبی انجام گرفت، نشان دهنده کاهش میزان بیماری‌های منتقله از راه جنسی (STIs) در زنان، ایجاد تغییراتی در رفتارهای پرخطر جنسی مردان و کاهش استفاده مردان از خشونت علیه زنان است.

منبع: WGEKN, 2007

کادر ۱۳.۷: به جریان انداختن - استراتژی برابری جنسیتی در سوئد

هدف عمده به جریان انداختن مباحث جنسیتی در سوئد، مقابله با ریشه‌های ساختاری بی‌عدالتی‌های جنسیتی در سطح کل جامعه می‌باشد. داشتن چنین هدفی حتی در اتحادیه اروپا نیز، دور از هنجار، تلقی می‌شود. در سوئد، این امر مستلزم در نظر گرفتن روابط جنسیتی توسط سازمان‌های عمومی، خصوصی و داوطلبانه در همه فعالیت‌ها، از راه تحلیل سیستماتیک مباحث جنسیتی در طراحی و ارائه همه خدمات و سیاست‌ها، می‌باشد و این امر، با ایفای نقش کلیدی کارشناسان فنی در تعریف اهداف و روش‌ها، ممکن می‌گردد. بهر حال، این موضوع، در سطح دولت مرکزی قوی‌تر از سطح شهرداری‌ها بوده است. دومین عامل موفقیت در سوئد، هماهنگی مؤثر بین بخش‌ها و سازمان‌های مختلف است. این هماهنگی از سوی بخش عدالت جنسیتی واقع در دولت مرکزی فراهم می‌شود. البته تا کنون مهم‌ترین (عامل)، تلاش برای جلب اجماع گسترده اجتماعی در جناح‌های سیاسی که اولویت‌گذاری مباحث جنسیتی را تا حدی از تغییرات در سیاست‌های دموکراتیک جدا می‌سازند، بوده است.

منبع: WGEKN, 2007

به حساب آوردن مشارکت اقتصادی زنان در حساب های ملی

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۳.۲: حکومت ها، مشارکت اقتصادی مربوط به کارهای داخل خانه، کارهای مراقبتی و کارهای داوطلبانه را در حساب های ملی به حساب آورند و به حساب آورده شدن کار غیر رسمی را نیز تقویت نمایند (پیشنهاد ۸.۳ را ببینید).

حساب های ملی، اطلاعاتی پیرامون فعالیت های اقتصادی در داخل یک کشور فراهم می کنند و تولید، درآمد و ثروت یک ملت را می سنجند. سیستم حساب های ملی سازمان ملل (UNSN)، که به عنوان راهنما و الگویی برای کشورها ایجاد شد تا به ارتقاء سیستم های حساب های ملی شان پردازند و موجب تسهیل مقایسه بین کشورها شود، اقتصاد را در قالب معاملات بازاری تعریف می کند (waring,2003).

کار بدون دستمزد، که اغلب توسط زنان انجام می شود- در داخل خانه و به عنوان مراقبت کننده، از حساب های ملی جدا است که باعث می شود این فعالیت ها در آمارهای ملی، دیده نشود. تخمین زده می شود که در کانادا، کار بدون دستمزد، ارزشی برابر ۳۳ درصد تولید ناخالص داخلی داشته باشد و تقریباً این کار بدون دستمزد، توسط زنان صورت می گیرد (آمار سال ۱۹۹۸) (Hamdad,2003). مشهود نبودن مشارکت اقتصادی زنان در امر اقتصاد، منجر به سیاست گذاری هایی شده است که موجب پایدار شدن بی عدالتی های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بین زنان و مردان می گردد. اگر شما به عنوان یک تولید کننده در اقتصاد ملی نمایان نباشید، "در توزیع منافع"، مانند تسهیلات اعتباری یا آموزش نیز نادیده گرفته

می شوید (waring,2003). این امر ضروری و حیاتی است که زنان و دختران که به عنوان "جذب کنندگان شوک" برای خانواده، اقتصاد و جامعه؛ از طریق مسئولیت اشان در مراقبت از دیگران ایفای نقش می کنند - به وسیله منابع، زیر ساخت ها، برنامه ها و سیاست گذاری های کارآمد - مورد حمایت قرار گیرند (WGEKN,2007). نمایان ساختن آن ها در حساب های ملی اولین قدم بوده و بسیار مهم می باشد (waring,1999; waring,1988).

لازم است که مشارکت زنان در اقتصاد جهانی، ملی و محلی از طریق سیستم های حسابرسی جدید شناخته شده و نمایان گردند (waring,2003). در حالی که در سال ۱۹۹۳ قوانین سیستم حساب های ملی سازمان ملل (UNSN) بازنگری شدند، اما آن ها هنوز برای فعالیت هایی که در یک خانواده تولید و یا مصرف می شوند، توضیحی ارائه نمی دهند (waring,2003). چندین تکنیک جهت سنجش و ارزش گذاری کار بدون دستمزد ارائه شده است و در بعضی از کشورها مانند کانادا (کادر ۱۰، ۱۳)، این تکنیک ها برای تخمین ارزش کار بدون دستمزد، به کار گرفته شده اند. هر کدام از شیوه های متنوع موجود، مزیت ها و مضرات خاص خود را دارند و کار بیشتر جهت توسعه و استفاده از این تکنیک ها ضروری است.

جدا از کارهای داخل خانه، مراقبتی و کار داوطلبانه - خیلی از زنان شغل های غیر رسمی همراه با دستمزد دارند. به حساب آوردن شغل های غیر رسمی همراه با دستمزد، در حساب های ملی نیاز به تقویت شدن دارد زیرا که آن ها به طور کافی پوشش داده نمی شوند. روش هایی (متدولوژی هایی) برای منظور کردن چنین کارهایی در سیستم های فعلی حسابرسی وجود دارد (گروه آمارهای بخش غیر رسمی دهلی)

(Delhi Group on Informal Sector Statistics, nd).

کادر ۸.۱۳: به جریان انداختن مباحث جنسیتی در دولت شیلی - برنامه بهبود مدیریت

برنامه بهبود مدیریت در شیلی که به عنوان یک مشوق گروهی عمل می کند، با عملکرد سازمانی مرتبط می باشد: همه کارکنان یک مؤسسه عمومی - در صورتی که مؤسسه به اهداف مدیریتی برنامه ای که از سوی وزارت اقتصاد تصویب شده است برسد - پاداشی تا سقف ۴ درصد حقوق شان دریافت می کنند. برنامه بهبود مدیریت هر مؤسسه با در نظر گرفتن گروهی از حوزه های مشترک همه مؤسسات در بخش عمومی ایجاد می شود. یکی از این حوزه ها، برنامه ریزی جنسیتی است. پیش طرح، به طور سالانه و به همراه بودجه پیشنهادی، به وزارت اقتصاد ارائه می شود. الحاق یک جزء برنامه ریزی جنسیتی، دلالت بر معرفی رویکرد جنسیتی در سیکل بودجه بندی دارد. این امر باعث می شود تا ملاحظات جنسیتی در شیوه کار و روال عادی و همیشگی بخش عمومی ادغام شده و اصلاحات به طور پایدار در عملکرد روزانه مؤسسات و روال کاری استاندارد شده شان وارد گردد. بنابراین مؤسسات عمومی نیاز به تلفیق این بُعد به تولیدات استراتژیک شان دارند تا امکان این امر را فراهم سازند که بودجه عمومی به شیوه ای تخصیص یابد که به نیازهای زنان و مردان بهتر پاسخ دهد و در کاهش بی عدالتی های جنسیتی مشارکت کند. اجرای چنین مکانیسم تشویقی، طرح های جدید مهمی را تبیین کرده است: برای اولین بار مفهوم عدالت جنسیتی به طور یکپارچه ای با مدیریت بودجه بندی در شیلی مرتبط شده است. منبع: WGEKN,2007

کادر ۱۳.۹: جلب حمایت عمومی برای عدالت جنسیتی

تلاش های سازمان دهی شده از سوی جنبش های فمینیستی در سراسر جهان در دهه ۱۹۷۰، تغییراتی را در قانون گذاری ها، سیاست ها، برنامه ها و خدماتی که سلامت زنان را متأثر می سازند، خواستار شد. مراکز سلامت زنان در بسیاری از کشورهای شمال و نیز تعدادی از کشورهای جنوب، ایجاد شدند. فعالیت توده های محلی در ارتقاء کنترل زنان بر باروری و روابط جنسی شان، به زبان ساده بیان کردن دانش پزشکی و جلب حمایت عمومی برای برنامه ها و سیاست های با محوریت زنان، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه گسترده شده است. همه این موارد در پدیداری جنبش بین المللی سلامت زنان در اوایل دهه ۱۹۸۰ سهمیم بوده و انگیزه بیشتری برای حمایت از سلامت زنان فراهم کردند. یک پیامد این حمایت ها، توسعه سیاست های سلامتی زنان در بعضی از کشورها بوده است.

منبع: Ravindran & kalkar-khambett,2007

آموزش و پرورش

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۳.۴: حکومت‌ها و اهداکنندگان (کمک)، در توسعه قابلیت‌های زنان و دختران از طریق سرمایه‌گذاری در آموزش و پرورش رسمی و حرفه‌ای، سرمایه‌گذاری نمایند (پیشنهاد ۵.۴ را ببینید).

ارتقاء عدالت جنسیتی و توانمندسازی زنان، یک استراتژی کلیدی برای توسعه می‌باشد و در چارچوب اهداف توسعه هزاره سوم (MDG 3) قرار دارد. توسعه قابلیت‌های زنان و دختران از طریق تحصیل، توانمندسازی زنان را استحکام می‌بخشد. همان‌طور که در فصل ۵ بحث شد (عدالت از آغاز)، شماری از طرح‌ها میزان نام‌نویسی و مدت باقی ماندن دختران را در مدرسه بهبود بخشیده و به موانع موجود بر سر راه تحصیل دختران می‌پردازند. در مدت مشابه، نیاز ضروری به گسترش فرصت‌های آموزشی حرفه‌ای و رسمی به میلیون‌ها زن بزرگسال که تحصیلات کم و ناکافی داشته‌اند وجود دارد. طرح‌های ابتکاری حاضر برای دست‌یابی به هدف تحصیل برای همه و نصف کردن میزان بی‌سوادی بزرگسالان تا سال ۲۰۱۵، ناکافی به نظر می‌رسند (UNESCO, 2007b). در پاسخ، یونسکو طرح سواد برای توانمندسازی را ابداع کرده است، یک چارچوب

برای توسعه سواد، که در ۳۵ کشور با میزان سواد کمتر از ۵۰ درصد یا با بیش از ۱۰ میلیون فرد بی‌سواد، اجرا خواهد شد (UNESCO, 2007b). این طرح برای احترام به یادگیران و نیازهای شان و اهمیت دخیل نمودن آن‌ها به عنوان همکار در فرآیند یادگیری، تأکید دارد. این امر یک همکاری بین حکومت‌ها، جامعه مدنی، آژانس‌های توسعه، سازمان‌های بین‌المللی، بخش خصوصی، دانشگاه‌ها، رسانه‌ها و خود یادگیران می‌باشد.

درگیر ساختن افراد در ارزیابی نیازهای خودشان، برای رویکرد مبتنی بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، امری اساسی است. یک مدل ابتکاری که رویکردی مبتنی بر سواد را برای کاهش فقر در بنگلادش، بخصوص میان زنان روستایی، برگزیده است در کادر ۱۳،۱۱ نشان داده شده است.

طرح‌هایی که آموزش حرفه‌ای را در دسترس زنان قرار می‌دهند می‌توانند آن‌ها را به مهارت‌هایی جهت تقویت توانایی تولید درآمد مجهز نمایند. تعدادی از این طرح‌ها در سراسر جهان شروع به کار کرده‌اند. برای مثال در سال‌های اخیر، در انگلستان، یک برنامه آموزشی در پاسخ به گزارش کمیسیون زنان و کار، تبیین شده است (۲۰۰۶). (کادر ۱۳،۱۲).

کادر ۱۳.۱۰: سنجش مشارکت کار بدون پرداخت - آمار کانادا

سازمان آمار کانادا، یکی از آژانس‌های کشوری پیشرو در توسعه و استفاده از تکنیک‌هایی برای سنجش و ارزش‌گذاری کار بدون پرداخت است. پیمایش اجتماعی عمومی کانادا هر ۶ سال یک بار، پیمایش زمان-استفاده را شامل می‌شود. این پیمایش، اطلاعات پیرامون زمان صرف شده در کار بدون پرداخت داخل خانه را جمع‌آوری می‌کند. این اطلاعات زمان-استفاده با هزینه ساعتی مربوطه، جهت تخمین ارزش کار بدون پرداخت، استفاده می‌شوند. چندین روش مختلف برای به حساب آوردن هزینه ساعتی کار بدون پرداخت، از جمله روش هزینه فرصت (مانند درآمد اشتغال صرف نظر شده) و روش جایگزینی بازار (مثل هزینه‌ها در صورتی که کار جایگزین از بازار خریداری شود) وجود دارد. ارزش تخمینی کار بدون پرداخت، می‌تواند به مقدار زیادی بسته به روش مورد استفاده، متفاوت باشد. در کانادا این میزان از ۳۳ درصد تولید ناخالص داخلی تا ۵۲ درصد آن (در سال ۱۹۹۸)، بسته به روش مورد استفاده، متفاوت بوده است.

منبع: Hamdad, 2003

کادر ۱۳.۱۱: مراکز آموزش افراد در بنگلادش - GANOKENDRAS

علیرغم پیشرفت‌های سال‌های اخیر که به دنبال دامنه‌ای از طرح‌های جدید که برای توسعه تحصیل در بنگلادش صورت گرفت، میزان سواد زنان در کل پایین است (UNESCO, 2007a). برنامه‌ی مبتنی بر GANOKENDRAS، در سال ۱۹۹۲ توسط یک سازمان غیر دولتی بنگلادشی به نام Mission Dhaka Ahsania ایجاد شد و در حال حاضر در بیش از ۸۰۰ جامعه مدنی مشغول به کار است و به ارائه خدمات به بیش از ۴۰۰ هزار نفر می‌پردازد. این برنامه، رویکردی مبتنی بر سواد جهت تخفیف فقر و ناتوانی زنان دارد. این برنامه از سوی جامعه محلی سازمان‌دهی و هدایت شده و با مشارکت گسترده زنان همراه است و همچنین در پاسخ به نیازهای مشخص شده محلی به توسعه فعالیت‌هایش می‌پردازد. در برنامه GANOKENDRAS، زنان، مردان و کودکان مشارکت دارند، اما اکثر اعضای آن را زنان تشکیل می‌دهند. علاوه بر ارتقاء سواد زنان و فراهم کردن آموزش‌های اولیه برای بی‌سوادان، GANOKENDRAS به عنوان مرکزی محلی جهت آموزش و بحث پیرامون موضوعات مهم، عمل می‌نماید. آن‌ها فعالیت‌هایی را که در ارتباط با برنامه‌های محیط زیستی و اجتماعی هستند توسعه داده و بسیاری از آن‌ها خدمات با سرمایه کم را نیز فراهم می‌نمایند. به علاوه GANOKENDRAS جهت دور هم جمع کردن مردم عمل نموده و فرصت‌هایی را فراهم می‌کند که آن‌ها با هم و با موسسات دولتی و غیردولتی (NGOs) (به صورت شبکه‌ای ارتباط داشته باشند و دسترسی بهتر به خدمات موجود را ممکن می‌سازد.

منبع: Alam, 2006; UNESCO, 2001

کادر ۱۳.۱۲: حمایت از زنان جهت توسعه مهارت‌ها و حرفه‌های شان - بریتانیا

دولت بریتانیا در پاسخ به گزارش "کمیسیون زنان و کار"، طرح آزمایشی هدایت مهارت‌ها را به عنوان جزئی از یک طرح عملیاتی با هدف کمک به بازگشت زنان دارای مهارت پایین به کار، اجرا کرده است. به علاوه، آن‌ها به ارتقاء برنامه‌ای جهت ایجاد ارتباط بین کارفرمایان و فراهم‌کنندگان آموزش، پرداخته‌اند. یک پروژه گروهی کاری زنان (Women's Enterprise Task Force)، جهت کار با مؤسسات توسعه‌ای منطقه‌ای تأسیس شده است تا رویکردهای گوناگونی را برای حمایت از زنان در برپاکردن مشاغل، رهبری نماید.

منبع: Department for Communities and Local Government, 2006

مشارکت اقتصادی

کمیسون پیشنهادهای می کند که:

۱۳.۵: حکومت ها و کارفرمایان، زنان را در نقش های اقتصادی شان - از طریق تضمین قانونی عدالت در پرداخت و تضمین فرصت های برابر برای اشتغال در همه سطوح و از طریق ایجاد شرایط دوست دار خانواده که باعث می شود زنان و مردان مسئولیت های مراقبت و نگهداری را به شیوه ای مساوی بپذیرند - مورد حمایت قرار دهند. (پیشنهاد ۷.۲ را ببینید).

بهبود میزان نام نویسی و نیز مدت باقی ماندن دختران در همه سطوح تحصیلی، اغلب برای مورد توجه قرار دادن مشکلات بعدی، یعنی مشارکت اقتصادی کافی نیست. هنگامی که هنجارهای جنسیتی پایدار باشند، حتی آن دخترانی که در مدرسه حضور داشته اند نیز ممکن است نهایتاً نقش های قالبی جنسیتی را بپذیرند (WGKKN, 2007). شکستن این موانع، نیازمند اقدام جهت رفع تبعیض ها و موانع موجود در بازار کار می باشد. (WGKKN, 2007)

تضمین عدالت در پرداخت از سوی قانون

در سراسر جهان، زنان بین ۳۰ تا ۶۰ درصد کمتر از مردان درآمد دارند و این به علت ترکیبی از عوامل می باشد: مشاغلی که معروف به شغل های زنانه شده اند، تفاوت های دستمزدی و تفاوت در میزان مشارکت در نیروی کار (UNICEF, 2006). حتی برای انجام کار مشابه نیز، زنان عموماً درآمدی کمتر از مردان دریافت می کنند (Cohen, 2007; Hartmann, Allen & Owens, 1999). این مورد پیامدهای مهمی برای سطوح فقر دارد، برای مثال میان فرزندان مادران تنها مادران مجرد (Hartmann et al, 1999). تفاوت در درآمدهای تجمعی می تواند به بی عدالتی های جنسیتی در حقوق بازنشستگی منجر گردد (Cohen, 2007; US Social Security Administration, 2004). فقر و حقوق بازنشستگی کم، نتایج بد سلامتی را به همراه می آورند (فصل ۸ را ببینید: حفاظت اجتماعی در طول دوران زندگی)، این در حالیست که درآمد در دسترس زنان می تواند، به طور ویژه برای سلامتی کودکان شان مفید باشد (UNICEF, 2006).

جهت مقابله با این شرایط ناعادلانه، نیاز به اقدام در همه حوزه ها می باشد. قوانینی که کارفرمایان را ملزم به پرداخت عادلانه می سازند، می توانند ابزارهایی قدرتمند برای کمک به حذف بی عدالتی در پرداخت ها باشند. سازمان کار بین المللی (ILO)، "راه حلی در ارتباط با ارتقاء برابری جنسیتی، پرداخت عادلانه و حمایت از مادران" را اتخاذ کرده است و از همه حکومت ها و شریکان (همکاران) اجتماعی (اتحادیه های کارگری و کارفرمایان یا سازمان های نماینده شان) می خواهد تا اقداماتی خاص را برای پرداختن به شکاف دستمزدی جنسیتی، انجام دهند (ILO, 2004). به ویژه، این راه حل پیشنهاد می کند که، شریکان (همکاران) اجتماعی در مورد معرفی طرح های ارزشیابی مشاغل از نظر بی طرفی جنسیتی، نشانگرهای آماری، و بازنگری های نژادی و جنسیتی در محل کار، به بحث و بررسی بپردازند (کادر ۱۳.۱۳).

اتحادیه ها، ابزارهایی قدرتمند برای پافشاری بر قوانین "پرداخت برابر برای کار برابر" می باشند. آن ها می توانند اطلاعاتی را برای سنجش وسعت مشکل جمع آوری کنند، برای مثال: کد عملکردی اجرای "پرداخت برابر برای کار برابر" که از سوی کمیسیون اروپا منتشر شده است.

Commission, 1996; Gender Promotion Programme ILO (European 2001)

کادر ۱۳.۱۳: داشتن حق پرداخت برابر در کبک، کانادا

در کبک، مشابه بقیه مناطق کانادا، دریافتی زنان برای انجام کار مشابه، در حدود ۷۰ درصد دریافتی مردان است. اتحادیه های کارگری در کبک خودشان را به "پرداخت برابر برای کار برابر" متعهد کرده و تلاشی طولانی جهت رایزنی انجام دادند که منجر به پذیرش قانونی برای پرداخت عادلانه گردید. بعد از این که زنان به حرکت درآمدند و اتحادیه ها به جلب حمایت دیگران پرداختند، دولت کبک، قانونی را به تصویب رساند که براساس آن کارفرمایان را مجبور به پرداخت عادلانه در شرکت های شان می کرد. تحت این قانون، همه شرکت های با تعداد کارکنان ۵۰ تا یا بیشتر، باید برنامه پرداخت عادلانه را اعمال کنند. این برنامه ۴ مرحله را شامل می شود:

- ۱- مشخص کردن زیر گروه های شغلی غالب زنان و مردان در میان شرکت ها
 - ۲- توصیف شیوه و ابزارهای ارزیابی (در مورد زیر گروه های شغلی)
 - ۳- ارزیابی زیر گروه های شغلی، مقایسه آن ها با هم، تخمین شکاف های (بی عدالتی های) دستمزدی و محاسبه تعدیلات لازم در پرداخت ها
 - ۴- تعیین این که چطور تعدیل در پرداخت ها باید انجام شوند.
- Adapted, with permission of the publisher, from Côté (2002/3)

منطقه عملیاتی ۱۳.۲: عدالت جنسیتی

سیاست ها و برنامه هایی که بی عدالتی های موجود در امر تحصیل و داشتن مهارت ها را کم می کنند و از مشارکت اقتصادی زنان پشتیبانی می کنند را توسعه داده و تامین مالی نمایند.

سیاست‌های دوست‌دار خانواده

سیاست‌های دوست‌دار خانواده، جهت اطمینان یافتن از این امر که فرصت‌های برابر اشتغال برای زنان و مردان وجود دارند، مهم هستند (فصل ۷: اشتغال منصفانه و کار شایسته). حکومت‌ها و کارفرمایان باید ابزارهایی را به کار گیرند تا به زنان و مردان اجازه دهند کارشان و مسئولیت‌های مراقبتی‌شان (از فرزندان) را به شیوه‌ای برابر متقبل شوند. که شامل موارد زیر می‌شوند: تهیه تسهیلات با کیفیت جهت مراقبت از کودکان، سیاست‌هایی پیرامون ساعات کار قابل انعطاف و مرخصی والدینی برای زنان و مردان و برنامه‌هایی جهت تغییر دادن نگرش‌های زنان و مردان به کار مراقبتی به این منظور که مردان مسئولیت یکسانی را در قبال چنین کاری بپذیرند. (WGEKN, 2007; ILO, 2004b). مراقبت با کیفیت از کودکان، بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه آن، نه تنها به زنان اجازه می‌دهد که وارد بازار کار شوند بلکه از تنها ماندن کودکان کوچک در خانه، یا از نگهداری شدن توسط فرزندان بزرگ‌تر خانواده‌شان - که می‌تواند پیامدهای جدی برای سلامتی‌شان به همراه داشته باشد - جلوگیری می‌کند (Heymann, 2006) و اجازه می‌دهد که دختران به جای مراقبت از کودکان کوچک‌تر به مدرسه بروند، UNICEF (2006). حتی در کشورهای فقیر نیز همان‌طور که در کادر ۱۳،۱۴ نشان داده شده است، تسهیلات مراقبت از کودکان، عملی می‌باشد.

تضمین فرصت‌های برابر برای اشتغال در همه سطوح

به علاوه، ابزارهایی جهت حمایت از زنان برای پیشرفت برابر در کار، به صورت برابر با مردان، مورد نیاز است. ضروری است که حکومت‌ها و کارفرمایان، از رویکردی چندوجهی استفاده نمایند، از جمله تقویت مشروعیت قوانین ضد تبعیضی در محل کار و تضمین این امر که زنان به خاطر مادر بودن‌شان، از نظر مالی ضربه‌ای متحمل نمی‌شوند (ILO, 2004b). همچنین این امر شامل فراهم‌آوری آموزش مدیریت، رهبری و هدایت و مدل‌های نقشی در بالاترین سطوح و حضور در کانال‌ها و شبکه‌های رسمی و غیر رسمی ارتباطی در کار، می‌شود (ILO, 2004b). بعضی کشورها از بعضی سهمیه‌ها، به عنوان ابزاری جهت کمک به زنان برای شکستن موانع بر سر راه پیشرفت، استفاده می‌نمایند. برای مثال: در نروژ حداقل ۴۰ درصد از اعضای هیات مدیره شرکت‌های دولتی، باید زن باشند. سیاست‌های مربوط به فرصت‌های اشتغال برابر شامل: استخدام، وظایف شغلی، برنامه ریزی برای دوره شغلی، درجه گرفتن، دستمزدها، انتقال و ارتقاء باید به دقت مورد پایش قرار گیرند. اقدامات باید شفاف، عادلانه و قابل مشاهده باشند (ILO, 2004b). شرایط و کیفیت کار، به همان اندازه بی‌عدالتی جنسیتی در فرصت‌های شغلی، حائز اهمیت است. یک عامل اساسی جهت بهبود کیفیت کار، اجرای سیاست‌ها و تامین آموزش‌هایی در مورد تهدیدهای جنسی است، به طوری که منجر به ایجاد یک محیط محترمانه در محل کار شود (ILO, 2004b).

کادر ۱۳،۱۴: تامین خدمات مراقبت از کودک در هند

SEWA یک اتحادیه صنفی از زنان خود اشتغال فقیر می‌باشد. اعضای این اتحادیه، اعلام نیاز به مرکز مراقبت از کودکان نمودند تا به آن‌ها اجازه دهد بدون به خطر انداختن امنیت و تکامل کودکان‌شان، به کار بپردازند. یک صد مرکز مراقبت از کودکان وابسته به SEWA، که از سوی شرکت‌های فراهم‌کننده مراقبت کودک مدیریت می‌شوند و با دولت همکاری نزدیک دارند، تحت حمایت SEWA تشکیل شدند. هر کدام از آن‌ها به ۳۵ کودک از زمان تولد تا ۶ سالگی خدمت‌رسانی می‌کنند. آن‌ها بر روی تکامل کلی کودکان شامل رشد فیزیکی و ذهنی آن‌ها تاکید دارند. معلمین دیدارهای منظمی با مادران دارند و در این جلسات بحث‌ها و پیشنهادهایی برای تکامل کودکان ارائه می‌شود. کودکان به طور منظم توزین می‌شوند و سوابق رشدشان به طور کامل نگهداری می‌شود. مراکز مراقبت کودک به عنوان مراکزی برای واکسیناسیون کودکان و مراقبت پیش و بعد از زایمان نیز به کار می‌روند. مطالعات SEWA، اثرات مهم ایجاد این مراکز مراقبت را نشان دادند: مادران افزایش درآمدی بالای ۵۰ درصد را به علاوه نتایج غیر مستقیم دیگر بر تغذیه کودکان گزارش نمودند. آن‌ها اظهار کردند که برای اولین بار توانستند سبزیجات و حبوبات را به خوراک کودکان‌شان اضافه کنند. همچنین آن‌ها بیان کردند که در آرامش خاطر به سر می‌برند چرا که می‌دانند در اوقاتی که مشغول کارشان هستند، از کودکان‌شان به خوبی مراقبت می‌گردد. به علاوه، خواهر و برادرهای بزرگ‌تر کودک مخصوصاً دخترها، برای اولین بار به علت رها شدن از بند مسئولیت‌های مراقبت از کودک، وارد مدرسه شدند. همچنین، رشد جسمی و مهارت‌های شناختی کودکان کم‌سن، به طور قابل توجهی به واسطه تغذیه شدن در مراکز، بهبود یافت. همه کودکان آموزش اولیه را در سن ۶ سالگی شروع کردند و اکثریت آن‌ها تا سطح دبیرستان ادامه دادند.

Adapted, with permission of the author, from SEWASocial Security (nd).

منطقه عملیاتی ۱۳،۳: عدالت جنسیتی

مجدداً نسبت به تعهدتان به پرداختن به حقوق و سلامت جنسی و باروری به صورت همگانی اذعان کنید.

فرد با مهارت در امر زایمان صورت می گیرد، در میان روستاییان فقیر می باشد (Houweling et al, 2007). همچنین تامین دسترسی به خدمات سلامت باروری، برای زنانی که مجبور به تغییر محل زندگی در داخل کشورشان شده اند و یا به طور کلی تر زنانی که در کشورهای دارای بحران و جنگ زندگی می کنند، به صورت یک چالش اساسی باقی مانده است.

(Hargreaves, 2000; Petchesky et al, 2007)

در قرن ۲۱، اولویت های جدید جهانی، موجب انحراف توجهات از این مسئله شد (Fathalla, 2006). جدا از موضوع HIV/AIDS، سلامت باروری و جنسی، در جذب منابع مالی به ویژه در حوزه های تنظیم خانواده، سقط ناامن و عفونت های منتقله از راه جنسی (STIs)، که از اهداکنندگان کمک (اعانه) انتظار می رفت، ناکام بوده است (Langer, 2006). موفقیت برنامه های تنظیم خانواده در کاستن از میزان باروری، منجر به کاهش سرمایه گذاری در خدمات تنظیم خانواده شد "که موجب پیامدهای فاجعه بار در کشورهایی شد که هنوز دارای میزان پایین استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری هستند" (Glazier et al, 2006) به علاوه تلاش هایی در برگرداندن roll back توافقات صورت گرفته در کنفرانس قاهره صورت گرفته است (Fathalla, 2006). مقاومت ایدئولوژیکی نسبت به پارادایم (الگوی) حقوق و سلامت باروری و جنسی، به خصوص در موضوعات مرتبط به مسائل جنسی، سقط و ارائه خدمات به نوجوانان (اثرات مخربی بر دسترسی به خدماتی که به ویژه به نفع زنان است، داشته است (Langer, 2006 & Fathalla, 2006).

این امر بسیار مهم است که حکومت ها و اهداکنندگان کمک، مجدداً نسبت به تعهدشان به حقوق و سلامت جنسی و باروری اذعان کرده و سلامت جنسی و باروری را به عنوان یک اولویت کلیدی برای توسعه و سلامت به شمار آورند (Glazier et al, 2006; Fathalla, 2006). البته جنبش هایی با جهت گیری مثبت وجود دارند. در سال ۲۰۰۴، همه حکومت های عضو سازمان جهانی بهداشت (به جز ایالات متحده که خودش را از استراتژی جدا کرد) استراتژی جهانی سلامت باروری سازمان جهانی بهداشت را به منظور سرعت بخشیدن به پیشرفت به سوی اهداف و نشانه های بین المللی مربوط به سلامت باروری قبول کردند (Glazier et al, 2006). در سال ۲۰۰۷، در بازنگری اهداف توسعه هزاره در سازمان ملل، رهبران جهانی، مجدداً تعهدشان نسبت به "دسترسی همگان به سلامت باروری تا سال ۲۰۱۵" را همان طور که در کنفرانس قاهره مشخص شده بود، مورد تصدیق قرار دادند (Fathalla, 2006). در حالی که ابتدائاً، یک هدف خاص در مورد سلامت باروری ("به دسترسی همگانی به سلامت باروری تا سال ۲۰۱۵ دست بیابید") از چارچوب اهداف توسعه هزاره حذف شده بود، در بازنگری سال ۲۰۰۷ به حساب آورده شد. تعهد قوی مالی و سیاسی، برای اجرای هدف سلامت باروری و جنسی در قالب اهداف توسعه هزاره (MDGs) مورد نیاز است. و این امر مستلزم تامین مالی سازمان های جامعه مدنی است که متعهد به پیشبرد حقوق و سلامت باروری می باشند.

دانش و تکنولوژی لازم جهت دست یابی به هدف سلامت جنسی و باروری برای همه، مهیا می باشد. (Glazier et al, 2006) پنج جزء اصلی مراقبت سلامتی جنسی و باروری عبارتند از: بهبود مراقبت پیش از زایمان (antenatal)، دوره قابل حیات بودن جنین (peri-atal) دوره پس از زایمان و دوره نوزادی؛ تدارک خدمات با کیفیت تنظیم خانواده از جمله خدمات ناباروری؛ حذف سقط جنین های غیر اصولی (ناامن)؛ پیشگیری و درمان عفونت های منتقله از راه

حقوق و سلامت جنسی و باروری

کمسیون پیشنهاد می کند که:

۱۳.۶: حکومت ها، اهداکنندگان کمک، سازمان های بین المللی و جامعه مدنی، تعهدات سیاسی شان را به و سرمایه گذاری در خدمات و برنامه های سلامت جنسی و باروری تا تحقق پوشش همگانی افزایش دهند (پیشنهادات ۹.۱ و ۱۱.۳ را ببینید).

بی عدالتی های جنسیتی، تأثیر زیادی روی حقوق و سلامت جنسی و باروری زنان دارند. مشکلات جدی مربوط به بی عدالتی جنسیتی، مانند خشونت شریک زندگی، می تواند در فرآیند ارائه خدمت برای سلامت باروری غیر قابل مشاهده باقی بماند. برای مثال: خشونت شریک زندگی در طی دوران حاملگی که از فشار خون بالا یا پراکلامپسی (که به طور معمول در ویزیت های حین حاملگی مورد ارزیابی واقع می شوند) بسیار شایع تر است، به ندرت از سوی خدمات سلامت باروری مورد توجه قرار می گیرند (Glazier et al, 2006). برنامه ها و خدمات سلامت جنسی و باروری می توانند و باید به طریقی ساختار بندی شوند که زنان را طوری توانمند سازند که بتوانند انتخاب های جنسی و باروری آگاهانه در طول دوره زندگی داشته باشند و به آن ها در مورد زندگی باروری شان استقلال عمل دهد. تقویت تعهدات مالی و سیاسی برای تحقق سلامت جنسی و باروری همگانی از جمله تأمین مالی تحقیقات مرتبط، امری حیاتی می باشد.

دهه های اول نیمه دوم قرن بیستم، شاهد تمرکز زیاد بر کنترل جمعیت بود. البته برنامه های تنظیم خانواده طوری برنامه ریزی و اجرا می شدند که بیشتر نگران اهداف و پیامدهای این برنامه ها بر اقتصاد کلان بودند تا (نه) رفاه و حقوق فردی زنان. کنفرانس سازمان ملل متحد درباره جمعیت و توسعه، در سال ۱۹۹۴ در قاهره، یک تغییر الگو، از کنترل جمعیت به سمت حقوق و سلامت باروری نشان داد. اصلی ترین بخش مفهوم حقوق و سلامت باروری، دانستن این امر است که: توسعه برابری و عدالت جنسیتی و نیز توانمند سازی زنان، حذف کلیه اشکال خشونت بر علیه زنان و تضمین کنترل زنان بر باروری شان، مهم ترین قسمت برنامه های مرتبط با جمعیت و توسعه می باشند (Glazier et al, 2006). در واقع سلامت باروری یک مفهوم توانمند کننده می باشد، که بر حقوق جنسی و باروری تأکید کرده و به دنبال آنست که زنان را در دست یابی به داشتن کنترل بر زندگی جنسی شان توانمند نماید. الگوی سلامت باروری، بر اهمیت کوشش برای درک تجارب و مشکلات فردی زنان و فاکتورهای اجتماعی که سلامت جنسی و باروری آن ها را در طول زندگی متأثر می سازد، تأکید دارد (Langer, 2006). این امر یکی از بخش های اساسی و جدا نشدنی دستور کار تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد.

در سال ۱۹۹۴، نمایندگان از ۱۷۹ کشور و ۱۲۰۰ سازمان غیر دولتی، با تامین دسترسی همگانی به سلامت باروری تا سال ۲۰۱۵ موافقت کردند (Glazier et al, 2006) و اخیراً این امر، به عنوان یک هدف برای اهداف توسعه هزاره مورد توافق قرار گرفت. با این حال پیشرفت به سوی هدف دسترسی همگانی به سلامت باروری، نا برابر بوده است. در حالی که خطر مرگ مادران در طول زندگی در ایرلند تنها ۱ در ۴۷۶۰۰ می باشد، این خطر در افغانستان ۱ به ۸ است (UNICEF, 2007c). همچنین در داخل کشورها نیز، بی عدالتی زیاد است. برای مثال در اندونزی، مرگ و میر مادران در میان فقرا، سه تا ۴ برابر ثروتمندان است (Graham et al, 2004). در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، ۶۵ درصد از تولدهایی که بدون حضور یک

جنسی از جمله HIV، عفونت‌های لوله باروری، سرطان دهانه رحم و سایر بیماری‌های زنان و ترویج ارتباطات جنسی سالم" (Glasier et al, 2006). همچنین کاهش خشونت شریک زندگی و خشونت جنسی، نیز حیطه‌ای مهم برای مداخله می‌باشد. در حالی که تامین خدمات با کیفیت سلامت جنسی و باروری به طور واضحی ضروری می‌باشد (Glasier et al, 2006) (فصل ۹ را ببینید: مراقبت سلامتی همگانی)، این موارد باید در رویکردی که در آن با ریشه‌های فرهنگی و اجتماعی بی‌عدالتی جنسیتی نیز مقابله می‌شود، گنجانده شوند.

بی‌عدالتی‌های جنسیتی به صورت اجتماعی حاکمیت شده و می‌توانند طوری تغییر داده شوند که موجب ارتقاء سلامت میلیون‌ها زن و دختر در سراسر جهان گردند. اقدام در این حوزه شامل، اطمینان یافتن از این امر که قوانین، عدالت جنسیتی را ارتقاء داده و حمایت می‌کنند و به تبعیض‌های جنسیتی موجود در ساختارها و سیاست‌های سازمانی می‌پردازند- می‌باشد. در بعضی مناطق، آموزش و پرورش زنان یک اولویت است، در حالی که در مناطق دیگر تسکین مشکلات اقتصادی، اجتماعی و مشارکت سیاسی زنان در همه سطوح، اولویت مهم‌تری به شمار می‌آید. نهایتاً ضروری است که حکومت‌ها و اهداکنندگان کمک، مجدداً به تعهدشان نسبت به در نظر گرفتن حقوق و سلامت جنسی و باروری، از آن جا که این تعهد در حال ضعیف شدن است، اذعان نمایند.

فصل چهاردهم

توانمندسازی سیاسی - شمول و حق بیان

مردم سراسر جهان، از عدم داشتن کنترل بر روی زندگی، محیط زیست، وشغل شان و نهایتاً سرنوشت کره خاکی خشمگین هستند. بنابر یک قانون قدیمی مربوط به تحول اجتماعی، همیشه در برابر سلطه، مقاومت صورت می گیرد، توانمندسازی پاسخی است در برابر عدم توانمندی و طرح های جایگزین، منطق موجود در نظم نوین جهانی را که به طور فزاینده ای از سوی انسان ها در گوشه و کنار جهان به عنوان نوعی بی نظمی حس می شوند را به چالش می کشانند.

Castells 1997:69 (Oldfield & Stokke, 2004)



گرفته است، توزیع نابرابر قدرت است. بی‌عدالتی در قدرت در چهار بعد اصلی سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی - در کنار یکدیگر تشکیل‌دهنده را می‌دهند که در آن گروه‌ها (با درجات متفاوت) منزوی شده و یا به حساب آورده می‌شوند. بُعد سیاسی شامل هم حقوق رسمی موجود در قوانین، قانون اساسی، سیاست‌ها و اقدامات می‌باشد و هم شرایطی که در آن حقوق به اجرا در می‌آیند از جمله دسترسی به آب و فاضلاب بهداشتی، سرپناه، حمل و نقل، انرژی و خدماتی چون مراقبت‌های سلامتی، تحصیل و حمایت اجتماعی می‌باشد. بُعد اقتصادی شامل توزیع و دسترسی به منابع مادی مورد نیاز برای یک زندگی با دوام (مانند درآمد، اشتغال، مسکن، زمین، شرایط کاری و امرار معاش) می‌باشد.

ارتباط بین قدرت و بی‌عدالتی‌های سلامتی

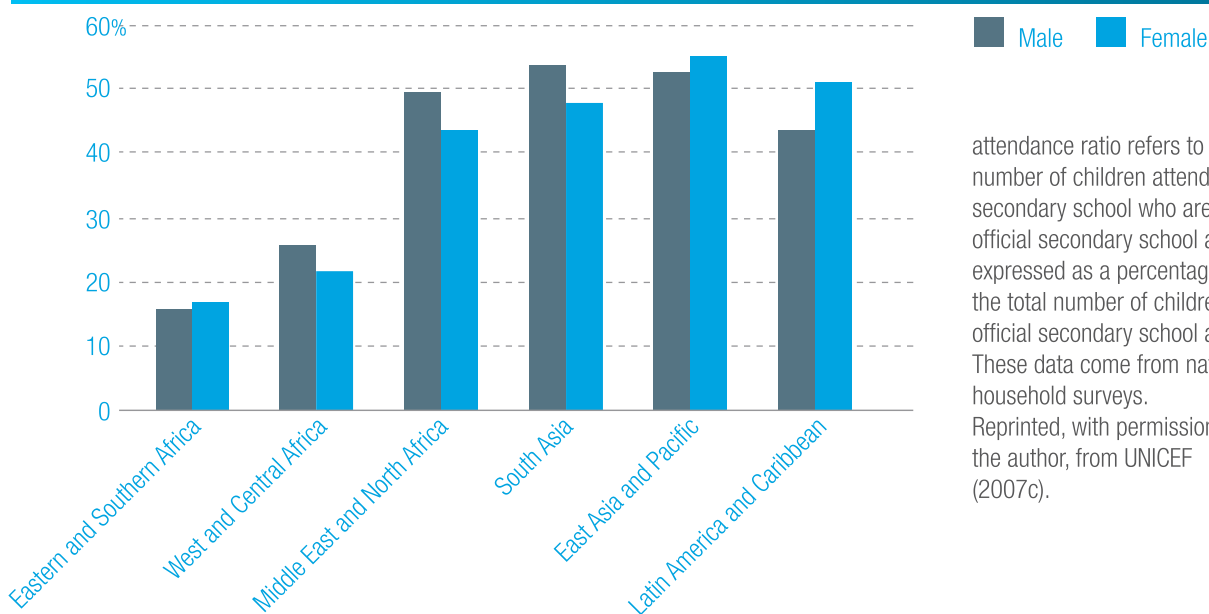
شامل (به حساب آورده شدن) در جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند به لحاظ جنبه‌های مختلف توانمندی مادی، روانی، اجتماعی و سیاسی که سبب استحکام خوب زیستی اجتماعی و سلامت عادلانه می‌گردند، حیاتی است. در این فصل ما نقش قدرت را به عنوان یک عامل ساختاری عمده در بی‌عدالتی‌های سلامتی مورد بررسی قرار می‌دهیم. هرگونه تلاش جدی برای کاهش بی‌عدالتی در سلامت، مستلزم توانمندسازی سیاسی خواهد بود که عبارت است از تغییر توزیع قدرت در درون جامعه و مناطق مختلف جهان به ویژه به نفع گروه‌ها و ملت‌های محروم از حقوق اجتماعی.

تجلی و نمود عدم توازن در قدرت

حق رسیدن به بالاترین استانداردهای قابل دسترسی در سلامت، همگانی است (UN, 1948). در حالی که احتمال خطر نقض حقوق فردی همگانی نیست و این بی‌عدالتی در احتمال خطر خشونت، از بی‌عدالتی‌های پابرجای ساختاری منشأ می‌گیرد (farmer, 1999). بروز این بی‌عدالتی اجتماعی در بین گستره به هم پیوسته‌ای از گروه‌بندی‌های اجتماعی - همچون طبقه (اجتماعی)، میزان تحصیلات، جنسیت، سن، نژاد، معلولیت و محل جغرافیایی - نشان‌دهنده بی‌عدالتی عمیق و نهادینه شده اجتماعی در ثروت و قدرت و اعتبار افراد و اجتماعات مختلف می‌باشد. افرادی که تا به حال از حقوق اجتماعی‌شان محروم شده‌اند، در ارتباط با سلامتی‌شان بیشتر دچار محرومیت هستند.

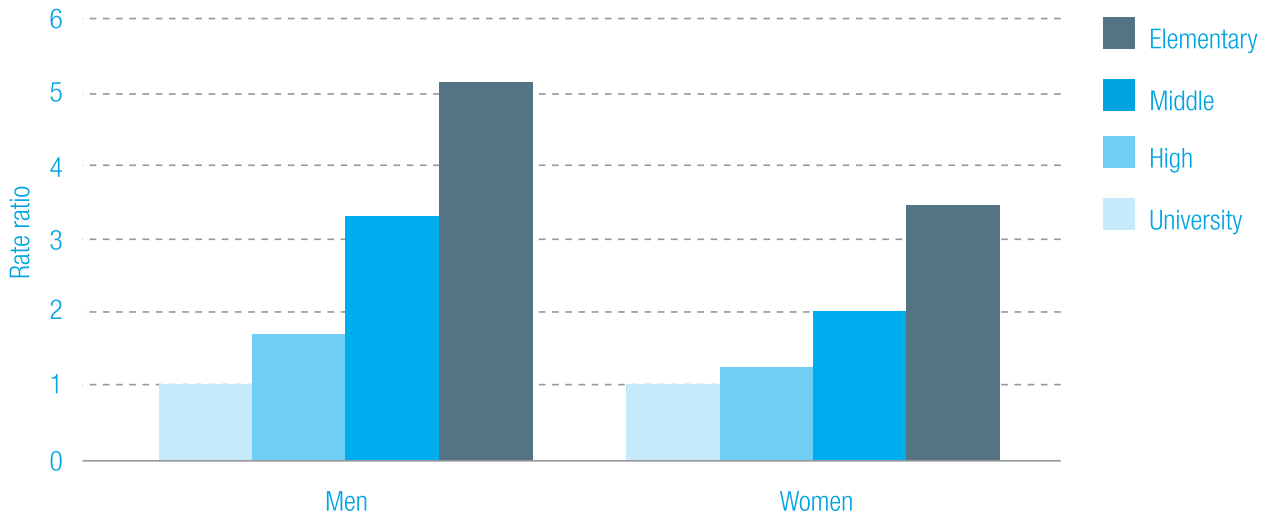
عدالت در سلامت به طور حیاتی به توانمندسازی افراد و گروه‌ها بستگی دارد تا نیازها و علایق‌شان را قویا و به طور مؤثری ابراز دارند و از این طریق، توزیع طبقه‌ای عمیق و غیرمنصفانه منابع اجتماعی (که از ملزومات سلامت‌اند) را به چالش کشیده و تغییر دهند تا همه مردان و زنان به عنوان شهروند، حقوق و مطالبات برابری داشته باشند (CS, 2007). عوامل ساختاری و بنیادی بی‌عدالتی‌های موجود در شرایط زندگی روزمره که در سراسر این گزارش مورد توجه قرار

شکل ۱۴.۱: نرخ عدم حضور در مقطع متوسطه در زنان و مردان.



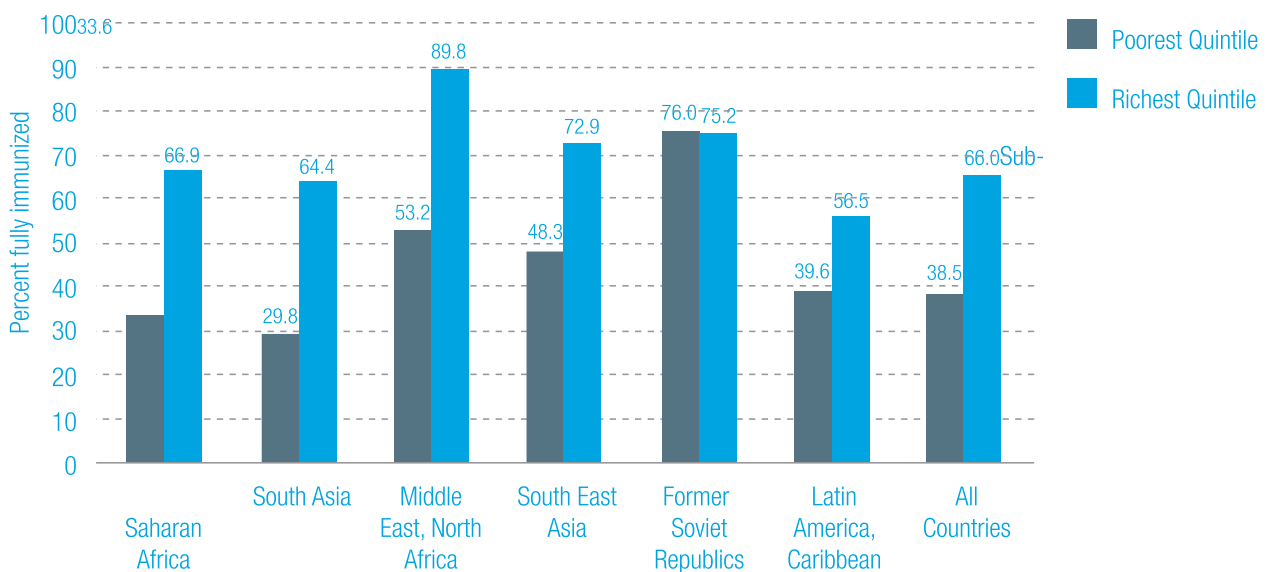
attendance ratio refers to the number of children attending secondary school who are of official secondary school age, expressed as a percentage of the total number of children of official secondary school age. These data come from national household surveys. Reprinted, with permission of the author, from UNICEF (2007c).

شکل ۱۴.۲: میزان مرگ و میر اختصاصی سنی در بین زنان و مردان جمهوری کره بر حسب تحصیلات، ۱۹۹۳-۱۹۹۷



Source: Son et al., 2002

شکل ۱۴.۳: میزان های ایمن سازی کامل در بین فقیرترین و غنی ترین پنجک های جمعیتی (متوسط منطقه ای)



Reprinted, with permission of the publisher, from Gwatkin & Deveshwar-Bahl (2001).

هویت و عاملیت

وضعیت‌های متفاوتی که برخی گروه‌ها از آن بهره‌مند می‌گردند و فرصت‌های متفاوتی که برای شرکت بعضی گروه‌ها محیا است، به طور واضحی در شیوه برخورد با فرهنگ‌های بومی-دیدگاه‌ها، ارزش‌ها و آرزوهای آن‌ها- از سوی دولت‌ها و آن‌هایی که خدمات مستقیم را ارائه می‌دهند به خوبی آشکار می‌شود (Indigenous, Health Group, 2007)

بی‌عدالتی پایدار در شرایط سلامت افراد بومی، ریشه در رابطه بین سلامت و قدرت، مشارکت اجتماعی و توانمندسازی دارد. (Indigenous, Health Group, 2007) احیای انسجام فرهنگی-شخصیتی یکی از الزامات بسیار مهمی است که تأثیرات فراوانی برای سلامت و خوب زیستی این جوامع دارد، همان‌طور که در میزان‌های خودکشی جوانان بومیان کانادا نشان داده شده است (شکل ۱۴،۴). همچنین انکار غیر منصفانه مشارکت دادن و توانمند نمودن می‌تواند به تعارض منجر شود. در شرایط تعارض، مردم از یک سری محرومیت‌های اجتماعی و فیزیکی شامل فقدان امنیت، آوارگی و از دست دادن شبکه‌های اجتماعی و نهاد خانواده، از دست دادن معیشت، ناامنی غذایی و محیط‌های نامناسب اجتماعی و فیزیکی، رنج می‌برند (Watts et al, 2007). عدم توانمندسازی افراد، جوامع و حتی کشورها که به تعارض مرتبط می‌باشد، حجم عظیمی از نگرانی‌ها را برای سلامتی به بار می‌آورد. همراه با سایر ابعاد بی‌عدالتی، نیازهای مردم گرفتار شده در تعارض باید در ایجاد و تقویت سیستم‌ها و سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی لحاظ شوند.

موضوع عدم توازن در قدرت، تنها به افراد و جوامع مربوط نمی‌شود. برخی کشورها به دلیل فقدان منابع به طور گسترده‌ای نسبت به دیگران دچار عدم توانمندی هستند. فقر ملی با این امر ترکیب شده و ظرفیت نابرابر در شرایط گفتگو را وخیم‌تر می‌نماید که منجر به معاهدات و توافقاتی می‌شود که به طور موافقی بهترین منافع‌شان را بیان نمی‌کند (فصل ۱۵: حاکمیت خوب جهانی) و این مسئله تأثیرات عمده‌ای بر این امر دارد که چطور ملت‌ها می‌توانند شرایطی را بیافرینند که سلامت و عدالت در سلامت را مورد حمایت قرار دهند.

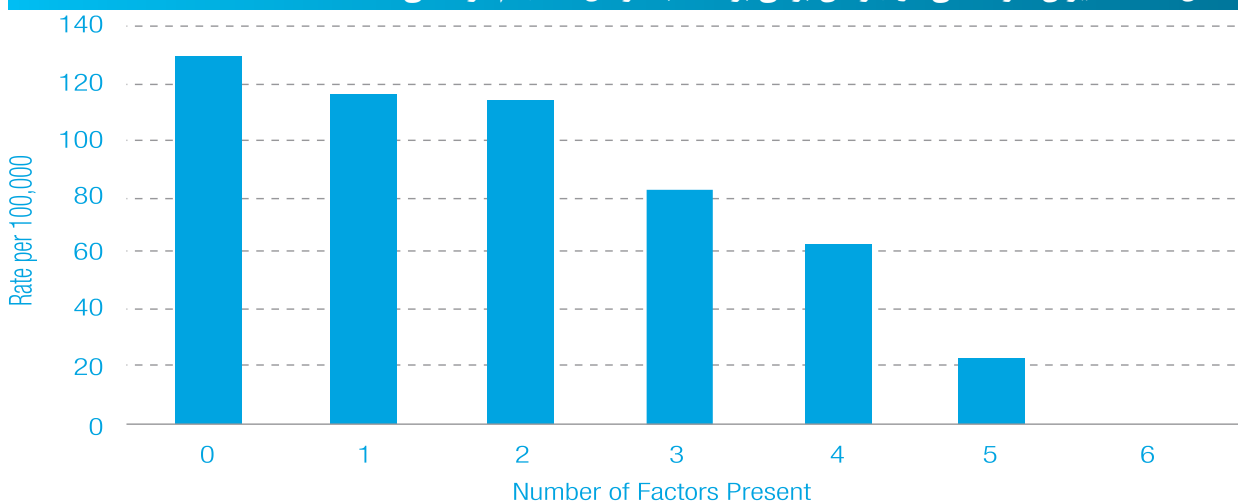
بُعد اجتماعی، از روابط نزدیک حمایتی و نوع دوستی (مثل دوستی، مهربانی، خانواده، دودمان، محله، اجتماع و جنبش‌های اجتماعی) تشکیل شده است و بُعد فرهنگی به گستره‌ای که در آن مجموعه‌ای از ارزش‌ها، هنجارها و شیوه‌های زندگی در سلامت همگان تأثیر داشته و مورد قبول و احترام واقع می‌شوند، ارتباط می‌یابد (SEKN, 2007).

داشتن آزادی برای مشارکت در روابط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، از ارزشی ذاتی بر خوردار است (Sen, 1999). به حساب آورده شدن، عاملیت agency، و کنترل، هر کدام برای سلامت و توسعه اجتماعی از اهمیت برخوردار می‌باشند (Marmot, 2004). همچنین مشارکت محدود، منجر به محرومیت از قابلیت‌های اساسی بشری و آماده کردن زمینه برای ایجاد تفاوت‌هایی در اشتغال، تحصیل و مراقبت سلامتی می‌شود. برای نمونه دسترسی متفاوت به تحصیل (شکل ۱۴،۱) منجر به بی‌عدالتی در همه‌علت‌های مرگ و میر می‌شود. (شکل ۱۴،۲)

تکامل پایین قابلیت‌ها (پتانسیل‌ها) سبب سایر بی‌عدالتی‌ها می‌گردد. فقدان دسترسی به آموزش با کیفیت، می‌تواند باعث محرومیت از بازار کار یا ورود به ورطه فقر شدید گردد که منجر به درآمد نسبتاً پایین و شرایط نامطلوب محل زندگی (همچون فضای زندگی، تغذیه و دیگر شرایط مؤثر بر سلامت پایین) می‌گردد. رشد میزان اشتغال‌های بی‌ثبات، کار کودک و بهره‌کشی در سطح جهان، عدم توانمندی کارگران و نمایندگان صنعتی و سیاسی آن‌ها را منعکس کرده و تقویت می‌نماید. تصمیمات سیاسی، اقتصادی، مالی و تجاری تعداد کمی از مؤسسات و شرکت‌ها، تأثیری عمیق بر روی زندگی روزانه میلیون‌ها انسان می‌گذارد (EMCONET, 2007)، کسانی که به سخنان و آرزوهای‌شان، گوش فرا داده نمی‌شود یا به خاطر علائق قوی‌تر مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند.

همچنین در بهره‌مندی از پیشرفت‌های فنی و زیست‌پزشکی نیز بی‌عدالتی‌های اجتماعی مهمی وجود دارند. تحلیل DHS در ۴۲ کشور (Gwatkin & Deveshwar-Bahl, 2001) نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی آشکاری را در ایمن‌سازی کامل نشان داده است که در همه جا، میزان‌های مربوط به ثروتمندان در مقایسه با فقرا بالاتر بوده است (شکل ۱۴،۳).

شکل ۱۴.۴: میزان خودکشی در جوانان بومی بر حسب عوامل انسجام فرهنگی.



Proxy measure of cultural continuity factors: land claims, self-government, education services, police and fire services, health services, and cultural facilities.

Reprinted, with permission of the publisher, from Chandler & Lalonde (1998).

آورده شدن در تصمیم‌گیری‌ها و اقداماتی که سلامت و عدالت در سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، عبارتند از سیستم‌های قانونی و سیاسی شفاف، پاسخ‌گو و مشارکتی که بر اساس مشارکت واقعی بنیان گذاشته شده و آن را تقویت می‌نمایند.

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۴.۱: حکومت، سیستم‌های قانونی و سیاسی را طوری تقویت نماید که اطمینان حاصل شود آن‌ها به حساب آورده شدن مساوی همه را ترویج می‌نمایند. (پیشنهادات ۱۳.۱ و ۱۶.۱ را ببینید).

جنسیت

یکی از عادلانه‌ترین و همه‌گیرترین اصلاحات سیاسی، همان است که بی‌عدالتی‌های جنسیتی مشخص جهانی را مورد توجه قرار می‌دهد. و این امر مستلزم مشارکت زنان در فرایند تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها است به طوری که احتمال برنامه‌ریزی و ارائه -به صورت حساس به جنسیت- را افزایش خواهد داد. برای مثال اصلاحات قانون‌گذاری ملی در هند که حضور حداقلی از زنان را در کرسی‌های شورای دهکده تضمین می‌نمود، اثبات کرد که این امر، در توانمندسازی سیاسی زنان و متعاقباً جهت اقدام در سطح محلی که پاسخی برای نیازهای محلی است، حیاتی می‌باشد (کادر ۱۴.۲).

خودمختاری

زندگی افراد بومی همچنان تحت حاکمیت قوانین و مقررات و شرایط خاصی است که در مورد هیچ یک از دیگر اعضای جامعه مدنی اعمال نمی‌شود. افراد بومی، همچنان به زندگی در محیط‌های محدود و مجزا ادامه داده و اغلب در کانون تقسیمات قضایی بین سطوح دولت‌ها به ویژه در حوزه‌های مربوط به دسترسی به تخصیص‌های مالی، برنامه‌ها و خدمات قرار دارند. از این رو افراد بومی در مقایسه با دیگران نیازها و شرایط ویژه و خاصی دارند.

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۴.۲: حکومت، گروه‌های حاشیه‌ای به ویژه افراد بومی را در سیاست‌گذاری‌ها، قانون‌گذاری‌ها و برنامه‌هایی که افراد را برای ارائه نیازها، مطالبات و حقوق‌شان توانمند می‌سازند به رسمیت شناخته و مورد مشروعت و حمایت قرار دهد.

همان‌طور که توسط سازمان ملل متحد بیان شده است، افراد بومی حق دارند که به "ابزارهای خاصی برای بهبود فوری و مستمر شرایط اقتصادی و اجتماعی‌شان، از جمله در حوزه‌های اشتغال، آموزش و بازآموزی حرفه‌ای، مسکن، بهداشت عمومی، سلامت و تامین اجتماعی دسترسی داشته باشند". به علاوه، بیانیه افراد بومی که اخیراً توسط شورای حقوق بشر سازمان ملل مورد تصویب قرار گرفت، بیان می‌دارد که افراد بومی حق تعیین و توسعه همه برنامه‌های موجود در حوزه‌های سلامت، مسکن و دیگر برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی که بر ایشان تأثیر گذار است را دارند و تا جای ممکن چنین برنامه‌هایی باید از سوی مؤسسات خودشان اجرا شوند. این واقعیت‌ها، دلالت بر محق بودن افراد بومی به خودمختاری و حق تعیین سرنوشت خود دارد. مهم است که سازمان ملل بیانیه

اقدام جهت انصاف در شمول (به حساب آورده شدن) و حق بیان

توانمندسازی سیاسی برای سلامت و عدالت در سلامت مستلزم تقویت انصاف به طریقی است که همه گروه‌ها در یک جامعه به حساب آورده شوند یا در تصمیم‌گیری درباره این که چگونه امورات جامعه انجام گیرد، به خصوص در ارتباط با اثرات اش بر سلامت و عدالت در سلامت، حضور داشته باشند. این انصاف در حق بیان و به حساب آورده شدن بستگی به ساختارهای اجتماعی دارد که از سوی دولت حمایت می‌شوند و این که حقوق همه گروه‌ها مورد توجه بوده و آن‌ها فرصت ابراز خویش را برای مثال از راه قانون‌گذاری و ظرفیت‌سازمانی داشته باشند را تضمین و حتمی می‌کنند، که این امر از طریق برنامه‌های خاصی که با آن ساختارها حمایت می‌شوند اجرایی شده و بدین طریق مشارکت فعال تشخیص داده می‌شود. فراتر از این‌ها، انصاف بستگی به رشد سازمان‌ها، شبکه‌ها و جنبش‌های جامعه مدنی و توانایی فزاینده‌شان در به چالش کشاندن بی‌عدالتی و تلاش برای استقرار عدالت - به طور کلی و در ارتباط با سلامت - در کانون همه بحث‌های سیاسی موجود و در حال ظهور، دارد.

قانون‌گذاری برای توانمندسازی سیاسی - حقوق و عاملیت (agency)

حق داشتن شرایط مورد نیاز جهت رسیدن به بالاترین استاندارد قابل دسترسی سلامتی (بند ۱۲ معاهده حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) عمدتاً به گروه‌های محروم، مشارکت و پاسخ‌گویی مربوط می‌شود که در کانون جنبش‌های حقوق بشر و سلامت قرار دارد (Hunt, 2007). معاهده عمومی ۱۴ (۲۰۰۰) یک ابزار اساسی است که تایید می‌کند حق داشتن شرایط لازم برای سلامتی نه تنها شامل دسترسی به مراقبت‌های سلامتی است بلکه شامل تعیین‌کننده‌های اساسی سلامت مانند آب سالم، بهداشت کافی، محیط سالم، اطلاعات مربوط به سلامت و آزادی از تبعیض نیز می‌باشد.

(UN, 2000a) پایه اصلی برای شناخت فزاینده این حق - تصویب، اعمال و پایش معاهده کلی شماره ۱۴ و اقدامات مرتبط است. سازمان جهانی بهداشت با همکاری سایر مؤسسات بین‌المللی و مرکز تخصصی سازمان ملل برای بررسی حق دسترسی به بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامت (فصل ۱۵: حاکمیت خوب جهانی)، از دولت‌ها برای پذیرش و اجرای معاهده شماره ۱۴ حمایت می‌کنند.

در کانون مشارکت منصفانه، حق داشتن یک هویت مدنی قانونی وجود دارد. مردم نمی‌توانند بدون یک هویت قانونی شده، حقوق‌شان - دسترسی به آموزش و خدمات اجتماعی، مراقبت‌های سلامتی یا مشارکت مدنی و امنیت بشری - را مورد مطالبه قرار دهند (کادر ۱۴.۱) (Acosta, 2006). بنابراین مهم است که کشورها با حمایت مؤسسات و اهداکنندگان بین‌المللی، چارچوب‌های و قانونی را تقویت نمایند تا از داشتن حق هویت مدنی قانونی اطمینان حاصل کنند (فصل ۱۶ را ببینید: تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش).

استحکام بخشیدن به شناخت حقوق، مشارکت منصفانه و به حساب

منطقه عملیاتی ۱۴.۱: توانمندسازی سیاسی

همه گروه‌های اجتماعی را از طریق حضور منصفانه‌شان در تصمیم‌گیری‌های مربوط به چگونگی اداره جامعه، بخصوص در ارتباط با اثرات‌شان بر عدالت سلامتی، توانمند کنید و یک چارچوب جامعه شمول را برای اتخاذ تصمیمات، ایجاد و حفظ نمایید.

افراد بومی را نهایی و تصویب کرده و همه کشورهای عضو را به اجرای آن تشویق نماید.

این که چگونه بیانیه حقوق افراد بومی برای سلامت و عدالت در سلامت در زمینه‌های اجتماعی-سیاسی مختلف اعمال گردد، مستلزم ملاحظه دقیق تحت هدایت افراد بومی می باشد. برای مثال طرح سلامت سه گانه British Columbia - شامل عناصر قانون گذاری، حکمرانی مشارکتی و خدمات سلامت پاسخ گو- یک چارچوب مشارکتی برای حرکت رو به جلو را پیشنهاد می دهد (کادر ۱۴،۳). عذرخواهی انجام شده توسط دولت جدید حزب کارگر استرالیا در فوریه ۲۰۰۸ از افراد بومی که در بچگی از خانواده های شان دزدیده شده و مجبور به زندگی با پدر خوانده و مادر خوانده یا در خانه های گروهی شده بودند، نمونه ای از شناخت دولت از تاریخ منحصر به فرد استعماری است که بر افراد بومی رفته است و نیازمند به اقدامات خاص می باشد (The Age, 2008). این عذرخواهی با دادن وعده کاهش شکاف امید زندگی بدو تولد بین استرالیایی های بومی و دیگر استرالیایی ها در طی یک نسل همراه بود.

کادر ۱۴.۱: هویت و حقوق در بولیوی

۵۵ درصد از جمعیت بولیوی از نژاد **Quechua** یا **Aymara** هستند. تخمین زده می شود که تقریباً از هر ۱۰ نفر در جوامع بومی و روستایی بولیوی، ۹ نفر کارت هویت ندارند و این در حالیست که بیش از نیمی از جمعیت، گواهی تولد که برای کسب کارت هویت مورد نیاز می باشد را ندارند. بدون گواهی تولد، کودکان نمی توانند به مدرسه بروند، در نتیجه امکان خارج شدن از مسیر فقر را پیدا نمی کنند. بدون کارت هویت، افراد نمی توانند رأی بدهند و حقوق قانونی محدودی دارند و به طور مؤثری از دسترسی به خدمات سلامتی و اجتماعی محروم می شوند. این خدمات در بولیوی شامل بیمه ملی سلامت مادران و زنان باردار می باشد که به منظور مقابله با میزان بالای کشوری مرگ و میر مادر و کودک ارائه شده است و هنوز زنانی که فاقد کارت شناسایی هستند از این خدمات محرومند. از طریق پروژه حق داشتن هویت، مرکز DFID بریتانیا با همکاری دادگاه انتخاباتی ملی بولیوی و سازمان های غیر دولتی و جوامع، ثبت نام و دریافت کارت های هویت را تسهیل کردند و به افزایش آگاهی آن ها در مورد حقوق شان به عنوان شهروند پرداختند.

منبع: DFID, 2008

کادر ۱۴.۲: حمایت قانونی هند از زنان

از طریق پارلمان ملی هند، در هفتاد و سومین اصلاحیه قانون اساسی هند، در سال ۱۹۹۳ مقرر شد که صندلی های شوراهای روستایی اختصاص به زنان داشته باشد. این امر به عنوان یکی از لویح اصلاحی قوی برای تغییر هنجارهای پیشین قلمداد می شود که در آن زنان حضور کمی در ابعاد سیاسی داشتند. سازمان های زنان در آموزش زنان انتخاب شده فعال بودند. بیش از ۱ میلیون نماینده زن برای شوراهای روستایی انتخاب شده اند که در مورد بودجه و اولویت های سیاست گذاری محلی، اعمال قدرت می کنند.

منبع: Indian Government, 1992

کادر ۱۴.۳: کانادا: طرح سه گانه سلامت British Columbia - بومیان

طرح سه گانه سلامت **British Columbia**، یک توافق نامه بی سابقه بود که در ۱۱ ژوئن ۲۰۰۷ توسط دولت کانادا، ایالت **British Columbia** و اولین شورای رهبری بومیان این ایالت، به امضاء رسید. این طرح، احزاب را متعهد به همکاری در تدوین راه حل های کاربردی و نو آورانه که از بهبود بنیادی در سلامت بومیان **British Columbia** حمایت می کردند، می نمود. این طرح یک تصویر مشترک از مشارکت در جهت توسعه، آزمایش و به کارگیری راه های جدید برنامه ریزی و ارائه برنامه ها و خدمات سلامت را منعکس می کند. در کانون این طرح، نعهد به ایجاد یک ساختار حکمرانی جدید وجود دارد که کنترل بومیان (**First nations**) را بر خدمات سلامتی تقویت خواهد کرد و ادغام و هماهنگی بیشتر خدمات را ارتقاء خواهد داد به طوری که دسترسی بهتر بومیان ساکن **British Columbia**، به مراقبت های سلامتی با کیفیت را تضمین نماید.

منبع: Government of Canada, 2007

همه اعضای جامعه-از جمله محروم ترین ها و به حاشیه رانده شدگان- حق مشارکت در شناسایی اولویت ها و اهدافی را که بررسی های دقیق تکنیکی را به منظور تدوین سیاست ها هدایت می کنند، دارند. به علاوه مشارکت نباید محدود به طراحی نحوه ارائه برنامه ها باشد بلکه باید به عنوان یک فرآیند زمینه ای نگریسته شود که سیاست ها از طریق آن شکل گرفته، به برنامه ها و خدمات تبدیل شده، ارائه شده و مورد تجربه قرار گرفته و ارزشیابی می شوند.

پیشنهادات برای اقدامات بین بخشی در فصل ۱۰ (عدالت در سلامت در همه سیاست ها، سیستم ها و برنامه ها) فرآیندها و مکانیسم هایی را ارائه می دهد که در آن، گروه های اجتماعی و جوامع مختلف می توانند در تدوین، اجرا و ارزشیابی سیاست ها مشارکت داشته باشند. موارد زیادی را می توان از اقدامات جاری آموخت. ایجاد شبکه حمایتی حکومتی، شاید از طریق شورای اجتماعی و اقتصادی؛ که در سطوح جهانی، منطقه ای و ملی عمل می کند، شناسایی و مبادله شیوه های موفق را تسهیل می سازد (مثلاً ائتلاف شهرهای سالم، شبکه اروپایی شهرهای سالم، شبکه شهرداری ها و سازمان سلامت کل امریکا (PAHO)).

حضور مسئولان جامعه مدنی در مکانیسم کل دولت، به طور مثال در اوگاندا، جزئی مهم از سیاست منسجم و نیاز-محور، برای سلامت و عدالت در سلامت می باشد (کادر ۱۴،۴).

ابتکار شمول اجتماعی استرالیای جنوبی (کادر ۱۴،۵) نشان دهنده ارزش شناخت سیاسی و تعهد قوی به شمول و عدالت در سلامت می باشد. این امر نشان دهنده ارزش حضور یک واحد مستقل است که به جای مدیریت، فرآیندهای مداخله ای مورد نیاز برای شمول اجتماعی را تسهیل کرده و نیز نشان دهنده ارزش وجود یک طرح استراتژیک و هدف گذاری به منظور تغییر است.

انصاف اجتماعی تنها در "تمرکز بر عدالت" در کانون سیاست گذاری های ملی ریشه ندارد. بلکه این توجه توسط شرایط محلی شمول و حضور منصفانه نیز تحریک و تغذیه می شود. یک راه برای حمایت از این امر، اجبار در ایجاد یک جامعه سالم و عدالت محور بعنوان یک الزام قانونی محلی است. این مسئله می تواند از راه تدوین یک برنامه توسعه محلی مردمی، اجباری و استراتژیک که به طور منظم مورد پایش و بازبینی قرار می گیرد صورت گیرد (کادر ۱۴،۶). تامین مالی اجباری برای حمایت از مداخله و مشارکت جامعه در فرآیند، حیاتی است. پایش و گزارش سالانه برای سنجش پیشرفت مجموعه ای از اهداف از جمله تأثیرات وارده بر عدالت در سلامت، کمک کننده خواهد بود.

مشارکت منصفانه در سیاست گذاری ها

حاکمیت خوب، پایه اقدام موفق بوده و مستلزم مورد توجه قرار دادن اعتماد، رابطه متقابل و مکانیسم های پاسخ گویی اجتماعی است (KNUS, 2007). به منظور آن که این امر انجام پذیرد، مشارکت منصفانه در حاکمیت مورد نیاز است. در واقع، یک جنبه لاینفک در داشتن حق سلامتی، مشارکت آگاهانه و فعال افراد و جوامع در تصمیم گیری های مربوط به سلامتی که آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد، است.

«تفاوت بین مشارکت شعارگونه (غیر واقعی) و مشارکت معنا دار، مانند تفاوت بین نوعی پیگیری و درگیر در موضوع بودن از شروع تا پایان می باشد. (مرکز تحقیقاتی Landon Pearson برای مطالعه دوران کودکی و حقوق کودکان ۲۰۰۷)

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۴.۳: حکومت ملی و محلی حضور عادلانه همه گروه ها و جوامع را در تصمیم گیری های مؤثر بر سلامت و متعاقباً در ارائه برنامه ها و خدمات و نیز ارزشیابی ها، تضمین نمایند (پیشنهادات ۶.۱؛ ۷.۱؛ ۹.۱؛ ۱۱.۶ را ببینید)

کادر ۱۴.۴: قانون اساسی اوگاندا و مشارکت شهروندان

اکنون اوگاندا، فعالانه مشارکت در تصمیم گیری در مورد سلامت را تشویق می کند. قانون اساسی اهمیت «مشارکت فعال همه شهروندان در همه سطوح» را مورد تأکید قرار داده و سازمان های جامعه مدنی نیز در تهیه طرح اقدام برای ریشه کنی فقر در اوگاندا، مشارکت داشته اند.

اوگاندا سیاست جدیدی در مورد تمرکز زدایی در بخش سلامت دارد. در سیستم های سلامت منطقه ای، چهار سطح سازمانی و اجرایی وجود دارد، که پایین ترین سطح تیم های سلامت روستا می باشند که به عنوان کمیته های سلامت روستا نیز شناخته می شوند. از دیدگاه داشتن حق سلامت، این تیم های سلامت روستا نقشی کلیدی در تامین مشارکت توده های جامعه در بخش سلامت بازی می کنند.

کادر ۱۴.۵: طرح ابتکاری شمول (به حساب آوردن) اجتماعی استرالیای جنوبی

طرح شمول اجتماعی، پاسخ دولت استرالیای جنوبی جهت پرداختن به مسئله طرد اجتماعی است، از طریق: تسهیل در اجرای برنامه‌های دپارتمان‌های دولتی، بخش‌ها و جوامع به صورت به هم پیوسته؛ حمایت مالی از و به کارگیری رویکردهای نوآورانه؛ توسعه مشارکت و ارتباط با دست‌اندرکاران و تمرکز بر روی پیامدها.

طرح شمول اجتماعی در همه بخش‌های دولتی و غیردولتی، با استفاده از یک مدل عمل می‌کند که منعکس‌کننده نگرانی‌های دولت استرالیای جنوبی و عموم مردم در مورد یک موضوع خاص یا گروهی خاص که شرایطشان در حال حاضر یا به صورت بالقوه، آن‌ها را از یک زندگی سالم و رضایت بخش محروم کرده است، می‌باشد.

هیأت شمول اجتماعی از ۹-۱۰ عضو و یک رئیس تشکیل شده است که عموماً از اعضای شناخته شده جامعه یا کارشناسان سطح بالا در حیطه خودشان هستند. رئیس و هیئت شمول اجتماعی مستقل از دولت هستند، اما قویاً در فرآیندی که از سوی دولت مورد حمایت قرار می‌گیرد جای گرفته و با آن در ارتباط اند. یک رابطه کاری نزدیک بین سرپرست هیأت شمول اجتماعی و نخست‌وزیر (رئیس دولت) و همچنین بین رئیس و مدیر اجرایی واحد شمول اجتماعی (SIU)، وجود دارد. هیئت شمول اجتماعی، حیطه اختیارات را مشخص کرده و مسئول موارد زیر می‌باشد:

- ارائه رهبری برای کارهای واحد شمول اجتماعی (Social Unit) Inclusion جهت اطمینان از این امر که دولت، توصیه‌های سیاسی کارشناسانه‌ای پیرامون موضوعات شناخته شده سیاست‌های اجتماعی و رویکردی هماهنگ و یکپارچه برای تدوین، اجرا و بازبینی جهت‌گیری‌های دولت جهت کاستن از محرومیت و انزوای اجتماعی، دریافت نموده است؛

- فراهم‌آوری پیشنهادات، اطلاعات و توصیه‌ها به نخست‌وزیر و کابینه از جمله توصیه در مورد اولویت‌های بالقوه برای تأمین مالی دولت؛

- فراهم‌آوری راهنمایی، حمایت و توصیه به واحد شمول اجتماعی جهت پرداختن به موضوعات شناخته شده از سوی نخست‌وزیر و کابینه؛

- تدوین استراتژی‌هایی برای مقابله با علل انزوای اجتماعی و ایجاد رهبری جهت تحت‌تأثیر قراردادن و شکل‌دادن به سیاست‌های ملی عدالت اجتماعی؛

- کمک به واحد شمول اجتماعی در توسعه و نگهداری مکانیسم‌های مشارکتی متناسب در کل دولت، جامعه و دست‌اندرکاران؛

- ارائه توصیه و اطلاعات به واحد شمول اجتماعی به منظور کمک در فعالیت‌های تحقیقاتی؛

- ارائه گزارش به نخست‌وزیر به صورت فصلی؛

منبع: Newman et al, 2007

کادر ۱۴.۶: برنامه ریزی مشارکت اجباری در بریتانیا

در لندن، قانون تصدی لندن بزرگ در سال ۱۹۹۹، مرکز تصدی لندن بزرگ (GLA) را پایه‌گذاری کرد. این قانون مسئولیت تدوین و ارائه یک طرح توسعه فضایی گسترده را (طرح لندن) به علاوه استراتژی‌ها مربوط به کیفیت هوا، تنوع زیستی، سرو صدای محیط، زباله‌های شهرداری، حمل و نقل، فرهنگ و توسعه اقتصادی را به این مرکز واگذار می‌کند. همچنین این قانون شامل مسئولیت قانونی برای شهردار و GLA به منظور ترویج سلامت، توجه به عدالت و اطمینان از توسعه پایدار می‌باشد.

GLA، جایگاه خوبی را برای کار مشترک در سطح شهر با همکاری شهردار، یک هیئت انتخاب شده مجزا، آژانس توسعه لندن، متصدی برنامه ریزی اورژانس و آتش‌نشانی لندن، پلیس پایتخت و حمل و نقل لندن، فراهم می‌نمود. لندن همچنین یک هیأت مشارکتی ویژه برای ارتقاء سلامت و کاستن از بی‌عدالتی‌ها در قالب کمیسیون سلامت لندن دارد که همه نهادهای قانونی، عمومی، خصوصی، دانشگاهی و آژانس‌های داوطلبانه را دور هم جمع می‌کند تا تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را تحت تأثیر قرار دهند.

منبع: LHC, 2000



که از سوی شهرداری و در تلاشی برای به کارگیری دانش و دیدگاه منحصر به فرد شهروندان در حل بسیاری از مشکلات شهر، ارائه گشت (کادر ۱۴،۷).

به طور مشابه، نمونه ونزوئلا (کادر ۱۴،۸) نشان دهنده مدلی از حاکمیت مشارکتی است که براساس اصول بودجه بندی مشارکتی و حمایت قانونی برای مشارکت جامعه پایه گذاری گردیده است.

حمایت مالی برای مشارکت منصفانه

یک جزء اساسی از ساختار حاکمیت حمایتی و مضمولی در عدالت در سلامت، حمایت مالی از جوامع و حکومت های محلی برای همکاری نمودن در ایجاد جوامعی سالم تر و عادلانه تر می باشد. نمونه Alegria Porto در برزیل تأثیر مهم و معنادار یک برنامه بودجه بندی مشارکتی بر سلامت جمعیت را نشان می دهد،

کادر ۱۴،۷: بودجه بندی مشارکتی در Alegria Porto، برزیل

Alegria Porto بودجه بندی مشارکتی را نهادینه کرده و به همه شهروندان اجازه داده تا در مورد بودجه شهرداری رأی دهند. در شهر جلسات آموزشی فراهم شده است تا اعضای جامعه بتوانند موضوع را درک کرده و در مباحث بودجه ای مشارکت نمایند. این آموزش ها برای آن دسته از اعضای جامعه که مستقیماً نمایندگی جوامع بزرگ تری را در هیأت های منطقه ای برعهده داشتند، با ارزش بود. مقامات دولتی و نمایندگان جامعه با کمک همدیگر این هیأت ها را که سالانه دوبار برگزار می شد، اداره می کردند. همکاری بین مقامات و شهروندان، منجر به یک بودجه پیشنهادی شد که بعداً در سطح جامعه به طور گسترده ای به رأی گذاشته شد. در حالی که مقامات شهری، نقش راهنمایی داشته و در سامان دادن به مسائل بودجه ای کمک می کردند، بودجه های پیشنهاد شده و نهایی شده، از سوی شهروندان **Alegria Porto** ایجاد می شدند.

برنامه بودجه بندی مشارکتی، منجر به ایجاد انگیزش برای تحرک بیشتر جامعه مدنی، درونداد جامعه و بهبودهای ملموس در زندگی شهری شد. از کل جمعیت شهر، ۸ درصد (صد هزار نفر) مستقیماً در بودجه بندی مشارکت داشتند، ۵۷،۲ درصد از شهروندان اظهار داشتند که در مورد کارهای عمومی مردم همیشه یا تقریباً همیشه «واقعاً تصمیم گیری می کنند». در مقایسه با ۱۷۱۴ خانواری که در دوره ۱۹۸۸-۱۹۸۶ کمک دریافت کرده بودند، بودجه جدید به دپارتمان مسکن اجازه داد تا به ۲۸۸۶۲ خانواده کمک برساند. سیستم جمع آوری زباله عملاً همه خانوارها را پوشش می دهد و از سال ۱۹۹۰ جمع آوری مجزایی را برای زباله های بازیافتی شامل شده است. عملاً همه مردم **Alegria Porto** در خانه های شان به سیستم لوله کشی آب دسترسی داشته و اغلب شبکه فاضلاب با کیفیتی دارند. بودجه بندی مشارکتی منجر به توسعه قدرت فراتر از شورای شهر شد و برای شهروندان ابزارهایی برای تغییر فراهم کرد. اکنون **Alegria Porto** بالاترین استاندارد زندگی و بالاترین امید زندگی بدو تولد را نسبت به هر کلان شهر دیگر در برزیل دارا می باشد. منبع: FNUS 2007

کادر ۱۴،۸: باریو آدنترو - حق سلامت و حق شمول اجتماعی در جمهوری بولیواری ونزوئلا

قانون اساسی ونزوئلا، قویاً به تبیین حق سلامت و نیز وظیفه شهروندان به پذیرش نقشی فعال در مدیریت سلامت، می پردازد. پیش نویس لایحه جدید سلامت عمومی ابراز می دارد که مشارکت در امر سلامت و کنترل اجتماعی بر سلامت، حق همه شهروندان بر اساس قانون اساسی می باشد و آن ها حق تصمیم گیری، مداخله و اعمال کنترل مستقیم به طور خودمختار و مستقل در همه مسائل مربوط به تشکیل، برنامه ریزی و تنظیم سیاست ها، طرح ها و پروژه های بخش سلامت به علاوه ارزشیابی، کنترل و پایش مدیریت بخش سلامت و تأمین مالی آن را دارا می باشند.

هیئت باریو آدنترو، عنصری کلیدی در پیشنهاد شمول اجتماعی گنجانده شده در قانون اساسی سال ۱۹۹۹ جمهوری بولیواری ونزوئلا می باشد. این هیأت که در سال ۲۰۰۳ ایجاد شد، تبدیل به یک برنامه سلامت عمومی ملی شده است که متعهد به از میان بردن نقص های مراقبت سلامت شده است. این هیأت، به ترویج اقدامات خاصی جهت مداخله و مشارکت رهبران محلی در طراحی و کنترل مدیریت سلامت می پردازد. از ژانویه ۲۰۰۴ هدف عمده هیأت باریو آدنترو، تأمین پوشش کامل مراقبت های اولیه سلامتی برای مردم بوده است.

در ساختار اجرایی هیأت باریو آدنترو، افراد مسئول ایجاد هماهنگی در گروه های پزشکی در بخش ها، شهرداری ها و مناطق با همکاری کمیته های محلی سلامت که به طور یکپارچه ای در پیش نویس سیاست ها، طرح ها، برنامه ها و پروژه های سلامت و همچنین در اجرا و ارزشیابی مدیریت هیأت شرکت دارند، می باشند. در سال ۱۵۰۲۰۰۶ کمیته ثبت شده مرتبط با باریو آدنترو و دیگر هیأت های اجتماعی وجود داشت. وظیفه کمیته سلامت، شامل شناسایی مشکلات سلامتی دارای اولویت در جامعه، اولویت بندی آن ها و تصمیم در مورد اقدامات عمده ای که جامعه باید برای پرداختن به این مشکلات انجام دهد، می باشد. عملکرد کمیته سلامت به وسیله قانون شوراهای محلی مربوط به ۶ آوریل ۲۰۰۶، مورد نظارت قرار می گیرد که اجبار می کند که کمیته های سلامت با دیگر سازمان های اجتماعی مرتبط با شورای محلی، به صورت هماهنگ عمل نمایند. در میان سایر مسئولیت ها، شوراهای محلی به جریان انداختن بودجه های تخصیص یافته هر اجتماع که شامل بودجه های کمیته های سلامت می باشد را نیز برعهده دارند. منبع: PAHO, 2006

منطقه عملیاتی ۱۴،۲: توانمند سازی سیاسی

جامعه مدنی را قادر به آن سازید که به طریقی سازمان دهی و عمل کند که حقوق اجتماعی و سیاسی را که بر عدالت سلامتی تأثیر گذار هستند را شناخته و ترویج دهند.

رویکردهای پایین به بالا (bottom-up) در مورد عدالت در سلامت

در حالی که توانمندسازی گروه‌های اجتماعی از طریق حضور آن‌ها در تنظیم دستور کاری مرتبط با سیاست‌ها و تصمیم‌گیری‌ها از اهمیت حیاتی برخوردار است، توانمندسازی اقدامات از طریق رویکردهای توده‌های مردمی و پایین به بالا از اهمیت زیادی برخوردار است (Sibal, 2006). تلاش‌ها بر علیه بی‌عدالتی‌های پیش روی محروم‌ترین افراد جامعه و فرآیند سازمان‌دهی این افراد، سبب ایفای نقش رهبری توسط افراد محلی می‌گردد، که این امر همان توانمندسازی است. توانمندسازی، به مردم احساس کنترل بیشتر بر زندگی و آینده‌شان را می‌دهد. این توانمندسازی تمامی جوانب زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال اگر آن‌ها یک کودک بیمار داشته باشند، به دنبال درمان او می‌روند تا این که او را به دست سرنوشت بسپارند و حتی بهتر از این، آن‌ها اقدامات اولیه‌ای مانند ایمن‌سازی را انجام می‌دهند تا از بیماری در مراحل اولیه پیشگیری شود.

شواهدی از مداخلات مرتبط با توانمندسازی جوانان، پیشگیری از HIV/AIDS، و توانمندسازی زنان پیشنهاد می‌کنند که "مؤثرترین استراتژی‌های توانمندسازی آن‌هایی هستند که بر پایه مشارکت واقعی بنا شده و آن را اجرایی می‌نمایند که این امر خودمختاری در تصمیم‌گیری، احساس وابستگی به محله و اجتماع و توانمندی روانی اعضای جامعه را تضمین می‌نماید" (WGEKN, 2007).

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۴.۴: توانمندسازی برای اقدام بر عدالت در سلامت از طریق رویکرد توده‌های مردمی و پایین به بالا مستلزم حمایت جامعه مدنی برای توسعه، تقویت و اجرای طرح‌های منطبق با عدالت در سلامت می‌باشد.

وضع تغییرات قانونی، جهت شناخت و حمایت از فعالیت‌های توانمندسازی جامعه، به حساب آورده شدن جامع‌گروه‌های محروم را در سطوح جهانی، ملی و محلی در رابطه با بهبود سلامت و عدالت در سلامت تضمین خواهد نمود. همچنین حمایت‌ها و تلاش‌های زنان برای هماهنگی سازمان‌های زنان از طریق تامین منابع توسط اهداکنندگان و دولت‌ها برای عدالت جنسیتی، از اهمیت برخوردار است (کادر ۱۴،۹).

همان‌طور که مثال SEWA نشان می‌دهد، ایجاد سازمان‌های مخصوص زنان یکی از راه‌هایی است که زنان برای ارتقاء انسجام و همبستگی، ارائه حمایت و کار مشترک برای تغییر انتخاب نموده‌اند. این سازمان‌ها دارای اندازه‌های مختلفی می‌باشند، از سازمان‌های کوچک روستایی یا گروه‌های محلی گرفته تا جنبش‌های بزرگ. ضروری است تا چنین سازمان‌ها و جنبش‌هایی به گونه‌ای که استقلال آن‌ها حفظ گشته و دوام طولانی مدت آن‌ها، از جمله خوداتکایی آن‌ها ارتقاء یابد، حمایت و تشویق شوند. این امر می‌تواند به چند طریق انجام شود:

- فراهم‌آوری منابع به عنوان پول پایه، صندوق‌های مالی در گردش و ارائه منابع مالی به سازمان‌های زنان، و تلفیقی از این موارد
- فراهم‌آوری موقعیت‌هایی برای ابراز وجود و کار شبکه‌ای.
- تامین حمایت برای ظرفیت‌سازی از طریق دوره‌های آموزشی، اعتبارات تخصیص یافته برای بهبود رهبری و مدیریت.

مثالی از ژاپن نشان می‌دهد که چگونه یک مشارکت مردمی از افرادی که خود را سازمان‌دهی کرده‌اند تا به حل موضوعات مربوط به مسائل سلامت عمومی و دیگر موضوعات مربوط به سازمان‌های دولتی و غیردولتی بپردازند، به شرط آن که جامعه دستور کار را هدایت کند و به طور کافی هم‌تامین مالی گردد، می‌تواند به خوبی عمل کند (کادر ۱۴،۱۰). این امر مستلزم توسعه مکانیسم‌هایی است که بخش‌های عمومی، خصوصی و جامعه مدنی را گرد هم آورد و نیز مستلزم تعریف نقش‌ها و مکانیسم‌هایی برای فعالان ملی و بین‌المللی برای حمایت از اقدام عمومی می‌باشد.

در حالی که ضروری است همه اعضای جامعه فرآیندهایی را که زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد مشترکاً کنترل نمایند، اما بدون تعهد سیاسی و رهبری و تخصیص منابع، چنین طرح‌هایی مانند مثال بنگلادش (کادر ۱۴،۱۱) تنها مدت کوتاهی تداوم پیدا خواهند کرد. نمونه‌های قابل توجهی وجود دارند که در آن‌ها یک دستور کار صریح در باره حقوق به طور موفقیت‌آمیزی در حاکمیت جهانی اعمال شده است.

مثلاً در مورد داروهای ایدز و حقوق مالکیت فکری وابسته به تجارت (TRIPS) اقدامات نشأت گرفته از جامعه مدنی آفریقای جنوبی با اقبال عمومی در سراسر دنیا، جریان‌های جاری بوجود آورد که منجر به تغییرات فوری و ساختاری نه تنها در دسترسی به بازار داروهای حیاتی، بلکه در فهم جهانی پرسش‌های مربوط به مالکیت فکری و به کار بردن هنجارهای مناسب برای عدالت در سلامت در سطح جهانی گردید (کادر ۱۴،۱۲).

جنبش‌های اجتماعی

برای ایجاد تغییر در وضعیت قدرت، نیاز به فضایی جهت به چالش کشیدن و اعتراض توسط جنبش‌های اجتماعی وجود دارد. اگر چه جنبش‌های اجتماعی و سازمان‌های محلی، گرایش به فعالیت پیرامون موضوعات عینی و واقعی در زندگی روزمره محلی را دارند اما اقدامات‌شان به طور واضحی ریشه در ساختارها و فرآیندهایی دارد که فراتر از قلمرو محلی گسترش یافته‌اند. این جنبش‌ها یکی از سه شکل زیر را به خود می‌گیرند: جوامع سیاسی (مثل احزاب سیاسی، گروه‌های فشار، گروه‌های لابی) که در صدد نفوذ در قلمرو سیاسی‌اند؛ جوامع مدنی مانند اتحادیه‌های صنفی، سازمان‌های روستایی و جنبش‌های مذهبی؛ و دیگر جوامع مدنی-سیاسی که فعالیت‌های جوامع سیاسی و مدنی (مثل جنبش‌های کارگری، جنبش زنان و جنبش ضد آپارتاید) را با هم ادغام می‌کنند.

جنبش مردمی سلامت (<http://phmovement.org>)، شبکه بزرگ جامعه مدنی از فعالان بخش سلامت حمایت‌کننده از سیاست سلامت برای همه سازمان‌های جهانی بهداشت در ابعاد جهانی می‌باشد و با علل اقتصادی و سیاسی بی‌عدالتی‌های گسترده در سلامت در سراسر جهان مبارزه می‌کند و خواستار برگشت به اصول آلماتا است. حمایت از جنبش مردمی سلامت و سایر سازمان‌های مشابه جامعه مدنی، مانند جنبش جهانی ضد فقر و جنبش کارگری کمک می‌کنند تا از این امر که اقدامات صورت گرفته پیرامون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت؛ توسعه یافته، اجرا و ارزشیابی شده‌اند؛ اطمینان حاصل شود.

جامعه‌ای که دغدغه توزیع عادلانه‌تر و بهتر سلامت را دارد، جامعه‌ای است که با روابط نابرابر قدرت؛ از طریق مشارکت و تضمین شنیده شدن و مدنظر قرار گرفتن تمامی نظرات در تصمیم‌گیری‌های مربوط به عدالت در سلامت، به چالش برمی‌خیزد. شمول (به

حساب آوردن) بیشتر مستلزم سیاست ها، قوانین، نهادها و برنامه های اجتماعی برای حفاظت از حقوق افراد است. این امر نیازمند درگیر نمودن افراد و گروه ها برای ابراز قوی تر و مؤثرتر نیازها و منافع شان در تدوین سیاست ها می باشد. این امر همچنین مستلزم حرکت های جامعه مدنی و جنبش های اجتماعی فعال می باشد. واضح است که اقدامات محلی یا جامعه مدنی پیرامون بی عدالتی های سلامتی، جدا از مسئولیت دولت در تضمین مجموعه ای جامع از حقوق و توزیع عادلانه کالاهای مادی و اجتماعی اساسی میان گروه های جمعیتی، نمی باشد (Irwin, solar, 2007). رویکردهای بالا به پایین و پایین به بالا هر دو به طور مساوی از اهمیت برخوردار بوده و حیاتی می باشند.

کادر ۱۴.۹: حمایت قانونی برای توانمندسازی جامعه - SEWA، هند.

همانند سایر زنان خویش فرما (خود اشتغال) فقیر، فروشندگان تره بار احمد آباد، هند، نیز در شرایط ضعیفی زندگی می کنند. SEWA، یک اتحادیه متشکل از تقریباً ۱ میلیون کارگر، نمونه ای از اقدام جمعی از سوی این زنان برای به چالش کشیدن و تغییر شرایط است.

فروشندگان تره بار، که به طور مداوم از سوی مقامات محلی مورد آزار و اذیت قرار می گرفتند، با SEWA متحد شدند تا برای تقویت وضعیت شان از طریق به رسمیت شناخته شدن توسط گواهینامه و کارت های هویت وارائه آن به شوراهای شهری، که فعالیت های بازار و توسعه شهری در دست آن هاست، به مبارزه بپردازند. این فعالیت که در ایالات گجرات شروع شد، بعدها راه خود را به دیوان عالی هند باز نمود.

به منظور تقویت کنترل بر روی معیشت، اعضای SEWA در برپایی مغازه های عمده فروشی سبزیجات، به هم پیوستند تا بدین طریق دست دلانان استثمارگر را کوتاه کنند. همچنین SEWA مراقبت از بچه ها را سامان بخشیده، مراکزی را برای نوزادان و بچه های کوچک دایر کرده است و در سطح دولتی و ملی برای حمایت از مراقبت از کودکان، به عنوان یک حق برای همه زنان کارگر به فعالیت پرداخت. به علاوه اعضای SEWA، شرایط زندگی شان را به وسیله برنامه های ارتقاءدهنده محله های فقیر نشین و جهت ایجاد زیر ساخت های اساسی، بهبود بخشیدند. البته این عمل با همکاری دولت، سازمان های جامعه مدنی و بخش تعاون صورت گرفت. به منظور حل مشکل دسترسی به اعتبار، بانک SEWA، برای زنان خویش فرما (خود اشتغال) فقیر، وام های کوچک و تسهیلات بانکی فراهم نمود. مالکیت این بانک از آن اعضا بوده و سیاست هایش از طریق هیئت برگزیده ای از زنان کارگر شکل می گیرد.

منبع: SEWA Bank, nd

کادر ۱۴.۱۰: قدرت جامعه - ژاپن

جمعیت ناحیه کاماگاساکی، حدود ۳۰۰ هزار نفر تخمین زده می شود که تقریباً ۲۰۰۰۰ نفر آن ها کارگران روزمزد هستند و بقیه، شهروندان عمومی یا کارگران خود اشتغال می باشند. مهم ترین مشکل کارگران این است که دسترسی آن ها به پیش نیازهای سلامتی مانند غذا، مسکن، اشتغال و به حساب آورده شدن اجتماعی، تضمینی و حتمی نیست.

حرکتی به منظور احیای مجدد در سال ۱۹۹۹، با حمایت گروه های حمایتی سازمان های غیر دولتی و در کنار طرح های ابتکاری کلیسا و فعالیت فزاینده اتحادیه های کارگری، پا به عرصه نهاد. در همان زمان اولین گروه از توده های مردمی به منظور توسعه جامعه در منطقه، با نام هیأت احیای مجدد کاماگاساکی تشکیل شد. این گروه شروع به خلق و ایجاد پیوندهای محلی نموده و مردم را به تجارت های جدید تشویق نمود. این هیأت به احیای مجدد منطقه کاماگاساکی مشغول شد منطقه ای که از نظر اجتماعی، زمانی به عنوان جامعه منزوی در نظر گرفته می شد، این بازسازی از طریق کشف مجدد دارایی ها و منابع (انسانی) محلی، توانمندسازی منابع و دارایی ها به وسیله ایجاد شبکه در بین آن ها و بهبود امکان زندگی، صورت گرفت.

این هیأت به شماری از نقاط عطف دست یافته است. از آن جایی که این هیأت، اولین مناظره سیاسی و جذب رأی را در سال ۲۰۰۳ در این منطقه برپا نمود، این منطقه تنها منطقه ای بود که در انتخابات عمومی آن سال در بخش نیشیناری و آزاکا، افزایش مشارکت رأی دهندگان را داشت. سیاست مداران، شروع به تبلیغات دیواری برای جمع آوری رأی در آن منطقه کردند. افزایش میزان رأی تا حدودی در نتیجه طرح های ابتکاری خصوصی بود که منجر به افزایش فراهمی مسکن دائمی برای کارگران در سکونت گاه های قبلی شده بود. در سال ۲۰۰۰، هیأت برای افراد کارگر/ بی خانمان فرصتی فراهم کرد تا یک کمک هزینه معیشتی دریافت کنند، بعد از این که چندین نفر از مالکین هتل های ارزان، هتل های شان را به خانه های حمایتی تبدیل کردند - نوعی آپارتمان های کوچک که برای افراد با نیازهای ویژه تطبیق یافته بودند و خدمات حمایتی را برای حفظ خود-اتکایی ساکنان فراهم می کردند. این امکانات، فرصتی را برای افراد بی خانمان و کارگران روزمزد فراهم کرد تا برای دریافت کمک هزینه عمومی اقدام نمایند. همچنین قانون ملی ۱۰ ساله بی خانمان ها، که مسئولیت مقامات شهری و دولتی را در قبال مشکلات تصریح می کند را نیز باید یک پیشرفت مثبت تلقی نمود.

منبع: KNUS, 2007

کادر ۱۴.۱۱: مشارکت جامعه در بنگلادش

طرح‌های دولتی به دنبال ارتقاء مشارکت جامعه در ارائه خدمات اساسی بوده‌اند. برای مثال برنامه ۵ ساله (۲۰۰۳-۱۹۹۸) بخش سلامت و جمعیت دولت، شامل بخشی جهت تشویق خدمت‌گیرندگان به پایش عملکرد فراهم‌کنندگان عمومی در سطح محلی بود. سازمان‌های غیردولتی منتخب، کمیته‌های محلی دست‌اندرکاران را به منظور ظرفیت‌سازی/آموزش جهت مشارکت و تبادل نظر با خدمت‌گیرندگان تشکیل دادند. زنان و مردان، نخبگان و افراد بی‌زمین، برای مشارکت در کمیته‌ها استخدام گردیدند. مشارکت‌های قوی و متغیر و عضویت‌های گوناگونی وجود داشت، این امر سبب گردید که آگاهی درباره تسهیلات سلامت عمومی ارتقاء یابد، همچنین تقاضای جامعه برای سلامت عمومی افزایش یافت و پزشکان مجبور بودند تا در طی ساعت کاری در محل کار حاضر شده و دستمزد‌های غیرقانونی دریافت ندارند. با این حال و متأسفانه، آگاهی جامعه در مورد کمیته‌ها و فرصت‌هایی که آن‌ها به منظور ارائه بازخورد به سیستم مراقبت سلامت فراهم کرده بودند، اندک بود. کمیته‌ها، اختیارات و قابلیت‌سیاسی لازم برای اتخاذ تصمیمات را نداشته و با شروع اجرای برنامه‌های جدید بخش سلامت در سال ۲۰۰۳، که به ادامه کار کمیته‌های دست‌اندرکار نپرداختند، اغلب آن‌ها منحل شدند. همچنین طرح ۵ ساله (۲۰۰۳-۱۹۹۸)، نیز به تجربه این نوع از مالکیت تسهیلات سلامتی توسط جامعه پرداخت. از جامعه انتظار می‌رفت که واگذاری زمین را تقبل نماید و هزینه‌های ساخت نیز بین جامعه محلی و دولت مرکزی تقسیم می‌گردید. با این حال عضویت گروه‌های اجتماعی به صورتی تبعیض‌آمیز به نفع نخبگان محلی و بستگان رئیس، صورت می‌گرفت. رهبری ضعیف بوده و در نبود ساختارهای تعریف‌شده، روابط نابرابر بین اغنیا و فقرا و زنان و مردان دوباره شکل گرفت و به نظرات اشخاصی که دارای وضعیت پایینی بودند اهمیت داده نمی‌شد.

منبع: SEKN, 2007

کادر ۱۴.۱۲: اقدام پیرامون حقوق و تجارت: نمونه داروهای AIDS

حقوق افراد نسبت به سلامت، مستلزم تامین داروهای اساسی به عنوان یک وظیفه اصلی است که این حق، نمی‌تواند به خاطر منافع مالکیت خصوصی یا رشد اقتصاد داخلی، مورد تجارت قرار گیرد. این حق ممکن است برای تشکیل، اجرا و تفسیر قوانین تجاری، توسط مراجع قضایی داخلی، دولت‌ها و سازمان تجارت جهانی یک ابزار مفید باشد. به طور مشابه، قدرت رو به رشد این حق در شاخه‌ای نو ظهور از علم حقوق نیز منعکس گردیده است که در آن داروها تحت عنوان حمایت از حقوق بشر قابل مطالبه گشته‌اند. یک دهه قبل، هزینه بالای داروهای ایدز منجر به این شد که سازمان جهانی بهداشت و UNAIDS توصیه کنند که درمان این بیماری در کشورهای فقیرتر، یک استفاده عاقلانه از منابع نمی‌باشد و پیشگیری از HIV/AIDS، نسبت به درمان ترجیح داده شد. هیچ منبع تامین مالی بین‌المللی برای کمک به کشورهای در حال توسعه جهت خرید این داروها وجود نداشت و شرکت‌های دارویی نیز به ندرت به ارائه تخفیف برای داروها مبادرت می‌نمودند. به همین دلیل نبرد شگفت‌آوری بر سر داروهای ایدز به وقوع پیوست که اوج آن در سال ۲۰۰۱ در انجمن تولیدکنندگان دارو در کشور آفریقای جنوبی صورت گرفت. بین سال‌های ۱۹۹۷ و ۲۰۰۱، آمریکا و ۴۰ کمپانی دارویی، دادخواهی و فشارهایی تجاری انجام دادند تا از تلاش دولت آفریقای جنوبی برای تصویب قانونی جهت دسترسی به داروهای قابل استطاعت جلوگیری کنند. صنعت دارو ادعا می‌کرد که این قانون (و واردات موازی که این قانون، آن‌ها را مجاز می‌شمرد)، TRIPS و قانون اساسی آفریقای جنوبی را نقض کرده و انگیزه صنعت برای نوآوری در ایجاد داروهای جدید را مورد تهدید قرار می‌دهد. در نتیجه کمپانی‌های دارویی به دادگاهی در آفریقای جنوبی مراجعه کردند. سطح غیرمعمولی از اقدام عمومی مقارن با آن انجام شد که سبب انتقاد جهانی از این شرکت‌ها گردید. نتیجه آن شد که در آوریل ۲۰۰۱، شرکت‌های دارویی از این مورد صرف نظر کردند.

جریانی طبیعی متعاقباً رخ داد که با موجی از فشارها در بیانیه‌های بین‌المللی سازمان ملل پیرامون درمان به عنوان یک حق بشری و تاکید بر الزام دولت‌ها در درمان ضد ویروسی همراه بود. در همان سال سازمان تجارت جهانی، بیانیه‌اش پیرامون TRIPS و سلامت عمومی را صادر کرد. این تعهدات بدیهی با تغییرات قابل توجهی در سیاست‌ها و قیمت‌ها همراه گشت. هزینه درمان‌های ضد ویروسی در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین از ۱۵۰۰۰ دلار به ۵۴۹-۱۴۸ دلار در سال کاهش یافت. و مکانیسم‌های تامین مالی جهانی جدیدی مثل صندوق جهانی مبارزه با HIV/AIDS، سل و مالاریا، طرح PEPFAR در آمریکا و برنامه چند کشوری بانک جهانی برای آفریقا، ایجاد شدند.

در سال ۲۰۰۲، سازمان جهانی بهداشت، آرمان تحت درمان قرار دادن ۳ میلیون نفر با داروهای ضد رتروویروس را اتخاذ کرد که در آخر سال ۲۰۰۵ به آرمان دسترسی همگانی به درمان تا سال ۲۰۱۰ تغییر یافت. هدف مشابهی نیز از سوی مجمع عمومی سازمان ملل و گروه G8 اتخاذ شده است. در مدت ۵ سال دسترسی به درمان ضد ویروسی در آفریقای زیر صحرای کمتر از ۱ درصد به میزان‌های کنونی ۲۸ درصد افزایش یافته است.

منبع: Forman, 2007

فصل پانزدهم حاکمیت خوب جهانی

"ما شاهد یک دوره جدید و بسیار مهم از تاریخ بشریت هستیم و در آن زندگی می کنیم."

Kemal Dervis (2005)



حاکمیت خوب جهانی و عدالت در سلامت

تفاوت‌های فاحش در سلامت و شانس زندگی افراد در گوشه و کنار دنیا، نشان‌دهنده عدم تعادل عمیق، دائمی و رو به توسعه در توانمندی و موفقیت کشورهای مختلف است. در سال ۲۰۰۰، ثروت متوسط افراد دهک بالای دهکده جهانی، ۳۰۰۰ برابر ثروت متوسط افراد دهک پایین آن بوده است (Davies et al, 2006). بین فقیرترین و غنی‌ترین کشورها میزان اختلاف درآمد زندگی بدو تولد معادل ۴۰ سال است - چهار دهه از عمر نادیده انگاشته شده است. هزینه‌های فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات - جنبه‌های حیاتی رشد جهانی شدن - در بعضی از کشورهای کم درآمد ۱۷۰ بار گرانتر از کشورهای با درآمد بالا است. در حالی که خطرات مرتبط با جهانی شدن - در ارتباط با سلامتی، تجارت و سرمایه یا امنیت بشری - که به صورت فزاینده‌ای فراکشوری شده‌اند، به صورت نامتناسبی در کشورهای با درآمد پائین یا متوسط تجربه می‌شوند و منافع شان غالباً به صورت نابرابری در کشورهای با درآمد بالا توزیع می‌شوند. لازم است جامعه بین‌المللی، تعهد مجدد خود را نسبت به سیستم‌های چند جانبه‌ای که در آن‌ها همه کشورهای چه غنی و چه فقیر با حق بیان عادلانه‌ای دخیل هستند، اعلام نماید. و این مهم تنها از طریق یک سیستم حاکمیت جهانی که انصاف در سلامتی را در قلب دستورالعمل‌های توسعه‌ای و عدالت واقعی در نفوذ را در مرکز تصمیم‌گیری‌ها قرار می‌دهد، به طوریکه موجب منسجم شدن توجهات به عدالت در سلامت در سطح جهانی و فهم این امر که کلیه افراد حق داشتن شرایطی را که منجر به سلامتی می‌شود را دارند، امکان‌پذیر می‌شود.

فرصت‌ها و تهدیدها

جهانی شدن فرصت‌های جدیدی را برای عدالت در سلامت به وجود آورده است. اما این مسئله تهدیدها و خطراتی را هم در بر داشته است. بازارهای جهانی، بدون توسعه هم‌زمان در سازمان‌های اقتصادی و اجتماعی که برای عملکرد عادلانه و هموار لازم است، به سرعت توسعه یافته‌اند. در همین زمان، نگرانی‌هایی در مورد غیر منصفانه بودن بودن قوانین مهم جهانی.. و اثرات غیر یکنواخت این قوانین بر کشورهای غنی و فقیر وجود دارد (کمسیون جهانی تأثیرات اجتماعی جهانی شدن، ۲۰۰۴). تصویر فعلی جهانی شدن بیان‌گر کشورهای برنده و کشورهای بازنده است. برای پرداختن به خطر بی‌عدالتی‌های ناشی از جهانی شدن و برای مدیریت ظرفیت‌های جهانی شدن جهت سلامتی بهتر و منصفانه‌تر، نیاز به روش‌های جدید حاکمیت جهانی می‌باشد. جهانی شدن، فرصت‌های بی‌نظیری را برای تحقق عدالت در سلامت از طریق حاکمیت موثر در اختیار قرار می‌دهد. اما آن‌چه که می‌تواند تبدیل به فرصت شود، اگر مدیریت صحیحی نشود به تهدید تبدیل خواهد شد.

خصوصیات جهانی شدن - مانند تجارت آزاد و بازارهای مشترک بین چند کشور - باعث تغییرات مهمی در سیاست‌های توزیعی و تولیدی ملی کشورها گردیده است. "تطبیق ساختاری" - هسته اصلی برنامه ریزی و سیاست‌گذاری که از سال ۱۹۷۰ به بعد آغاز شده است - ظهور یک باور غالب (گاهی به نئولیبرال‌ها منتسب می‌شود) در نهادهای جهانی را مد نظر قرار داده است. که برای کاهش تورم در کشورهای در حال توسعه مقروض، کاهش هزینه‌های عمومی و ترویج توسعه - که غالباً همه به سمت پرداخت بدهی‌ها جهت‌گیری شده‌اند - سیاست‌های انطباقی به ترویج آزادسازی تجارت، خصوصی‌سازی و کاهش نقش بخش‌های دولتی، طراحی شده‌اند. این امر اثرات نامطلوب شدیدی بر تعیین‌کننده‌های کلیدی اجتماعی سلامت - شامل مراقبت‌های سلامتی و آموزش - در اکثر کشورهای مشارکت‌کننده دارد. بدون شک بسیاری از کشورها خواستار بهره‌مندی از کاهش تورم مهار نشده و بهبود مدیریت مالی هستند. اما مشخص نیست که سخت‌گیری‌ها و سیاست‌های خشکی که تطبیق ساختاری تحمیل می‌کند باعث اثرات مطلوب مورد انتظار شود و اگر هزینه‌های سلامتی و اجتماعی دارای مجوز باشند این اثرات مطلوب خیلی کمتر هم می‌شوند (Jolly, 1991).

کادر ۱۵.۱: جهانی شدن - تأثیرات سیاست‌گذاری در به خطر انداختن عدالت در سلامت

سیاست‌هایی که می‌توانند عدالت در سلامت را به خطر بیاندازند شامل: ۱- توسعه‌های تکنولوژیکی که باعث کاهش سریع هزینه حمل و نقل، ارتباطات و تهیه اطلاعات می‌گردد که در کنار تغییرات سازمانی مانند آزادسازی تجارت، سازمان‌دهی مجدد جهانی، تولید را به گونه‌ای افزایش می‌دهد که می‌تواند منجر به بی‌عدالتی گردد؛ افزایش میزان سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در ارتباط با تجارت، نشان‌دهنده توسعه تبادلات سرمایه‌های مستقیم و تجارت در تهیه و تامین کالاها و خدمات می‌شود؛ اهمیت روزافزون تولیدات 'off-shored' (از کشورهای با قوانین مالیاتی بالا) یا out-sourced (از دیگر کمپانی‌ها) که اغلب توسط پیمان‌کاران انجام می‌گردد نه توسط شرکت‌های فرعی یا مقاطعه‌کاران فرعی بر اساس خواست کارخانجات یا شرکت‌های مادر، غالباً موجب افزوده شدن شرایط کاری پایین‌تر می‌شود؛ افزایش قابل توجه در سرمایه‌گذاری اوراق سهام بیش فعال (با برگشت سریع سرمایه) (پول داغ) افزایش خطر بحران پول رایج را موجب می‌شود؛ افزایش رقابت در سرمایه‌گذاری و در نتیجه شیفت قدرت از مسئولین محلی و ملی به سمت تصمیم‌گیران در بازارهای مالی جهانی که باعث به وجود آمدن سیاست‌های مضر برای عدالت در سلامت می‌شوند؛

منبع: GKN 2007

مقدار زیادی از این کاهش مربوط به انتقال وضعیت اقتصادی اتحاد جماهیر شوروی سابق و همه گیری HIV/AIDS است (البته از سال ۲۰۰۵ تا سال های اخیر میزان مرگ ناشی از HIV/AIDS در کشورهای آفریقای زیر صحرا کاهش داشته است). بررسی آنالیز رگرشن انجام شده توسط شبکه دانش جهانی شدن (GKN) پیشنهاد می کند که عوامل دیگری مانند آن هایی که از سیاست های اقتصادی بازار محور غالب مشتق می شوند، منجر به پراکندگی اقدامات محلی در مورد امید زندگی بدو تولد شده اند. در حالی که در کشورهای OECD به میزان امید زندگی بدو تولد سه سال اضافه شده است، در آفریقای زیر صحرا این میزان در حدود شش سال کاهش یافته است.

همراه با افزایش بی عدالتی در سلامت در بین کشورهای مختلف، مرحله جدید جهانی شدن، این بی عدالتی را در میان کشورها نیز افزایش داده است. تجارت آزاد و بازارهای مشترک که باعث پدیدار شدن بازار نیروی کار جهانی شده است و نیاز به انعطاف پذیری بازار نیروی کار را افزایش داده است، باعث افزایش عدم امنیت شغلی شده است (فصل ۷ را ببینید: اشتغال منصفانه و کار شایسته). افزایش تقاضا برای نیروی کار، با وجود این که موجب افزایش فرصت های شغلی برای مشارکت زنان در نیروی کار گردیده همچنین باعث حفظ تفاوت های ناعادلانه بین دو جنس در مورد اشتغال شده است که به طور هم زمان باعث تحمیل بار دو برابر بردوش زنانی که مسئولیت نگهداری از خانواده و خانه را هم به عهده دارند گردیده است (فصل ۱۳ را ببینید: عدالت جنسیتی). سودهای حاصل از گسترش بازار و افزایش تولید به میزان مساوی در جوامع توزیع نشده است. بانک جهانی تصدیق می کند که "تغییرات بازار نیروی کار منجر به نابرابری اقتصادی در کشورهایی می شود که ۸۶ درصد جمعیت کشورهای در حال توسعه را تا سال ۲۰۳۰ دربر خواهد داشت، که موجب می شود فقرای فاقد تخصص باز هم بیشتر از این عقب بمانند" (World Bank, 2007).

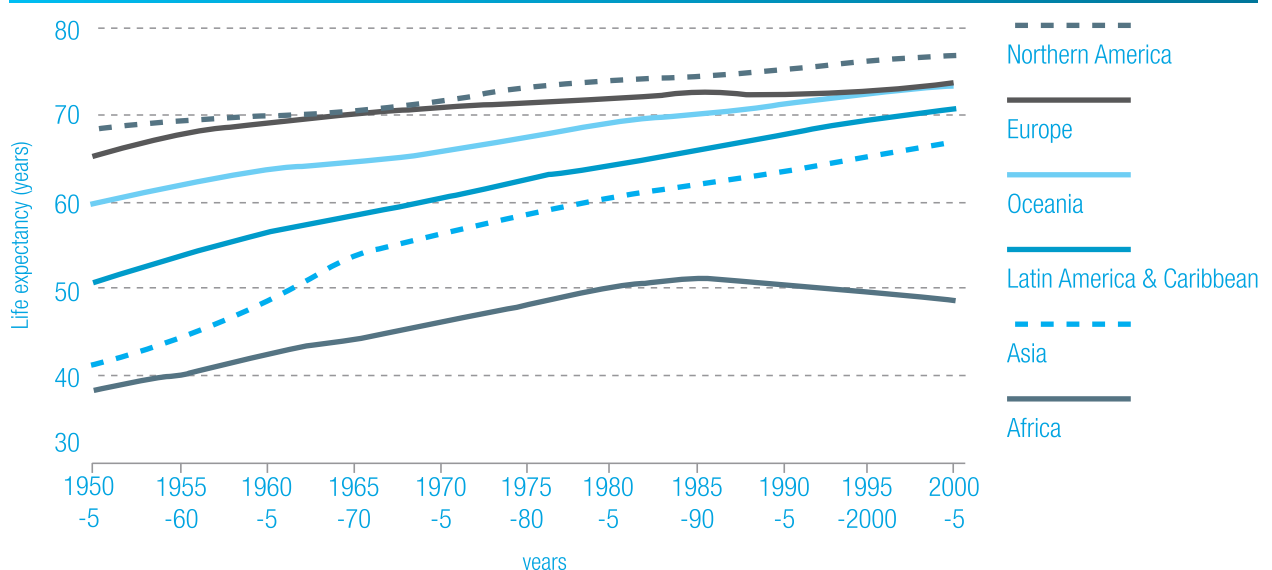
فقر پایا

با وجودی که مذاکره در مورد ارتباط بین آزادسازی تجارت و رشد ادامه دارد، مشخص است که افزایش تجارت در معنای بهبود یافته اش مطلوب است - با این تصور که در محدوده بایدهای زیست محیطی بوده و استفاده از منابع به گونه ای باشد که برای همیشه باقی بمانند. به هر حال رابطه بین جهانی شدن، رشد و کاهش فقر عمیقاً مشکل آفرین است. به طور کلی تعداد افرادی که با درآمدی معادل یا کمتر از یک دلار در روز زندگی می کنند در بین سال های ۱۹۸۱ و ۲۰۰۳ به میزان ۴۱۴ میلیون کاهش یافته اند. اگرچه بیشتر این کاهش به دلیل کاهش سریع فقر در چین بوده است (Chen & Ravallion, 2004). بالا رفتن موج جهانی شدن، همه کشتی ها را بالا نکشیده است یا باعث بالا آمدن شدید آن ها نشده است - و یا این بالا آمدن به اندازه رشد جمعیت نبوده است. در طی این مدت تعداد افرادی که در آفریقای زیر صحرا با درآمدی معادل یا کمتر از یک دلار در روز زندگی می کنند دوبرابر شده است و تعداد افرادی که با درآمد دو دلار در روز زندگی می کنند نیز تقریباً دو برابر شده است.

بی عدالتی در سلامتی در سطح جهان

افزایش ثروت و دانش جهانی باعث افزایش عدالت در سلامت جهانی نشده است. به جای آن که هم گرایی صورت پذیرد و کشورهای فقیرتر به جایگاه کشورهای OECD برسند، میزان امید زندگی دچار پراکندگی گردیده است یعنی در بعضی از آن ها این میزان بهبود داشته است، در بعضی کشورها در همان حد باقی مانده است و وضعیت تعدادی از آن ها نیز بدتر شده است. (شکل ۱۵.۱) در حالی که میزان امید زندگی بدو تولد در کشورهای با درآمد بالا، هم گرا شده و به مقدار ثابتی رسیده است در کشورهای با درآمد متوسط نیز در حال نزدیک شدن به وضعیت کشورهای با درآمد بالا می باشد، اما در بسیاری از کشورهای آفریقای زیر صحرا و در کشورهای در حال انتقال از نظر وضعیت اقتصادی، امید زندگی بدو تولد در سال ۲۰۰۶ کمتر از میزان آن در سال ۱۹۹۰ بوده است.

شکل ۱۵.۱: امید زندگی در بدو تولد در سال های ۱۹۵۰-۲۰۰۵ بر حسب منطقه.



Reprinted, with permission of the publisher, from Dorling et al. (2006).

نیاز مجدد به حاکمیت جهانی

در کنار آزاد شدن تجارت، شکل‌های رشد اقتصادی و واگرایی شرایط سلامتی؛ جهانی شدن شاهد افزایش خطرات حاد دیگری برای عدالت در سلامت بوده است. رشد سریع سرمایه‌های در گردش باعث بی‌ثباتی بازارهای پولی بین‌المللی شده و احتمال بروز بحران‌های مالی مکرر را تشدید می‌کند (کادر ۱۵،۲). فقر پایا و افزایش نابرابری اقتصادی اغلب مرتبط با استثمار چند ملیتی منابع طبیعی کشورهاست، باعث تعارضات بین‌المللی فزاینده شده و فشار به افراد را تشدید می‌نماید (کادر ۱۵،۳). تعارضات، فقر و تحرکات اقتصادی، همه موجب افزایش قابل توجه مهاجرت در داخل کشورها و در بین مرزهای کشورها می‌شود (کادر ۱۵،۴).

تاثیرات جهانی شدن بر بی‌عدالتی در سلامت در میان کشورها را می‌توان از روی توافق نامه‌هایی دریافت که استفاده از تعرفه گمرک را محدود می‌کند و باعث کاهش دارایی‌های عمومی در کشورهای فقیر که درآمدهای مالیاتی مستقیم ضعیفی دارند می‌شود و لذا سبب کاهش صرف هزینه توسط بخش عمومی برای تعیین‌کننده‌های اصلی اجتماعی سلامت مانند سلامت و آموزش می‌شود (فصل ۱۱ را ببینید: تامین مالی منصفانه). تجارت آزاد با افزایش تجاری شدن مراقبت‌های سلامتی همراه بوده است - این افزایش موجب تشدید بی‌عدالتی در دسترسی و منتفع شدن گروه‌های فقیرتر از مراقبت‌های سلامتی و افزایش هزینه دسترسی به داروهای حیاتی تحت رژیم حق مالکیت فکر می‌شود (فصل ۱۲ را ببینید: مسئولیت بازار) (GKN, 2007).

کادر ۱۵.۲: سرمایه جهانی

در جهانی شدن معاصر، حجم فزاینده‌ای از سرمایه‌های متحرک به داخل و خارج کشورها، در حدی که هیچ دولت یا خزانه داری به تنهایی قادر به کنترل آن نیست جریان دارد. همراه با این افزایش حرکت سرمایه، میزان بحران‌های جهانی در سطح جهان بیشتر شده است - بحران‌هایی مانند بحران مکزیک در ۱۹۹۴، بحران آسیا در ۱۹۹۷، روسیه در ۱۹۹۸، آرژانتین در ۲۰۰۱. این بحران‌ها یک تاثیر اساسی بر تعیین‌کننده‌های کلیدی سلامت دارند، به ویژه از طریق میزان ظرفیت دولت برای سرمایه‌گذاری در بخش عمومی و ثبات بازارهای کار.

کادر ۱۵.۳: تعارضات جهانی

تعارضات، به خاطر ارتباط داشتن با و شدت بخشیدن به فقر و بی‌عدالتی اقتصادی در سطح جهان، هم‌چنان به عنوان یک معضل در سطح جهان باقی مانده و معیاری برای شکست حاکمیت در کشورها و در دنیا می‌باشند. در ۱۹۹۰، ۵۰۲۰۰۰ مرگ مرتبط با جنگ در سطح جهان وجود داشت به طوری که جنگ را سومین علت مرگ‌خشن در سطح جهان ساخت. از آغاز ۱۹۹۰، جنگ‌ها به طور مستقیم ۳،۶ میلیون نفر را کشتند و ۵۰ میلیون نفر را آواره کردند. در عصر حاضر و در جهان در حال توسعه، جنگ اغلب به معنی فقر است. به طور دقیق‌تر، این امر یک تراژدی است که آفریقای زیر صحرا را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از ۴۹ مناقشه‌ای که در سطح جهان از سال ۱۹۹۰ رخ داده است، ۹۰ درصدش در این منطقه بوده است. علل عمده مناقشات - به ویژه در مناقشات مردمی داخل کشورها - در کنار درآمد پایین ملی و فقر، مواردی از قبیل عدالت، دسترسی به منابع، هویت‌های نژادی و انزوای اجتماعی وجود دارد.

کادر ۱۵.۴: مهاجرت در سطح جهان

با بالا گرفتن مناقشات، مردم به مهاجرت پرداختند - چه در داخل کشورها و چه در بین کشورها. از سال‌های آخر دهه ۱۹۷۰ تا حالا، تعداد پناهندگان داخلی و خارجی به طور ثابتی افزایش داشته است. بر اساس تحقیق پناهندگان جهانی (۱۹۹۶)، در سال ۱۹۹۵ در آفریقای زیر صحرا، جمعاً ۵،۲ میلیون پناهنده وجود داشته است که بیشترین آن‌ها از جمهوری دموکراتیک کونگو بوده‌اند (ژنر سابق) (۱،۳ میلیون) و بعد از آن اتحاد جماهیر تانزانیا (۰،۷ میلیون) و گینه (۰،۶ میلیون) قرار دارند. تعداد مهاجرین داخلی حتی بیشتر از این میزان بوده است و حدس زده می‌شود که تنها در آفریقا این رقم بیش از ۸ میلیون نفر باشد. مهاجرت - چه اجباری و چه داوطلبانه - حوزه جدی دیگری است که در آن فعالیت و خوب زیستی انسان‌ها وابسته به یک سطح حاکمیتی است که بالاتر از حاکمیت ملی است. علاوه بر مهاجرت‌های اجباری و تاثیرات انسانی و سلامتی آن، جهانی شدن باعث تشدید مهاجرت نیروی کار از کشورهای فقیر شده است. از جمله مهاجرت‌های مربوط به این مبحث مهاجرت زیاد کارکنان بخش سلامت - پزشک، پرستار و دیگر نیروهای ماهر سلامت - به خارج از کشورهای فقیر است، که فشار قابل توجهی را به ظرفیت مراقبت‌های سلامتی کشورهای می‌کشد و فرار مغزها را تجربه می‌کنند وارد می‌آورد.

زمان تغییر

سیستم های چند جانبه پیچیده هستند و از راه های متفاوت بر سلامت جهانی تاثیرگذار می باشند. از مجمع عمومی، جایی که نمایندگان کشورها گرد هم جمع می شوند (حد اقل در مورد کلیات) و موجودیت برابری دارند، تا سازمان امنیت که پنج عضو اصلی و دایمی از کشورهای OECD دارد؛ از انجمن های اقتصادی و اجتماعی که ملزم به ایجاد هماهنگی در اقدامات بین حکومت ها و فعالیت های آژانس های تخصصی سازمان ملل می باشند مانند سازمان جهانی بهداشت که توسط مجمع سلامت جهانی حمایت می شود، تا سازمان های بین المللی سرمایه (بانک جهانی و صندوق بین المللی پول) و سازمان تجارت جهانی، جایی که سیاست های اقتصادی با ضروریات توسعه اجتماعی مغایرت پیدا کرده اند؛ از گروه های منطقه ای با اقتدار مانند اتحادیه اروپا، تا دیگری که تلاش می کنند به سطحی دست یابند که صدای شان در سطح جهان شنیده شود: سیستم های چندجانبه بهترین فضا را برای مردم کشورها فراهم می کنند، تا در پیگیری این امر که چه چیزی در سطح جهانی کارآمد است و چه چیزی منصفانه است بتوانند مداخله کنند.

اما زیرساخت های چند جانبه - که درست در سال های بعد از جنگ جهانی دوم بوجود آمدند - از جمله سازمان ملل، آژانس های سازمان ملل و سازمان های مالی بزرگ بین المللی که در حال حاضر دارای ۶۰ سال قدمت می باشند. طبیعت سیستم های جهانی و الزامات حاکمیت خوب جهانی به طور چشم گیری تغییر کرده است. در حال حاضر هم نیاز به و هم فرصت انجام بازنگری در رسالتهای و رسالتها و نحوه سازمان دهی سیستم های جهانی وجود دارد (GNK, 2007) - که به ویژه نشان دهنده لزوم اصلاحات در خود سازمان ملل باشد. در حالی که کمیسیون محدودیت رسالت و شایستگی های خود را می داند، نمی تواند در مورد گستردگی عملکرد ضعیف دموکراتیک و تاثیرات نامتناسب بی توجه باشد. تقریباً انجام هرگونه اصلاحات مهم جهت بهبود عملکرد دموکراتیک و حاکمیتی سیستم های چند جانبه در کل، به میزان زیادی وابسته به اصلاحات در سازمان امنیت می باشد (کادر ۱۵.۵).

طبیعت جریانهای فعلی سرمایه و فواید بالقوه و مضرات مشخص آن ها، دلیل محکمی بر حاکمیت قوی جهانی بر سرمایه است. تاثیر حاکمیت جهانی بر تعارضات می تواند به چندین روش تقویت شود: بهبود توزیع عادلانه منافع حاصل از تولیدات و تجارت های داخلی کشوری و بین کشوری، بخصوص با توجه به منابع طبیعی؛ انجام اقداماتی به منظور امنیت بین المللی شامل کنترل جهانی تجارت؛ و تقویت اقدامات و تامین مالی منسجم و زمان مند برای مداخلات انسان دوستانه در شرایط بی ثبات متاثر از تعارضات (Collier, 2006). تاثیر حاکمیت جهانی بر مهاجرت مردم میتواند از طریق موارد زیر تقویت شود: مکانیسم های تامین مالی و سیاست گذاری موثرتر در حمایت از پناهندگان و افرادی که در داخل کشور جایجا شده اند؛ همکاری بیشتر جهانی در تبیین حقوق قابل انتقال در مورد تمام مهاجرین بین مرزی، که همه دولت های مشمول به آن ها احترام گذارده و توافقات دو جانبه بین کشورهایی که ظرفیت شان در رابطه با کارکنان سلامتی کاهش می یابد و کشورهایی که ظرفیت شان افزایش می یابد.

جهانی شدن فرصت های واقعی و قابل ملاحظه ای را برای بهبود عدالت سلامتی فراهم می کند. اگرچه حاکمیت مستحکمی در سطح جهانی جهت اقدامات، توافقات و کنترل های وابسته به اقتصاد، تجارت، تامین مالی، روابط سرمایه گذاری، به تدریج ایجاد شده اند، حاکمیت جهانی مرتبط با سلامتی و عدالت اجتماعی همچنان ضعیف می باشد. کمیسیون جهانی جنبه های اجتماعی جهانی شدن در سال ۲۰۰۴ و فرآیند هلسنکی در مورد جهانی شدن و دموکراسی، دو مورد از تلاش های چند جانبه اخیر جهت جلب حمایت عمومی برای شکل جدید جهانی شدن می باشد که هم الزامات اجتماعی را می شناسد و هم با سازمان های جدید برای حاکمیت جهانی همکاری می کند. تقویت مدیریت فعالیت های اقتصادی یکپارچه و توسعه اجتماعی در ابعاد جهانی، راه های منسجم تری را برای کشورها جهت اطمینان یافتن از توزیع منصفانه تر تر فواید مسلم جهانی شدن و حفاظت منصفانه تر در مقابل مضرات بالقوه آن را ارائه می دهد.

کادر ۱۵.۵. اصلاحات در شورای امنیت

شورای امنیت نشان دهنده ساختار قدرت در جهان در سال ۱۹۴۵ است زمانی که اکثر کشورهای کنونی همچنان در استعمار بودند. در سال ۱۹۶۵ و تحت فشار اعضای جدید، سازمان ملل چهار عضو انتخابی دیگر را به شورای امنیت اضافه کرد و تعداد آنها به ۱۵ عدد رسید. اما ۵ عضو اصلی (متحدین در جنگ جهانی دوم)، همچنان وضعیت برتری جویانه خود را محفوظ نگاه داشتند. آن ها همچنان اعضای دایمی بوده و قدرت و توی همه تصمیمات شورای امنیت را دارا هستند. این نوع از آرایش و ترتیب، شورای امنیت را غیر دموکراتیک و غیر موثر میکند.

این پنج عضو دائمی دارنده حق وتو، مانع رسیدن بسیاری از مسائل به دستور جلسه شورای امنیت می شوند و غالباً با خودخواهی، اقدامات مورد قبول اکثریت و مورد نیاز را متوقف می نمایند. علیرغم حضور ۱۰ عضو انتخابی در شورای امنیت، این شورا همچنان از نظر جغرافیایی نامتعادل بوده و به طور جدی نماینده همه ملتها نیست.

منبع: <http://www.plobalpolicy.org/security/reform/index.htm>

اقداماتی جهت حاکمیت خوب جهانی

کمیسیون پیشنهاد می‌کند:

۱۵.۱: تا سال ۲۰۱۰ انجمن اجتماعی و اقتصادی که توسط سازمان جهانی بهداشت حمایت می‌شود، باید آمادگی لازم را به دست آورد تا توسط سازمان ملل برای اتخاذ عدالت در سلامت به عنوان آرمان اصلی توسعه جهانی با شاخص‌های مناسبی جهت پایش توسعه هم در داخل کشورها و هم در بین کشورها، در نظر گرفته شود (پیشنهادات ۱۶.۳؛ ۱۰.۱؛ ۱۰.۳؛ را ببینید)

یک رویکرد به اصلاحات در شورای امنیت - با توجه به عدم امکان انجام اصلاحات بر اساس خواست محکم تک تک کشورها چه عضو و چه غیر عضو - تقویت نمایندگی‌های منطقه‌ای است. هر منطقه می‌تواند دبیرخانه شورای امنیت مخصوص به خود را در نیویورک داشته باشد. این دبیرخانه می‌تواند باعث تقویت حمایت از اعضای انتخابی اش شده و به توسعه سیاست‌های مشترک منطقه‌ای بدون نیاز به اصلاح اساسنامه، بپردازد. این نکته به کشورهای کوچک و ضعیف کمک می‌کند تا توان‌شان را برای شرکت در شورای امنیت با گام‌هایی محکم افزایش دهند (Paul & Nahory, 2005).

تعداد کمی از موسسات جهانی مانند موسسات مالی جهانی - بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول - بر توسعه سیاست‌ها و برنامه‌ها در سطح بین‌المللی و کشوری تأثیر گذار هستند. در طول ۳۰ سال گذشته، این دو موسسه تأثیرات توانمندی در حاکمیت جهانی، نه تنها به دلیل ارتباطات مالی مستقیم با کشورها، بلکه به طور غیر مستقیم از طریق تأثیرشان بر الگوی غالب سیاست‌ها و کارهای توسعه‌ای، داشته‌اند. با وجود آن که نفوذ و تجربه آن‌ها کمتر مورد تردید است، سازمان یافتگی و اعتبارشان از نظر مردمی بودن - جهت توانایی بر انجام جنبه‌های متعدد اولویت‌های توسعه‌ای کشورها، شامل اولویت دادن به عدالت در سلامت - بدون اغراق جای سوال دارد (کادر ۱۵.۶).

جهانی شدن به طرف وابستگی فیمابین حکومت‌های ملی و مردم و مزایای نسبی، نه ضرورتاً، همکاری در حوزه‌های با منافع مشترک اشاره دارد. یک مفهوم در باره کالاهای عمومی جهانی - مدیریت مشارکتی شرایط و منابع که برای همه مردم حیاتی است و کنترل آن خارج از توان تک تک کشورها می‌باشد - ظهور یافته است. تا به حال این امر شامل موضوعاتی مانند تغییرات آب و هوایی و کنترل‌های محیط زیستی، صلح و امنیت، کنترل بیماری‌ها و دانش بوده است. در وراء این مسایل و زیر بنای همه موارد مفهوم انصاف اجتماعی در عدالت و بنابر این در عدالت در سلامت، نه تنها در داخل کشورها بلکه بین آن‌ها، وجود دارد.

کادر ۱۵.۶: زمان دوباره فکر کردن درباره تأثیرات اقتصاد جهانی

میزان حضور در تصمیم‌گیری‌های هیأت اجرایی صندوق بین‌المللی پول و بانک جهانی، به میزان مشارکت اقتصادی (و بنابر این تا حد زیادی به ثروت) کشورهای عضو وابسته است. کشورهای توسعه یافته، ۲۰ درصد اعضای صندوق بین‌المللی پول و ۱۵ درصد از جمعیت جهان را دارا بوده و بیشترین حق رأی را در هر دو سازمان دارا می‌باشند. در مقابل، کشورهای در حال توسعه بسیار کمتر حضور پیدا کرده‌اند. سیستم رأی‌گیری تبعیض آمیز، به آمریکا به تنهایی و هر ۴ عضو دیگر گروه G۷ که با یکدیگر و بدون ارتباط با آمریکا فعالیت می‌کنند این قدرت را می‌دهد تا تصمیمات سیاسی را در ۱۸ حوزه که به ۸۵ درصد آراء احتیاج دارند، متوقف نمایند. روسای دفاتر اجرایی Chief Executive Officers بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول به ترتیب توسط آمریکا و اتحادیه اروپا انتخاب می‌شوند و تصمیم‌گیری‌ها و مذاکرات هیأت اجرایی، محرمانه باقی می‌مانند. علیرغم تلاش برای دخیل کردن طیف وسیع تری از ذی‌نفعان، بهبود سیستم اطلاع‌رسانی عمومی و تهیه گزارشات کامل تری از فعالیت‌ها، شفافیت فرآیند تصمیم‌گیری‌های کلیدی، همچنان ناکافی است.

منبع: GKN, 2007

همکاری‌ها ایجاد شد تا از سال ۲۰۰۸ به بعد هر یک سال در میان نشستی را برگزار نماید و به طور سودمندی در ارتقاء حوزه‌های کلیدی سلامت جهانی شامل موضوعات پیرامون عدالت ارائه خدمت نماید.

اهداف توسعه هزاره

اهداف توسعه هزاره (MDGs) بیانیه پر محتوایی از خواست جمعی جامعه جهانی است تا اقدامی مهم و سرنوشت ساز انجام دهد. اهداف توسعه هزاره نشان دهنده یک هم‌فکری همگانی در حال رشد در مورد نیاز فعالان جهانی به کار کردن با یکدیگر جهت توسعه اجتماعی و اقتصادی منطقی و سازمان یافته، است. متأسفانه، اهداف توسعه هزاره نشان دهنده بی‌توجهی به عدالت در سلامت در میان کشورها است. در این جا یک فرصت مناسب، هم برای رهبری از سوی سازمان جهانی بهداشت و هم برای همکاری منطقی سیستم‌های چند جانبه جهت عدالت وجود دارد. تا به اهداف توسعه هزاره توجه مجدد نموده و به توسعه عدالت به عنوان یک شاخص اصلی از موفقیت بپردازد (کادر ۱۵،۸).

عدالت در سلامت - یک آرمان جهانی

کاهش بی‌عدالتی در سلامت در داخل کشورها و بین کشورها، نیاز به هم‌سوئی سیاست‌ها در سطح جهانی و در سطح ملی دارد (فصل ۱۰ را ببینید: سلامتی در همه سیاست‌ها، نظام‌ها و برنامه‌ها). با اتخاذ عدالت در سلامت در داخل کشورها و در بین کشورها به عنوان یک شاخص اساسی برای توسعه، انجمن اجتماعی و اقتصادی می‌تواند از عملکرد هماهنگ کننده خود استفاده کند تا هم‌سوئی اقدامات آژانس‌های سازمان ملل را بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بهبود بخشد (کادر ۱۵،۷).

انسجام چند جانبه

شصت و یکمین نشست عمومی سازمان ملل تحت عنوان "تقویت انجمن اقتصادی و اجتماعی" (۱۴ نوامبر ۲۰۰۶)، برای انجمن اقتصادی و اجتماعی فرصتی را ایجاد کرد تا اقدام منسجم جهانی برای توسعه و عدالت سلامتی را هدایت نماید. اولاً انجمن، می‌تواند کمیسیون‌های دائمی خود در توسعه اجتماعی را برای اتخاذ عدالت در سلامت به عنوان یک عنوان برای بازنگری دوسالانه ۲۰۱۰-۲۰۰۹، با تأکید بر توسعه چارچوب چند وجهی اقدام بر روی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت سوق دهد. ثانیاً، این انجمن باید از ارائه گزارش استاندارد از پیشرفت‌های عدالت در سلامت به اداره بازنگری سالانه (Annual Ministerial Review)، اطمینان حاصل نماید. ثالثاً، اگرچه به نظر می‌رسد در ابتدا باید به توسعه پاسخ‌های چندجانبه به بحران‌های بشری بپردازد، هیأت توسعه

کادر ۱۵.۷: انجمن اقتصادی و اجتماعی

انجمن اقتصادی و اجتماعی، نهاد اصلی برای ایجاد هماهنگی بین کارهای اقتصادی، اجتماعی، و فعالیت‌های مرتبط در ۱۴ آژانس تخصصی سازمان ملل، کمیسیون‌های عملکردی و ۵ کمیسیون محلی است. همچنین این انجمن، از ۱۱ صندوق و برنامه سازمان ملل گزارش دریافت می‌کند. این انجمن به عنوان محل تبادل نظر مرکزی جهت به بحث گذاشتن موضوعات اقتصادی و اجتماعی بین المللی و برای تنظیم کردن پیشنهادات سیاستی فرستاده شده به کشورهای عضو و سازمان ملل، ارائه خدمت می‌نماید. این انجمن مسئول ترویج استانداردهای بهتر برای زندگی، اشتغال کامل، توسعه اقتصادی و اجتماعی؛ و نیز پیدا کردن راه حل برای مشکلات اقتصادی، اجتماعی و سلامتی بین المللی؛ تسهیل همکاری‌های بین المللی فرهنگی و آموزشی و تشویق به احترام همگانی به حقوق و آزادی‌های بنیادی انسان‌ها است.
منبع: ECOSOC, nd

کادر ۱۵.۸: عدالت در سلامت در قلب حاکمیت جهانی سلامت - اهداف توسعه هزاره

اهداف توسعه هزاره شامل ۸ هدف برای تسکین فقر است که توسط سازمان ملل در نشست هزاره سال ۲۰۰۰ تعیین شد. تمام اهداف توسعه هزاره وابسته به اقدام بر روی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت است. خواست جمعی جامعه جهانی که توسط اهداف توسعه هزاره بیان شده است نقطه جدیدی برای عزمیت به سوی توسعه جامعه است. پروژه هزاره سازمان ملل و تعداد بسیار زیاد تصمیم‌گیرندگان، فعالان، سازمان‌های کمک‌رسان دوجانبه، و جوامع، در حال حاضر عمیقاً درگیر تلاش برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره هستند. تا حالا، این تلاش جهانی توانسته است از تعهد سیستماتیک و صریح به عدالت در سطح کشورها مستفید شود. لازم است که اطمینان حاصل شود که اهداف تعیین شده و حساس به عدالت - که به منابع اطلاعاتی مربوطه متصل هستند - به فقرا، گروه‌های آسیب‌پذیر و به حاشیه رانده شدگان فرصت رسیدن به سلامت بهتر و دسترسی به مراقبت‌های سلامتی را بدهند.
منبع: Wirth et al, 2006

و عدالت سلامتی (که هم توسعه یافته است و هم مورد آزمایشات سخت قرار گرفته است) می‌تواند توسط رصدخانه سلامت جهانی برنامه ریزی شده سازمان جهانی بهداشت (WHO) حمایت شود، و بنای گزارشات جهانی منظم و دوره ای به انجمن اقتصادی و اجتماعی گذاشته شود. این موضوع در بخش شانزدهم بیشتر پوشش داده شده است (تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش). یک چارچوب مشابه قابل انطباق نیز می‌تواند توسط کشورهای شرکت کننده برای فرموله کردن برنامه ها، شاخص ها و گزارشات تعیین کننده های اجتماعی سلامت ملی خودشان مورد استفاده قرار گیرد، که موجب تقویت اهداف سلامت و عدالت در سلامت و سامان مند شدن تخصیص کمک ها (در میان استراتژی های گسترده تر کاهش فقر) شود (فصل ۱۱ را ببینید: تامین مالی منصفانه).

این امر یک فرآیند پیش رونده خواهد بود. با توافق بر روی اهداف اصلی - شامل عدالت در سلامت در مرکز آن ها - آژانس های جهانی می‌توانند شاخص های مشارکتی ایجاد کنند. مثال های منطقه ای از شاخص های انزوای اجتماعی که به صورت پیش رونده ای مورد توافق قرار گرفتند (تحت مکانیسم های opt-in) در بین کشورهای عضو اتحادیه اروپا یک مدل قابل امکان را در مورد این که چگونه یک تمرکز از سوی تمامی آژانس ها بر روی عدالت در سلامت به عنوان هدف اصلی توسعه و نشان گر مشترک پیشرفت می‌تواند ساخته شود (کادر ۱۵،۹).

آژانس های چند جانبه در حال حاضر نقش های حیاتی در توسعه استانداردهای جهانی برای سیاست ها و اقدام بر روی طیفی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت در جهان، از طریق موافقت نامه هاو مکانیسم های حاکمیتی در ابعاد کشوری، منطقه ای و بین المللی؛ شامل مبارزه جهانی سازمان بین المللی کارگران (ILO) برای تامین اجتماعی و پوشش همگانی و دستورالعمل شغل مناسب، برنامه های کاهش فقر UNDP، کمیسیون اقتصادی پیمان اتحاد اجتماعی آمریکای لاتین و حوزه کارائیب، ابتکار محرومیت های سلامتی PAHO، بازرس ویژه حقوق بشر کمیسیون سازمان ملل درباره حق سلامتی و گزارشات پیوسته سالانه اتحادیه اروپا در مورد حفاظت اجتماعی و شمول اجتماعی، بازی می‌کنند. (SEKN, 2007) اما هنوز هم فرصت های دیگری وجود دارد که از سیاست ها و برنامه ریزی های نزدیک تر بین آژانس های مرتبط چند جانبه که موجب تقویت حاکمیت جمعی شان می‌شود، به دست می‌آید.

انجمن اصرار دارد که آژانس های مرتبط جهانی گام دیگری را هم بردارند. بهبود حاکمیت جهانی برای عدالت سلامتی وابسته به کار منسج متر آژانس های چند جانبه به سوی یک سری از اهداف بسیار مهم، که توسط دیدگاه مشترک نسبت به موضوعات مشخص گردیده و شاخص های مشترک که بتوان میزان اثرات آن ها را سنجش کرد، می‌باشد. به این منظور، آژانس ها، از یک سری از داده های مشارکتی سازمان یافته تر منفعت خواهد برد (ترکیب کردن سری داده هایی که در حال حاضر مورد استفاده آن ها می‌باشد، همراه با اضافه کردن معیارهایی از عدالت سلامتی) (به بخش ۱۶: تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش مراجعه نمائید).

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که جامعه چند جانبه، چارچوب توسعه جهانی موجود را مورد تجدید نظر قرار دهد تا شاخص های عدالت سلامتی و تعیین کننده های اجتماعی سلامت را به صورت منطقی تری یکپارچه کنند. چنین شبکه تجدید نظر شده ای، نیاز به اعتبار جهانی و توجه ویژه از طرف کشورهای عضو دارد، بیشتر از طریقی که شاخص توسعه بشری (Development Index Human) و ارزیابی مشترک کشوری به شناخت و استفاده مشترک دست یافته اند یا در حال دست یابی هستند. چارچوب پیشنهادی کمیسیون، شاخص های پیشرفت را در تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت ادغام خواهد کرد. این چارچوب توسعه اجتماعی

کادر ۱۵.۹: انزوای اجتماعی - متد باز هماهنگی اتحادیه اروپا

در انجمن اروپایی لیسبون در سال ۲۰۰۰، روسای کشورها، یک استراتژی برای مقابله با محرومیت اجتماعی در اتحادیه اروپا ترسیم نمودند که در از بین بردن فقر تا سال ۲۰۱۰ تاثیر گذار است. این استراتژی، بر نیاز به بهبود فهم محرومیت اجتماعی و سازمان دهی همکاری سیاست ها بین کشورهای عضو بر اساس یک متد باز هماهنگی تاکید داشت. همه کشورهای عضو باید اهداف مشترک را در مقابله با فقر و محرومیت اجتماعی اتخاذ نموده و هر دو سال یک بار برنامه های ملی اقدام بر محرومیت اجتماعی، فراهم کردن داده های مربوط به فقر و محرومیت اجتماعی در کشورهای خود را ارائه دهند. شاخص های مشترک محرومیت اجتماعی (شاخص های Laeken) باید مورد استفاده قرار گیرند. کشورهای عضو جدید، موافقت نمودند تا قبل از عضویت کامل، توافق نامه اجباری شمول الحاقی که وضعیت کشورشان و اولویت های سیاسی شان برای فقر و محرومیت اجتماعی را مشخص می‌نماید، ارائه دهند. منبع: SEKN, 2007

منطقه عملیاتی ۱۵.۱: حاکمیت خوب جهانی:

عدالت در سلامت را به عنوان یک هدف برای توسعه جهانی قرار داده، و چارچوبی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت را برای تحکیم اقدامات چند جانبه صورت گرفته بر توسعه اتخاذ نماید.

با به کارگیری تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان اهدافی برای اقدامات مشارکتی، آژانس های چند جانبه مرتبط می توانند گروه های کاری را تشکیل دهند و مرتباً میزان پیشرفت در حوزه خود را در زیر چتر چارچوب شاخص های تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت گزارش نمایند (مانند آن چه در بالا بیان شد). مثال هایی از این نوع گروه های کاری چند آژانسی موجود است - مانند کمیته دائمی سیستم سازمان ملل در مورد تغذیه (فصل ۵، ۶ و ۷ را ببینید: عدالت از آغاز؛ مکان های سالم مردم سالم؛ اشتغال منصفانه و کار شایسته). گروه های کاری می توانند از همکاری های موجود بین آژانسی استفاده نمایند. برای مثال سازمان جهانی بهداشت با تعدادی از آژانس های مهم سازمان ملل همکاری می نماید (مانند UNICEF, UN-HABITAT, ILO و بانک جهانی) (کادرهای ۱۵،۱۰ و ۱۵،۱۱).

چنین گروه های کاری می توانند هماهنگی بین برنامه ها و اجرای آن ها در سطح کشور را با کامل کردن چارچوب های داخل کشوری جهت انجام اقدامی واحد، تقویت نمایند. (کادر ۱۵،۱۲)

کمیسیون پیشنهاد می کند:

۱۵.۲ تا سال ۲۰۱۰، انجمن اقتصادی و اجتماعی که توسط سازمان جهانی بهداشت حمایت شده است باید برای استقرار گروه های کاری تعیین کننده های موضوعی اجتماعی سلامت شامل کلیه آژانس های چند جانبه مرتبط و دست اندرکاران جامعه مدنی (ابتدائاً بر تکامل دوران اولیه کودکی، عدالت جنسیتی، وضعیت های شغلی و استخدام، سیستم های مراقب سلامت و حاکمیت مشارکتی) که از طرف سازمان ملل در نظر گرفته شده اند، مرتباً گزارش ارایه نمایند (پیشنهادات ۵.۱؛ ۶.۲؛ ۹.۱؛ ۱۳.۲ را ببینید).

کادر ۱۵.۱۰: سازمان جهانی بهداشت و برنامه اسکان بشری سازمان ملل (UN-HABITAT)

برنامه اسکان بشری سازمان ملل (UN-HABITAT) و سازمان جهانی بهداشت، برای ایجاد پرش در پاسخ توسط بخش سلامت جهت شهر سازی سالم سه مداخله مرتبط را مشخص نموده است: ابزار پاسخ گویی و ارزیابی عدالت سلامتی شهری (HEART شهری)، که وزارت خانه های سلامت را قادر می سازد تا مناطق با شهرسازی سریع را مشخص کرده و به پیش بی عدالتی در سلامت بپردازد، یک گزارش جهانی در مورد سلامت شهری و یک نشست جهانی مشترک توسط UN-HABITAT/WHO در مورد شهرنشینی سالم که با نشست دوسالانه هیات شهرنشینی جهانی UN-HABITAT (احتمالاً در سال ۲۰۱۰) هم زمان برگزار شود. ابزارهایی هم برای کاهش بی عدالتی سلامتی در سیستم های شهری وجود دارند، که یک شبکه فن آوری اجتماعی و یک مدل آموزشی (دایره آموزش شهر نشینی سالم) برای پیوند سلامت عمومی و تلاش های اجتماعی در سطح شهرداری هاست. منبع: KNUS, 2007

کادر ۱۵.۱۱: سازمان سلامت کل آمریکا (PAHO) و سازمان کار بین المللی (ILO)

سازمان کار بین المللی و سازمان سلامت کل آمریکا، مشترکاً در حال ارتقاء یک استراتژی "گسترش تامین اجتماعی در سلامت" هستند. استراتژی توسعه تامین اجتماعی به سلامت، توسط سازمان سلامت کل آمریکا (PAHO) و سازمان کار بین المللی (ILO)، به عنوان "مداخلات عمومی متمرکز بر تضمین دسترسی همه شهروندان به مراقبت های سلامتی موثر و کاهش تاثیرات منفی (اقتصادی و اجتماعی) ناشی از (i) شرایط فردی نامطلوب (مانند بیماری و بیکاری)، (ii) خطرات تجمعی مانند بلایای طبیعی و ازدیاد جمعیت و/یا (iii) خطرات خاصی که متوجه گروه های اجتماعی آسیب پذیر است"، می باشد. بر خلاف سیاست هایی که متوجه مدیریت اجتماعی خطر هستند، سازمان سلامت کل آمریکا (PAHO) مفهوم تامین اجتماعی در سلامت را بعنوان یک حق بشری و نه فقط بعنوان یک خطر اقتصادی میداند. همانگونه که توسط PAHO پیشنهاد شد، داشتن حق نسبت به تامین اجتماعی در سلامت دارای سه جزء است؛ (i) دسترسی تضمین شده به خدمات سلامتی با حذف موانع اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی و فرهنگی؛ (ii) امنیت مالی تضمین شده خانوارها (iii) کیفیت تضمین شده مراقبتهای سلامتی که به شرافت انسانی احترام میگذارد. منبع: SEKN, 2007

کادر ۱۵.۱۲: چارچوب اقدام واحد سازمان ملل

از سطح جهانی تا کشوری، چارچوب اقدام واحد سازمان ملل تلاش می کند تا کار آژانس های مختلف سازمان ملل را در سطح کشورها به هم نزدیک کند تا دوباره کاری را کاهش و هم سویی بین آژانس ها و اهداکنندگان را افزایش دهد. در حال حاضر درهشت کشور کارآزمایی در حال امتحان کردن یک مدل است که در آن آژانس های سازمان ملل از طریق یک "هماهنگ کننده مقیم" که از توسعه و اجرای برنامه های جامع توسعه ملی که هدفش رسیدن به اهداف توسعه هزاره می باشد، حمایت می کند. منبع: SEKN, 2007

قهرمانان حاکمیت جهانی سلامتی

اگر انصاف اجتماعی، اقتصادی، و سیاسی مسائل اصلی سیستم در حال رشد حاکمیت جهانی است، عدالت سلامتی باید شاخص اصلی موفقیت چنین حاکمیتی باشد. برقراری عدالت در سلامت به عنوان یک نگرانی مشترک و نشان‌گر کلیدی اقدام در کل جامعه فعالان چند جانبه، نیاز به رهبری جهانی دارد - قهرمانانی که تمرکز جهانی بر پیشرفت به سوی عدالت در سلامت را تامین می‌کنند.

نماینده مخصوص برای عدالت در سلامت جهانی

انتصاب نماینده مخصوص می‌تواند به عنوان نقطه عطفی تفسیر شود که در آن به یک موضوع، به عنوان یک مسئله جهانی، اضطراری، و مسئله ای ای که امکان رسیدگی به آن هست، پرداخته می‌شود. یک هدف اصلی در انتصاب نماینده مخصوص، هدایت فعالان مرتبط جهت اقدام چند جانبه و با هماهنگی بیشتر می‌باشد (کادر ۱۵، ۱۳).

یک بازرسی دائمی ویژه برای مورد حق سلامتی

ارتباطات روشنی بین رویکرد "داشتن حق" سلامتی و رویکرد مبتنی بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به عدالت سلامتی وجود دارد. بیانیه عمومی حقوق بشر به هم پیوستگی بین حقوق مدنی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی اشاره می‌کند - ابعاد انزوای اجتماعی در چارچوب تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت آشکار می‌شود. داشتن حق سلامتی، همان طور که توسط بازرسی ویژه فعلی، پروفیسور "پوئل هانت" مشخص شده است، یک مورد در خور توجه را برای اقدام بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت ارائه می‌دهد (کادر ۱۵، ۱۴).

کمیسیون پیشنهاد می‌کند:

۱۵.۲ سازمان جهانی بهداشت، رویکردی مبتنی بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را در همه بخش‌های کاری خود از ادارات مرکزی گرفته تا سطح کشورها، تبیین نماید (پیشنهادات ۱۶.۸ و ۱۰.۵ را ببینید).

کادر ۱۵.۱۳: نماینده مخصوص برای HIV/AIDS در آفریقا

سفیر قبلی کانادا در سازمان ملل، "استفن لوتیز"، در سال ۲۰۰۱ به عنوان نماینده مخصوص رئیس کل "کوفی انان" در امور HIV/AIDS در آفریقا منصوب شد. در این نقش، لوتیز به عنوان "یکی از قدرتمندترین سلاح‌های ما برای جنگ علیه اپیدمی" توصیف شد. وظیفه نماینده مخصوص، جلب حمایت عمومی، افزایش دادن توجهات به جنسیت به عنوان یک عامل کلیدی در پاندمی‌ها (جهان‌گیری‌ها)، وضعیت یتیمان، دسترسی به درمان، کمیت کمک‌هایی که جهت اقدام بر روی HIV/AIDS معطوف می‌شود؛ است. در حضور بعضی از سران آفریقا و در پاسخ‌گویی به بحران AIDS در آفریقا، او بیان نمود، "جهان به طور وحشتناکی وظیفه‌شناس (غافل) شده است". حتی بسیاری از کسانی که درگیر این مسئله نبودند... و نیز کشورشان، در پایان سال‌های دهه ۱۹۹۰ به وضوح دچار مشکلات وحشتناکی بودند. برای این که با آن‌ها ملایم (مهربان) باشیم، جهان خود را درگیر این مسئله نکرد، همه در آن زمان خشک شده بودند، در حالی که همه‌گیری در اطراف ما مشغول و برانی بود".

با تاکید بر این نکته، آقای لوتیز بیان کرد که یک افزایش تصاعدی در فهم از گستره و طبیعت بحران AIDS در آفریقا صورت گرفته است - که از همه مهم‌تر، ارتباط آن با تبعیض‌های جنسیتی است. "نهایتاً به نظر می‌آید جهان مطلع شده باشد که (در آفریقا) این یک پاندمی (جهان‌گیری) وابسته به جنسیت است. تا زمانی که درک نکنیم که زنان آسیب‌پذیرترین افراد هستند و شما اقدامی در جهت برابری اجتماعی و فرهنگی آن‌ها انجام ندهید، شما هرگز نمی‌توانید با این همه‌گیری مقابله کنید".

با اجازه ناشر از سازمان ملل تهیه شده است (۲۰۰۱).

کادر ۱۵.۱۴: داشتن حق سلامتی - داشتن حق شرایطی جهت سلامتی

"حق سلامتی شامل حق مراقبت‌های سلامتی است - اما این امر فراتر از مراقبت‌های سلامتی، دربرگیرنده بهداشت، شرایط سالم کاری و دسترسی به اطلاعات مربوط به سلامتی، شامل سلامتی جنسی و باروری هم می‌باشد. این موارد شامل آزادی (مانند حق آزاد بودن از عقیم‌سازی اجباری و تبعیض)؛ همچنین ذی‌حق بودن مانند داشتن حق نسبت به یک سیستم حفاظت سلامتی می‌باشد. داشتن حق سلامتی دارای چندین عنصر است، انواعی از زیر حق‌ها، از جمله سلامت مادر، نوزاد و سلامت باروری. مانند دیگر حقوق بشری، حق سلامتی دارای یک اشتغال فکری (نگرانی) خاص در مورد افراد محروم، آسیب‌پذیر و افرادی که در فقر زندگی می‌کنند، می‌باشد. اگرچه این حق نیازمند شناخت پیش‌رونده است، الزاماتی را هم از همین حالا تحمیل می‌کند مانند تعهد به طرز برخورد یکسان و عدم تبعیض. این امر مستلزم شاخص‌ها و معیارهایی است که شناخت پیش‌رونده از حق را پایش نماید".

با اجازه نویسنده، از Hunt چاپ شده است (۲۰۰۳).

برنامه های مربوط به وضعیت های خاص، جاذبه ویژه ای داشته و توانایی بالا بردن تامین مالی را دارند. بیش از دوسوم بودجه سازمان جهانی بهداشت در ابعاد جهانی، به این برنامه ها اختصاص داده می شود، برنامه هایی که بر یک مورد تنها یا تعداد محدودی از بیماری های رو به افزایش تمرکز می کنند. PPHCKN، در حال توسعه اقدامات کانونی برای برنامه هایی است که به توصیف و توضیح رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت می پردازد. در حال حاضر نشان داده شده است که کاری که توسط PPHCKN آغاز شد، دارای توانایی ایجاد تغییر در سازمان جهانی بهداشت می باشد (کادر ۱۵، ۱۵).

نهادینه کردن اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سازمان جهانی بهداشت، به سرمایه گذاری های مهمی برای ایجاد ظرفیت های سازمانی احتیاج دارد (فصل ۱۶ را ببینید: تعیین کننده های اجتماعی سلامت: پایش، تحقیق و آموزش).

جهانی شدن یک واقعیت است. جهانی شدن دارای توانایی ایجاد فواید قابل توجهی، از جمله پیشرفت های چشم گیری در سلامت جهانی می باشد. تا وقتی که اوضاع به این روال باشد، این منافع به وضوح مشاهده نمی شوند. در عوض، آن چه ما شاهد آن هستیم افزایش بی عدالتی در داخل و در بین مناطق و کشورها است. یکپارچگی فزاینده بین افراد در حوزه اقتصاد، با توجه متناسب به الزامات گسترده تر توسعه اجتماعی منصفانه متعادل نشده است. برای به وقوع پیوستن این امر، معماری حاکمیت جهانی باید بازسازی و گسترده شود (باز نمودن درهای هیأت سیاست گذاران به صورت عادلانه تری به روی همه و قراردادن سلامت عادلانه و خوب زیستی همه افراد در مرکز نگرانی های آن).

شواهدی از اختلاف و رقابت بین فعالان اصلی جهانی با نقش های ویژه در تعیین کننده های اجتماعی سلامت (از بانک جهانی، سازمان تجارت جهانی، و آژانس های مهم سازمان ملل گرفته تا گروه ۸ و دیگر گروه های متشکل از کشورهای دیگر) و ابتکارات توسعه اجتماعی ملی وجود دارد (Deacon et al, 2003). تامین مالی بین المللی سلامت جهانی در دهه های اخیر با توجه به تغییرات مرتبط ایجاد شده در مراحل و ساختار پاسخ گویی، تنوع پیدا کرده است. برای مثال، بعضی اوقات بودجه بنگاه Gates، بیش از بودجه اصلی سازمان جهانی بهداشت شده است (Kickbusch & Payne, 2004). کمیسیون قویا از سازمان جهانی بهداشت برای از سرگیری نقش رهبری خود در سلامت جهانی و نقش تولیدی خود در سیستم های چند جانبه حمایت می کند. اگرچه در مرکز این رهبری احیا شده، سازمان جهانی بهداشت نیز نیاز دارد که به احیاء سازمانی خود از طریق مستقر کردن تعیین کننده های اجتماعی سلامت در برنامه ها و ادارات خود پردازد.

این کار در حال حاضر در حال انجام است. یکی از شبکه های دانش کمیسیون که بر روی شرایط دارای اولویت سلامت عمومی کار میکنند (PPHCKN)، از درون خود سازمان جهانی بهداشت به وجود آمد و به همه ادارات بزرگ و برنامه های وضعیت سلامتی، همچنین پروژه ها و محققین آکادمیک و میدانی سازمان های غیر دولتی که در کشورها کار می کنند، رسید. همکاری PPHCKN، یک چارچوب تحلیلی را اتخاذ کرده و مورد استفاده قرار می دهد و آن را برای خیلی از وضعیت های اصلی سلامت عمومی که سازمان جهانی بهداشت روی آن کار می کند به کار می بندد که از سطوح متداول و سنتی نتایج سلامتی آغاز شده اما فراتر می رود تا تحلیل های عمیق تری انجام دهد و فاکتورهای علی ساختاری را تعیین کرده و به این ترتیب میدان وسیع تری از نقاط ورودی را در هر یک از پنج سطح چارچوب فراهم می کند (شکل ۱۵، ۲). در ضمن سازمان جهانی بهداشت، نقاط کانونی focal points منطقه ای را برای اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت منصوب کرده است تا با کشورهای عضو همکاری نموده و جریان کاری کشوری کمیسیون را پشتیبانی نموده و سیاست گذاری و اقدام بر عدالت سلامتی را تحریک نمایند.

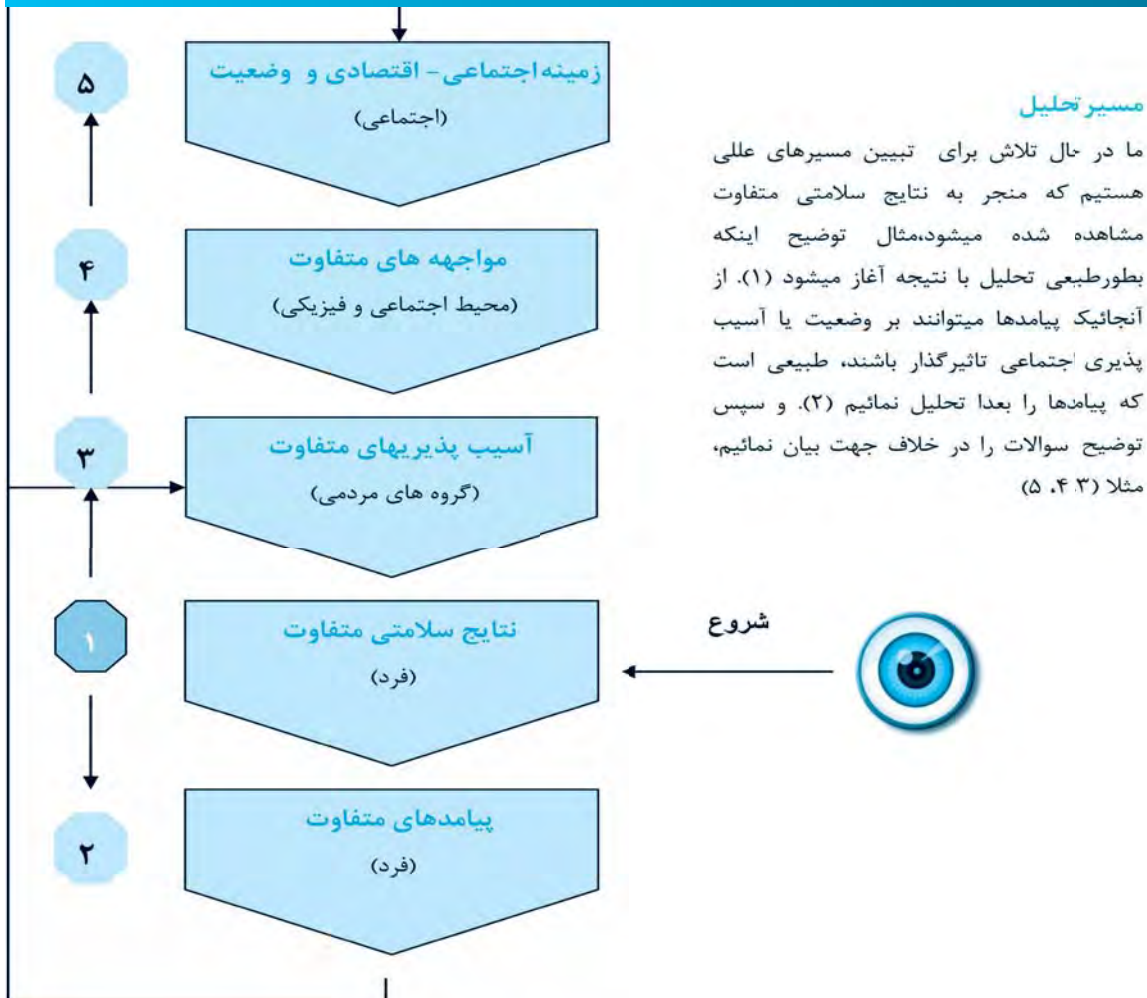
کادر ۱۵.۱۵: تغییرات سازمانی در تعیین کننده های اجتماعی در سازمان جهانی بهداشت

پیشرفت در اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت، که در PPHCKN ظهور یافته است، در حال حاضر در سازمان جهانی بهداشت در حال انجام است و شامل:

- باعث یک تغییر ادراکی در سازمان جهانی بهداشت، از طریق بازبینی راهنماهای فنی بیماری ها و تعیین کننده ها و بررسی مجدد جنبه های دیگر برنامه های دارای اولویت ملی برای نشان دادن این که چگونه فعالیت های پیش گیری و ارتقاء دهنده سلامتی، که با برنامه های ویژه بیماری ها ادغام شده اند، با موفقیت به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت می پردازند تحت تاثیر گذاشتن برنامه های وضعیت های خاص برای انجام بهتر آن چه الان در حال انجام است (پیشگیری، شناسائی، درمان، علاج)، و همچنین جلب حمایت عمومی برای تغییرات اجتماعی به عنوان ابزاری برای بهبود پایای سلامت مردم تا به صورت برجسته تری در سازمان جهانی بهداشت به حساب آید؛
- تشویق سازمان جهانی بهداشت برای اتخاذ نقش رهبری سیاسی قوی تر در رهبری برای قرار دادن سلامت و عدالت در سلامت به عنوان یک ارزش جهانی و نه فقط یک ابزار برای توسعه اقتصادی؛
- سنجش پایایی و تعهد سازمانی به همکاری در تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سازمان جهانی بهداشت و در میان برنامه ها، با تخصیص منابع و نیروی انسانی متشکل - تعهد به اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی، به کارهای بیشتر برنامه ریزی شده که با الگوهای اجتماعی بیماری ها مرتبط اند و تغییر در فعالیت های در سطح کشوری، شامل به کارگیری چارچوب مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت توسط کشورها.

منبع: PPHCKN 2007c

شکل ۱۵.۲: وضعیت‌های دارای اولویت سلامت عمومی - مسیرهای عملی اقدامات سلامتی



حاکمیت خوب جهانی: منطقه عملیاتی ۱۵.۲

نقش رهبری سازمان جهانی بهداشت را در اقدام جهانی بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت تقویت نموده، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را به عنوان اصول راهنما در دپارتمان‌های سازمان جهانی بهداشت و برنامه‌های کشوری نهادینه نماید.



سومین اصل از اصول سه گانه اقدام کمیسیون عبارت است از:

مشکل را سنجش نموده، اقدام را ارزیابی نمائید، پایه دانش را گسترش دهید، به توسعه نیروی کاری که در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت آموزش دیده باشد بپردازید و سطح آگاهی مردم در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت را افزایش دهید. جامعه ای که در مورد سلامت و عدالت در سلامت نگران است به موجودیت تمام مردم خود و اهمیت خوب زیستی آن ها اذعان دارد. این جامعه وسعت مشکلات سلامتی و بی عدالتی در سلامت و تعیین کننده های آن را سنجش نموده و از شواهد استفاده می کند تا به طراحی و تنظیم سیاست ها و برنامه ها بپردازد تا منافع سلامتی را برای همه به حد اکثر برساند.



جهان با سرعت در حال تغییر است و میزان تاثیری که تغییرات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی بر سلامتی به طور کلی و بر بی‌عدالتی‌های سلامتی در داخل کشورها و در جهان به طور خاص دارند، اغلب واضح نمی‌باشد. اقدام بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، موثرتر خواهد بود اگر سیستم‌های داده‌های پایه مانند ثبت حیاتی (vital registration) و پایش مداوم بی‌عدالتی‌های سلامتی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت انجام شوند و مکانیسم‌هایی وجود داشته باشند که اطمینان دهند داده‌ها به درستی درک شده و به کار گرفته می‌شوند تا مداخلات کارآمدتری را ایجاد کنند.

ایجاد فضا، مسئولیت و ظرفیت سازمانی به طوری که به صورت موثری بر بی‌عدالتی‌های سلامتی عمل کنند، وابسته به درک بهتر در بین فعالان سیاسی، دست‌اندرکاران و عموم مردم از این امر است که چگونه سلامت اقشار جامعه تحت تاثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی قرار می‌گیرد. لازم است سازمان جهانی بهداشت به ظرفیت‌سازی در ابعاد بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای کمک نماید و با افزایش ظرفیتش برای توصیه نمودن سیاست‌هایی جهت عدالت در سلامت، و فراهم‌آوری حمایت‌های تکنیکی در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، بر نقش رهبری خود تاکید کند. قطعاً برای شروع به کار در همین حالا، شواهد کافی وجود دارد. تلاش‌های بی‌شائبه‌ای برای تقویت و استفاده مشترک از شواهد پایه جهانی درباره عدالت در سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای افزایش ظرفیت ما برای عمل، مورد نیاز می‌باشد.



فصل شانزدهم

تعیین کننده های اجتماعی سلامت پایش، تحقیق و آموزش

"ما نباید هرگز فراموش کنیم که: شواهد، قدرت استراتژیک و مجاب کننده زیادی در سطح سیاست ها دارند."

Margaret Chan, Director-General of WHO (Chan, 2007)



دارند، شامل کشورهای در محاصمه، حداقل داده های خوب را دارا می باشند.

یک عنصر مهم از سیستم اطلاعات سلامتی پایه، سیستم ثبت احوال با کیفیت و فراگیر است. هنوز هم بسیاری از تولدها و مرگ ها، خصوصا در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، ثبت نمی شوند (UNICEF, 2005 UNICEF 2007c) (جدول ۱۶،۱). در میان کشورها، کمتر ثبت شدن تولدها به طور نامتناسبی در خانوارها و جوامع فقیر بالا است (UNICEF, 2007c). " چالشی که والدین در ثبت تولد فرزندان شان با آن مواجه می شوند غالباً نشان گر روال گسترده تری از انزوای اجتماعی و عدم دسترسی به خدمات اجتماعی است و با آن ها هم پوشانی دارد" (UNICEF, 2007c). در بسیاری از کشورها، هزینه بالای ثبت تولد یک علت مهم برای کمتر ثبت شدن می باشد (UNICEF, 2007c).

اهمیت پایش، تحقیق و آموزش

سیاست گذاری بر اساس شواهد، در تعیین کننده های اجتماعی سلامت بیشترین امید را در مواجهه با بی عدالتی های سلامتی ارائه می دهد. (MEKN, 2007a) این امر نیازمند داده های خوبی از وسعت مشکل، شواهد به روز شده تعیین کننده ها و این که بر چه چیزهایی کار شود تا از بی عدالتی های سلامتی کاسته شود، می باشد. همچنین این امر نیازمند درک شواهد توسط سیاست گذاران و دست اندرکاران است، مانند آن هایی که تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر آن ها اعمال می شود.

پایش

اگر سیستم های داده های پایه (basic data systems) ملی و بین المللی آماده باشند و مکانیسم هایی وجود داشته باشند که تضمین کنند داده ها می توانند درک شده و به کار گرفته شوند به طوری که مداخلات کارآمدتری ایجاد شوند، اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای بهبود نتایج کلی سلامت و کاهش بی عدالتی های سلامتی بسیار کارآمدتر خواهد بود. این فرآیندها برای دانستن بزرگی مشکل، آگاهی از افرادی که بیشتر از همه تحت تاثیر قرار گرفته اند و این که وضعیت با گذشت زمان روبه بهبود می رود یا به وخامت می گراید، و برای ارزیابی نقاط ورودی (entry-points) جهت مداخله و ارزشیابی تاثیر نهایی سیاست گذاری ها مهم هستند (MEKN, 2007b). داده هایی که به خوبی ارائه می شوند، برای تحریک اقدام سیاسی مفید هستند (CW,2007). در سطح جهانی، سیستم های پایش سلامتی در مراحل مختلف تکاملی قرار دارند. بعضی از کشورها، داده های سلامتی اندکی از هر نوع دارند که به طور معمول جمع آوری می شوند. بقیه کشورها دارای سیستم اطلاعات سلامتی به طور همیشگی هستند، اما بی عدالتی های سلامتی را پایش نمی کنند. علیرغم این که بقیه کشورها، بی عدالتی های سلامتی را به طور معمول اندازه گیری می کنند، اما فاقد داده های مربوط به تعیین کننده های بی عدالتی های سلامتی هستند، لذا نقاط ورودی برای سیاست گذاری قابل پی بردن نیستند (MEKN,2007a). کشورهای که بدترین مشکلات سلامتی را

جدول ۱۶.۱: تولدهای ثبت نشده (در هر هزار نفر) در سال ۲۰۰۳، بر اساس منطقه و سطح توسعه

منطقه	تولدها	کودکان ثبت نشده
جهان	۱۳۳۰۲۸	۴۸۲۷۶ (۳۶ درصد)
آفریقای زیر صحرا	۲۶۸۱۷۹	۱۴۷۵۱ (۵۵ درصد)
خاور میانه و شمال آفریقا	۹۷۹۰	۱۵۴۳ (۱۶ درصد)
آسیای جنوبی	۳۷۰۹۹	۲۳۳۹۵ (۶۳ درصد)
آسیای شرقی و پاسیفیک	۳۱۶۱۶	۵۹۰۱ (۱۹ درصد)
آمریکای لاتین و حوزه کارائیب	۱۱۵۶۷	۱۷۸۷ (۱۵ درصد)
CEE/CIS و کشورهای بالتیک	۵۲۵۰	۱۲۱۸ (۲۳ درصد)
کشورهای صنعتی	۱۰۸۲۷	۲۱۸ (۲ درصد)
کشورهای در حال توسعه	۱۱۹۹۷۳	۴۸۱۴۷ (۴۰ درصد)
کشورهای کمتر توسعه یافته	۲۷۸۱۹	۱۹۶۸۲ (۷۱ درصد)

سلامت و کارآمدی مداخلات نیاز به شواهد پایه فراوانی دارد که شامل داده های کمی و کیفی می باشد. شواهد باید از نظر مناسب بودن برای مقصود مورد نظر قضاوت شوند- یعنی آیا شواهد می تواند به صورت متقاعد کننده ای پاسخ گوی سوال پرسیده شده باشد - و نباید بر اساس سلسله مراتب سخت گیرانه و سنتی شواهد باشند (MEKN, 2007a).

آموزش

دستور العمل تعیین کننده های اجتماعی سلامت اساساً سیاسی بوده و لذا نیاز به اقدام سیاسی دارند. به هر حال شواهد، حیاتی هستند. شناخت و تعریف مشکلات و همچنین تنظیم راه حل ها، به علاوه خواست سیاسی حیاتی می باشند. لازم است که فعالان سیاسی، مشکل بی عدالتی در سلامت و تعیین کننده های آن و راه حل های ممکن را شناسایی کرده و درک نمایند - و این که احساس کنند که فضا رسالت سازمانی و منابع را برای تعیین اقدام مناسب در اختیار دارند. این موضوع نیازمند سرمایه گذاری در امر آموزش سیاست گذاران و مشاوران، کارکنان سلامتی و پزشکی و کارکنان قسمت های دیگر (مانند تصمیم گیران امور شهری) و در افزایش میزان آگاهی جامعه از تعیین کننده های اجتماعی سلامت است.

فقدان سیستم های ثبت تولد، نه تنها حق یک کودک را برای داشتن نام و ملیت زیر پا می گذارد (معاهده حقوق کودک، بند ۷)، بلکه مشکلات بزرگی را برای نتایج سلامتی، و توسعه ای به همراه دارد. کودکانی که سر شماری نشده اند به حساب آورده نمی شوند: آن ها برای دسترسی به سرویس های سلامتی ضروری و ثبت نام در مدرسه با مشکلاتی روبرو هستند (UNICEF, 2005). سیستم های ثبت مدنی، عملکرد قانونی حساسی را انجام می دهند - با تبیین و حفاظت از هویت و شهروندی، آن ها می توانند به حفاظت در مقابل استثماریهایی مانند کار کودکان و نیز به حفاظت از حقوق ملکی کمک نمایند. ایجاد و حفظ یک سیستم ثبت تولد کاربردی، به عنوان بخشی از یک سیستم ثبت مدنی گسترده، می تواند از کودکان محروم در مقابل آسیب های بیشتری که بعدها در طول زندگی به دلیل عدم ثبت در هنگام تولد برای شان پیش می آید، پیشگیری نماید (UNICEF, 2005). نشان داده شده است که ثبت حیاتی، یکی از عوامل مهم توسعه اجتماعی و اقتصادی در کشورهای تازه صنعتی است (Szreter, 2007; Lundberg et al, 2007). در پنجاه سال اخیر، بهبود اندکی در چنین سیستم هایی در کشورهای با درآمد کم و متوسط دیده شده است (Mahapatra et al, 2007).

تحقیقات

اگرچه اطلاعات پایه دارای اهمیت حیاتی می باشند، اما به خودی خود بیان گر این نیستند که چه کارهایی جهت پیشبرد سلامتی و کاهش بی عدالتی در سلامت از همه بهتر هستند. لازم است که علل اصلی بی عدالتی در سلامت شناخته شده و شواهدی در مورد این که چه نوع مداخلاتی به بهترین نحو مشکلات را کاهش می دهند، ضروری می باشد. لازم است که شواهد پایه در چند جنبه تقویت شوند. اولاً، اکثر تحقیقات سلامت (تامین مالی) تا حد زیادی همچنان بر تحقیقات زیست پزشکی تمرکز دارند، این درحالیست که بیشترین پیشرفت های سلامتی ناشی از بهبود در تعیین کننده های اجتماعی سلامت بوده است (IUHPE/CEU, 1999; Woolf et al, 2004; Woolf et al, 2007; Szreter, 2002; Szreter, 1988). تحقیقات چند جانبه علمی و چند تخصصی بیشتری بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت مورد نیاز می باشد. تولید شواهد در این مورد که چه چیزی موجب کاهش بی عدالتی در سلامت می شود، فرآیند پیچیده ای است. کارآزمایی تصادفی کنترل شده، غالباً از نظر عملی و اخلاقی قابل انجام نیستند. به علاوه شواهد مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت ممکنست وابسته به زمینه (context) باشند. پاسخ های بی عدالتی، طیف وسیعی از فاکتورها را منعکس می کند از جمله فرهنگ و تاریخ یک کشور، جو سیاسی و بنیه جامعه مدنی آن کشور. شناخت تاثیرات محیط بر بی عدالتی در

کادر ۱۶.۱: آمار حیاتی - لازم برای سیاست گذاری

در آفریقا، آفریقای جنوبی یکی از بهترین موارد مستند سازی شده است که در آن فقدان داده های خوب در مورد علت مرگ باعث شد سیاست های ملی ضعیف ادامه یابد و بهبود استفاده از داده های موجود وقایع حیاتی، منجر به تغییر در اولویت های سیاستی و برنامه ای گردید. در اوائل دهه ۲۰۰۰، داده های قابل دسترسی این کشور در وقایع حیاتی واضحاً دال بر افزایش بسیار شدید در مرگ بالغین بود. عدم وجود اطلاعات در مورد علل آن مرگ ها، این فرصت را به دولتی که به طور رسمی در مورد ایدز مشکوک بود داد تا بر زیر سوال بردن تاثیرات اپیدمیولوژیک مداومت کند. مسئولین در کیپ تاون جهت تحلیل اطلاعات موجود در مورد علت مرگ ها، بخصوص در مورد ایدز و آدم کشی، مشارکت کردند. و از ارزش اطلاعات تولید شده محلی برای تصمیم گیریهای محلی استفاده کردند. با مجوز ناشر از منبع Setel et al. (2007). تهیه شده است.

اقدام جهت افزایش ظرفیت پایش، تحقیق و مداخله

سیستم های ثبت تولد

کمیسیون پیشنهاد می کند:

۱۶.۱: حکومت ها از این امر که همه کودکان در هنگام تولد بدون تحمیل هزینه به خانوارها ثبت می شوند، اطمینان حاصل کنند. این موضوع باید قسمتی از بهبود در ثبت مدنی تولدها و مرگ ها باشد (پیشنهادهای ۵.۲ و ۱۴.۱ را ببینید).

بهبود ثبت تولد، باید یکی از بالاترین اولویت ها در ظرفیت سازی برای پایش مستمر بی عدالتی در سلامت، خصوصاً در کشورهای با درآمد کم و متوسط باشد (Braveman, 1998). این امر نیازمند آنست که حکومت ها اولویت بیشتری را به توسعه ظرفیت و زیرساخت ثبت مدنی در طرح های توسعه ای و سلامت ملی قائل شوند، از جمله در تخصیص منابع مالی و انسانی (Mahapatra et al, 2007; Setel et al, 2007). دولت های ملی باید مسئول برقراری یک سیستم ثبت تولد بعنوان بخشی از یک سیستم ثبت ملی با کیفیت و فراگیر باشند. ثبت موارد مرگ شامل علت فوت نیز باید توسط بهبود ثبت مستمر یا (در کوتاه مدت) از طریق راه های جانشین مانند کالبد شکافی کلامی (verbal autopsies) تقویت شود (Murray et al, 2007).

سیستم مراقبت سلامتی می تواند نقش مهمی را ایفا نماید و حقیقتاً در بهبود و تقویت سیستم ثبت مدنی دارای مسئولیت می باشد. همکاری نزدیک با مسئولین ثبت و ادارات آمار ملی، می تواند در مورد تشکیل و نگهداری چنین سیستمی اطلاع رسانی کرده، آن را بهبود بخشیده و از آن حمایت نماید (Setel et al, 2007). برای مثال تامین کنندگان سیستم مراقبت سلامتی می توانند به تامین اطلاعات برای مراقبین، در این مورد که چگونه ثبت تولد را انجام دهند، بپردازند. بر عکس، اطلاعات در مورد سلامت و تکامل کودک می تواند به والدین در زمانی که برای ثبت تولد فرزندشان مراجعه می کنند داده شود (UNICEF, 2005). کیفیت ثبت علت مرگ نیز می تواند از طریق آموزش دست اندرکاران در تکمیل فرم های علت مرگ، بهبود حاصل کند (Mahapatra et al, 2007).

تلاش برای بهبود سطوح کلی ثبت تولد باید با تلاش های خاص دیگری که به دنبال کاهش بی عدالتی در ثبت تولد بین گروه ها و نواحی مختلف اجتماعی هستند، ادغام گردد (UNICEF, 2005). تبیین نقشه پوشش دهی ثبت، می تواند برای تعیین مناطقی که بالاترین رقم ثبت پایین را دارا می باشند و برای تهیه برنامه عملیات ثبتی، مورد استفاده قرار گیرد (UNICEF, 2005). مکانیسم های اختصاصی جهت بهبود پوشش دهی و کاهش بی عدالتی ها، خاص آن زمینه و محیط می باشد. یکی از اولویت های اولیه، حذف هزینه ثبت و اعمال مجازات برای تاخیر در ثبت است. اگر بُعد مسافت یک مشکل است، واحدهای سیار یا عملیات ثبت خانه به خانه می توانند مفید باشند (UNICEF, 2005). در مواردی که عدم آگاهی، یک مشکل باشد، افزایش اطلاعات و آگاهی که به همه مناطق و گروه های اجتماعی انتقال یابد می تواند یک گزینه باشد (UNICEF, 2005). دولت ها می توانند با سازمان های جامعه مدنی یا دیگر سازمان های محلی مانند مدارس و مراکز سلامت، یا کمپ های مهاجرین درون کشوری برای افزایش پوشش دهی، همکاری نمایند

(UNICEF, 2005).

بهبود سیستم های ثبت مدنی نیاز به اعتماد و مشارکت شهروندان دارد (Setel et al, 2007). مسایل خصوصی افراد باید از طریق سیستم های محافظت کننده اطلاعات حفظ شوند. باید از سوء استفاده ثبت مدنی افراد، بخصوص گروه های آسیب پذیر، توسط دولت ها و دیگران محافظت به عمل آید (Setel et al, 2007).

توسعه و تقویت سیستم های ثبت مدنی که در دراز مدت پایدار بماند نیازمند متعهد شدن سیاسی و مالی دولت ها و اهداکنندگان کمک، و سازمان های بین المللی، در سطوح ملی و بین المللی است (Mahapatra et al, 2007; Setel et al, 2007). اهدا کنندگان و آژانس های بین المللی باید درک کنند که ثبت تولد - به عنوان بخشی از سیستم کامل و عملی ثبت مدنی - یک جزء کلیدی از زیرساخت های توسعه است. (Mahapatra et al, 2007) سازمان جهانی بهداشت، نقشی کلیدی در فراهم کردن پشتیبانی تکنیکی برای کشورها بازی می کند. به علاوه برای بهبود کیفیت و قابل مقایسه بودن آمارهای حیاتی، نیاز به تلاش های بین المللی مانند تلاش از طریق شبکه سنجش سلامت (Health Metrics Network) می باشد (Mahapatra et al, 2007; Health Metrics Network, nd; Setel et al, 2007).

لازم است که در پروژه هایی که توسط آژانس های بین المللی تامین مالی می شوند، پشتیبانی از ثبت مدنی، به صورت یک جزء دائمی درآید (Mahapatra et al, 2007). برای مثال بانک جهانی می تواند این امر را به صورت جزء دائمی تامین مالی اصلاحات و توسعه سیستم های سلامتی قرار دهد. در حالی که یونیسیف می تواند به ترویج ثبت موارد مرگ، علاوه بر تلاشش در بهبود ثبت تولد بپردازد (Mahapatra et al, 2007).

سیستم های ملی مراقبت عدالت در سلامت

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۶.۲: حکومت ها، یک سیستم ملی مراقبت عدالت در سلامت را با جمع آوری مستمر داده های مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و بی عدالتی در سلامت تبیین نمایند (پیشنهاد ۱۰.۳ را ببینید).

یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت به طور مستمر اطلاعات مربوط به سلامت، بی عدالتی در سلامت و تعیین کننده های سلامتی را در یک شکل سامان مند جمع آوری، تنظیم (collates) و منتشر می کند. بسیاری از کشورها و سازمان های بین المللی در حال حاضر هم اطلاعات مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در یک فرم یا انواع فرم ها جمع آوری می کنند. سیستم های مراقبت عدالت در سلامت ملی و جهانی می توانند بر روی تلاش های صورت گرفته موجود استوار گردیده و باشد که دو مسئله مهم دیگر را هم اضافه کنند. اولاً، در حالی که اکثر سیستم های داده ای موجود فقط میزان متوسط کشور را نشان می دهند، یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت، بایستی داده ها را بر اساس گروه های اجتماعی داخل کشور طبقه بندی کند و شامل میزان های بی عدالتی در سلامت و تعیین کننده های سلامتی در بین این گروه ها باشد. ثانیاً، در حالی که داده های مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت، در حال حاضر در بین سیستم های اطلاعاتی چند گانه پراکنده شده اند، یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت باید اطلاعات مربوط به طیف گسترده تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در یک مرکز جمع آوری نماید.

بنا نهادن سیستم مراقبت عدالت در سلامت در حد اقل ممکن

توصیه می شود که همه دولت های ملی، در صورت نیاز با کمک سازمان جهانی بهداشت، یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت فراگیر را ایجاد نمایند (کادر ۳، ۱۶). چنین سیستم مراقبت کننده ای با توجه به سطح توسعه و سیستم اطلاعات سلامتی موجود کشور، می تواند به صورت فزاینده ای ساخته شود. اولین نیاز آنست که حکومت ها از قابل دسترس بودن داده های پایه مربوط به بیماری ها و مرگ و میر که بر اساس گروه های اجتماعی اقتصادی و مناطق مختلف کشورها طبقه بندی شده اند، اطمینان حاصل کنند. تجربه به دست آمده از اتحادیه اروپا نشان می دهد که همیشه کشورهایی که فاقد داده های پایه مربوط به بیماری ها و مرگ و میر بر اساس شاخص های اجتماعی اقتصادی هستند قادر به حرکت به سمت جلو در برنامه کاری مربوط به عدالت در سلامت نیستند (Mackenbach & Bakker, 2003). برای کشورهای خارج از اتحادیه اروپا نیز این امر به طور مستدلی صحت دارد. در کادر ۲، ۱۶، یک چارچوب برای سیستم مراقبت عدالت در سلامت در حداقل ممکن ارائه شده است. برای بنا نهادن یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت در حد اقل ممکن، تمام کشورها نیاز دارند که:

- در مناطقی که آمار معمول سلامتی وجود ندارد، حتی در مناطق محاصمه / اضطرار، فوراً سیستمی بسازید، استفاده از نمونه های خوشه ای سلامتی و پیمایش وضعیت معیشت، اگرچه مشکل است اما می تواند عملی باشد. (Burnham, 2006; UNDP & Ministry of Planning and Development Corporation, 2005)

- آمارهای سلامتی معمول را به طریقی که این امکان وجود داشته باشد که بتوان خط سیر سلامتی و مرگ و میر را به طور جداگانه برای مردان و زنان و برای گروه های مختلف اجتماعی با استفاده از داده های نمایان گر وضعیت ملی دنبال کرد، بهبود بخشید؛

- وقتی که متکی بر پیمایش ها است، موارد زیر را ارتقاء دهید:
 - نمایان گر بودن (representativeness) - از نظر ملی نمایان گر باشند، در حالی که همچنین به مشکل داده های مفقود شده گروه های آسیب پذیر مانند بی خانمان ها، گروه های کوچ کننده و مردم بومی رسیدگی می نماید؛

- قدرت آماری (statistical power) - قابلیت تفکیک (disaggregate) نتایج سلامت برای گروه های اجتماعی (social strata) مختلف و پایش مختصات زمانی بی عدالتی های سلامتی را داشته باشد؛

- روش ها و کیفیت داده ها - قابل اعتماد بودن (reliability)، با اعتبار بودن (validity)، نمونه و روش های تخمین، تکنیک های آماری؛

- ثبات (consistency) قابل مقایسه بودن اطلاعات بدست آمده تا اجازه مقایسه در طی زمان و در بین کشورهای مختلف را بدهد؛
- قابلیت ارجاع جغرافیائی (geo-referencing) - برای تسریع در ارتباط دادن داده ها

- دفعاتی که پیمایش ها انجام می شوند - به طور ایده آل حداقل هر ۵ سال یک بار؛

- در کشورهای فقیر، دانش مربوط به سلامت و مرگ و میر را در بین تمامی سنین و تمامی گروه های اجتماعی افزایش دهید. داده های مربوط به پیمایش ها (بخصوص DHS)، در توصیف بی عدالتی های مربوط به مرگ و میر کودکان و تعیین کننده های آن در کشورهای با درآمد پائین و متوسط، بی اعتبار بوده است. استفاده گسترده آن ها نشان می دهد که چنین داده هایی در این کشورها عملی هستند. مهم است که سیستم هایی را پردازش نمود که اطلاعاتی در مورد سلامت بالغین نیز فراهم می کنند، برای مثال توسط DHS گسترده شده.

سیستم مراقبت عدالت در سلامت باید به صورت ملی هماهنگ شود تا برای سیاست گذاران سلامت محلی و ملی مفید باشد. بایستی دولت ها و در جایی که نیاز است با کمک اهداکنندگان، سرمایه کافی و دراز مدت برای یک آژانس مرکزی که مراقبت عدالت در سلامت ملی را هماهنگ می کند، مهیا نمایند. سازمان جهانی بهداشت باید نقش بسیار مهمی را در پشتیبانی از سیستم های مراقبت عدالت در سلامت بازی کند. این مهم باید شامل فراهم نمودن پشتیبانی تکنیکی برای ارتقاء سیستم ها، بهبود کیفیت و قابل مقایسه بودن اطلاعات (در بین کشورها و در طی زمان) و ظرفیت سازی در سطح کشور برای استفاده از داده ها برای سیاست گذاری، ارتقاء برنامه سلامت عمومی و تحلیل باشد. ابتکاراتی مانند شبکه سنجش سلامت (Health Metrics Network)، نیز می توانند ایجاد ظرفیت تکنیکی برای مراقبت عدالت در سلامت پشتیبانی نمایند. (Health Metrics Network, nd) به علاوه، می توان از تجارب ابتکارات موجود برای پایش عدالت در سلامت استفاده نمود مانند برنامه پایش سلامت اتحادیه اروپا (EU, 1997).

به سوی یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت

فراگیر

داده های مربوط به مهم ترین تعیین کننده های اجتماعی سلامت باید همراه با داده های سلامتی، جمع آوری و تحلیل شوند. این سیستم مراقبت لازم است داده هایی را در مورد طیفی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت در راستای مسیر علی- causal path (way) از وضعیت زندگی روزانه گرفته تا عوامل ساختاری تر بی عدالتی های سلامتی فراهم نماید (Solar & Irwin, 2007). این سیستم باید ساختار بندی شود بنابراین امکان این هست که تاثیر روند زمان را بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت، به طور جداگانه برای مردان و زنان و طبقات مختلف اجتماعی دنبال کرد. کادر ۳، ۱۶، نمونه ای را ارائه می کند که نشان می دهد یک چارچوب مراقبت عدالت در سلامت چگونه می تواند باشد. این چارچوب باید دارای اطلاعاتی در مورد بی عدالتی ها و تعیین کننده های سلامتی و همچنین عواقب ناخوشی باشد. اطلاعات سلامتی باید در یک اسلوب طبقه بندی شده، با استفاده از طبقه بندی کننده های اجتماعی و منطقه ای ارائه شوند. در حالی که اطلاعات سلامتی برای گروه های خاص اجتماعی باید وجود داشته باشد، به طوری ویژه سطح سلامتی مطلق گروه های محروم نیز شاخصی مهم برای سیاست گذاران خواهد بود. به علاوه سنجش هایی که بزرگ نمایی

منطقه عملیاتی ۱، ۱۶: پایش، تحقیق و مداخله

اطمینان حاصل کنید که سیستم های پایش مستمر عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت در ابعاد محلی، ملی و بین المللی در جایگاه درست خود قرار دارند

گرفته است. این چارچوب به وضوح اهمیت پایش را، فراتر از بخش مراقبت سلامتی نشان می دهد (CW, 2007). به طور ایده آل باید با تولید سازمان جهانی بهداشت و در مشاوره با دست اندرکاران، یک سری از شاخص های اساسی که بین کشورها قابل مقایسه هستند در ابعاد کشوری و بین المللی ارتقاء یابند (بخش ۱۵: حاکمیت خوب جهانی، پیشنهاد ۱۵،۱). این ها باید شاخص های سلامتی مبتنی بر حقوق بشر را شامل شوند تا امکان پایش و ارزشیابی شناخت فزاینده از حق داشتن شرایط سلامتی را ایجاد کنند (UN, 2000a). در سطح کشور، واحدها modules و شاخص های خاصی برای تطابق در سطح ملی و محلی می توانند در این چارچوب سامان مند ایجاد گردند.

در بعضی از کشورها در حال حاضر هم ابتکاراتی وجود دارد که بی عدالتی های سلامتی و تعیین کننده های اجتماعی سلامت را به طور فراگیری پایش می کنند (CW, 2007) (کادر ۱۶،۴).

بی عدالتی در سلامت را در گروه های مختلف مردم نشان می دهد باید وجود داشته باشند. از آن جایی که این گونه سنجش ها کامل کننده هستند و یافته ها می توانند وابسته به این امر باشند که کدام نوع مورد استفاده قرار گرفته است، توصیه می شود هر دو سنجش نسبی و مطلق بی عدالتی در سلامت را شامل شوند. موقع تفسیر الگوها و روندهای بی عدالتی؛ سیاست گذاران، برنامه ریزان، و محققان باید به روشنی دریابند که از چه سنجش هایی خلاصه ای (summary measure) استفاده شده است. سنجش های ساده بی عدالتی در سلامت - مانند نسبت مقادارها (rate ratio) و تفاوت مقادارها (rate difference) - برای مقاصد تحقیقاتی می توانند با سنجش های پیچیده تر بی عدالتی در سلامت تکمیل گردند (مانند اندکس نسبی نابرابری) (Kunst & Mackenbach, 1994; Mackenbach et al, 1997; MEKN.2007b' Vagero, 1995). اطلاعات توزیع جمعیت در گروه های اجتماعی و منطقه ای باید در سیستم مراقبت لحاظ شود زیرا اندازه گروه ها میزان تاثیر بی عدالتی در سلامت را بر جمعیت نشان می دهد.

چارچوب واقع در کادر ۱۶،۳ نشان دهنده طبقه بندی های وسیعی از نتایج و تعیین کننده های سلامتی است که بدین منظور لازم است این شاخص ها (indicators) با استفاده از مشارکت هایی در سطوح ملی و بین المللی ارتقاء یابند. این طبقه بندی گسترده، همان گونه که در این مقاله بیان شده است، از کار کمیسیون منشا

کادر ۱۶.۲: یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت در حداقل ممکن

یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت حداقلی، داده های پایه ای مربوط به مرگ و میر و بیماری ها را در گروه های اجتماعی - اقتصادی و منطقه ای مختلف فراهم می کند. به عنوان یک حداقل، همه کشورها بایستی داده های پایه ای عدالت در سلامت قابل دسترس که نمایان گر وضعیت ملی باشند و قابل مقایسه در طول زمان باشند را دارا باشند. به طور ایده آل، مرگ و میر بر اساس دفاتر ثبت کامل و با کیفیت وقایع حیاتی تخمین زده می شود، در حالی که داده های مربوط به بیماری ها می تواند با استفاده از پیمایش های سلامتی از طریق مصاحبه جمع آوری شود (Kunst & Mackenbach, 1994). در بسیاری از کشورهای با درآمد پائین و متوسط، پیمایش های سلامتی، به صورت یک منبع اطلاعاتی مهم در مورد مرگ و میر در آینده نزدیک باقی خواهند ماند.

نتایج سلامتی:

مرگ و میر: مرگ و میر نوزادان و/یا مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، مرگ و میر مادران، مرگ و میر بالغین و امید به زندگی در زمان تولد؛

بیماری: حداقل سه علت بیماری مربوط به کشور، که در زمینه های (contexts) مختلف کشوری متفاوت هستند و می تواند شامل شیوع چاقی، دیابت، سوء تغذیه و HIV باشد؛

خود ارزیابی (self-rated) سلامت ذهنی و جسمی.

سنجش بی عدالتی:

علاوه بر متوسط جامعه، داده های مربوط به نتایج سلامتی باید بر اساس یک اسلوب طبقه بندی شده گردآوری شوند از جمله طبقه بندی بر اساس:

جنسیت؛

حداقل دو نشان گر اجتماعی (به طور مثال تحصیلات، درآمد / ثروت، رتبه شغلی، قومیت / نژاد)؛

حداقل یک نشان گر منطقه ای (به طور مثال روستائی / شهری، استان)

دارای حداقل یک سنجش خلاصه از بی عدالتی های سلامتی مطلق بین گروه های اجتماعی و یک سنجش خلاصه از بی عدالتی های سلامتی نسبی بین گروه های اجتماعی (کادر ۱۶،۳ را ببینید)
داده های با کیفیت در مورد سلامت افراد بومی در صورتی که وجود داشته باشند باید در دسترس باشد.

کادر ۱۶.۳: به سوی یک چارچوب مراقبت عدالت در سلامت ملی فراگیر

بی عدالتی های سلامتی	
شامل اطلاعات در مورد:	محیط فیزیکی و اجتماعی: - آب و فاضلاب - وضعیت خانه؛ - زیر ساختها، حمل و نقل، طراحی شهری - کیفیت هوا - سرمایه اجتماعی؛ social capital
نتایج سلامتی طبقه بندی شده بر اساس: - جنسیت - حد اقل دو عامل طبقه بندی کننده اجتماعی- اقتصادی (تحصیلات، درآمد/ ثروت، رتبه شغلی) - گروه های قومی / نژاد / فقر - دیگر عوامل طبقه بندی کننده اجتماعی مرتبط با زمینه - محل اقامت (روستائی شهری و استان یا دیگر واحد های جغرافیایی مربوطه)	وضعیت کاری: - خطرات شغلی مواد - فشار (استرس)
توزیع جمعیت در زیر گروه ها؛	مراقبت های سلامتی: - پوشش دهی - زیر ساخت های سیستم مراقبت سلامتی
یک سنجش خلاصه (a summary measure) از بی عدالتی سلامتی نسبی: سنجش ها شامل نسبت مقادارها (rate ratio) و تفاوت مقادارها (difference rate)، نمایه (index) نسبی ابرابری، ریسک قابل انتساب جمعیت (population attributable risk)، و نمایه تجمع (concentration index).	حفاظت اجتماعی
یک سنجش خلاصه (a summary measure) از بی عدالتی در سلامت مطلق: سنجش ها شامل تفاوت مقادارها (difference rate)، نمایه شیبدار نابرابری، ریسک قابل انتساب جمعیت (population attributable risk)	- پوشش دهی - سخاوت مندی عوامل ساختاری بی عدالتی در سلامت:
نتایج سلامتی مرگ و میر (همه علل، بر اساس علت، بر اساس سن) تکامل دوران ابتدایی کودکی	جنسیت: - هنجارها و ارزشها - مشارکت های اقتصادی - سلامت جنسی و باروری
سلامت روان بیماری و ناتوانی خود ارزیابی سلامت جسمی و روانی نتایج بر اساس علت	بی عدالتی های اجتماعی: - انزوای اجتماعی - توزیع درآمد و ثروت - تحصیلات
تعیین کننده ها، در جایی که قابل دست یابی است شامل داده های طبقه بندی شده	زمینه (context) اجتماعی - سیاسی: - حقوق مدنی - وضعیت اشتغال - اولویت های هزینه ای عمومی و حاکمیت - وضعیت اقتصاد کلان
وضعیت زندگی روزانه رفتارهای سلامتی: - سیگار کشیدن - مصرف الکل - فعالیت فیزیکی - رژیم غذایی و تغذیه	عواقب سلامت بیمار ILL- HEALTH عواقب اقتصادی عواقب اجتماعی

پایش اجتماعی نه تنها می تواند داده های معتبر و قابل اعتمادی را ارائه نماید بلکه این موضوع می تواند باعث توانمندسازی افراد محلی گردد (کادرهای ۱۶،۶ و ۱۶،۵). ظرفیت سازی برای جمع آوری و تحلیل داده ها، غالباً پیش درآمدی برای اقدام جامعه بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت است و می تواند جوامع را قادر به آن کند که در مورد موضوعاتی که زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد، انتخاب کرده و تصمیم بگیرند. دادن این امکان به جوامع که به داده های خودشان دسترسی داشته و حتی بر آن ها کنترل داشته باشند، می تواند اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت را تسهیل نماید. معمولاً داده ها به صورت محلی جمع آوری می شوند اما تا سطح روسا و سیاست گذاران بالا رفته و به ندرت به مردم محلی باز می گردند. آن ها نه تغییری را - اگر وجود داشته باشند - و نه این که چگونه جامعه شان در مقایسه با دیگران در این زمینه موفق fares بوده است را می بینند. این نیاز درست به نظر نمی رسد This need not be the case (کادر ۱۶،۶).

نقش جوامع در مراقبت عدالت در سلامت

درگیر نمودن جوامع محلی در فرآیند کلی مراقبت عدالت در سلامت یک اصل انفکاک ناپذیر است. این امر به طور ویژه ای با اهمیت است چون اگر قرار است که واقعیت های زمینه ای *ground realities* درباره عدالت، به طور صحیحی مورد ارزیابی قرار گیرند؛ پس این محرومین و طرد شدگان هستند که می توانند شواهدی را، اگر وجود داشته باشد، جهت ایجاد تغییرات ارائه نمایند. [***] اهمیت خاص این مسئله در این نکته است که اگر هستی در کره خاکی با توجه به عدالت مورد ارزیابی صحیح قرار گیرد این افراد خارجی هستند (اگر باشند) که باید اختلافات را مشاهده کنند [***]. برای مثال پایش مبتنی بر جوامع، شرایط مختلف موجود در سطح توده ها (grassroots level)، مثل عدم وجود خدمات و منابع برای درمان HIV (کادر ۱۶،۵) را افشا می کند. مثال دیگر موضوع آزمون های تعیین جنسیت و روند رو به کاهش نسبت جنس زن در هند است. این سلامت اجتماعی *community health* و گروه های زنان بودند که عمل تعیین جنسیت و به دنبال آن سقط را برملا کردند، چراکه آن ها در حال پایش تغییراتی در جنسیت متولدین در ابعاد محلی بودند.

کادر ۱۶.۴: پایش تعیین کننده های اجتماعی سلامت در انگلستان

به عنوان بخشی از پایش پیشرفت، از زمان پرسه آچسون (*inquiry the Acheson*) در سال ۱۹۹۷، دپارتمان سلامت مشغول بررسی روند بی عدالتی در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد. بررسی شامل تعدادی از نتایج سلامتی در رده های اجتماعی، همراه با داده هایی در مورد طیف گسترده ای از تعیین کننده های اجتماعی، از رفتارهای سلامتی گرفته تا سیستم های سلامتی و استفاده از مراقبت های سلامتی، تا شرایط مادی، ترتیبات استخدامی و سیاست های اجتماعی و اقتصادی و به دنبال آن چارچوب بیان شده در کادر ۱۶،۳ بود. منبع: بخش نابرابری های سلامتی ۲۰۰۸؛ سازمان سلامت، ۲۰۰۵

کادر ۱۶.۵: یک رویکرد مبتنی بر معیار اندازه گیری عدالت جهت پایش

GEGA (Global Equity Gauge Alliance) به دنبال کاهش بی عدالتی در سلامت از طریق یک رویکرد مبتنی بر معیار اندازه گیری عدالت است که شامل ارزیابی و پایش، جلب حمایت عمومی و توانمندسازی جامعه می باشد. در حد اقل ۱۰ کشور، معیاراندازه گیری عدالت فعال است. تعداد زیادی از فعالان اجتماعی شامل جوامع، سازمان های جامعه مدنی، محققین، سیاست گذاران، رسانه ها، کارکنان سلامتی و حکومت محلی، می توانند در این معیارعدالت دخیل شوند. پایش بی عدالتی در سلامت با تحركات اجتماعی و سیاسی مرتبط است. برای مثال معیار اندازه گیری HIV در آفریقای جنوبی از پایش و ارزیابی جامعه برای بررسی این امر که آیا خدمات و منابع کلیدی برای درمان HIV مهیا است یا نه، استفاده می کند. یافته های این پایش، در جلب حمایت جامعه و ایجاد راه حل های محلی برای عواملی که باعث اختلال در خدمات وابسته به HIV می شود، مورد استفاده قرار گرفت. منابع: GEGA, nd; Health Systems Trust, nd

کادر ۱۶.۶: دخیل بودن جوامع در تاسیس، تفسیر و پیگیری پیمایش های خانوار

مازمان های غیر دولتی می توانند نقش مهمی در پایش جامعه داشته باشند. برای مثال سازمان غیر دولتی آلمانی *International Con-nect* به تامین مالی و تسهیل سازمان های شریک محلی برای اجرای برنامه های ارتقاء اجتماعی در بعضی از کشورهای آفریقایی می پردازد. این شرکاء، پیمایش های خانوار را در مورد سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت در جوامع مزامبیک، تانزانیا و زامبیا که در آن ها کار می کنند، اجرا می کنند. این پیمایش ها، برنامه های توسعه جامعه را ارزیابی می کنند و بینشی در مورد نقاط ضعف و قدرت سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت در هر دهکده تحت پوشش ارائه می دهند. کارکنان سلامتی محلی در روستاها و کارمندان سازمان های شریک محلی به منظور اجرای پیمایش ها، آموزش دیده اند. نتایج پیمایش ها برای جوامعی که فعالانه در بحثهای مربوط به پیشرفت های صورت گرفته و تعیین اولویت ها برای بهبودهای بیشتر بر اساس نتایج حاصل از این پیمایش ها درگیر بودند، عرضه شد. منبع: Connect International, nd

یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت جهانی

کمیسیون پیشنهاد می‌کند که:

۱۶.۳: سازمان جهانی بهداشت تولیت ایجاد سیستم مراقبت عدالت در سلامت را به عنوان بخشی از ساختار گسترده تر حاکمیت جهانی بر عهده داشته باشد (پیشنهاد ۱۵.۱ را ببینید).

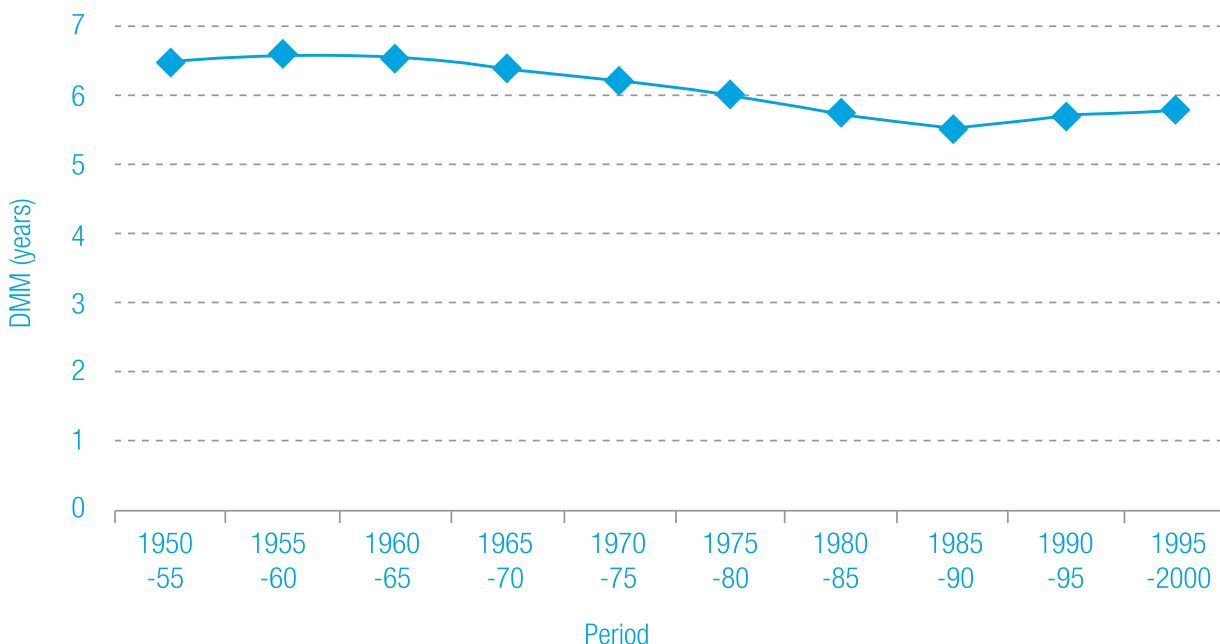
یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت جهانی، بایستی برای همه کشورها اطلاعات مربوط به بی عدالتی در سلامت و تعیین کننده های سلامتی را مرتب نموده و در اختیار عموم قرار دهد. چنین سیستم مراقبتی یک عامل مهم حاکمیت خوب جهانی است (بخش ۱۵: حاکمیت خوب جهانی). یک سیستم مراقبت عدالت در سلامت جهانی بر اساس سیستم مراقبت عدالت در سلامت ملی ساخته شده و به آن اضافه می‌گردد. این سیستم می‌تواند بر چارچوبی مشابه آن چه در کادر ۱۶.۳ برای سیستم مراقبت ملی بیان شده است، استوار باشد. علاوه بر بی عدالتی های داخل کشوری، سیستم

مراقبت جهانی باید نتایج بی عدالتی های سلامتی را در بین کشورها و نیز عوامل تعیین کننده این بی عدالتی ها را تعیین نماید (کادر ۱۶.۷). این تعیین کننده ها می‌توانند در سطح جهانی هویدا شوند، مثلاً اختلاف ثروت میان کشورها، میزان هزینه ای که در انجام کارهای مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطح جهان استفاده می‌شود (در مقایسه با هزینه بیماری های خاص)، تخصیص اعتبار از سوی سازمان جهانی بهداشت به کار عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت، میزانی که تعهدات کشورهای خارجی مربوط به کمکها (اعانات) تحقق می‌یابد و میزان بخشودگی بدهی ها. این موارد توضیحاتی در مورد تعیین کننده های بی عدالتی در سلامت در بین کشورها است. باید یک چارچوب منسجم با شاخص های اصلی برای مراقبت عدالت در سلامت جهانی و تولیت سازمان جهانی بهداشت تاسیس شود و دست اندرکاران را در سطح کشوری و نیز از سازمان های بین المللی و انستیتوهای تحقیقاتی دخیل نماید (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی).

کادر ۱۶.۷: اندازه گیری بی عدالتی در سلامت در سطح جهانی

اخیراً چندین روش برای سنجش بی عدالتی در سلامت در سطح جهانی ایجاد شده است. این سنجش ها شامل سنجش منتشر میزان مرگ و میر (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005) (dispersion measure of mortality) تحلیل خوشه ای (Ruger & Kiml, 2006) و استفاده از شیب اندکس نابرابری، که غالباً برای سنجش بی عدالتی در سلامت در داخل کشور تا سنجش آن در بین کشورها است (Dorling, Shaw & Davey Smith, 2006). برای مثال، با استفاده از سنجش منتشر میزان مرگ و میر نشان داده است که هم گرانی (convergence) مرگ و میر جهانی (از سال ۱۹۵۵-۱۹۵۰ تا ۱۹۸۵-۹۰) از اواسط دهه ۱۹۸۰، با واگرانی آن جایگزین شده است (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005) (شکل ۱۶.۱). تحقیقات بیشتری برای سنجش بی عدالتی در سلامت در سطح جهانی و تعیین کننده های آن مورد نیاز است. تعیین اهداف جهانی برای کاهش بی عدالتی در سلامت در بین کشورها و در درون کشورها و با پایش منظم پیشرفت، از اهمیت زیادی برخوردار است.

شکل ۱۶.۱: روند میزان پراکندگی مرگ و میر برای امید زندگی بدو تولد، ۱۹۵۰-۲۰۰۰



DMM = dispersion measure of mortality.

Reprinted, with permission of the publisher, from Moser, Shkolnikov & Leon (2005).

interim) ایجاد کند (فصل ۱۷ را ببینید: اقدامی پایا فراتر از کمیسیون، بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت).

استفاده از داده های مراقبتی در جهت سیاست گذاری

به عنوان قسمتی از سیستم های مراقبت ملی و جهانی، داده های بی عدالتی در سلامت و تعیین کننده های سلامت باید مهیا و در دسترس عموم باشند و برای مقاصد جلب حمایت عمومی و پشتیبانی از سیاست گذاریهای منسجم به طور گسترده منتشر شوند. برای این منظور لازم است که نتایج به صورت مستمر و برای افراد غیر تکنیکی ارائه شوند. داده های خام برای مقاصد تحقیقاتی باید در دسترس عموم قرار گیرند. داده های مراقبت ملی عدالت در سلامت باید به سیاست گذاران ملی، و سازمان جهانی بهداشت گزارش شوند. داده های مراقبت جهانی عدالت در سلامت باید به کمیسیون اقتصادی و اجتماعی، دیگر سازمان های بین المللی گزارش شده و به دولت های ملی عودت داده شوند (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی). باید یک فرآیند کاملاً شفاف همراه با یک حلقه بازخورد از داده های بی عدالتی در سلامت تا سیاست گذاری وجود داشته باشد، چنین داده هایی برای ارتقاء سیاست های ملی و تحت ملی و در طراحی برنامه های سلامت عمومی مورد استفاده قرار می گیرند (کادر ۱۶،۸). کاربرد های سیاست نظارت برالگوها و روند سلامت برای همه بخش ها و نه فقط برای بخش مراقبت سلامتی، باید مورد ارزیابی مستمر قرار داشته باشند. حوزه های انتخاباتی کلیدی باید در این فرآیند دخیل شوند، از جمله سیاست گذاران، فعالان قسمت های مختلف، محققین از نظام های متفاوت، جامعه مدنی و سازمان های اجتماعی. دانش و تجربه این افراد می تواند به تفسیر اطلاعات کمک نماید، درگیر شدن این افراد برای به حرکت در آوردن و اجرای سیاست ها، خلق و تداوم خواست های سیاسی، کلیدی است. (Braveman, 1998)

نقش سازمان جهانی بهداشت و سازمان ملل

پایش و مراقبت سلامت مردم کل جهان یکی از عملکردهای اصلی سازمان جهانی بهداشت است. کمیسیون، تاسیس یک سیستم نظارت سلامت جهانی که به جمع آوری، مرتب کردن و توزیع داده ها در مورد اولویت های مشکلات سلامت جهانی است را تأیید می کند (WHO, 2008a). این موضوع بسیار مهم است که مراقبت عدالت در سلامت یک بخش بسیار مهم از چنین نظارتی باشد. درحالی که دست اندرکاران درگیر شده از کشورهای عضو، سازمان های بین المللی و انستیتوهای تحقیقاتی و بخش های خاص عدالت در سلامت جهانی مربوط به نظارت سلامت جهانی می توانند چندین فعالیت کلیدی را انجام دهند: استقرار چار چوب کنترل منسجم با شاخص های اساسی که قابل مقایسه در بین کشورها باشد، تهیه استانداردها و راهنماهایی برای مراقبت عدالت در سلامت؛ ایجاد مشارکت و به روز آوری سریع شرح حال وضعیت بی عدالتی در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت در ابعاد ملی، منطقه ای و جهانی که برای مخاطبین مختلف سازگار شده است و تهیه داده های شفاف و سکویی از شواهد که می تواند مورد استفاده و بهبود توسط همه دست اندرکاران، به عنوان دروندادهایی جهت سیاست ها، برنامه ها و جلب حمایت عمومی قرار گیرد.

به عنوان بخشی از یک فرآیند گسترده تر سازمان ملل برای برنامه ریزی منسجم تر (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی)، سازمان جهانی بهداشت می تواند تولید بهبودی در انسجام و همکاری بین کشورها و آژانس های بین المللی برای کاهش پراکندگی و درخواست های تکراری از کشورها برای جمع آوری و گزارش داده ها را به عهده گیرد (UNICEF, 2007c). این امر شامل تسهیل مذاکرات بین آژانسی در مورد موضوعات تکنیکی و متودولوژیکی مانند استاندارد نمودن شاخص ها؛ تشخیص شکاف های مهم در دسترسی به داده ها و ایجاد استراتژی هایی برای غلبه بر آن ها است. برای ایفای چنین نقشی، لازم است که سازمان جهانی بهداشت توانایی های خود را برای پایش عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت افزایش دهد.

برای این که سیستم جهانی مراقبت عدالت در سلامت موثرتر باشد، نیاز دارد که سیستم سازمان ملل گسترده شده و شرکایش در جامعه مدنی، بخش خصوصی و همه رده های حکومتی را دعوت به همکاری نماید (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی). دفاع از جمع آوری و پایش اطلاعات طبقه بندی شده در مورد نتایج سلامتی و تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سیستم سازمان ملل، یک نقش مهم برای سازمان جهانی بهداشت است. بسیار مهم است که در سیستم سازمان ملل، نشست عمومی و PRSP های (استراتژی کاهش فقر) ملی بتوان بر روی عدالت در سلامت تمرکز نموده و اهداف توسعه هزاره بتواند شامل یک جزء عدالت در سلامت هم باشد. ارزیابی رایج کشوری، که وسیله معمولی در سیستم سازمان ملل برای پایش و تحلیل توسعه کشورها است، با شامل شدن شاخص هایی از عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت، می تواند یک وسیله مناسب برای پایش باشد. تیم های کشوری سازمان ملل، از سازمان های تخصصی شامل سازمان جهانی بهداشت تشکیل شده است که می توانند مکانیزمی را برای اجرای این موارد فراهم آورند. به عنوان بخشی از سیستم مراقبت عدالت در سلامت جهانی، توصیه می شود سیستم سازمان ملل فرآیندی را به سمت طیف فراگیری از اهداف بلند مدت عدالت در سلامت مورد قبول جهانی با معیارهای موقتی (benchmarks)

گسترده کردن پایه دانش

کمیسیون پیشنهاد می کند:

۱۶.۴: ارگان های تامین کننده مالی تحقیقات، بودجه ویژه ای را برای تولید و به اشتراک گذاشتن جهانی شواهد مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، از جمله تحقیقات مربوط به مداخلات عدالت در سلامت اختصاص دهند.

حوزه تحقیقات سلامت عمومی

کار کمیسیون، به روشنی اهمیت گسترش دادن حوزه تحقیقات سلامت عمومی به طوری که تاکید بیشتری بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت داشته باشد را نشان می دهد. بدین منظور لازم است که ارگان های تامین مالی کننده، شامل انجمن ملی تحقیقات سلامتی، پزشکی و اجتماعی؛ به جای تامین مالی تحقیقات با تمرکز بیومدیکال بر بیماری های خاص که امروزه شیوع بیشتری دارد؛ سرمایه گذاری بیشتری را برای تحقیق بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و بر تحقیقات چند تخصصی و بین تخصصی که این را هم شامل می شوند انجام دهند (Global Forum for Health Research, 2006; Sanders et al, 2004; McCoy et al, 2004). محتوای همه فصول این گزارش نشان دهنده نیاز به افزایش تحقیق بر روی کارهایی است که بی عدالتی در سلامت را کاهش می دهند (فصل ۱۷ را ببینید: اقدامی پایا فراتر از کمیسیون، بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت). سه منطقه وسیع نیاز به سرمایه گذاری اختصاصی دارد. اولاً، تحقیقات بر روی تعیین کننده های بی عدالتی در سلامت به جای تعیین سلامت متوسط جامعه، نیاز به بررسی های

بیشتری دارد. ثانیاً، تحقیقات بیشتر بر روی این امر که چه کارهایی و در چه شرایطی باعث کاهش بی عدالتی در سلامت می شود، لازم است و این که چقدر خوب است که مداخلاتی را اجرا نمود مانند مداخله در مواردی که باعث کاهش این بی عدالتی ها می شود (کادر ۱۶.۹). این تحقیقات باید پیچیدگی این نوع مداخلات را به حساب آورند. تجربیاتی در مورد ارزیابی مداخلات پیچیده (مانند Head Start and Moving to Opportunity در آمریکا و Health Action در بریتانیا) وجود دارد. اما در مقایسه با علم بیومدیکال، سرمایه گذاری برای ارتقاء روش های موثر در این نوع از ارزیابی ها، مورد اهمال قرار گرفته است. جنبش جهانی شهرهای سالم، مهم ترین کار برای یک رویکرد وسیع به بهبود سلامتی بوده است اما ارزیابی سیستماتیک اندکی در این مورد انجام شده است. سومین زمینه برای سرمایه گذاری، ایجاد روش هایی برای سنجش و پایش بی عدالتی در سلامت و ارزیابی تأثیرات ناشی از مداخلات در سطح جمعیت است (MEKN, 2007b). سازمان جهانی بهداشت می تواند هدایت فرآیندی که به دنبال گرد هم آوردن (از طیف های مختلف) محققانی است که در مورد استفاده از متدهای ارزیابی مداخلات پیچیده تخصص دارند را به عهده گیرد. سازمان جهانی بهداشت همچنین می تواند سرمایه گذاری دولت ها در مطالعات مداخله ای چند ملیتی که از روش های مناسب برای هر زمینه ای (context) استفاده می کنند اما می توانند فراتر از مرزهای ملی مورد مقایسه قرار گیرند را، هدایت نماید.

کادر ۱۶.۸: مکزیک - استفاده از شواهد برای اصلاح سیستم سلامت ملی

در زمان اصلاح سیستم سلامت در مکزیک در سال ۲۰۰۰، نیمی از خانواده های مکزیکی که اکثر آن ها فقیر بودند، هیچ حفاظتی در مقابل عواقب مالی ناشی از بیماری نداشتند. اصلاحات در سیستم سلامت مکزیک، منجر به سرمایه گذاری سنگینی در تولید و به کارگیری دانش گردید. حساب های ملی سلامت نشان داد که نیمی از هزینه های سلامت انجام شده در مکزیک، از جیب (out-of-pocket) بوده است. متعاقباً بسیاری از خانواده ها به زیر خطر فقر کشیده شده و یا به فقر عمیق تری دچار شدند. این مطلب باعث آگاهی عمومی از این حقیقت گردید که این موضوع که مراقبت سلامتی به خودی خود می تواند یک عامل فقیر کردن باشد تاکنون خارج از بحث های سیاستی بوده است. اصلاحات بزرگی در قانون گذاری صورت گرفت تا سیستم حفاظت از سلامت تاسیس گردید و توسط همه گروه های سیاسی در کنگره مکزیک نیز مورد تایید قرار گرفت. طرح جدید داوطلبانه عمومی که Seguro Popular نامیده شد، از اول ژانویه ۲۰۰۴ راه اندازی شد. این سیستم گسترش پیدا خواهد کرد تا در سال ۲۰۱۰ به پوشش همگانی دست یابد. تحلیل های پیمایش دوره ای درآمد و هزینه، یک کاهش در تعداد خانوارهایی که تحت تأثیر پرداخت های فاجعه بار مراقبت های سلامتی catastrophic health-care payments قرار گرفته اند و یک افزایش عمده در استفاده از خدمات شناسایی زودهنگام برای چند بیماری غیر مسری را نشان می دهد. منبع: MEKN, 2007a

کادر ۱۶.۹: مکزیک - ارزشیابی بیمه سلامت مردم (Seguro Popular)

اصلاحات در سیستم سلامت مکزیک، منجر به سرمایه گذاری سنگینی در ایجاد و به کارگیری دانش گردید. بررسی و ارزشیابی فشرده تجربه ای که تحت عنوان برنامه انتقال پول مشروط Oportunidades مکزیک، در اصلاحات مکزیک مورد استفاده قرار گرفت، موجب ارایه یک بیمه سلامت مردمی به نام Seguro Popular شد. ارزشیابی های سخت علاوه بر ابعاد تکنیکی، از آن جهت که با وجود تغییرات مدیریتی از تداوم اقدامات اطمینان حاصل می شود ارزش سیاسی هم دارند. در مورد Oportunidades، شواهد علمی دولت ها را قانع کرده است که نه تنها برنامه را پیگیری نمایند بلکه آن را گسترش دهند. نتایج تشویق کننده ای که با ادامه ارزیابی های Seguro Popular، نشان داده شده است ممکن است یک بار دیگر مورد استفاده قرار گیرد تا باعث حفظ اصلاحات در صورت تغییرات آینده در حکومت شود. منبع: MEKN, 2007a

لازم است تا راه کارها و سیاست ها طوری ارتقاء یابند که از سوگیری جنسیتی، هم در محتوی و هم در فرآیند تحقیقات سلامتی اجتناب شده و این موضوعات مورد اصلاح قرار گیرند (WGEKN, 2007). این راه کارها و سیاست گذاری ها شامل:

- از این که جمع آوری داده ها بر اساس جنسیت و دیگر معیارهای طبقه بندی کننده در پروژه های مطالعات منفرد و همچنین سیستم های داده ای بزرگ تر طبقه بندی شده باشند، اطمینان حاصل کنیم؛
- وارد نمودن زنان در بررسی های کلینیکی و دیگر مطالعات سلامتی به تعداد مناسب؛
- تحلیل داده های حاصله از آزمون های بالینی (clinical trials) و دیگر مطالعات سلامتی با استفاده از ابزارها و روش های حساس به جنسیت؛
- تقویت نقش زنان در تحقیقات سلامتی، با تصحیح کردن عدم تعادل جنسیتی در کمیته های تحقیقاتی و ارگان های تامین کننده مالی، انتشارات و سازمان های مشاوره ای.

تقویت تولید، به اشتراک گذاشتن و جمع آوری

شواهد به صورت جهانی

تولید و سنتز شواهد و تولید راهنماهای مبتنی بر شواهد در باره تعیین کننده های اجتماعی سلامت، از منابعی است که به شدت مورد نیاز می باشد. نیاز به همکاری بین المللی برای اطمینان از جمع آوری دانش و پیشگیری از دوباره کاری های غیر ضروری می باشد. لازم است مکانیسم های به اشتراک گذاری و جمع آوری دانش جهانی بهبود یابند، برای مثال با ایجاد یک "خانه شفاف سازی"، برای شواهد مداخلات مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت. ایجاد چنین خانه شفاف سازی، می تواند به طور مثال یک عملکرد رصدخانه سلامت جهانی باشد. بر اساس تجربیات کمیسیون، این امر نباید تنها شامل اطلاعات تکنیکی باشد بلکه باید یادگیری از عملکرد، سیاست گذاران، پ و جامعه مدنی را هم شامل شود. یک خانه شفاف سازی همچنین می تواند برای ترجمه یافته هایی در مورد کارآمد بودن مداخلات از یک محیط به محیط دیگر مورد استفاده قرار گیرد. به منظور آن که این امر تحقق یابد، گفتگو و تبادل تجربیات بین دولت ها، اهدا کنندگان، شرکای امر توسعه و جامعه مدنی باید تسهیل گردند. اهمیت جمع آوری و تبادل دانش در مورد عدالت در سلامت برای همه کشورها، نیاز به سرمایه گذاری بین المللی را توجیه می کند (EUROTHINE, 2007).

گسترده کردن تعریف شواهد

اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت، از طریق ارتقاء شواهد پایه غنی و متعدد، بهتر انجام می شود. این برنامه باید شواهدی از نظام های مختلف و روش های متدولوژیکی (کادر ۱۶،۱۰)، در کنار جمع آوری سیستماتیک دانش و تجربه از دست اندرکاران کلیدی درگیر، بخصوص از مجریان و افراد ذی نفع در مداخله را شامل شود. این نکته اهمیت ویژه ای دارد زیرا شواهد موجود در باره تعیین کننده های اجتماعی سلامت غالباً وابسته به زمینه (context) هستند. ارزیابی مداخلات مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت نیاز به داده های غنی کیفی دارد تا راهی را که از آن طریق زمینه (context) بر مداخله تاثیر می گذارد و علل موفقیت یا شکستش را درک کنند. آن چه که به عنوان شواهد معقول (منطقی) به شمار می روند باید بر اساس "مناسب بودن برای هدف" و نه بر اساس یک سلسله مراتب از شواهد تعیین شوند (که به صورت سنتی بررسی های کنترل شده اتفاقی و تجارب آزمایشگاهی را در صدر قرار می دهند (MEKN, 2007a)). درحالی که هیچ رویکردی برای تولید شواهد یا داده ها نباید بر روش های دیگر برتری داده شود، تمام انواع شواهد با استفاده از کرایتریاهای زیر می توانند مورد ارزیابی قرار گیرند: سوالات اختصاصی تحقیق را که شواهد به دنبال پاسخ گویی به آن ها در حوزه گسترده تری از تحقیقات مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت هستند را روشن و صریح بیان دارید، شفافیت (خصوصاً همه موارد سوگیریهای بالقوه را صراحتاً مشخص کنید) و ارتباط بین گروه های جمعیتی و زمینه های (contexts) مختلف (MEKN, 2007a).

پرداختن به سوگیری های جنسیتی در تحقیقات

تحقیقات پزشکی ممکن است همیشه با موضوعات جنسیتی به صورت بی طرفانه برخورد نکنند (Begin, 1998). بسیاری از تحقیقات - هم از نظر آن چه مورد مطالعه قرار می گیرد و هم از این نظر که چگونه تحقیق انجام می شود دچار سوگیری می باشند (Williams & Borins, 1993; Eichler, Reisman & Borins, 1992). برای مثال مشکلات سلامتی که اختصاصاً زنان را مبتلا می کنند معمولاً دیرتر شناخته می شوند. بعضی از شکایات سلامتی زنان به عنوان مشکلات روانی، به کناری گذاشته می شوند بدون این که، موضوع تحقیقی قرار گیرند (Begin, 1998). تداخل بین جنسیت و دیگر فاکتورهای اجتماعی غالباً شناخته نشده و داده های جزء جزء (disaggregated) جنسیتی اغلب جمع آوری نمی شوند (Iyer, Sen & stlin, 2007). روش هایی که در مطالعات پزشکی و بررسی های بالینی برای داروهای جدید به کار برده می شوند ممکنست دیدگاه جنسیتی نداشته و زنان را از جامعه مورد مطالعه کنار بگذارند. سوگیری ها همچنین شامل یک عدم تعادل از نظر جنسیتی در کمیته های اخلاقی (ethical committees) و ارگان های تامین کننده مالی تحقیقات و ارگان های مشاوره ای و نیز طرز برخورد های متفاوت با دانشمندان زن می باشد. (WGEKN, 2007)

منطقه عملیاتی ۱۶.۲: پایش، تحقیق و مداخله

در تولید و به اشتراک گذاشتن شواهد جدید در مورد راه هایی که از طریق آن تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر سلامت مردم و عدالت در سلامت تاثیر می گذارند و نیز بر کارآمدی تمهیداتی جهت کاهش بی عدالتی در سلامت از طریق اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی، سرمایه گذاری کنید.

تربیت و آموزش برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت

تربیت متخصصین پزشکی و سلامتی

کمیسیون پیشنهاد می کند که:

۱۶.۵: انستیتوهای آموزشی و وزارت خانه های مربوطه، تعیین کننده های اجتماعی سلامت را یک استاندارد و یک جزء اجباری برای تربیت متخصصین پزشکی و سلامتی قرار دهند (پیشنهاد ۹.۲ را ببینید).

متخصصین پزشکی و سلامتی از جمله دست اندرکاران، پرستاران، پرسنل محوری و کارکنان اجتماعی لازم است از بی عدالتی در سلامت به عنوان یک معضل سلامت عمومی آگاه باشند. لازم است این افراد از اهمیت عوامل اجتماعی و اثرات آن بر سطح و گسترش سلامت جامعه اطلاع داشته باشند. متأسفانه در اکثر برنامه های تحصیلی پزشکی و سلامتی جای بسیار محدودی برای تربیت افراد در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت وجود دارد.

لازم است وزارت خانه های سلامت و آموزش عالی با همکاری سازمان های پزشکی، پرستاری، سلامت عمومی و مدارس مدیریت سلامت، تعیین کننده های اجتماعی سلامت را یک جزء استاندارد و اجباری برای دوره های آموزشی متخصصین پزشکی و سلامت قرار دهند. تمام متخصصین سلامت حداقل باید، سطح پایه این آموزش ها را دریافت کنند. به علاوه گروه های علاقه مند و مصمم از مردم می توانند در حد تخصصی تر تربیت شوند، که به عنوان اعضای جامعه سلامت عمومی بتوانند موضوع را پیش ببرند.

بخش مراقبت سلامتی، نقش تولیدی مهمی در اقدامات بین بخشی برای عدالت در سلامت دارد (فصل ۱۰ را ببینید: عدالت در سلامت در همه سیاست ها، نظام ها و برنامه ها). این مطلب نیاز به درک چگونگی تاثیر تعیین کننده های اجتماعی بر سلامتی توسط سیاست گذاران و متخصصین بخش مراقبت های سلامتی دارد. همچنین لازم است که متخصصین سلامت درک کنند که

چگونه بخش مراقبت های سلامتی - بر اساس ساختار، عمل و بودجه اش - می تواند بی عدالتی در سلامت را تشدید نماید یا تخفیف دهد. لازم است که آن ها نقش خود را در ارایه عادلانه مراقبت های با کیفیت درک نمایند. شاغلین در بخش سلامت و متخصصین دیگر باید از نظر مهارت های ارتباط برقرار کردن و خوب گوش کردن، آموزش ببینند. و نیز در مورد این که چگونه ارتباط برقرار کردن خود را برای آن که با نیازهای بیمار منطبق شود تغییر دهند (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). لازم است آن ها در این مورد نیز آگاهی داشته باشند که چگونه جنسیت در نتایج سلامتی و رفتارهای منتهی به سلامتی تاثیر می گذارد. بدین منظور لازم است که جنسیت در برنامه آموزشی پرسنل سلامت به عنوان بخشی از آموزش برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت ادغام گردد (کادر ۱۶،۱۱).

آشنایی مجدد توصیه شده از طرف بخش مراقبت سلامتی جهت اهمیت دادن بیشتر به امر پیشگیری و ارتقاء سلامتی (فصل ۹ و ۱۰ را ببینید: مراقبت سلامت همگانی؛ عدالت در سلامت در تمام سیاست ها، نظام ها و برنامه ها)، نیاز به بازنگری در مهارت ها، دانش و تجربه متخصصین سلامت دست اندرکار و ارتقاء وضعیت متخصصین و اهمیت این حوزه ها دارد. به پیشگیری و ارتقاء سلامت باید جایگاه بالاتری در آموزش پزشکی داده شود.

قرار دادن تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان یک استاندارد و بخش اجباری آموزش پزشکی و آموزش متخصصین دیگر نیاز به کتاب و مواد آموزشی، که برای این منظور ایجاد شده اند، دارد. در حال حاضر نیاز فوری به ایجاد گنجینه ای حقیقی از وسایل آموزش و تربیتی در مورد طیف وسیعی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت است که بدون نیاز به پرداخت هزینه قابل دریافت از طریق اینترنت باشد. علاوه بر این، فرصت هایی برای آموزش و تحقیق متخصصین چند رشته ای بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت مورد نیاز است. در کشورهای با درآمد پایین می توان برای مثال از طریق مراکز منطقه ای عالی و / یا مدل های آموزش از راه دور عمل نمود (کادر ۱۶،۱۲).

کادر ۱۶.۱۰: قدرت داده های کیفی در درک تعیین کننده های اجتماعی سلامت

داده های آماری برای توصیف وسعت یک مشکل سلامت عمومی ضروری هستند اما برای توضیح دادن تجربه آن معضل یا تاثیرات آن بر زندگی مردم کار اندکی انجام می دهند. بنابر این فراهم بودن یک حس از تجربه زنده برای بیان مقصود، همچنین برای جلب حمایت عمومی و ارایه داستانی غنی که قلب و ذهن سیاست مداران و دیگران را منقلب نماید، بسیار مهم می باشد (Baum, 1995). برای مثال سیاست گذاران غالباً نمی دانند که چگونه توضیح بدهند که چرا مردم با وجود آگاهی از اثرات منفی سیگار بر سلامتی، باز هم سیگار می کشند. گراهام (۱۹۸۷) با استفاده از تحقیقی کیفی نشان داد که برای زنان فقیر، کشیدن سیگار می تواند یک مکانیسم جبرانی در فائق آمدن بر تقاضاهای زندگی کردن در فقر و مادر بودن باشد. شواهد کیفی همچنین می توانند در توضیح یافته های دور از انتظار ناشی از تحلیل های آماری کمک نمایند. بعضی از مطالعات در مورد سرمایه اجتماعی و سلامت نشان داد که شرکت در زندگی اجتماعی

(community life) نشان دهنده وضعیت پایین تر سلامتی است. تحلیل های آماری که این وضعیت را آشکار می کنند در مورد دلایل آن چیزی بیان نمی کنند. داده های کیفی تکمیلی، آمار مربوط به شرکت کنندگان را نشان داد و پیشنهاد کرد که یک عامل کلیدی، مخاصمه (جنگ) بود که وقتی مردم در گروه های اجتماعی دخیل هستند مکرراً اتفاق می افتد

منبع: Ziersch & Baum, 2004

پایش، تحقیق، و مداخله: منطقه عملیاتی ۱۶.۳

برای فعالان سیاسی، دست اندرکاران، و شاغلین؛ آموزش جهت تعیین کننده های اجتماعی سلامت را فراهم نمایید و برای آگاهی بیشتر جامعه سرمایه گذاری نمایید.

حوزه سواد سلامتی باید گسترش یابد تا توانایی دسترسی، درک، ارزشیابی و بیان اطلاعات مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت را شامل شود. ارتقاء سواد سلامتی یک ابزار قدرتمند در استراتژی هایی است که بی عدالتی در سلامت را کاهش می دهند. این امر نیازمند اطلاعات مفید، قابل اعتماد و قابل دسترس است که براساس نیاز و شرایط گروه های مختلف اجتماعی تهیه شده باشد (Kickbusch, Wait & Maag, 2006).

سواد سلامتی فقط درباره توانایی افراد برای خواندن، درک کردن و عمل کردن بر طبق اطلاعات سلامتی نیست، بلکه توانایی فعالان بخش های خصوصی و عمومی در بیان اطلاعات مربوط به سلامتی از راه های مربوطه و آسان برای فهم است. این امر نیازمند ارتقاء آگاهی و دانش سواد سلامتی در میان متخصصین سلامتی است. همچنین سیاست ها باید با استفاده از زبان گویا و سبب های دیداری در بیان موضوعات سلامتی، توسعه داده شوند (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

طرح ابتکاری سواد سلامتی به طور ایده آلی از طریق استراتژی های منسجم و گسترده کشوری شکل گرفته، تامین مالی شده و اجرا می گردد (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). این موضوع نیاز به سرمایه گذاری بلند مدت دارد (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). کشورها می توانند به ایجاد انجمن سواد سلامتی با سرمایه گذاری های چند دست اندر کاری در کناردولت، به پایش و ارزیابی پیشرفت، تسهیل مشارکت بین سازمان ها و فراهم کردن مسیر استراتژیک جهت سواد سلامتی بپردازند. (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008)

کمیسیون پیشنهاد می کند:

۱۶.۶: سازمان های آموزشی و وزارت خانه های مرتبط در جهت درک بیشتر از تعیین کننده های اجتماعی سلامت در بین متخصصین غیر پزشکی و عامه مردم تلاش کنند (پیشنهاد ۱۰.۲ را ببینید).

آموزش دیگر دست اندرکاران و فعالان سیاسی

آموزش و تربیت در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت باید به دیگر شاغلین، فعالان سیاسی و دست اندرکاران توسعه یابد. متخصصینی مانند طراحان شهری، طراحان حمل و نقل، معلمین، و مهندسين معماری جایگاه ویژه ای برای اقدام بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت دارند. ارتقاء آگاهی ها از آن چه بر سلامت جامعه و شیب اجتماعی سلامت تاثیر می گذارد زمینه را برای درک شواهد و اقدام بر آن ها آماده می کند تا برای اقدامات بین بخشی پایه ای فراهم شود. تربیت پرسنل غیر پزشکی لازم است، بایستی مدارس اموراجتماعی و دانشکده های تربیتی، آموزش تعیین کننده های اجتماعی سلامت را یک بخش استاندارد از برنامه آموزشی خود قرار دهند. نیاز مبرم به ارتقاء منابع آموزشی و تربیتی وجود دارد که نشان دهنده این پیام مرکزی باشند که چگونه سلامت جامعه نه از راه اقدام بر روی افراد با ریسک بالا بلکه اساساً از طریق اقداماتی که به خصوصیات کل جامعه (Rose, 1985) و بر کاربرد شیب سلامت برای ارتقاء سلامت جامعه می پردازند، بهتر می شود. (Graham & Kelly, 2004)

افزایش آگاهی درباره تعیین کننده های اجتماعی سلامت

لازم است که میزان آگاهی عامه مردم از تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عنوان سواد سلامتی ارتقاء یابد. سواد سلامتی یعنی "داشتن توانایی برای دسترسی، درک، ارزشیابی و بیان اطلاعات به عنوان راهی برای ترویج، حفظ و ارتقاء سلامتی در حالت های مختلف و در طول زندگی (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). این امر یک استراتژی توانمندساز بسیار مهم جهت افزایش کنترل مردم بر سلامتی خود و جهت افزایش توانایی آن ها در جستجوی اطلاعات و توانایی آن ها برای قبول مسئولیت است (Kickbusch, Wait & Maag, 2006). سواد پایین سلامتی حتی در کشورهای با درآمد بالا شایع بوده و به نظر می آید در ایجاد بی عدالتی در سلامت در بین گروه های اجتماعی سهیم باشد (Kickbusch, Wait & Maag, 2006) (کادر ۱۶.۳).

کادر ۱۶.۱۱: ادغام مباحث جنسیتی در برنامه آموزشی پزشکی

در طول دهه قبل، تلاش های زیادی برای ادغام مباحث جنسیتی به برنامه آموزش پزشکی در موسسات آموزشی در طیفی از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از جمله هلند، سوئد، استرالیا، کانادا، آمریکا، فیلیپین و هندوستان به عمل آمده است. برای مثال در هلند، ابتکار کشوری در افزودن جنسیت به برنامه آموزش پزشکی در ۸ مدرسه پزشکی از سال ۲۰۰۲ آغاز گردید. یک بررسی از این ابتکار نشان داد که این ادغام تا حدود زیادی موفق بوده است. موانع کلیدی، شامل عدم اولویت بخشیدن به مباحث جنسیتی در دوره آموزشی پزشکی و سطوح پایین تر حمایت از این ابتکار در میان دانشجویان مرد بود. در هندوستان به جریان انداختن مباحث جنسیتی در پروژه های آموزش پزشکی آغازی بسیار مهم است که نه تنها بر روی مدارس پزشکی متمرکز شد بلکه با همکاری متخصصین سلامت و موسسات غیر دولتی، دیدگاه های گسترده تری در مورد به جریان انداختن مباحث جنسیتی پیدا کرد. هدف پروژه، حساس کردن دانشجویان پزشکی به جنسیت از طریق وارد کردن نقطه نظرهای جنسیتی به کتاب ها و با آموزش دادن گروه مرکزی دانشجویان پزشکی در مسائل جنسیتی می باشد. منبع: Govender & Penn-Kekana, 2007.

ظرفیت سازی برای ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت

کمیسیون پیشنهاد می کند:

۱۶.۷: حکومتها به ظرفیت سازی جهت ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت، در میان سیاست گذاران و طراحان بخش های دولتی بپردازند. (پیشنهادات ۱۰.۳ و ۱۲.۱ را ببینید).

صورت همیشگی انجام شود- و این امر باید به عنوان یک اقدام معمول در ارتقاء سیاست گذاری ها باشد. یادگیری قابل توجه از بخش زیست محیطی و مروری بر سیاست های زیست محیطی، بنایی محکم را فراهم می آورد که ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت می تواند ابزاری محکم ایجاد کند تا همه فعالان را قادر نماید تا با یکدیگر کار کنند تا سیاست ها و برنامه های عادلانه تری ایجاد گردد.

سه عنصر مهم برای تقویت ظرفیت ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت وجود دارد:

- سرمایه گذاری در امر آموزش، ابزارها و منابع. در نظر گرفتن تاثیرات وارده بر سلامت و عدالت در سلامت در توسعه سیاسی، نیازمند ظرفیت سازی در میان سیاست گذاران و برنامه ریزان در تمامی مقاطع، نه فقط بخش سلامت، به طور محلی، ملی، و بین المللی می باشد. در حال حاضر، افراد بسیار کمی وجود دارند که می توانند تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت را ارزیابی کنند، تا امکان چنین در نظر گرفتن های مستمری routine consideration داده شود. بنابراین آموزش افرادی به منظور ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت امری اضطراری است (Wismar et al, 2007). فرصت های آموزشی نیاز به گسترش دارد و ابزار و منابع نیز باید توسعه یابد (Harris, 2007) (کادر ۱۶،۱۵ را ببینید). در نظر گرفتن عدالت لازم است به طور سیستماتیک در آموزش ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت گنجانده شوند. ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت نیز بایستی در دوره های سلامت عمومی گنجانده شود.

(Wismar et al, 2007)

- ایجاد مراکز پشتیبانی ملی و ناحیه ای. مراکز ملی و ناحیه ای می توانند ایجاد یا تقویت گردند تا از طریق هدایت، توصیه و راهنمایی فنی از ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت حمایت نمایند (Wismar et al, 2007). به علاوه تعهدات سازمانی نسبت به ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت، می تواند از طریق استراتژی های ارتباطی و آموزش همگانی که میزان آگاهی را در مورد منظور و هدف این ارزیابی در میان استفاده کنندگان و دست اندرکاران کلیدی افزایش می دهند، رواج داده شوند (Wismar et al, 2007). سازمان جهانی بهداشت می تواند در ایجاد یا تقویت این مراکز پشتیبانی بسیار مفید باشد.

بالا بردن سطح آگاهی در مورد اهمیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در میان فعالان سیاسی مهم است، ولی کافی نیست. اثرات سلامت و عدالت در سلامت می باید به طور مستمر در سیاست گذاری ها و اقدامات مورد توجه قرار گیرند. ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت یکی از ابزارهایی است که توسط کمیسیون پیشنهاد شده است (فصل ۱۰، ۱۲ را ببینید: عدالت در سلامت در تمام سیاست ها، نظام ها و برنامه ها). این ابزاری است که به سیاست گذاران کمک می کند تا به صورت سیستماتیک، تاثیرات بالقوه سیاست ها، برنامه ها، پروژه ها یا پیشنهادات (proposals) مربوط به عدالت در سلامت در یک جمعیت معلوم با هدف افزایش فواید مثبت عدالت در سلامت و کاهش اثرات مضر بالقوه بر عدالت در سلامت را، ارزیابی کنند (MEKN, 2007b).

ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت به چندین دلیل، پر اهمیت است. اولاً، میزانی که بخش سلامت تا آن اندازه به اهداف خود می رسد، به شدت تحت تاثیر بخش های دیگر قرار دارد. بنابراین این امر حیاتی است که تاثیر سیاست ها و برنامه های تمامی بخش ها، نه فقط بخش سلامت، بر سلامت و عدالت در سلامت ارزیابی شوند. ثانیاً، با وجود بهترین قصد و نیت ها، سیاست ها و برنامه ها می توانند اثراتی ناخواسته داشته باشند که ممکن است به دنبال انجام ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت از آن ها جلوگیری کرد و سرانجام، راه حل هایی برای بهبود سلامت و کاهش بی عدالتی در سلامت نمی توانند به صورت همگانی و در تمامی زمینه ها (contexts) به کار روند. بنابراین برنامه ها و سیاست های پیشنهادی باید بر اساس آن زمینه (contexts) بررسی شوند (MEKN, 2007a).

ارزیابی تاثیر سیاست ها و برنامه ها بر عدالت در سلامت باید به

کادر ۱۶.۱۲: ظرفیت سازی جهت تکامل دوران ابتدای کودکی - دانشگاه مجازی تکامل دوران ابتدای کودکی (ECDVU)

دانشگاه مجازی تکامل دوران ابتدای کودکی (ECDVU)، رویکردی ابتکاری برای بنا نهادن رهبریت و ظرفیت جهت تکامل دوران ابتدای کودکی (ECD) است. انستیتو شمال - جنوب در حال حاضر به صورت نزدیکی با انستیتوهای دانشگاهی در غنا، مالاوی و جمهوری متحد تانزانیا و با گروه های دانشگاهی، دولتی و غیر دولتی در دیگر قسمت های آفریقای زیر صحرا و خاور میانه و شمال آفریقا کار می کند. سرمایه گذاری های شرکای بین المللی و محلی باعث شده است آمیزه ای از دوره های رهبریت وابسته به "وب" و صورت به صورت طراحی شود تا کشور را در اقدامات بین بخشی مربوط به ECD توسعه دهد. یک ارزشیابی خارجی در نتیجه گیری یک نمونه آزمایشی نشان داد که دانشگاه مجازی تکامل دوران اولیه کودکی در دست یابی و حتی فراتر رفتن از همه اهدافش بسیار موفق بوده است.

منبع: ECDKN 2007b

کادر ۱۶.۱۳: سواد سلامتی پایین - همچنین یک مشکل در کشورهای ثروتمند

یک نفر از هر پنج فرد بالغ در بریتانیا در مهارت های اساسی مورد لزوم برای درک اطلاعات ساده که می تواند به سلامت بهتر منجر شود مشکل دارد. گروه های فقیرتر با احتمال کمتری به دنبال اطلاعات یا کمک برای حل مشکلات سلامتی هستند.

تجدید بیان با اجازه ناشر، از Kickbusch, Wait & Maag (2006)

تقویت ظرفیت ها در سازمان جهانی بهداشت

کمیسرین پیشنهاد می کند:

۱۶.۸: سازمان جهانی بهداشت توانایی خود را برای تامین پشتیبانی فنی جهت اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت، در ابعاد جهانی، ملی، و محلی تقویت نماید (پیشنهادهای ۵.۱ و ۹.۱ و ۱۰.۵ و ۱۵.۳ را ببینید).

سازمان جهانی بهداشت، نقش کلیدی تولید برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت را ایفا می کند. برای این که این نقش به صورت موثر انجام شود، سازمان جهانی بهداشت نیاز به افزایش ظرفیت سازمانی خود در ابعاد جهانی، منطقه ای و کشوری در رابطه با تعیین کننده های اجتماعی سلامت دارد. کشورهای عضو می توانند سازمان جهانی بهداشت و دیگر آژانس های سازمان ملل را با مسئولیت های مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و از طریق تامین مالی مرکزی (بودجه ی منظم) تقویت نمایند. حائز اهمیت است که در داخل سازمان جهانی بهداشت، این اولویت به وسیله ی تخصیص دادن قابل توجه و متناسب حمایت های مالی مرکزی بازتاب یابد. این تعهد بایستی به صورت افزایش دادن نسبت کارکنان دارای دانش اجتماعی و دیگر سوابق تربیتی (disciplinary backgrounds) توسعه یابد (PHM, Medact & GEGA, 2005). نقش تولیدی سازمان جهانی بهداشت با رعایت اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت، تلویحاً به معنی اقدامی اختصاصی است که عملکردهای اصلی این سازمان را تحت تاثیر قرار می دهد:

- به ایفای نقش رهبری برای کشورهای عضو و فعالان جهانی و محلی در اقداماتی که به منظور ترویج سیاست های عمومی کارآمد، تعیین کننده های اجتماعی سلامت را مورد توجه قرار می دهند، بپردازید.

- به بیان ابتکارات مبتنی بر شواهد، جهت به جریان انداختن رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در کل حکومت و در میان برنامه های سازمان جهانی بهداشت بپردازید.

- ایجاد، ساخت، گسترش و ترجمه ی دانش جدید برای حمایت از اجرای بین بخشی اقداماتی بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطح کشورها را تحریک نمایید.

- استانداردها و راهنمایی (guidelines) را برای اجرای سیاست رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای دست یابی به عدالت در سلامت ایجاد کنید.

- به ارائه پشتیبانی فنی پرداخته و ظرفیت سازمانی پایا برای موسسات دولتی و غیر دولتی را، جهت اجرای برنامه کاری تعیین کننده های اجتماعی سلامت بنا نهید (فصل ۱۰ را ببینید: عدالت در سلامت در تمامی سیاست ها، نظام ها، و برنامه ها).

- بی عدالتی در سلامت را در ابعاد جهانی، منطقه ای و کشوری پایش نمایید و روند آن ها را چون در ارتباط با تعیین کننده های اجتماعی سلامت هستند، پایش نمایید (پیشنهاد ۳-۱۶ را نیز ببینید).

برخی راه کارها که می توانند دست یابی به ظرفیت تقویت شده سازمان جهانی بهداشت را تسهیل کنند شامل استقرار:

- گروه هایی متشکل از دولت های عضو سازمان جهانی بهداشت برای هدایت انسجام سیاسی در سازمان جهانی بهداشت درباره ی تعیین کننده های اجتماعی سلامت که رابطه ی نزدیک با استراتژی های گسترده تر مانند مراقبت های اولیه سلامتی (PHC)، حقوق

- تضمین بودجه برای ارزیابی تاثیرات وارده بر سلامت در میان ادارات. بررسی مستمر تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت نیازمند آنست که چنین ارزیابی هایی، به طور مناسب از طریق وارد کردن آن ها در هر یک از طرح های کاری ادارات (Wismar et al, 2007)، در کنار تامین مالی جداگانه برای مراکز پشتیبانی ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت، تامین منابع شوند. دلایلی وجود دارد که نشان می دهد منافع حاصل از ارزیابی تاثیرات وارده بر عدالت در سلامت، به میزان زیادی بیشتر از هزینه های آن خواهد بود (Wismar et al, 2007).

بشر، اهداف توسعه هزاره (MDGs) و سلامت و کاهش فقر دارند؛

- گروه‌های متخصص خارجی برای رایزنی با سازمان جهانی بهداشت درباره‌ی سیاست‌های مبتنی بر شواهد؛

- گروه‌های فنی داخلی تمام‌بخشی cross-sectional برای هدایت به جریان انداختن کارآمد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، مانند PPHCKN (فصل ۱۵ را ببینید: حاکمیت خوب جهانی) (PPHCKN, 2007c)؛

رواج دادن توسعه از طریق رویکردی مبتنی بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت که به صورت اختصاصی به عدالت در سلامت می‌پردازد، تلویحاً به معنی اقدام ویژه‌ای مشابه با دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت است. سازمان جهانی بهداشت می‌بایست:

- با دولت‌های عضو برای تقویت نظام‌های سلامت، به طوری که آن‌ها مراقبت‌های سلامتی اولیه و ثالثیه‌ی عادلانه و قابل دسترسی را در میان جوامع فراهم کنند و مردم و سازمان‌ها را برای اقدام بر شرایطی که سلامت را تحت تأثیر می‌گذارد، حمایت کنند، همکاری نماید؛

- تحقیقات، اطلاعات و شواهد مربوط به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را برای هدایت سیاست‌ها و تصمیمات برنامه‌ریزی شده در سطوح ملی و محلی، تحت کنترل درآورد؛

- مشارکت بین‌آژانس‌های سازمان ملل و دیگر سازمان‌های بین‌المللی، اهداکنندگان، جامعه‌ی مدنی، بخش خصوصی و اعضای جامعه برای انجام اقدامات مبتنی بر شواهد جهت پرداختن به نیازهای مربوط به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت که توسط کشورها و جوامع بیان شده‌اند، را افزایش دهد.

- عملکرد خود را در ترویج رویکردی مبتنی بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و کار فنی خود با کشورها را از طریق برنامه‌ی پایشی فراگیر و سنجش اجرایی بهبود بخشد.

کادر ۱۶.۱۴: ارزیابی تأثیرات وارده بر عدالت در سلامت

"ابتکار سلامت بهتر استرالیا" قسمتی از بسته‌ی اصلاحی انجمن دولت‌های استرالیایی است که هدف آن بهبود وضعیت سلامت تمامی استرالیایی‌ها می‌باشد. به عنوان بخشی از توسعه طرح اجرایی در New South Wales، (ویلز جدید جنوبی)، یک ارزیابی سریع از تأثیرات وارده بر عدالت به صورت متمرکز انجام گردید. هشت ابتکار با توجه به تأثیرات بالقوه‌شان بر عدالت مورد ارزیابی قرار گرفتند که به دنبال بی‌عدالتی‌ها بر اساس سن، جنس، محل زندگی، نژاد، و وضعیت اجتماعی اقتصادی بودند. پیشنهادات منطقی درباره چگونگی بهبود تمرکز بر عدالت و تأثیرات مثبت بالقوه این ابتکارات بر روی عدالت در سلامت تنظیم گردیدند.
منبع: Harris, Harris & Kemp, 2006

کادر ۱۶.۱۵: گسترش ظرفیت برای ارزیابی تأثیرات وارده بر عدالت در سلامت

یک مثال درباره ایجاد ظرفیت برای ارزیابی تأثیرات وارده بر سلامت، رویکرد "یادگیری به وسیله‌ی انجام دادن" می‌باشد که قسمتی از پروژه‌ی ارزیابی تأثیرات وارده بر سلامت New South Wales، (ویلز جدید جنوبی) بود. یادگیری به وسیله‌ی انجام دادن شامل آموزش رسمی، دسترسی به منابع و پشتیبانی فنی و بنا نهادن مداوم همفکری همگانی درباره‌ی حوزه‌ی ارزیابی تأثیرات وارده بر سلامت می‌باشد. یک تمرکز بر عدالت می‌بایست در تمامی آموزش‌های مربوط به ارزیابی تأثیرات وارده بر سلامت ادغام گردد.
منبع: Harris, 2007





بنانهادن یک حرکت جهانی

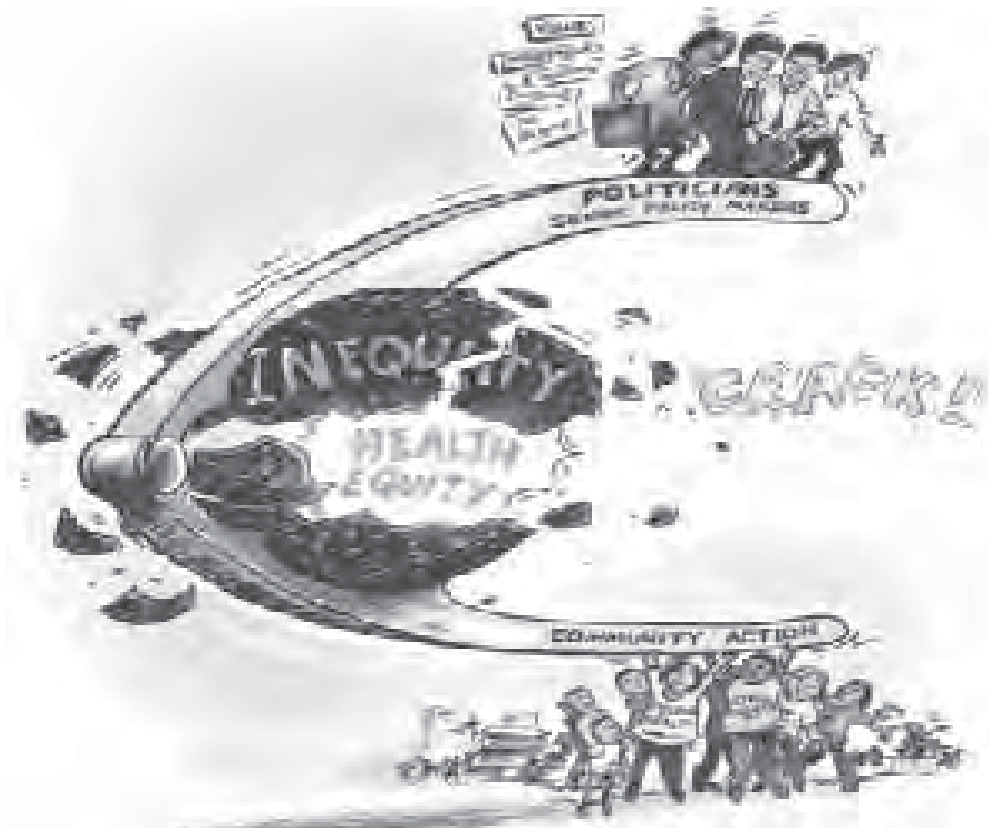


فصل هفدهم

اقدامی پایا فراتر از کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت

اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، دستور کار بلند پروازانه ای است که نیاز به قهرمانانی در سطح جهان، رهبریت متعهد و عملکرد جسورانه در تمامی سطوح دارد. پایه و بنای این امر گذاشته شده است. کمیسیون با این نیت طراحی شد تا یک مشارکت گسترده از سوی کسانی که تحقیق می کنند، کسانی که سیاست ها را تبیین می کنند، کسانی که سیاست ها را اجرا می کنند و کسانی که حمایت می کنند و اقدام می کنند باشد. تاثیر تعهدات سیاسی و اقدامات سیاسی از بالا به پایین، همراه با اقدامات از پایین به بالای جمعیت ها و گروه های جامعه مدنی، اثر "فندق شکن" خوانده شده است (شکل ۱۷،۱) (Baum, 2007).

شکل ۱۷.۱ شکستن فندق عدالت در سلامت



Cartoon by Simon Kneebone. Reprinted, with permission of the publisher, from Baum (2007).



بنیادهایی جهت اقدامی پایا

رهبران جهانی

این امری حیاتی است که فضای سیاسی جهانی و بین المللی از اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، حمایت کند. بدین منظور، کمیسیونها، شامل سران سابق حکومت ها، وزراء سابق، سیاست گذاران ملی و مشاوران بین المللی؛ روسای سازمان های بین المللی؛ دانشگاهیان مهم و سرآمد و نمایندگان جامعه مدنی، منابعی حیاتی هستند. این افراد با یکدیگر یک گروهی جهانی کوچک ولی قدرتمند از قهرمانان جهانی را تشکیل می دهند که به جلب حمایت عمومی از اتخاذ رویکردی مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت می پردازند. تبیین رهبری در داخل سیستم سازمان ملل - در حاکمیت جهانی، سیاست گذاری، و تامین مالی توسعه- و از طریق جنبش های اجتماعی جهانی، به تبیین عدالت در سلامت به عنوان یک اولویت در دستور کار جهانی قرن ۲۱ کمک خواهد کرد.

سازمان جهانی بهداشت

کمیسیون، همکاری نزدیکی با سازمان جهانی بهداشت در ابعاد کشوری، منطقه ای و جهانی داشت. اگرچه قضاوت هایی که کمیسیون، به آن ها رسید از فرآیند تصمیم گیری سازمان جهانی بهداشت و ارگان های حاکمیتی مستقل می باشند، این امر اهمیت دارد که سازمان جهانی بهداشت، به عنوان یک ارگان سازمان ملل که برای ایجاد رهبری در سلامت جهانی مسئولیت دارد، پیشنهادات را به پیش ببرد.

علائم مثبتی وجود دارد. سازمان جهانی بهداشت در حال گام برداشتن به سمت نهادینه کردن رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت در تمامی بخش های کاریش می باشد. این امر در برنامه استراتژیک میان مدت سازمان جهانی بهداشت برای سال

های ۲۰۱۳-۲۰۰۸ (WHO, 2007a) (MTSP) قرار داده شده است - که شامل اهداف راهبردی (استراتژیک) است "که به تعیین کننده های زمینه ای اجتماعی و اقتصادی سلامت از طریق سیاست ها و برنامه هایی که عدالت در سلامت را ارتقاء می دهند و رویکردهای به نفع فقرا (pro-poor)، پاسخ گو به مسائل جنسیتی (gender-responsive) و مبتنی بر حقوق بشر را با هم ادغام می کند، می پردازد" و نتایج مورد انتظار در کل سازمان که برای سنجش میزان دست یابی به اهداف، مورد استفاده قرار گرفته است (کادر ۱۷،۱). با توجه به برنامه استراتژیک میان مدت (MTSP)، این هدف با بودجه ی تصویب شده ۶۶ میلیون دلاری (\$US) برای دوره ی دو سالانه ۲۰۰۹-۲۰۰۸ تقویت شده است.

برای اجرای این نتایج مورد انتظار در یک سطح فنی، سازمان جهانی بهداشت سه استراتژی را دنبال کرده است: به جریان انداختن عدالت در سلامت در همه برنامه ها، تقویت فعالیت های میان بر (cross-cutting) مربوط به عدالت در سلامت، و افزایش توانایی های پایشی موجود. به عنوان بخشی از به جریان انداختن، سازمان جهانی بهداشت شروع به مطالعه ظرفیت های بالقوه برای برنامه هایی کرد که کارآمدی و عدالت را تحت نظر یک شبکه چند برنامه ای (PPHCKN) در سال ۲۰۰۶ بهبود دهد و در جست و جوی راه های ادغام رویکردهای مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت باشد و به موضوع عدالت، به طور مستقیم تری از طریق برنامه های سلامت جهانی و ملی بپردازد. سازمان جهانی بهداشت نمایندگان منطقه ای را برای هماهنگ کردن اقدامات صورت گرفته بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت تعیین نموده و از تحلیل و انتشار داده های موجود در سطوح ملی و منطقه ای، از منظر عدالت، حمایت کرده است.

کمیسیون از مقاصد همه این فرآیندها و فراخوان های مختلف از سوی همه ی کشورها جهت آغاز به توسعه ی طرح های عملیاتی بروی تعیین کننده های اجتماعی سلامت به منظور بهبود عدالت در سلامت حمایت می نماید.

کادر ۱۷.۱: هدف استراتژیک (SO) شماره ۷ سازمان جهانی بهداشت و نتایج قابل انتظار مربوطه در کل سازمان

هدف استراتژیک شماره ۷: پرداختن به تعیین کننده های زمینه ای اجتماعی و اقتصادی سلامت از طریق سیاست ها و برنامه هایی که عدالت در سلامت را افزایش داده و رویکردهای مبتنی بر حقوق بشر، پاسخ گو به مسائل جنسیتی و فقیر مدار را با هم ادغام می کنند.

نتیجه قابل انتظار ۷.۱: اهمیت تعیین کننده های اجتماعی و اقتصادی سلامت در سراسر سازمان شناخته شده و با کار معمول و همکاری کشورهای عضو و دیگر شرکا یکپارچه شود.

نتیجه قابل انتظار ۷.۲: ابتکاراتی توسط سازمان جهانی بهداشت در فراهم نمودن فرصت ها و شیوه هایی برای همکاری های بین بخشی در سطوح ملی و بین المللی به منظور پرداختن به تعیین کننده های اجتماعی و اقتصادی سلامت و تشویق به کاهش فقر و توسعه ی پایدار اتخاذ شود.

نتیجه قابل انتظار ۷.۳: داده های اجتماعی و اقتصادی مربوط به سلامت، به صورت جزء جزء (بر اساس سن، جنس، نژاد، درآمد و شرایط سلامتی مانند بیماری و ناتوانی) جمع آوری، تنظیم و تحلیل گردند.

نتیجه قابل انتظار ۷.۴: رویکردهای مبتنی بر اخلاق و حقوق به موضوع سلامتی، در داخل سازمان جهانی بهداشت و در سطح ملی و جهانی ترویج داده شود.

نتیجه قابل انتظار ۷.۵: تحلیل مباحث جنسیتی و اقدامات پاسخ گو در کار معمول سازمان جهانی بهداشت (WHO's normative work) ادغام شده و از کشورهای عضو جهت شکل دهی به برنامه ها و سیاست های پاسخ گو به مسائل جنسیتی حمایت شود.

کشورهای شریک

اقدام در سطح کشوری، یکی از ابزارهای اولیه برای استفاده از شواهد پایه جهانی کمیسیون، اجرای پیشنهادهای کمیسیون و حفظ کردن آگاهی و درک رهبران سیاسی، وزراء سلامت، و دیگر دست اندرکاران اصلی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت می باشد.

کمیسیون با همکاری با تعدادی از کشورهای شریک از طریق راه کارهای متفاوت از توسعه ی سیاست های ملی با هدف کاهش بی عدالتی در سلامت، حمایت می نماید. برزیل، کانادا، شیلی، جمهوری اسلامی ایران، کنیا، موزامبیک، سریلانکا، سوئد، و UK هر کدام از طریق یک فرآیند رسمی و با نوشتن تعهدنامه ای برای ایجاد پیشرفت در زمینه ی تعیین کننده های اجتماعی سلامت در جهت بهبود عدالت در سلامت، یک کشور شریک برای کمیسیون گشتند. همین که کار کمیسیون، نیروی لازم برای حرکت را پیدا نمود، دیگر کشورهای حمایت کننده نیز، هم با گردآوری کارهای فنی برای مبارزه با تعیین کننده های اجتماعی به منظور عدالت در سلامت (مانند نورژ که مطالعات موردی بر روی اقدامات بین بخشی انجام داد) و هم با تبادل تجربیات و اطلاعات در بهبود بخشیدن به انسجام بین سیاست گذاری های این حوزه، کمک کردند (مانند تایلند).

کشورهایی که رسماً شریک کمیسیون هستند، به ایجاد عزم تغییر، به روش های مختلف ادامه می دهند، که این امر مستند گردیده است (برای مشاهده بیشتر جریان فعالیت کشوری، CW, 2007 را ببینید). برخی کشورها بر روی ایجاد علاقه سیاسی نسبت به تعیین کننده های اجتماعی سلامت متمرکز شده اند. سایر کشورها مانند برزیل، کانادا، و شیلی ساختارهای سازمانی و راه کارهای جدیدی را جهت ترویج توسعه ی سیاست های بین بخشی تبیین نموده اند. برای مثال برزیل، کمیسیون ملی تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در سال ۲۰۰۶ راه اندازی کرد. آژانس سلامت عمومی کانادا، گروه مرجع کانادایی را دایر نمود که یک گروه مشاوره ای با نفوذ است که در جهت پیشبرد دستور کار تعیین کننده های اجتماعی سلامت، پیشرفت های واقعی سیاسی در کانادا و در سطح بین الملل حاصل نموده است. در انگلستان، گروه علمی مرجع، در موارد سیاسی توصیه هایی نموده است و شاخص هایی برای سنجش میزان بی عدالتی در سلامت تعیین نموده است.

از دیگر راه کارهایی که در کشورها مورد استفاده قرار گرفته است، یافتن روش هایی برای تبادل آموخته ها و ابتکار تحقیقات مشترک بین کشوری است (مثال: کانادا، شیلی، سوئد، انگلستان و اسکاتلند). یک گروه نوردیک مرجع، متشکل از نمایندگان از ۵ کشور، سیاست های ملی آن ناحیه را به کمیسیون ارائه می نماید. گروه مشابهی نیز در آسیای شرقی تشکیل گردیده است. این مدل های همکاری در بین کشورهای با زمینه ی سیاسی-اجتماعی مشابه می تواند در سایر مناطق نیز مورد استفاده قرار گیرد.

تلاش های مشترک صورت گرفته توسط تمامی کشورهای شریک کمیسیون، تقاضا برای مبارزه با تعیین کننده های اجتماعی بی عدالتی در سلامت را در موضوعات سلامت عمومی و توسعه ی انسانی جهانی و منطقه ای تقویت کرده است. کشورهای بیشتری همکاری خواهند نمود- آرژانتین، مکزیک، نیوزیلند، رومانی و تایلند، همگی تمایل خود را ابراز کرده اند. در استرالیا یک رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت، به عنوان یک عامل مرکزی در برنامه دولت برای سال ۲۰۰۷ اعلام شده است، هدف این رویکرد از بین بردن تفاوت در امید به زندگی افراد بومی و کل جمعیت در یک نسل می باشد (COAG, 2007). هدف در آینده این است که،

کشورهای بیشتری از نظر سیاسی در رویکردی که در این گزارش تنظیم شده است دخیل شده و این فرآیندهای سیاسی به صورت سیاست ها و برنامه هایی ترجمه شود که به طور محسوسی سلامت جامعه را بهبود بخشیده و بی عدالتی در سلامت را کاهش دهند.

شهرها

علاوه بر شهرهایی که در KNUS بیان شدند، شهرهای نیویورک، گلاسگو، لندن و نیواورلئان، همگی ارتباطاتی با کمیسیون ایجاد کرده اند و در حال فعالیت برای پیشبرد برنامه ها به سمت جلو از طریق به اشتراک گذاشتن (تبادل کردن) شواهد مبتنی بر عملکرد می باشند. جنبش شهرهای سالم (همانگ شده توسط دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت) و برنامه شهرسازی سالم مرکز کوبه سازمان جهانی بهداشت، هر دو متحدین نیرومندی هستند.

جامعه مدنی

گروه های جامعه مدنی در برنامه کار عدالت در سلامت جهانی قهرمانان قدرتمندی هستند. از آغاز، کمیسیون فعالانه خواستار مشارکت نمایندگان گروه های جامعه مدنی در آفریقا، آسیا، آمریکا و اروپا بود. نمایندگان گروه های جامعه مدنی در پروسه جمع آوری اطلاعات برای کمیسیون، دخالت داشتند. این افراد در شکل گیری تفکر کمیسیون کمک نمودند و جهت تغییرات آینده، شریکان فعالی خواهند بود. (برای اطلاعات بیشتر در مورد جریان کاری جامعه مدنی، CS, 2007 را ببینید).

بنا نهادن و تبادل دانش

کمیسیون، به منظور درک تعیین کننده های اجتماعی سلامت و تبیین اقدامی کارآمد در جهت ترویج عدالت در سلامت، شواهد پایه جهانی را ایجاد نموده است. برای حمایت از این فرآیند، کمیسیون، ۹ شبکه دانش - شامل دانشگاهیان و دست اندرکاران از دانشگاه ها، انستیتوهای تحقیقاتی، وزارت خانه های دولت و سازمان های بین المللی و جامعه مدنی در سراسر جهان - ایجاد نموده است. این شبکه ها به اشکال مختلف، به تولید دانش در سطح جهانی به منظور اقدام ادامه خواهند داد. کمیسیون، مشارکت های بیشتر جهت جمع آوری شواهد را از طریق دو شبکه منطقه ای مستمر (شبکه های نوردیک و آسیایی) و نیز به همراه محققانی در حوزه های موضوعات کلیدی دیگر، مانند پیری، افراد بومی، غذا و تغذیه، خشونت و تعارض و محیط زیست بنا نهاد. گزارشات تهیه شده از شبکه های دانش و دیگر گزارشات و مقالات زمینه ای، شامل گزارشات جریان کاری کشوری و جامعه مدنی، بر روی سایت کمیسیون در دسترس می باشند:

www.who.int/social_determinants/en

یک برنامه کار ناتمام

فهرست تعیین کننده های بی عدالتی در سلامت گردآوری شده توسط کمیسیون، جامع نبود. به دیگر حوزه های مسائل مهم و حیاتی مانند تغییرات آب و هوا، در جزئیات پرداخته نشده است. کمیسیون، این برنامه کار بسیار مهم، و نیز میزان کاری که در حال حاضر در دست اقدام است تا به این امر بپردازد را می شناسد و خود را با اهداف توسعه عادلانه و پایدار هم راستا می کند.

- درک موانع و بازدارنده های زمینه ای (contextual) برای اقدامات بین بخشی و انسجام در حاکمیت محلی و ملی و سیاست گذاری ها؛
- شناسایی اجراهای خوب و توسعه ابزارها برای اقدامات بین بخشی.

(۴) پایش و سنجش:

- ایجاد متدولوژی های جدید برای پایش و سنجش بی عدالتی در سلامت و برای ارزیابی تاثیر مداخلات در سطح جمعیت.

آرمان ها و نشانه ها برای عدالت در سلامت

کمیسیون، پیشنهاداتش را بیان داشته و چالش هایی را در سطح جهانی مطرح کرده است. پیشرفت به سوی عدالت در سلامت، نیازمند آرمان ها و اهداف قابل سنجش در مسیر دستیابی است. آرمان ها و نشانه ها، می توانند سیاست ها را تغییر جهت داده، تخصیص منابع را بهبود بخشیده و نتایج توسعه را بهتر کنند. گزارش عمومی مستمر و توسعه سیستم های داده ای، به صورت جهانی و ملی، از این امر اطمینان حاصل می کنند که جهان قادر به مشاهده آنست که کدام نشانه ها محقق شده و در کدام قسمت به کوشش های بیشتری نیاز می باشد.

این موارد، در اهداف توسعه هزاره (MDGs) دیده شده است. اهداف توسعه هزاره همچنین اهمیت آمارهای خوب را در تعیین و پایش نشانه های اصلی (major targets) در سیاست های توسعه ای مورد توجه قرار می دهد. دستیابی به اهداف توسعه هزاره و نشانه های وابسته به سلامت در سطح کشور، به معنی کاهش مطلق بی عدالتی در سلامت در بین کشورها است. در حال حاضر، این اهداف، دورنمایی از سلامت و عدالت در سلامت را در داخل کشورها مجسم نمی کنند. در واقع، اهداف توسعه هزاره برای نتایج سلامتی، به جای آن که حاوی توزیع نتایج سلامتی در میان و در بین کشورها باشند، بیشتر در رابطه با متوسط جمعیت تنظیم شده اند.

با فراتر رفتن از تمرکز فعلی بر اهداف توسعه هزاره و برنامه زمانی آن تا سال ۲۰۱۵، کمیسیون خود را درگیر بی عدالتی در سلامت در بین کشورها، و همچنین شیب اجتماعی موجود در سلامت در میان کشورهای با درآمد پایین، متوسط و بالا و نیز تاثیری که بر مرگ و میر بالغین به دلیل بیماری های مسری و غیر مسری و خشونت و جراحات دارد، کرده است.

هدفی که کمیسیون دوست دارد جهان، رهبران آن، سازمان های بین المللی، حکومت های ملی، گروه های جامعه مدنی - مشتاق دیدنش باشند، این است:

رفع بی عدالتی در سلامت در طی یک نسل

پیشرفت به سوی این هدف آرمانی، نیازمند کم کردن شکاف بین افراد با بدترین وضعیت و افراد با بهترین وضعیت، در طول زمان می باشد. این امر همچنین مستلزم یک مسطح سازی فزاینده در شیب سلامت، با بهبود سلامت در تمامی گروه های اجتماعی و رساندن آن به سطحی نزدیک تر به برخوردارترین ها می باشد.

این امر بر عهده ی اژانس های بین المللی و حکومت های ملی است که اهداف و نشانه های مشروح برای عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت را از طریق فرآیندهای مشورتی و تبیین طرح های عملیاتی، که آشکارا نشان می دهند چگونه نشانه ها قابل دست یابی هستند و چه منابعی مورد نیاز می باشند را توسعه دهند. به عنوان یک نقطه شروع، کمیسیون سه هدف را پیشنهاد می کند

تغییرات آب و هوایی

در ارتباط با بی عدالتی در سلامت، تغییرات آب و هوایی به عنوان یک اولویت، حائز توجه در نظر گرفته می شود. تغییرات آب و هوایی، شهرنشینی، توسعه روستاها، کشاورزی و امنیت غذایی، تعیین کننده های درهم تنیده سلامت مردم و عدالت در سلامت هستند. این امر بسیار با اهمیت است که اطمینان حاصل کنیم، سیاست های اجتماعی و اقتصادی صورت گرفته در پاسخ به تغییرات جوی و دیگر شرایط بد محیط زیستی، عدالت در سلامت را در نظر بگیرند. لیکن تحلیل بیشتری درباره ارتباط بین تعیین کننده های اجتماعی، تغییرات محیط زیست و بی عدالتی در سلامت نیاز است تا توسعه مورد لزوم جهت سیاست ها و اقدامات را گوشزد نماید. گزارش "استرن" به طرز جالبی بیان می دارد که اگر اقدامی صورت نگیرد، هزینه های کلی تغییرات آب و هوایی هرسال معادل از دست دادن حداقل ۵ درصد تولید ناخالص داخلی در سطح جهان، خواهد بود (Stern, 2006). بنابراین سرمایه گذاری که ظرف ۱۰ تا ۲۰ سال آینده انجام می گیرد، نه تنها بر آب و هوا، بلکه بر سلامت فرزندان ما و فرزندان فرزندان ما نیز تاثیری عمیق و طولانی مدت خواهد داشت. به نظر می رسد که تاثیرات وارده بر افراد دارای وضع نامساعد اجتماعی-اقتصادی، عمیق تر خواهد بود.

برنامه کار تحقیقاتی

کمیسیون، شواهد پایه جهانی بی سابقه ای درباره تعیین کننده های اجتماعی سلامت و اقدام در جهت عدالت در سلامت، جمع آوری کرده است. اگر چه ضروری است که گستره شواهد را در همه حوزه های موضوعی و در زمینه های (contexts) مختلف کشورها بسط دهید. به علاوه، عوامل اجتماعی و اقتصادی بی عدالتی در سلامت پویا بوده و با گذشت زمان تغییر می کنند. مروری منظم بر شکاف های کلیدی مربوط به تحقیقات می تواند به شناسایی نیازهای مبرم تحقیقات کمک کند. برخی از نیازهای اصلی در امر تحقیقات که از کارهای کمیسیونها به دست آمده است در ذیل آورده شده است:

- (۱) تعیین کننده های بی عدالتی در سلامت، به علاوه تعیین کننده های سلامت متوسط جمعیت؛
- درک دلایل مربوط به ارتباط بین طبقه بندی اجتماعی و نتایج سلامتی؛
- درک تداخل بین ابعاد مختلف طبقه بندی (مانند جنس، نژاد، و درآمد) و بی عدالتی در سلامت؛
- تعیین میزان تاثیر سیستم های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی فوق ملی بر سلامت و بی عدالتی در سلامت در میان و در بین کشورها.

- (۲) مداخلات، از سطح جهانی تا منطقه ای، برای پرداختن به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و بی عدالتی در سلامت؛
- ارزیابی تاثیر اقدامات در سطح اجتماع (سیاست ها و برنامه ها) بر روی بی عدالتی در سلامت؛
- تحقیق بر روی هزینه های اجتماعی، اقتصادی و سلامتی و فواید کاهش بی عدالتی در سلامت.

(۳) تحلیل سیاست ها:

- تجزیه و تحلیل فرآیندهای سیاستی در مداخلات مرتبط با عدالت در سلامت

دست‌آورد داشته باشند. دست یابی به این نشانه‌ها با توجه به اصل بالا، اطمینان می‌دهد که بی‌عدالتی مطلق در مرگ و میر در بین کشورها و در بین گروه‌های اجتماعی داخل کشورها، کاسته خواهد شد. بی‌عدالتی‌های نسبی یا همان گونه باقی خواهند ماند یا اگر بیش از افزایش متناسب مرگ و میر باشند، کاهش خواهند یافت. به طور جاه طلبانه تری، کمیسیون خواهان آنست که بهبود شتاب یافته‌ای را در گروه‌های اجتماعی و کشورهای با شرایط سلامتی بدتر، مشاهده کند.

دست یابی به این نشانه‌ها، چالش برانگیز خواهد بود. اولاً به خوبی مشخص شده است که دنیا مشکلات جدی در راه رسیدن به اهداف توسعه هزاره ۴ و ۵، خصوصاً در آفریقای زیر صحرای و نیز در کشورهای مناطق دیگر دارد. برای مثال، هندوستان در مسیر ملاقات اهداف توسعه هزاره ۴ نیست. (Countdown Group, 2008) به طور مشابهی این کشورها و مناطق با چالش‌های بزرگی در رسیدن به بزرگ‌نمایی کاهش‌های مرگ و میر که در بالا آورده شد، مواجه خواهند شد. به هر حال، دست یابی به این اهداف مسئولیتی جهانی است، از همه مهم‌تر به دلیل تعیین‌کننده‌های جهانی بی‌عدالتی در سلامت در داخل و در بین کشورها. کاهش زیاد در مرگ و میر کودکان در بین سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۸۰، پیشنهاد می‌کند که رسیدن به اهداف توسعه هزاره ۴ (MDG 4) و نشانه ۳ (Target 3) در مورد مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، امکان‌پذیر است. در حقیقت، کشورهایی وجود دارند که در مورد اهداف توسعه هزاره ۴ و ۵ به خوبی عمل می‌کنند. اندونزی و پرو با کاهش سالانه متوسط ۶/۲٪ و ۷/۱٪ درصد در میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال خود، در مسیر رسیدن به اهداف توسعه هزاره ۴ (Countdown Group, 2008) (MDG 4) و نیز همچنین نشانه ۳ (Target 3) در مورد مرگ و میر کودکان زیر پنج سال هستند. کاهش مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در هندوستان (کمتر از ۳ درصد هر سال) به هر حال برای ملاقات کردن (رسیدن به) اهداف توسعه هزاره ۴ (MDG 4) ناکافی است (Countdown Group, 2008).

دست یابی به این نشانه‌ها، نیازمند متعهد شدن به سرمایه‌گذاری پایدار در تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است و تنها زمانی تحقق خواهد یافت که کوشش‌های خیلی قوی و متمرکز صورت پذیرد- با توجه خاص در مورد کشورها و مناطقی که در حال حاضر انتظار آن نمی‌رود که اهداف توسعه هزاره را ملاقات کنند (دست یابند). اگرچه هنوز شدیداً جاه طلبانه به نظر می‌رسد، با انجام اقدامات فعال و کافی، رسیدن به نشانه‌ها امکان‌پذیر خواهد بود. نرخ مرگ و میر مادران در هندوستان، در سال ۲۰۰۵، ۴۵۰ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده بود؛ این میزان در چین یک دهم هندوستان است، حدود ۴۵ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده (Countdown Group, 2008). نشانه ۳ (Target 3) به این معنی است که نرخ مرگ و میر مادران در هندوستان در سال ۲۰۴۰- بیش از سه دهه از حالا- می‌بایست ۲۲/۵٪ به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده باشد، به معنای مطلق نه خیلی کمتر از میزان مرگ و میر مادران در چین در حال حاضر.

این نشانه‌ها جهت ریزینی و توسعه‌ی بیشتر پیشنهاد شده‌اند. اگر فرآیند تبیین نشانه‌ها بر اساس اصول شوری باشد، خود می‌تواند همکاری‌های مشارکتی را بنا کند که رسیدن به نتایج مورد نظر را پشتیبانی کنند (Kickbusch, 2003). گام‌هایی به سمت دست یافتن و مهم‌تر از آن، پایش نشانه‌ها، همچنان که در

(زیر). آن‌ها چالش برانگیز بوده و اندازه مشکل را نشان می‌دهند. با این وجود، اگر از طریق اقداماتی که کمیسیون پیشنهاد می‌کند، دنبال شوند، عمده کار به سمت و سوی رفع بی‌عدالتی در سلامت در طی یک نسل خواهد بود. کمیسیون، سازمان جهانی بهداشت را وادار می‌کند تا این نشانه‌های عدالت در سلامت را در ریزینی‌ها ارتقاء داده و هدایت امر را در دست یابی به آن‌ها بر عهده گیرد.

- هدف اول: بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۴۰، ۱۰ سال از شکاف مربوط به امید زندگی بدو تولد (LEB) در بین کشورهای بالاترین یک سوم از جهت LEB و کشورهای پایین‌ترین یک سوم از جهت LEB، از طریق بالا بردن سطح کشورهای LEB پایین‌تر، بکاهید.

بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۴۰، شکاف مربوط به امید زندگی بدو تولد (LEB) در بین گروه‌های اجتماعی داخل کشورها را از طریق بالا بردن سطح LEB گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین‌تر، نصف کنید.

- هدف دوم: بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۴۰، میزان مرگ و میر بالغین را در تمامی کشورها و در همه گروه‌های اجتماعی داخل کشورها نصف کنید.

در واقع، دست یابی به این هدف به معنی کاهش شکاف در مرگ و میر بالغین در داخل و در بین کشورها به نصف می‌باشد.

- هدف سوم: بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۴۰، به میزان ۹۰ درصد از نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در تمامی کشورها و در تمامی گروه‌های اجتماعی داخل کشورها کاسته و نیز در بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۴۰ به میزان ۹۵ درصد از نرخ مرگ و میر مادران، در تمامی کشورها و گروه‌های اجتماعی داخل آن‌ها بکاهید.

در واقع، دست یابی به این نشانه‌ها به معنی کاهش شکاف در نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در داخل و بین کشورها به میزان ۹۰ درصد و نیز کاهش نرخ مرگ و میر مادران به میزان ۹۵ درصد در داخل و در بین کشورها می‌باشد.

همان گونه که در فصل اول بیان گردید، در حالی که ما انتظار حذف مطلق تفاوت‌های سلامتی را در یک نسل نداریم، اما ظرفیت کاستن - به طور عظیمی - از بی‌عدالتی را در بین و در داخل کشورها می‌بینیم. برای تعریف اهدافی که در این جا به کار رفته‌اند، روندهای قبلی گروه‌های با عملکرد اجرایی خوب از کشورها، در این جا آورده شده‌اند. در مورد نشانه اول (امید زندگی بدو تولد)، روند بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۸۰ در نظر گرفته شد- دوره‌ای که در آن کاهش در شکاف جهانی مربوط به امید زندگی بدو تولد (LEB) وجود داشت. در بعضی موارد، خصوصاً در مورد بی‌عدالتی در LEB در داخل کشورها، داده‌های کمی جهت استفاده به عنوان پایه‌ای برای تعریف نشانه در دسترس بود. نشانه سوم، به صورت کلی اهداف توسعه هزاره 4A و 5A11 را تا سال ۲۰۴۰ مطرح می‌کند. نشانه‌های ۲ و ۳ بر اساس این اصل می‌باشند که کاهش در میزان مرگ و میر حداقل می‌بایستی در همه کشورها و همه گروه‌های اجتماعی داخل کشورها، به طور متناسبی باشد. به طور اختصاصی‌تر، کشورها و گروه‌های اجتماعی با بالاترین میزان مرگ و میر، می‌بایست حداقل به اندازه کاهش متناسب مرگ و میر کشورها و گروه‌های اجتماعی با میزان مرگ و میر پایین‌تر،



پیشنهادات این گزارش مطرح شده است، اکنون می تواند برداشته شود. کشورها و سازمان های بین المللی برای ارزیابی مجدد نشانه های موجود و ادغام یک جزء عدالت در میان آن ها، دعوت شده اند. اصل کلی حداقل کاهش متناسب در میزان مرگ و میر در همه کشورها و گروه های اجتماعی، می تواند در تعدادی از نشانه های موجود به کار برده شود.

این امر بسیار مهم است که کشورها و سازمان های بین المللی، سنجش های عدالت در سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در سیستم های پایشی موجود خود ادغام کنند. لازم است که نشانه های مربوط به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت بر اساس چارچوب بیان شده در فصل شانزدهم تعریف گردند (تعیین کننده های اجتماعی سلامت: نظارت، تحقیق و آموزش).

نقاط عطف به سوی عدالت در سلامت - موارد قابل

عرضه در کوتاه مدت و میان مدت

به دنبال ارائه پیشنهاداتی برای اقدام و نشانه های توصیه شده، تعیین نقاط عطف نیز با اهمیت می باشد. با استفاده از این ها، پایش پیشرفت اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در میان عرصه های جهانی و ملی امکان پذیر خواهد بود و نیز در جهت اطمینان بخشیدن به موسسات بین المللی، حکومت های ملی، جامعه مدنی و بخش خصوصی از این امر که در جای درست قرار گرفته اند، کمک کننده خواهد بود. برای شروع چنین فرآیندی، کمیسیون یک جدول زمانی از موارد قابل عرضه کلیدی اما نسبی را در زیر طراحی کرده است.

جدول ۱۷.۱: نقاط عطف (Milestones) به سوی عدالت در سلامت

تاریخ	نقاط عطف (Milestones)
نوامبر ۲۰۰۸	کنفرانس جهانی: "رفع بی عدالتی در طی یک نسل: عدالت در سلامت از طریق اقدام در زمینه تعیین کننده های اجتماعی سلامت."
۲۰۰۸-۲۰۰۹	ایجاد اتحاد جهانی بعد از کمیسیون که دستورکار تعیین کننده های اجتماعی سلامت را با مشارکت سازمان جهانی بهداشت به پیش برد.
۲۰۰۸-۲۰۰۹	برآورد هزینه های اقتصادی و اجتماعی پیشنهادات کمیسیون و هزینه های عدم انجام اقدامات
۲۰۰۹	ملاقات های کمیسیونرها و قهرمانان تعیین کننده های اجتماعی سلامت برای پیشبرد طرح جهانی برای انتشار و اجرای پیشنهادات کمیسیون
۲۰۰۹	راه حل مجمع سلامت جهانی در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت
۲۰۰۸-۱۳	تامین کنندگان مالی تحقیقات، منابع بیشتری را برای تحقیق در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت، خصوصاً در حوزه هایی که توسط کمیسیون مشخص شده است، را تامین نمایند
۲۰۰۸-۱۳	افزایش تعداد کشورهایی که رویکرد مبتنی بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت را برای عدالت در سلامت به کار می بندند و سیاست های تعیین کننده های اجتماعی سلامت را توسعه داده و اجرا می کنند. بنابراین، تا سال ۲۰۱۳ حداقل ۵۰ درصد کل کشورهای با درآمد پایین، بالا و متوسط - یک طرح متعهدانه برای اقدام جهت کاهش بی عدالتی در سلامت از طریق اقدام بر روی تعیین کننده های اجتماعی سلامت، با شواهدی که آن ها برنامه ها را اجرا می کنند.
۲۰۰۸-۱۰	شورای اقتصادی و اجتماعی، که توسط سازمان جهانی بهداشت حمایت می شود، یک مکانیسم بین آژانسی برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت همراه با گروه های کاری متعهد به حوزه های موضوعی ویژه، ابتدائاً بر روی ECD، عدالت جنسیتی، شرایط کاری و استخدامی، سیستم های مراقبت سلامت و حاکمیت مشارکتی، شامل تمامی آژانس های چندجانبه مربوطه و دست اندرکاران جامعه مدنی، ایجاد نماید.
۲۰۱۰	شورای اجتماعی و اقتصادی (ESC) با حمایت سازمان جهانی بهداشت، به کارگیری عدالت در سلامت را به عنوان هدف توسعه ای اصلی جهانی برای در نظر گرفته شدن توسط UN، با شاخص های مناسب برای پایش پیشرفت هم در داخل و هم در بین کشورها، آماده می کند.
۲۰۱۰	اولین گزارش در مورد عدالت در سلامت (گزارش درباره نشانه ها و شاخص های چارچوب مراقبت از عدالت در سلامت در سطح جهانی و ملی) به اولین اجماع جهانی کشورهای عضو UN در مورد تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت.
۲۰۱۳	مروری بر پیشرفت در نشانه های تعیین کننده های اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت.
۲۰۱۵	تاریخ نشانه های اهداف توسعه هزاره: مروری بر پیشرفت از نقطه نظر عدالت در سلامت: دومین گزارش ۵ سالانه عدالت در سلامت در سطح جهانی و اجماع جهانی.
۲۰۲۰-۲۰۴۰	مرورهای ۵ سالانه پیشرفت در کاهش بی عدالتی در سلامت در داخل و در بین کشورها.







References

- Aboriginal and Torres Islander Social Justice Commissioner (2005). *Social justice report*. Sydney, Human Rights & Equal Opportunity Commission. (http://www.hreoc.gov.au/social_justice/sj_report/sjreport05/pdf/SocialJustice2005.pdf, accessed 20 February 2008).
- Abramson JH (1988). Community-oriented primary care – strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Review*, 16:35–98.
- Acosta M (2006). *Identity rights, civil registration and asset accumulation*. Brookings/Ford Workshop Asset-based Approaches. Washington, DC, Brookings Institution (<http://www.brookings.edu/>, accessed March 2008).
- Action for Healthy Kids (2007). Action for Healthy Kids 2005–2006 Annual Report. Skokie, IL, Action for Healthy Kids. (http://www.actionforhealthykids.org/pdf/AFHK_report_FINAL_5_7_07.pdf, accessed 13 May 2008)
- Adlung R (2006). Public Services and the GATS. *Journal of International Economic Law*, 9:455–485.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2003). *National Healthcare Disparities Report: inequality in quality exists*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality. (<http://www.ahrq.gov/QUAL/nhdr03/nhdrsum03.htm#Inequality>, accessed 7 March 2008).
- Aiyer A (2007). The allure of the transnational: notes on some aspects of the political economy of water in India. *Cultural Anthropology*, 22:640–658.
- Akin JS et al. (2005). Changes in access to health care in China, 1989–1997. *Health Policy and Planning*, 20:80–89.
- Akin JS, Dow WH & Lance PM (2004). Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey. *Social Science and Medicine*, 58:293–304.
- Alam KR (2006). Ganokendras: an innovative model for poverty reduction in Bangladesh. *International Review of Education*, 52:343–352.
- Alliance for Healthy Cities (nd). *Alliance for Healthy Cities website*. Tokyo: Alliance for Healthy Cities (<http://www.alliance-healthycities.com>, accessed 10 April 2008).
- Ambrose S (2006). Preserving disorder: IMF policies and Kenya's health care crisis. *Pambazuka News*. (<http://www.pambazuka.org/en/category/features/34800>, accessed 27 May 2008).
- Arslanalp S & Henry PB (2006). Policy watch: debt relief. *Journal of Economic Perspectives*, 20:207–220.
- Artazcoz L et al. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:761–767.
- Baez C & Barron P (2006). *Community voice and role in district health care systems in east and southern Africa: a literature review*. Harare, EQUINET. (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS39GOVbaez.pdf>, accessed 27 May 2008) (Discussion paper 39).
- Bajpai N, Sachs JD & Volavka N (2005). *India's challenge to meet the Millennium Development Goals*. New York, The Earth Institute at Columbia University. (http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai_indiamdchallenge.pdf, accessed 13 May 2008) (CGSD Working Paper No. 24).
- Balabanova D (2007). *Health sector reform and equity in transition*. Prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Barriento S, Kabere N & Hossain N (2004). *The gender dimensions of the globalization of production*. Geneva, Policy Integration Department, World Commission on the Social Dimension of Globalization, International Labour Office.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*, 15:417–423.
- Barrientos A & Lloyd-Sherlock P (2003). Health insurance reforms in Latin America – cream skimming, equity and cost containment. In: Haagh L & Helgo CT, eds. *Social policy reform and market governance in Latin America*. London, MacMillan, pp. 183–199
- Barrientos S & Smith S (2007). Do workers benefit from ethical trade? Assessing codes of labour practice in global production systems. *Third World Quarterly*, 28:713–729.
- Barrios S, Bertinelli L & Strobl E (2006). Climatic change and rural-urban migration: the case of sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Economics*, 60:357–371.
- Bartley M (2005). Job insecurity and its effect on health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:718–719.
- Barton A et al. (2007). The Watcombe Housing Study: the short term health of residents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:771–777.
- Bates I et al. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: Determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infectious Diseases*, 4:368–375.
- Bauer PT (1981). *Equality, the third world, and economic delusion*. Cambridge, Harvard University Press.
- Baum F (1995). Researching public health: behind the qualitative–quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40:459–468.
- Baum F, ed. (1995). *Health for all: the South Australian experience*. Adelaide, Wakefield Press.
- Baum F (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion and Education*, 14:90–95.

- Baum F (2008). *The new public health*. New York, Oxford University Press.
- Baum F, Fry D & Lennie I, eds. (1992). *Community health in Australia: practice and policy*. Sydney, Pluto Press.
- Baunsgaard T & Keen M (2005). *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. Report No. WP/05/112. Washington, DC, International Monetary Fund.
- Bégin M (1998). Gender issues in health care. Presentation at the Symposium on Women Health in Women's Hands, Brandon, Manitoba, Canada, 2 May 1998.
- Benach J & Muntaner C (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:276-277.
- Bennett S & Gilson L (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policy*. London, Health Systems Resource Centre.
- Bettcher D, Yach D & Emmanuel Guindon G (2000). Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:521-534.
- Bhorat H (2003). A universal income grant scheme for South Africa: an empirical assessment. In: Standing G & Samson M, eds. *A basic income grant for South Africa*. Cape Town, UCT Press, pp. 77-101.
- Bidani B & Ravallion M (1997). Decomposing social indicators using distributional data. *Journal of Econometrics*, 77:125-139.
- Bird G & Milne A (2003). Debt relief for low income countries: is it effective and efficient? *The World Economy*, 26:43-59.
- Birdsall N (2006). *The world is not flat: inequality and injustice in our global economy*. WIDER Annual Lecture 2005. Helsinki, World Institute for Development Economics Research.
- Black RE, Morris SS & Bryce J (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361:2226-2234.
- Black RE et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371:243-260.
- Bloom DE (2007). *Education, health, and development*. Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf, accessed 4 September 2007).
- Blouin C (2007). Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bulletin of the World Health Organization* 85:169-172.
- Blouin C et al. (2007). *Trade liberalisation*. Globalisation Knowledge Network synthesis paper 4. Background document of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Blumenthal D & Hsiao W (2005). Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 353:1165-1170.
- Bokhari F, Gottret P & Gai Y (2005). *Government health expenditures, donor funding and health outcomes*. Washington, DC, World Bank.
- Bond P & Dor G (2003). *A critique of uneven health outcomes and neoliberalism in Africa*. Johannesburg, EQUINET. (<http://www.equinet.org/bibl/docs/DIS2trade.pdf>, accessed 26 March 2007) (Discussion Paper 2).
- Boone P (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review*, 40:289-328.
- Bourguignon F (2006). *The case for equity*. Francois Bourguignon was Senior Vice-President and Chief Economist of the World Bank between 2003 and 2007. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/XY6WQUQOZ0>, accessed 9 May 2008).
- Braveman P (1998). *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization (WHO/CHS/HSS/98.1).
- Budds J & McGranahan G (2003). Are the debates on water privatization missing the point? Experiences from Africa, Asia and Latin America. *Environment and Urbanization*, 15:87-114.
- Burnham G et al. (2006). Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey. *Lancet*, 368:1421-1428.
- Buss P & Carvalho A (2007). Health promotion in Brazil. *Promotion and Education*, 14:209-213.
- Caffery M & Frelick G (2006). *Attracting and retaining nurse tutors in Malawi. Health workforce "Innovative Approaches and Promising Practices" study: the Capacity Project*. (http://www.interchurch.org/resources/uploads/files/242Malawi_Prompractices_Report_First_Official_Draft.doc, accessed 8 February 2007).
- Caldwell JC (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12:171-220.
- Campbell T & Campbell A (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health*, 84:i54-i64.
- Campbell-Lendrum D & Corvalan C (2007). Climate change and developing-country cities: implications for environmental health and equity. *Journal of Urban Health*, 84:i109-i117.
- Canadian Health Services Research Foundation (2007). *Incorporate lay health workers to promote health and prevent disease*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. (http://www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost11_e.php, accessed 24 January 2008).
- Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10:799-811.
- CASEL (nd). *How evidence-based SEL programs work to produce greater student success in school and life*. Chicago, Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. (<http://www.caseel.org/downloads/academicbrief.pdf>, accessed 1 February 2008).
- Catford J (2005). The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International*, 20:1-6.
- Chan M (2007). Speech to the Eleventh Global Forum for Health Research, Beijing, China, 29 October 2007. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/dg/speeches/2007/20071029_beijing/en/index.html, accessed 10 April 2008).

- Chan (2008). Speech to the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Global Health and Care Forum 2008: primary health care starts with people, Geneva, 14 May 2008. (<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080514/en/index.html>, accessed 29 May 2008).
- Chandler MJ & Lalonde CE (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Horizons*, 10:68-72.
- Chen S & Ravallion M (2004). How have the world's poorest fared since the early 1980s? *The World Bank Research Observer*, 19:141-169.
- Chinyama V (2006). *Kenya's abolition of school fees offers lessons for the whole of Africa*. New York, UNICEF (http://www.unicef.org/infobycountry/kenya_33391.html, accessed 5 February 2008).
- Choi S-H (2002). *Integrating early childhood into education: the case of Sweden*. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. Paris, UNESCO. (http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=43971&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, accessed 3 April 2008).
- Chu KY, Davoodi H & Gupta S (2004). Income distribution and tax and government spending policies in developing countries. In: Cornia GA, ed. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalisation and structural adjustment*. Oxford, Oxford University Press.
- Cleland JG & Van Ginneken JK (1988). Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, 27:1357-1368.
- Clemens M, Radelet S & Bhavnani R (2004). *Counting chickens when they hatch: the short-term effect of aid on growth*. Washington DC, Center for Global Development (Working Paper 44).
- CMH (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization.
- COAG (2007). *Communique of the Working Group on Indigenous reform*. Canberra, Council of Australian Governments (<http://www.coag.gov.au/meetings/201207/index.htm#ind>, accessed 2 May 2008).
- Cobham A (2005). *Taxation policy and development*. Oxford, The Oxford Council on Good Governance (OCGG Economy Analysis no. 2).
- Cohen PN (2007). *Closing the gap: equal pay for women workers*. Statement prepared for the Health, Education, Labor, and Pensions Committee of the US Senate, 12 April 2007. (http://help.senate.gov/Hearings/2007_04_12/Cohen.pdf, accessed 5 May 2008).
- Collier P & Dollar D (2000). *Aid allocation and poverty reduction*. Washington, DC, World Bank (Policy Research Working Paper 2041).
- Collier P (2006). *Rethinking assistance for Africa*. Oxford, Institute of Economic Affairs.
- Connect International (nd). Connect International website. Leiden, Connect International (<http://www.connectinternational.nl>, accessed 9 May 2008).
- Côté R (2002/3). Pay equity at last in Quebec? *Labour Education*, 128:57-60 (<http://www.oit.org/public/english/dialogue/actrav/publ/ledpubl.htm>, accessed 5 May 2008).
- Countdown Group (2008). Countdown to 2015 for maternal, newborn, and survival: the 2008 report on tracking coverage and interventions. *Lancet*, 371:1247-1258.
- Cruz-Saco MA (2002). *Global insurance companies and the privatisation of pensions and health care in Latin America – the case of Peru*. Presented at the Globalism and Social Policy Programme (GASPP) Seminar, Dubrovnik, Croatia.
- CS (2007). *Civil society report*. Final report of the Civil Society work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Curriculum Corporation (nd). Mind Matters website. Melbourne, MindMatters (<http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters>, accessed 13 May 2008).
- Cutler D & Lleras-Muney A (2006). *Education and health: evaluating theories and evidence*. Ann Arbor, National Poverty Center (National Poverty Center Working Paper Series: # 06-19) (<http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper19/working-paper06-19.pdf>, accessed 25 September 2007).
- CW (2007). *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*. Report of the Country work stream of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Dambisya Y, Modipa S & Legodi M (2005). *The distribution of pharmacists trained at the University of the North, South Africa*. Harare: EQUINET (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis31HRdambisya.pdf>, accessed 27 June 2007) (Discussion Paper 31).
- Das Gupta M et al. (2005). *Improving child nutrition outcomes in India: can the Integrated Child Development Services programme be more effective?* Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 3647).
- DAC (2005). Creditor Reporting System, Aid database. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development (http://www.oecd.org/departement/0,2688,en_2649_34447_1_1_1_1_1,00.html, accessed 16 May 2008).
- Davies JB et al. (2006). *The world distribution of household wealth*. Research of the United Nations University (UNU-WIDER). Helsinki, World Institute for Development Economics.
- Davis KK, Scott Collins K & Hall AG (1999). *Community health centres in a changing US health care system*. New York, The Commonwealth Fund.
- de Ferranti D et al. (2004). *Inequality in Latin America & the Caribbean: breaking with history?* Washington, DC, World Bank.
- De Maeseneer J et al. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Deacon B et al. (2003). *Global social governance: themes and prospects*. Helsinki, Ministry of Foreign Affairs for Finland.
- Deaton A (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, 41:113-158.
- Deaton A (2004). Health in an age of globalization. *Brookings Trade Forum*, 83-130.

- Deaton A (2006a). Global patterns of income and health. WIDER Annual Lecture. WIDER Angle Newsletter, 2:1-3. (http://www.wider.unu.edu/publications/newsletter/en_GB/angle-introduction/_files/78200687251423272/default/angle2006-2.pdf, accessed 20 March 2008).
- Deaton A (2006b). *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies*. Helsinki, WIDER Annual Lecture.
- Debbane AM (2007). The dry plight of freedom: commodifying water in the Western Cape, South Africa. *Antipode*, 39:222-226.
- Deere CD & Leon M (2003). The gender asset gap: land in Latin America. *World Development*, 31:925-947.
- Delhi Group on Informal Sector Statistics (nd). Delhi Group on Informal Sector Statistics website. New York, UN. (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/delhi.htm>, accessed 28 May 2008).
- Department for Communities and Local Government (2006). *Government action plan: implementing the Women and Work Commission recommendations*. London, Government Equalities Office (http://www.womenandequalityunit.gov.uk/publications/wvc_govtactionplan_sept06.pdf, accessed 5 May 2008).
- Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the Programme for Action*. London, Department of Health.
- Department of Health (2007). *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. London, Department of Health.
- Dervis K (2005). *The challenge of globalization: reinventing good global governance*. Keynote address. Washington, DC, George Washington Center for the Study of Globalization.
- Dervis K & Birdsall N (2006). A stability and social investment facility for high-debt countries. Washington, DC, Center for Global Development (CGD Working Paper No. 27).
- Devernam R (2007). On solid ground: preserving the quality of place. *Environmental Practice*, 9:3-5.
- DFID (2008). *Helping Bolivia's poor to access their rights*. London, Department for International Development (<http://www.dfid.gov.uk/news/files/south-america/bolivia-identity.asp>, accessed March 6 2008).
- DHS (nd). *Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, MEASURE DHS. (<http://www.measuredhs.com>, accessed 15 February 2008).
- Dixon J et al. (2007). The health equity dimension of urban food systems. *Journal of Urban Health*, 84:i118-i129.
- Doherty J & Govender R (2004). *The cost-effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature*. A background paper commissioned by the Disease Control Priorities Project. Washington, DC, World Bank.
- Dorling D, Shaw M & Davey Smith G (2006). Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ*, 332:662-664.
- Douglas M & Scott-Samuel A (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:450-451.
- Dreze J (2003). Food security and the right to food. In: Mahendra Dev S, Kannan K, Ramachandran N, eds. *Towards a food secure India: issues and policies*. New Delhi and Hyderabad, Institute for Human Development and Centre for Economic and Social Studies.
- Dummer TJB & Cook IG (2007). Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications. *Health Policy*, 83:1-16.
- Easterly W (2006). *Planners vs. searchers in foreign aid*. ADB Distinguished Speakers Program, Asian Development Bank, 18 January 2006.
- Eastwood R & Lipton M (2000). *Rural-urban dimensions of inequality change*. Helsinki, World Institute for Development.
- ECDKN (2007a). *Early child development: a powerful equalizer*. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- ECDKN (2007b). *Total environment assessment model for early child development*. Evidence report. Background document of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- ECOSOC (1997). Agreed Conclusions 1997/2, 18 July 1997.
- ECOSOC (nd). *Background information on the United Nations Economic and Social Council*. New York, United Nations (<http://www.un.org/ecosoc/about>, accessed 28 May 2008).
- Edward P (2006). The ethical poverty line: a moral quantification of absolute poverty. *Third World Quarterly*, 27:377-393.
- EFILWC (2007). *Industrial relations developments in Europe in 2006*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Eichler M, Reisman AL & Borins EM (1992). Gender bias in medical research. *Women and Therapy: a Feminist Quarterly*, 12:61-70.
- Elinder LS (2005). Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. *BMJ*, 331:1333-1336.
- EMCONET (2007). *Employment conditions and health inequalities*. Final report of the Employment Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Engle PL et al. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369:229-242.
- Epping-Jordan JE et al. (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 366:1667-1671.
- EU (1997). Decision No. 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001). *Official Journal of the European Communities*, 40:1-10.
- European Commission (1996). *A code of practice on the implementation of equal pay for work of equal value for women and men*. Brussels, European Commission (<http://aei.pitt.edu/3963/>, accessed 5 May 2008) (COM (96) 336 final, 17.07.1996).
- EUROTHINE (2007). *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. EUROTHINE final report. Rotterdam, Department of Public Health, ErasmusMC University Medical Centre Rotterdam.

- Farley M (2006). 14 nations will adopt airline tax to pay for AIDS drugs. *Los Angeles Times*, 3 June.
- Farmer P (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89:486-1496.
- Fathalla MF et al. (2006). Sexual and reproductive health for all: a call for action. *Lancet*, 368:2095-100.
- Felstead A et al. (2002). Opportunities to work at home in the context of work-life balance. *Human Resource Management Journal*, 12:54-76.
- Fernald LC, Gertler PJ & Neufeld LM (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 371:828-37.
- Ferrie JE et al. (2002). Effects of chronic job insecurity and change of job security on self-reported health, minor psychiatry morbidity, psychological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:450-454.
- Forman L (2007). Right and wrong: what utility for the right to health in reforming trade rules on medicines. Briefings volume four: comparative program on health and society and Lupina Foundation Working Paper Series. Toronto, Munk Centre for International Studies.
- French HW (2006). Wealth grows, but health care withers in China. *New York Times*, January 14.
- Friedman M (1958). Foreign economic aid: means and objectives. *The Yale Review*, 47.
- Friel S, Chopra M & Satcher D (2007). Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335:1241-1243.
- Fröbel F, Heinrichs J & Kreye O (1980). *The new international division of labour*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Frumkin H, Frank L & Jackson R, eds. (2004). *Urban sprawl and public health: designing, planning and building for healthy communities*. Washington, DC, Island Press.
- Galea S & Vlahov D (2005). *Handbook of urban health*. New York, Springer.
- Galiani S, Gertler P & Schargrofsky E (2005). Water for life: the impact of the privatization of water services on child mortality. *Journal of Political Economy*, 113:83-120.
- Ganesh-Kumar A, Mishra S & Panda M (2004). Employment guarantee for rural India. *Economic and Political Weekly*, 39:5359-5361.
- Garau P, Sclar ED & Carolini GY (2005). *A home in the city*. UN Millennium Project: Taskforce on Improving the Lives of Slum Dwellers. London, Earthscan.
- GEGA (nd). The equity gauge: concepts, principles, and guidelines. Durban, Global Equity Gauge Alliance & Health Systems Trust (http://www.gega.org.za/download/gega_gauge.pdf, accessed 5 May 2008).
- Geiger H (1984). Community health centres. In: Sidel V, Sidel R, eds. *Reforming medicine: lessons of the last quarter century*. New York: Pantheon Books, pp. 11-31.
- Geiger H (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health*, 92:1713-1716.
- Gender Promotion Programme ILO (2001). Promoting gender equality – a resource kit for trade unions. Geneva, International Labour Organization. (http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eoo/tu/tu_toc.htm, accessed 5 May 2008).
- GKN (2007). *Towards health-equitable globalisation: rights, regulation and redistribution*. Final report of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Glazier A et al. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368:1595-607.
- Glenday G (2006). *Toward fiscally feasible and efficient trade liberalization*. Durham, NC, Duke Center for Internal Development, Duke University.
- Glewwe P, Zhao M & Binder M (2006). *Achieving universal basic and secondary education: how much will it cost?* Cambridge, MA, American Academy of Arts and Sciences. (<http://www.amacad.org/publications/Glewwe.pdf>, accessed 4 September 2007).
- Global Forum for Health Research (2006). *Monitoring financial flows for health research: the changing landscape of health research for development*. Geneva, Global Forum for Health Research. (http://www.globalforumhealth.org/filesupld/monitoring_financial_flows_06/Financial%20Flows%202006.pdf, accessed 9 May 2008).
- Goetz A & Gaventa J (2001). *Bringing citizen voice and client focus into service delivery*. Brighton, UK, Institute of Development Studies. (<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp138.pdf>, accessed 27 June 2007) (Institute of Development Studies Working Papers – 138).
- Gordon R & Lei W (2005). *Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation, 2005*. University of California San Diego and University of Virginia (<http://econ.ucsd.edu/~rogordon/puzzles16.pdf>, accessed February 2008).
- Gostin L (2007). The 'Tobacco Wars' – global litigation strategies. *JAMA*, 298:2537-2539.
- Gostin LO, Boufford JI & Martinez RM (2004). The future of the public's health: vision, values, and strategies. *Health Affairs*, 23:96-107.
- Gottret P & Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank.
- Govender V & Penn-Kekana L (2007). *Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Government of Canada (2007). *Tripartite First Nations Health Plan*. Vancouver, The First Nations Leadership Council, Government of Canada and Government of British Columbia.
- Graham H (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25:47-56.
- Graham H & Kelly MP (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London, Health Development Agency. (<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502453>, accessed 5 May 2008).
- Graham WJ et al. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 363:23-27.

- Grantham-McGregor SM et al. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*, 338:1-5.
- Grantham-McGregor SM et al. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369:60-70.
- Grimsrud B (2002). *The next steps. Experiences and analysis of how to eradicate child labour*. Oslo, Fafo.
- Grown C, Gupta GR & Pande R. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365:541-543.
- Gupta S, Verhoeven M & Tiongson ER (2003). Public spending on health care and the poor. *Health Economics*, 12:685-696.
- Gwatkin D & Deveshwar-Bahl (2001). *Immunization coverage inequalities: an overview of socio-economic and gender differentials in developing countries*. New York, World Bank.
- Gwatkin D, Bhuiya A & Victoria C (2004). Making health care systems more equitable. *Lancet*, 364:1272-1280.
- Gwatkin D, Wagstaff A & Yazbeck A, eds. (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why*. Washington DC, World Bank.
- Gwatkin DR et al. (2007). *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, World Bank.
- Halstead S, Walsh J & Warren K (1985). *Good health at low cost*. New York, Rockefeller Foundation.
- Hamdad M (2003). *Valuing households' unpaid work in Canada, 1992 and 1998: trends and sources of change*. Ottawa: Statistics Canada.
- Hanlon P, Walsh D & Whyte B (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- Hargreaves S (2000). Call for increased commitment to promote reproductive health of refugees. *Lancet*, 356:1910.
- Harris E (2007). *NSW Health HIA Capacity Building Program: mid-term review*. Sydney, Centre for Primary Health Care and Equity, University of New South Wales.
- Harris E, Harris P & Kemp L (2006). *Rapid equity focused health impact assessment of the Australia Better Health Initiative: assessing the NSW components of priorities 1 and 3*. Sydney, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity.
- Hartmann H, Allen K & Owens C (1999). *Equal pay for working families; national and state data on the pay gap and its costs*. Washington, Institute for Women's Policy Research. (<http://www.aflcio.org/issues/jobseconomy/women/equalpay/EqualPayForWorkingFamilies.cfm>, accessed 28 May 2008).
- Hawkes C (2002). Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: a review. In: *Globalization, diets and non-communicable diseases*. Geneva, World Health Organization.
- Hawkes C et al. (2007). Globalisation, food and nutrition transitions. Background paper of the Globalisation Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Hayward D (2007). Tackling health inequalities in England – policy development and progress. Case study prepared by Department of Health UK for the Commission on Social Determinants of Health. London, Department of Health.
- Health Disparities Task Group (2004). Reducing health disparities – role of the health sector. Discussion paper. Ottawa, Public Health Agency Canada. (http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf, accessed 11 April 2008).
- Health Inequalities Unit (2008). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the Programme for Action*. London: Department of Health.
- Health Metrics Network (nd). *Assessing the National Health Information System: an assessment tool*. Geneva, Health Metrics Network (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html>, accessed 5 May 2008).
- Health Systems Trust (nd). *The South African equity gauge*. Durban, Health Systems Trust (<http://www.hst.org.za/generic/28>, accessed 9 May 2008).
- Healy J (2004). *Housing, fuel poverty and health. a pan-European analysis*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.
- HelpAge International (2006a). *Why social pensions are needed now*. London, HelpAge International (www.helpage.org/Resources/Briefings/main_content/LVqT/Pensionbriefing_web.pdf, accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (2006b). *Social pensions in Bolivia*. London, HelpAge International (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/Socialprotection/PensionWatch/Bolivia>, accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (2007). *Jakarta forum highlights importance of social protection*. London, HelpAge International (<http://www.helpage.org/News/Latestnews/KQKY>, accessed 5 May 2008).
- HelpAge International (nd). *Social pensions in low and middle income countries*. London, HelpAge International. (<http://www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch/Feasibility>, accessed 5 May 2008).
- Heymann J (2006). *Forgotten families: ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. Oxford, Oxford University Press.
- HIFX (2007). Global foreign exchange turnover. Windsor: HIFX Foreign Exchange. (http://www.hifx.co.uk/marketwatch/market_news/headlines/uk_Daily_Global_Foreign_Exchange_turnover_rises_to_USD_3,-d-,2%20trillion.aspx, accessed 20 March 2008).
- Hillman D, Kapoor S & Spratt S (2006). *Taking the next step: implementing a currency transaction development levy*. Oslo, Norwegian Ministry of Foreign Affairs.
- Homedes N & Ugalde A (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71:83-96.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:745-754.
- Houweling TAJ (2007). *Socio-economic inequalities in childhood mortality in low and middle income countries* [thesis]. Rotterdam, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam (<http://hdl.handle.net/1765/11023>, accessed 5 May 2008).

- Houweling TAJ et al. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich. A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 34:1257-1265.
- Houweling TAJ et al. (2007). Huge poor-rich inequalities in maternity care: an HSKN (2007). *Final report of the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- Huisman M, Kunst AE & Mackenbach JP (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science and Medicine*, 57:861-873.
- Hunt P (2003). *Panel discussion on the rights to sexual and reproductive health*. Ottawa: Action Canada pour la Population et le Développement. (<http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/csih/articleid/223>, accessed 17 April 2008).
- Hunt P (2006). *Economic, social and cultural rights: report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Addendum: mission to Uganda*. UN Economic and Social Council, New York, United Nations (http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Uganda.pdf, accessed March 08).
- Hunt P (2007). Right to the highest attainable standard of health. *Lancet*, 370:369-371.
- Hutchison B, Abelson J & Lavis JN (2001). Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20:116-131.
- Hutton G (2004). *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. London, DFID Health Systems Resource Centre.
- Huxley VH (2007). Sex and the cardiovascular system: the intriguing tale of how women and men regulate cardiovascular function differently. *Advances in Physiology Education*, 31:17-22.
- IDMC (2007). *Internal displacement: global overview of trends and developments in 2006*. Geneva, Internal Displacement Monitoring Centre.
- ILO (2002). *Women and men in the informal economy: a statistical picture*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2003). *ILO launches global campaign on social security for all*. Geneva, International Labour Organization (http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_005285/index.htm, accessed 8 May 2008).
- ILO (2004a). Resolution concerning the promotion of gender equality, pay equity and maternity protection. 92nd Session of the International Labour Conference. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2004b). *Breaking through the glass ceiling: women in management. Update 2004*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2005). *Decent work – safe work*. Introductory report to the XVIIth World Congress on Safety and Health at Work, 2005. Geneva, International Labour Organization (www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf, accessed 3 March 2008).
- ILO (2006a). *The end of child labour: within reach*. Global report under the follow-up to the ILO declaration on fundamental principles and rights at work 2006. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2006b). *Facts on labour migration*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007a). *The end of child labour: millions of voices, one common hope. World of work, No. 61*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (2007b). *The decent work agenda in africa: 2007-2015*. Report of the Director-General to the Eleventh African Regional Meeting, Addis Ababa, April 2007. Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--webdev/documents/publication/wcms_082282.pdf, accessed 5 May 2008).
- ILO (2008). *Global employment trends*. Geneva, International Labour Organization.
- ILO (nd). *In Africa*. Web page of the Social Security Department. Geneva, International Labour Organization. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/seccoc/projects/africa.htm>, accessed 21 February 2008).
- ILOLEX (2007). International Labour Standards [online database]. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/ilolex/english/>, accessed December 2007).
- Indian Government (1992). The Constitution (Seventy-Second Amendment) Act, 1992. (<http://indiacode.nic.in/coiweb/fullact1.asp?tfnm=73>, accessed March 08).
- Indigenous Health Group (2007). Social determinants and indigenous health: the international experience and its policy implications. Presented at the Adelaide Symposium of the Commission on Social Determinants of Health.
- Ingleby D et al. (2005). The role of health in integration. In: Fonseca L & Malheiros J, eds. *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 state of the art report. Lisbon, Centro de Estudos Geográficos.
- IOM (2006). *Migration health annual report 2006*. Geneva, International Office of Migration.
- IPCC (2007). *Climate change 2007: the physical science basis*. New York, Cambridge University Press.
- Irwin A & Scali E (2005). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. Background document for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- IUHPE (2007). Shaping the future for health promotion: priority actions. *Promotion and Education*, 14:199-202.
- IUHPE/CEU (1999). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part 2 Evidence book*. Vanves: International Union for Health Promotion and Education.
- Iyer A, Sen G & Östlin P (2007). *The intersections of gender and class in health status and health care*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Jacobs G, Aeron-Thomas A & Astrop A (2000). *Estimating global road fatalities*. Wokingham: Transport Research Laboratory (TRL Report 445).

- Jaglin S (2002). The right to water versus cost recovery: participation, urban water supply and the poor in sub-Saharan Africa. *Environment and Urbanization*, 14:231–245.
- Jolly R (1991). Adjustment with a human face: a UNICEF record and perspective on the 1980s. *World Development*, 19:1807–1821.
- Jubilee Debt Campaign (2007). *Debt and education*. London, Jubilee Debt Campaign (<http://www.jubileedebtcampaign.org.uk/Debt%20and%20Education+3198.twl>, accessed 29 May 2008).
- JUNJI (nd). JUNJI website [in Spanish]. Santiago, Junta Nacional de Jardines Infantiles (<http://www.junji.cl>, accessed 14 May 2008).
- Kark SL & Kark E (1983). An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Israel Journal of Medical Science*, 19:707–713.
- Kelly MP et al. (2006). *Guide for the Knowledge Networks for the presentation of reports and evidence about the social determinants of health*. Background document of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Kemp M (2001). *Corporate social responsibility in Indonesia: quixotic dream or confident expectation?* Geneva, UNRISD (Technology, Business and Society Programme Paper Number 6).
- Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383–388.
- Kickbusch I (2007). Health promotion: not a tree but a rhizome. In: O'Neill M et al., eds. *Health promotion in Canada: critical perspectives*, 2nd ed. Toronto, Canadian Scholars Press Inc.
- Kickbusch I & Payne L (2004). *Constructing global public health in the 21st century*. Presented to the Meeting on Global Health Governance and Accountability, 2–3 June 2004, Harvard University, Cambridge, MA. (<http://www.ilonakickbusch.com/en/global-health-governance/GlobalHealth.pdf>, accessed 28 May 2008).
- Kickbusch I, Wait S & Maag D (2006). *Navigating health: the role of health literacy*. London, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. (http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf, accessed 5 May 2008).
- Kida T & Mackintosh M (2005). Public expenditure allocation and incidence under health care market liberalization: a Tanzanian case study. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 17.
- Kim IH et al. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social Science and Medicine*, 63:566–74.
- Kivimäki M et al. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158:663–668.
- Kivimäki M et al. (2006). Work stress in the aetiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:431–442.
- KNUS (2007). *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Koçak AA (2004). *Evaluation report of the Father Support Program*. Istanbul: Mother Child Education Foundation.
- Koivusalo M & Mackintosh M (2005). Health systems and commercialisation: in search of good sense. In: Mackintosh M & Koivusalo M, eds. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, pp. 3–21.
- Korpi W (2001). Contentious institutions: an augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society*, 13:235–283.
- Korpi W & Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in Western countries. *American Sociological Review*, 63:661–687.
- Kunst AE & Mackenbach JP (1994). *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Kurowski C, Wyss K & Abdulla S (2007). Scaling up priority health interventions in Tanzania – the human resources challenge. *Health Policy and Planning*, 22:113–127.
- Lagarde M & Palmer P (2006). *Health financing. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access for poor people*. Presented to the meeting of the Alliance for Health Policy and Systems Research, Khon Kaen, Thailand. (<http://www.who.int/rpc/meetings/HealthFinancingBrief.pdf>, accessed 4 May 2007).
- Landers C (2003). *Early learning and the transition to school: implications for girls' education*. New York, UNICEF.
- Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights (2007). *Shaking the movers: speaking truth to power: civil and political rights of children*. Ottawa, Landon Pearson Resource Centre for the Study of Childhood and Children's Rights.
- Lang T, Rayner G & Kaelin E (2006). *The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies*. London, Centre for Food Policy, City University.
- Langer A (2006). Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*, 368:1552–1554.
- Leon DA et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350:383–388.
- Levine R (2004). *What's worked? Accounting for success in global health*. Washington, DC, Centre for Global Development.
- Levine R et al. (2008). *Girls count: a global investment and action agenda*. Washington, DC, Center for Global Development.
- LHC (2000). *The London Health Strategy 2000*. London: London Health Commission.
- Lister J (2007). *Globalisation and health care systems change*. Background document of the Health Care Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health.
- Locke K (2004). Opportunities for inter-sector health improvement in new Member States. In: McKee M et al., eds. *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead, Open University Press.

- Locke K (2006). *Health impact assessment of foreign and security policy*. Background paper: the role of health impact assessment. London, Nuffield Foundation.
- Loewenson R (2003). *Civil society – state interactions in national health care systems*. Annotated bibliography on civil society and health. Harare: WHO/Training and Research Support Center (TARSC). (<http://www.tarsc.org/WHOCESI/>, accessed 26 June 2007).
- Loftus AJ & McDonald DA (2001). Of liquid dreams: a political ecology of water privatization in Buenos Aires. *Environment and Urbanization*, 13:179–200.
- Logie DE (2006). An affordable and sustainable health service for Africa in the 21st century. Ottawa, International Development Research Center (http://www.crdi.ca/es/ev-99716-201-1-DO_TOPIC.html, accessed 28 May 2008).
- Lokshin M et al. (2005). Improving child nutrition? The Integrated Child Development Services in India. *Development and Change*, 36:613–640.
- Lopez A et al., eds. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Oxford: Oxford University Press and World Bank.
- Luciano D, Esim S & Duvvury N (2005). How to make the law work? Budgetary implications of domestic violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean. *Journal of Women, Politics & Policy*, 27:123–133.
- Lundberg O et al. (2007). *The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS)*. Report for the Commission on Social Determinants of Health. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS).
- Lynch RG (2004). *Exceptional returns: economic, fiscal, and social benefits of investment in early childhood development*. Washington, DC, Economic Policy Institute.
- McCoy D et al. (2004). Pushing the international health research agenda towards equity and effectiveness. *Lancet*, 364:1630–1631.
- McDonald D & Smith L (2004). Privatising Cape Town: from apartheid to neo-liberalism in the mother city. *Urban Studies*, 41:1461–1484.
- McGillivray M et al. (2005). *It works; it doesn't; it can, but that depends...: 50 years of controversy over the macroeconomic impact of development aid*. Helsinki, World Institute for Development Economics Research (Research Paper No. 2005/54).
- Macinko J et al. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:13–19.
- Mackenbach JP (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Rotterdam: ErasmusMC University Medical Center Rotterdam.
- Mackenbach JP & Bakker MJ (2003). for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: an analysis of recent European experiences. *Lancet*, 362:1409–1414.
- Mackenbach JP & Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*, 44:757–771.
- Mackenbach JP, Meerding WJ & Kunst AE (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg: European Commission.
- McKinnon R (2007). Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. In: *International Social Security Association. Developments and trends: supporting dynamic social security*. World Social Security Forum, 29th ISSA General Assembly. Geneva, International Social Security Association, pp. 31–37 (<http://www.issa.int/pdf/publ/2DT07.pdf>, accessed 5 May 2008).
- McMichael AJ et al. (2007). Food, livestock production, energy, climate change and health. *Lancet*, 370:55–65.
- McMichael AJ et al. (2008). Global environmental change and health: impacts, inequalities, and the health sector. *BMJ*, 336:191–194.
- Macpherson AK et al. (2002). Impact of mandatory helmet legislation on bicycle-related head injuries in children: a population-based study. *Pediatrics*, 110:e60–e65.
- Madsen PR (2006). Contribution to the EEO Autumn Review 2006 'Flexicurity'. Denmark: European Employment Observatory.
- Magnussen L, Ehiri J & Jolly P (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23:167–176.
- Mahapatra P et al. (2007). Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 370:1653–1663.
- Mandel S (2006). *Debt relief as if people mattered: a rights-based approach to debt sustainability*. London, New Economics Foundation.
- Marmot M (2004). *The status syndrome: how your social standing affects your health and life expectancy*. London, Bloomsbury.
- Marmot M (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370:1153–1163.
- Marmot M & Wilkinson RG, eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- Marshall TH (1950). *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Martens J (2007). Strengthening domestic public finance for poverty eradication. *Development*, 50:56–62.
- Mathers CD & Loncar D (2005). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: data sources, methods and results*. Evidence and information for Policy Working Paper. Geneva, World Health Organization.
- MDG Report (2007). The Millennium Development Goals report 2007. New York, United Nations (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, accessed 13 May 2008).
- Mehta L & Madsen BL (2005). Is the WTO after your water? The General Agreement on Trade in Services (GATS) and poor people's right to water. *Natural Resources Forum*, 29:154–164.
- MEKN (2007a). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- MEKN (2007b). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*. Background document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

- Meng Q (2007). *Developing and implementing equity-promoting health care policies in China*. Background paper for the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Mercado S et al. (2007). Urban poverty: an urgent public health issue. *Journal of Urban Health*, 84:i7-i15.
- Micheletti M & Stolle D (2007). Mobilizing consumers to take responsibility for global social justice. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 611:157-175.
- Millennium Villages Project (nd). Millennium Promise website. New York, Millennium Promise (<http://www.millenniumpromise.org>, accessed 8 February 2008)
- Mills A (2007). *Strategies to achieve universal coverage*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Ministries of the Economy (2006). *Solidarity and globalisation*. Paris Conference on Innovative Development Financing Mechanisms, 28 February-1 March 2006. Paris, Government of France.
- Mishra P & Newhouse D (2007). *Health aid and infant mortality*. Washington, DC, IMF (Working Paper 07/100).
- Mitlin D (2007). Finance for low-income housing and community development. *Environment and Urbanization*, 19:331.
- Mizunoya S et al. (2006). *Costing of basic social protection benefits for selected Asian countries: first results of a modelling exercise*. Issues in Social Protection, Geneva, Social Security Department, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1527sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Discussion paper 17).
- Mongella G (1995). Address by the Secretary-General of the 4th World Conference on Women at the formal opening of the Plenary Session 4th September 1995 (<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/conf/una/950904201423.txt>, accessed 5 May 2008).
- Montgomery MR et al., eds. (2004). *Cities transformed: demographic change and its implications in the developing world*. London, Earthscan.
- Morris JN & Deeming C (2004). Minimum incomes for healthy living (MIHL): next thrust in UK social policy? *Policy & Politics*, 32:441-454.
- Morris JN et al. (2000). A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:885-889.
- Morris JN et al. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*, 36:1300-7.
- Moser K, Shkolnikov V & Leon DA (2005). World mortality 1950-2000: divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:202-209.
- Muntaner C et al. (1995). Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. *American Journal of Epidemiology*, 142:183-190.
- Murphy M et al. (2006). The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001. *American Journal of Public Health*, 96:1293-1299.
- Murray CJL et al. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3:1513-1525.
- Murray CJ et al. (2007). Validation of the symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLoS Medicine*, 4:e327.
- Murthy R (2007). *Accountability to citizens on gender and health*. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Musgrove P (2006). *Disability in late middle age and after in low and middle-income countries: a summary of some findings from the Disease Control Priorities Project (DCPP)*. Paper prepared for the Behavioral and Social Research Program. Washington, DC, National Institute on Aging.
- Mustard JF (2007). Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. In: Young ME, Richardson LM, eds. *Early child development: from measurement to action*. Washington, DC, World Bank, pp. 43-71.
- Musuka G & Chingombe I (2007). *Building equitable, people-centred national health systems: the role of Parliament and parliamentary committees on health in East and Southern Africa*. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- NAS Panel on Aging (2006). Panel on Aging of the National Academies Committee on Population, convened for the Commission on Social Determinants of Health, August 2006. Washington, DC, National Institute on Aging.
- National Coalition on Health Care (2008). *Health insurance cost*. Washington, DC, National Coalition on Health Care (<http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>, accessed 7 March 2008).
- Newman L et al. (2007). *A rapid appraisal case study of South Australia's Social Inclusion Initiative*. Paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- NHF (2007). *Building health. Creating and enhancing places for healthy, active lives: blueprint for action*. London, UK National Heart Forum.
- NHS (2000). *The London Health Strategy*. London, NHS Executive London Regional Office.
- Nicholson A et al. (2005). Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women—a life course approach. *Social Science and Medicine*, 61:2345-54.
- Nissanke M (2003). Revenue potential of the Tobin Tax for Development Finance: a critical appraisal. In: Atkinson A, ed. *New sources of development finance*. Oxford, Oxford University Press for UNU-WIDER.
- NNC (2001). *Smart growth for neighborhoods: affordable housing and regional vision*. USA, National Neighborhood Coalition.
- O'Donnell O et al. (2005). *Who benefits from public spending on health care in Asia?* Rotterdam and Colombo: Erasmus University and IPS. (<http://www.equitap.org/publications/wps/EquitapWP3.pdf>, accessed 12 October 2006) (EQUITAP Project Working Paper #3).
- O'Donnell O et al. (2007). The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. *World Bank Economic Review*, 21:93-123.
- ODI (1999). *Global governance – an agenda for the renewal of the United Nations*. London, Overseas Development Institute.

- OECD (2001). *Starting strong: early childhood education and care*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OECD (2005). *From employment to work*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Office of the Mayor (2007). Mayor Bloomberg and major philanthropic foundations unveil size, scope, and schedule of Opportunity NYC, the nation's first-ever conditional cash transfer program. Press release, 29 March. New York: Office of the Mayor. (<http://www.nyc.gov>, accessed 5 May 2008).
- Ogawa S, Hasegawa T & Carrin G (2003). Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18:270-278.
- Oldfield S & Stokke K (2004). *Building unity in diversity: social movement activism in the Western Cape Anti-Eviction Campaign*. A case study for Globalisation, Marginalisation and New Social Movements in post-Apartheid South Africa. Durban, University of KwaZulu-Natal. (<http://www.ukzn.ac.za/ccs/files/Oldfield%20&%20Stokke%20WCAEC%20Research%20Report.pdf>, accessed March 2008)
- Ooi GL & Phua KH (2007). Urbanization and slum formation. *Journal of Urban Health*, 84:i27-i34.
- Ooms G & Schrecker T (2005). Viewpoint: expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet*, 365:1821-1823.
- Oxfam (2002). *Milking the CAP: how Europe's dairy regime is devastating livelihoods in the developing world*. London, Oxfam. (Briefing Paper 34).
- Oxfam Great Britain (2000). *Tax havens: releasing the hidden billions for poverty eradication*. Oxford, Oxfam.
- Paes de Barros R et al. (2002). *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. Santiago: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- PAHO (2001). *Investment in health*. Washington, DC, Pan-American Health Organization (Social and Economic Returns Scientific and Technical Publication No.582).
- PAHO (2005). PAHO Healthy Municipalities, Cities and Communities. *Bulletin of the Healthy Settings Units*, 1 (<http://www.paho.org/English/ad/sde/municipios.htm>, accessed 10 May 2008).
- PAHO (2006). *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela*. Caracas, Pan-American Health Organization.
- PAHO (2007). *Renewing primary health care in the Americas*. A position paper of the Pan American Health Organization. Washington, DC, Pan-American Health Organization (<http://www.paho.org/English/AD/THS/primaryHealthCare.pdf>, accessed 27 June 2007).
- Pal K et al. (2005). *Can low income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/1023sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, discussion paper 13).
- Palmer N et al. (2004). Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370.
- Parent-Thirion A et al. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Partnership for Child Development (nd). A FRESH start to improving the quality and equity of education. London, Partnership for Child Development. (www.freshschools.org, accessed 13 May 2008).
- Pasha O et al. (2003). The effect of providing fansidar (sulfadoxine-pyrimethane) in schools on mortality on school-age children in Malawi. *Lancet*, 361:577-578.
- Patel V et al. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*, 328:820-823.
- Paul J & Nahory C (2005). *Theses towards a democratic reform of the UN Security Council*. New York, Global Policy Forum.
- Paxson C & Schady N (2007). *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*. Washington, DC, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/05/03/000016406_20070503092958/Rendered/PDF/wps4226.pdf, accessed 5 May 2008) (Impact Evaluation Series No. 15. World Bank Policy Research Working Paper 4226).
- Petchesky RP & Laurie M (2007). *Gender, health and human rights in sites of political exclusion*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PHAC (2007). *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- PHAC & WHO (2008). *Enhancing health and improving health equity through cross-sectoral action: an analysis of national case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada.
- PHM (2000). *People's charter for health*. Cairo: People's Health Movement.
- PHM, Medact & GEGA (2005). *Global Health Watch, 2005-2006: an alternative world health report*. London, Zed Books.
- Picciotto R (2004). *Institutional approaches to policy coherence for development*. OECD Policy Workshop May 2004. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Pierson P (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94:251-267.
- Pierson P (2001). Investigating the welfare state at century's end. In: Pierson P, ed. *The new politics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press, pp. 1-14.
- Pogge T (2008). Growth and inequality: understanding recent trends and political choices. *Dissent Magazine* [online], (<http://dissentmagazine.org/article/?article=990>, accessed 10 April 2008).
- PPHCKN (2007a). *Inequities in the health and nutrition of children*. Report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007b). *Alcohol and social determinants of health*. Report from the alcohol node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- PPHCKN (2007c). *Interim report of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

- PPHCKN (2007d). *Social determinants of mental disorders*. Report from the mental health node to the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Prince M et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370:859-877.
- Prüss-Üstün A & Corvalán C (2006). *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization.
- Public Health Agency of Canada (nd). *Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-eng.php>, accessed 14 May 2008).
- Quan J (1997). *The important of land tenure to poverty eradication and sustainable development in Africa. Summary of findings*. Chatham, UK, National Resources Institute (<http://www.oxfam.org.uk/resources/learning/landrights/downloads/quanpov.rtf>, accessed 30 April 2008).
- Quartey P (2005). *Innovative ways of making aid effective in Ghana: tied aid versus direct budgetary support*. Helsinki, UNU-WIDER (WIDER Research Paper No. 2005/58).
- Rajan R & Subramanian A (2005). *Aid and growth: what does the cross-country evidence really show?* Washington, DC, IMF (IMF Working Paper 05/127).
- Randel J, German A & Ewing D, eds. (2004). *The reality of aid 2004: an independent review of poverty reduction and development assistance, the Reality of Aid Project*. London, IBON Books Manila/Zed Books.
- Ranson M, Hanson K & Oliveira Cruz V (2003). Constraints to expanding access to health interventions: an empirical analysis and country typology. *Journal of International Development*, 15:15-39.
- Ravindran T & de Pinho H, eds. (2005). *The right reforms? Health sector reforms and sexual and reproductive health*. Johannesburg: The Initiative for Sexual and Reproductive Rights and Health Reforms (www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/globalvolume.htm, accessed 27 March 2007).
- Ravindran TKS & Kelkar-Khambete A (2007). *Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions*. Background document of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Rifkin S & Walt G (1986). Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Social Science and Medicine*, 23:559-566.
- Rihani MA (2006). *Keeping the promise: 5 benefits of girls' secondary education*. Washington, DC, AED Global Learning Group (http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Summary_Book_Girls_Education_MayRIHANI.pdf, accessed 24 September 2007).
- Ritakallio V-M & Fritzell J (2004). *Societal shifts and changed patterns of poverty*. New York: Luxembourg & Syracuse (LIS Working Paper Series, no. 393).
- Roberts H & Meddings DR (2007). *What can be done about the social determinants of violence and unintentional injury*. Background paper of the Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Rodrik D (2001). *The global governance of trade as if development really mattered*. New York, United Nations Development Programme.
- Romeri E, Baker A & Griffiths C (2006). Mortality by deprivation and cause of death in England and Wales, 1999-2003. *Health Statistics Quarterly*, 32:19-34.
- Rootman I & Gordon-El-Bihbety D (2008). *A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Rose G (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14:32-38.
- Ross CE & Wu C-L (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60:719-745.
- Ruger JP & Kim HJ (2006). Global health inequalities: an international comparison. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:928-936.
- RWJF Commission (2008). *Perceived health challenges in the United States*. National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Sachs J (2004). Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals (MDGs). *Bulletin of the World Health Organization*, 82:947-952.
- Sachs J (2007). Beware false tradeoffs. *Foreign Affairs* [online], (http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs, accessed 14 March 2008).
- Sachs J (2005). *The end of poverty: how we can make it happen in our lifetime?* London, Penguin Books.
- Saltman R, Busse R & Figueras J, eds. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, UK, Open University Press.
- Sanders D (1985). *The struggle for health: medicine and the politics of underdevelopment*. London, Macmillan.
- Sanders D et al. (2004). Making research matter: a civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:757-763.
- Save the Children UK, HelpAge International & Institute of Development Studies (2005). *Making cash count: lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households*. London: Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies.
- Schirnding YE (2002). Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet*, 360:632-637.
- Schneider A (2005). Aid and governance: doing good and doing better. *IDS Bulletin*, 36(3).
- Schubert B (2005). *The pilot social cash transfer scheme, Kalomo District - Zambia*. Manchester, Institute for Development Policy and Management/Chronic Poverty Research Centre (Chronic Poverty Research Centre Working Paper 52).

- Schurmann A (2007). *Microcredit, inclusion and exclusion in Bangladesh*. Background paper for the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Schweinhart L (2004). *The High/Scope Perry preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions*. Ypsilanti, High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart LJ, Barnes HV & Weikart DP (1993). *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age 27*. Ypsilanti, High/Scope Press.
- Scott-McDonald K (2002). Elements of quality in home visiting programmes: three Jamaican models. In: Young ME, ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 233-253.
- SEKN (2007). *Understanding and tackling social exclusion*. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Sen A (1999). *Development as freedom*. New York, Alfred A Knopf Inc.
- Setel PW et al. (2007). A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 370:1569-77.
- SEWA Bank (nd). SEWA Bank web page. Ahmedabad, Self-employed Women's Association (<http://www.sewa.org/services/bank.asp>, accessed 7 April 2008).
- SEWA Social Security (nd). Childcare section of the SEWA Social Security web page. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (<http://www.sewainsurance.org/childcare.htm#Childcare>, accessed 5 May 2008).
- Shaw M (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25:397-418.
- Sheuya S, Howden-Chapman P & Patel S (2007). The design of housing and shelter programs: the social and environmental determinants of inequalities. *Journal of Urban Health*, 84:i98-i108.
- Sibal B (2006). People's power in people's hands: the lesson we need to learn. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:521.
- Siegel P, Alwang J & Canagarajah S (2001). *Viewing microinsurance as a social risk management instrument*. Washington, DC, World Bank (Social Protection Discussion Paper Series, no. 0116).
- SIGN (2006). Newsletter of the Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands, issue 1. Amsterdam, Schoolfeeding Initiative Ghana-Netherlands (http://www.sign-schoolfeeding.org/_dynamic/downloads/Augustus_2006.doc, accessed 30 April 2008).
- Simmons R & Shiffman J (2006). Scaling up health service innovations: a framework for action. Chapter 2. In: Simmons R, Fajans P & Ghiron L, eds. *Scaling up health services delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Geneva, World Health Organization (<http://www.expandnet.net/volume.htm>, accessed 26 June 2007).
- Smith L & Haddad L (2000). *Explaining child malnutrition in developing countries: a cross-country analysis*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute (Research Report No.111).
- Solar O & Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Son M et al. (2002). Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:798-799.
- Ståhl T et al., eds. (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health and the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Standing Committee on Nutrition (nd,a). United Nations System Standing Committee on Nutrition website. Geneva, Standing Committee on Nutrition (<http://www.unsystem.org/SCN/Default>, accessed 4 May 2008).
- Standing Committee on Nutrition (nd,b). *Strategic framework*. Geneva: Standing Committee on Nutrition Secretariat (<http://www.unsystem.org/SCN/Publications/SCN%20Strategic%20Framework%20130407.pdf>, accessed 8 May 2008).
- Stansfeld S & Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32:443-462.
- Starfield B (2006). State of the art research on equity in health. *Journal of Health Politics Policy Law*, 31:11-32.
- Starfield B, Shi L & Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83:457-502.
- Stern N (2006). *Stern review: the economics of climate change*. London, HM Treasury.
- Stern N, Dethier J-J & Rogers H (2004). *Growth and empowerment: making development happen*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Stiglitz JE (2002). *Globalization and its discontents*. London, Penguin Books.
- Stiglitz JE (2006). *Making globalization work*. New York, WW Norton.
- Strazdins L, Shipley M & Broom DH (2007). What does family-friendly really mean? Well-being, time, and the quality of parents' jobs. *Australian Bulletin of Labour*, 33:202-225.
- Svensson J (2000). Foreign aid and rent-seeking. *Journal of International Economics*, 51:437-461.
- Swaminathan M (2006). *2006-7 Year of Agricultural Renewal*. 93rd Indian Science Congress, Hyderabad.
- Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1-37.
- Szreter S (2002). Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92:722-725.
- Szreter S (2004). Health, economy, state and society in modern Britain: the long-run perspective. *Hygiea Internationalis*, 4:205-228 (special issue).
- Szreter S (2007). The right of registration: development, identity registration, and social security—a historical perspective. *World Development*, 35:67-86.

- Tajer D (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93:2023–2027.
- Tanahashi T (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56:295–303.
- Tanzi V (2001). Globalization and the work of fiscal termites. *Finance and Development*, 38.
- Tanzi V (2002). Globalization and the future of social protection. *Scottish Journal of Political Economy*, 49:116–127.
- Tanzi V (2004). Globalization and the need for fiscal reform in developing countries. *Journal of Policy Modeling*, 26:525–542.
- Tanzi V (2005). Social protection in a globalizing world. *Rivista di Politica Economica*, 25–45.
- Tax Justice Network (2005). *Briefing paper – the price of offshore*. Tax Justice Network, UK [online] (http://www.taxjustice.net/cms/upload/pdf/Price_of_Offshore.pdf, accessed 27 February 2008).
- The Age (2008). *Text of PM Rudd's 'sorry' address*. Melbourne, The Age (<http://www.theage.com.au/news/national/bfull-textb-pms-sorry-address/2008/02/12/1202760291188.html>, accessed 28 May 2008).
- The Hindu (2008). *Lifeline for the rural poor*. Chennai, The Hindu (<http://www.hindu.com/2008/01/25/stories/2008012555601000.htm>, accessed 30 January 2008).
- Thorson A, Long NH & Larsson LO (2007). Chest X-ray findings in relation to gender and symptoms: a study of patients with smear positive tuberculosis in Vietnam. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 39:33–37.
- Tolstoy L (1877). *Anna Karenina*. London, Allen Lane/Penguin, 2000.
- Townsend P (2007). *The right to social security and national development: lessons from OECD experience for low-income countries*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.int/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1595sp1.pdf>, accessed 5 May 2008) (Issues in Social Protection, Discussion Paper 18).
- Tudor Hart J (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1:405–12.
- UIS (2008). *75 million children out of school, according to new UIS data*. Paris, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (http://www.uis.unesco.org/ev_en.php?ID=7194_201&ID2=DO_TOPIC, accessed 20 May 2008).
- UN (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948 (<http://www.un.org/Overview/rights.html>, accessed 28 May 2008).
- UN (2000a). *General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council ([http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En), accessed 1 March 2008).
- UN (2000b). *Millennium Development Goals*. New York, United Nations.
- UN (2001). Africa's capacity to deliver is huge. *Africa Recovery* 15:12 (<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol15no1/151aids3.htm>, accessed 16 May 2008).
- UN (2005). Resolution 60/1 adopted at the World Summit 2005 (60th Session of the General Assembly of the UN). New York, United Nations.
- UN (2006a). *General comment no. 7: implementing child rights in early childhood*. Geneva, United Nations Committee on the Rights of the Child (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>, accessed 8 May 2008).
- UN (2006b). *The Status of Women in the United Nations System*. United Nations Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/Fact%20sheet%2028%20september.pdf>, accessed 21 February 2008).
- UN Millennium Project (2005). *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. London, Earthscan.
- UNCTAD (2004). *Economic development in Africa – debt sustainability: oasis or mirage*. New York and Geneva, United Nations.
- UNCTAD (2006). *Trade and Development Report 2006: global partnership and national policies for development*. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development.
- UNDESA (2006). *World economic situation and prospects, 2006*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- UNDESA, *Population Division (2006)*. Population ageing 2006. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>, accessed 5 May 2008).
- UNDP (1998). *Human development report. Consumption for human development*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP (1999). *Human development report. Globalization with a human face*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP (2007). *Fighting climate change: human solidarity in a divided world*. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP & Ministry of Planning and Development Cooperation (2005). *Iraq Living Conditions Survey 2004*. Volume I: tabulation report. Baghdad, Central Organisation for Statistics and Information Technology, Ministry of Planning and Development Cooperation.
- UNESCO (2001). *Handbook on effective implementation of continuing education at the grassroots*. Bangkok, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Principal Regional Office for Asia and the Pacific.
- UNESCO (2006a). *Water: a shared responsibility*. The United Nations World Water Development Report 2. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2006b). *Strong foundations: early childhood care and education*. EFA Global Monitoring Report 2007. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794E.pdf>, accessed 5 May 2008).
- UNESCO (2007a). *Education for All by 2015: will we make it?* EFA Global Monitoring Report 2008. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

- UNESCO (2007b). Literacy Initiative for Empowerment LIFE 2006–2015. Vision and strategy paper. Hamburg, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Institute for Lifelong Learning.
- UN-HABITAT (2006). *State of the worlds' cities 2006/7. The millennium development goals and urban sustainability*. Nairobi, UN-HABITAT.
- UN-HABITAT (2007a). UN-HABITAT website. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/>, accessed 10 Dec 2007).
- UN-HABITAT (2007b). *The emerging global order: the city as a catalyst for stability and sustainability*. Address by Executive Director Anna Tibaijuka. Nairobi, UN-HABITAT (<http://www.unhabitat.org/content.asp?cid=5389&catid=14&typeid=8&subMenuId=0>, accessed April 30, 2008).
- UNHCR (2005). *Measuring protection by numbers*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (2007). The United Nations Refugee Agency website. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (<http://www.unhcr.org>, accessed December 2007).
- UNICEF (1997). *The role of men in the lives of children*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2000). *The state of the world's children 2001*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2001). *We the children: meeting the promises of the World Summit for Children*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2004). *The state of the world's children 2005: childhood under threat*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2005). *The 'rights' start to life 2005: a statistical analysis of birth registration*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2006). *The state of the world's children 2007. Women and children: the double dividend of gender equality*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007a). *Progress for children: a world fit for children*. New York, United Nations Children's Fund (Statistical Review, Number 7).
- UNICEF (2007b). *Can the Kenyan State put the 300,000 most vulnerable children in the country on a cash transfer programme by the end of 2010?* New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (2007c). *The state of the world's children 2008: child survival*. New York, United Nations Children's Fund.
- UNICEF (nd,a). *Child protection information sheets*. New York, UNICEF.
- UNICEF (nd,b). Life skills website. New York, UNICEF (<http://www.unicef.org/lifeskills>, accessed 1 May 2008).
- UNICEF (nd,c) *Life skills: a special case for HIV/AIDS preventions*. New York, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7323.html, accessed 1 May 2008).
- UNICEF (nd,d). *Child friendly schools*. New York, UNICEF (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7260.html, accessed 20 March 2008) and *Fact Sheet: The CRC@ 18: its impact on a generation of children*. New York, UNICEF (http://www.unicef.org/media/files/Fact_Sheet.doc, accessed 20 March 2008).
- US Social Security Administration (2004). Social security is important to women. Fact Sheet. Baltimore, MD, Press Office of the Social Security Administration (<http://ssa.gov/pressoffice/factsheets/women.htm>, accessed 5 May 2008).
- Vågerö D (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness*, 17:1-19.
- Van Ginneken W (2003). *Extending social security: Policies for developing countries*. Geneva, International Labour Organization (ESS Paper No. 13).
- Vega J & Irwin A (2004). Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82:482-483.
- Vega-Romero R & Torres-Tovar M (2007). *The role of civil society in building an equitable health system*. Paper prepared for the Health Care Systems Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Victora CG et al. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356:1093-1098.
- Victora CG et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 371:340-357.
- Villaveces A et al. (2000). Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 283:1205-1209.
- Vincent I (1999). Collaboration and integrated services in the NSW public sector. *Australian Journal of Public Administration*, 58:50-54.
- Vlahov D et al. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84:i16-i26.
- Voas RB et al. (2006). A partial ban on sales to reduce high-risk drinking south of the border: seven years later. *Journal of Studies of Alcohol*, 67:746-753.
- Wagstaff A (2003). Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Social Science and Medicine*, 57:1529-1538.
- Wagstaff A (2007). Social health insurance reexamined. Washington, DC, World Bank (World Bank Policy Research Working Paper 4111).
- Wagstaff A et al., (1999). Redistributive effect, progressivity and differential tax treatment: personal income taxes in twelve OECD countries. *Journal of Public Economics* 72:25.
- Waring M (1988). *If women counted: a new feminist economics*. San Francisco, HarperCollins.
- Waring M (1999). *Counting for nothing: what men value and what women are worth*. Toronto: University of Toronto Press.
- Waring M (2003). Counting for something! Recognizing women's contribution to the global economy through alternative accounting systems. *Gender and Development*, 11:35-43.
- Watts S et al. (2007). *Social determinants of health in countries in conflict and crises: the eastern Mediterranean perspective*. Background paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

- WGEKN (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient – gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002a). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002b). *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005a). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005b). *World health report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005c). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005d). *Bangkok Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005e). *The Health and Environment Linkages Initiative*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/heli/risks/risksmaps/en/index5.html>, accessed May 2008).
- WHO (2006). *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007a). *Medium-term Strategic Plan 2008-2013*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html, accessed 14 February 2008).
- WHO (2007b). *Women's health and human rights: monitoring the implementation of CEDAW*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007c). *World health statistics*. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>, accessed 28 March 2008).
- WHO (2007d). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007e). *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008a). *Monitoring of health-related Millennium Development Goals*. EB 122/33. Executive Board, 122nd session, 22 January 2008. Agenda Item 4.14.
- WHO (2008b). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008c). *Preventing violence and reducing its impact: how development agencies and governments can help*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (nd,a). *Cardiovascular diseases: what are cardiovascular diseases?* Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>, accessed 17 March 2008) (Factsheet No 317).
- WHO (nd,b). *Management of substance abuse: alcohol*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html, accessed 15 March 2008).
- WHO (nd,c). *Quick diabetes facts*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/diabetes/en/>, accessed 17 March 2008).
- WHO (nd,d). *Child and adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>, accessed 4 May 2008).
- WHO & PHAC (2007). *Improving health equity through intersectoral action*. Geneva, World Health Organization and Public Health Agency of Canada Collaborative Project.
- WHO & UNICEF (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, accessed 28 May 2008).
- WHO et al. (2007). *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, World Health Organization. (http://www.who/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf, accessed 16 July 2008).
- WHO Healthy Cities (nd). *Healthy Cities website*. Copenhagen, World Health Organization (<http://www.euro.who.int/healthycities>, accessed April 10, 2008).
- Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the affliction of inequality*. London, Routledge.
- Williams K & Borins EF (1993). Gender bias in a peer-reviewed medical journal. *Journal of the American Medical Women's Association*, 48:160-162.
- Wilthagen T, Tros F & van Lieshot H (2003). *Towards 'flexicurity': balancing flexicurity and security in EU member states*. Invited paper for the 113th World Congress of the International Industrial Relations Association, Berlin.
- Wirth M et al. (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York; CIESIN and UNICEF.
- Wismar M et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Women and Work Commission (2006). *Shaping a fairer future*. London, Government Equalities Office (http://www.equalities.gov.uk/publications/wwc_shaping_fairer_future06.pdf, accessed 30 April 2008).
- Wood A (2006). *IMF macroeconomic policies and health sector budgets*. Amsterdam: Wemos Foundation.
- Woodward D (2005). *The GATS and trade in health services: implications for health care in developing countries*. *Review of International Political Economy*, 12:511-534.
- Woodward D & Simms A (2006a). *Growth isn't working: the unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth*. London, New Economics Foundation (http://www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwt502022006112929.pdf, accessed 5 May 2008).
- Woodward D & Simms A (2006b). *Growth is failing the poor: the unbalanced distribution of the benefits and costs of global economic growth*. New York, United Nations (ST/ESA/2006/DWP/20), based on Woodward D & Simms A (2006a).

- Woolf SH et al. (2004). The health impact of resolving racial disparities: an analysis of US mortality data. *American Journal of Public Health*, 94:2078-2081.
- Woolf SH et al. (2007). Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances. *American Journal of Public Health*, 97:679-683.
- World Bank (1997). Designing effective safety net programmes. *Poverty Lines*, 7:1-2. (http://www.worldbank.org/html/prdph/lms/research/povline/pl_n07.pdf, accessed 5 May 2008).
- World Bank (1999). *Global development finance*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006a). *Global monitoring report 2006*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006b). *World development indicators, 2006*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2007). *Global economic prospects 2007: managing the next wave of globalization*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2008). *The world development report 2008 – agriculture for development*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank Independent Evaluation Group (2006). *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington, DC, World Bank.
- World Commission on the Social Dimension of Globalization (2004). *A fair globalization: creating opportunities for all*. Geneva, International Labour Organization.
- WorldWatch Institute (2007). *State of the world 2007: our urban future*. Washington DC, The WorldWatch Institute.
- Xu K et al. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26:972-983.
- YouGov Poll (2007). Commissioned by the Fabian Society. London, YOUGOV (<http://www.yougov.com/uk/archives/pdf/fabian%20toplines.pdf>, accessed 20 March 2008).
- Young ME (2002). Ensuring a fair start for all children: the case of Brazil. In: Young ME ed. *From early child development to human development: investing in our children's future*. Washington, DC, World Bank, pp. 123-142.
- Yusuf S et al. (2001). Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, 104:2746-2753.
- Zedillo E et al. (2001). *Recommendations of the High-level Panel on Financing for Development*. New York, United Nations (A/55/1000).
- Ziersch A & Baum F (2004). Involvement in civil society groups: is it good for your health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:493-500.

