

الصحة

والإيدز: كلمات جميلة ولامبالاة قاتلة

رنالد لابونتي، تيد سشريكر، ويفيد ماكوي

دمر الإيدز الدول الإفريقية التي تقع جنوب الصحراء الكبرى Sub-Saharan بحيث انخفض متوسط العمر إلى عشر سنوات أو أكثر في بعض الدول ملغياً أي تقدم في صحة السكان ومسبباً اضطراباً اجتماعياً يصعب فهمه. على سبيل المثال، في ملاوي أحد أفقر دول العالم بتعداد سكاني يصل إلى 5.10 مليون، يجب النظر إلى حاجات أكثر من 500000 طفل فقدوا فعلاً أحد والديهم على الأقل بسبب الإصابة بالإيدز⁽¹⁾.

لا يمثل الإيدز التحدي المرضي المعدي الوحيد في الدول الإفريقية التي تقع جنوب الصحراء الكبرى، بل إن الملاريا تقتل ما يقارب المليون من الناس سنوياً أكثرهم من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، ويقتل السُّلُّ ضعف ما يموتون منه في جميع أنحاء العالم، وهو "السبب الرئيس للموت للأشخاص المصابين بالإيدز في إفريقيا"⁽²⁾. بالإضافة إلى ذلك، تواجه المنطقة عبئاً مزدوجاً من الأمراض سببه الزيادة في الأمراض غير

السارية مثل: أمراض القلب وداء السكري. في هذا الفصل سنركز على الأمراض المعدية؛ لأن ضبطها ضروري بالرغم من أنه غير كاف في تجنب "مشكلات الفقر الطبية"⁽³⁾، حيث يؤدي المرض في العائلات والمجتمعات إلى الفقر ويهدد بالنتيجة نفسها دولاً كاملة.

وقد قدّمت مجموعة الدول الثمان⁽⁴⁾ وعوداً كبيرة في تحسين الصحة العالمية ملتزمة (في عام 2000) بخطة طموحة لتقليل المخاطر التي أحدثتها الإيدز، والسل والملاريا⁽⁵⁾. فحصنا هذه الوعود باستخدام طرق تم شرحها في مكان آخر⁽⁶⁾، بالاعتماد على ثلاثة أسئلة. هل تم الوفاء بهذه الوعود؟ هل هي كافية للحاجة الملحة؟ وهل هي تتطابق مع سياسات التنمية التي يتحكم بها السوق ومع النظرة العالمية التي تروّج لها مجموعة الدول الثمان؟

الأنظمة الصحية والتحكم في الأمراض المعدية:

معظم الأنظمة الصحية في الدول الإفريقية التي تقع جنوب الصحراء الكبرى ضعيفة ومهترئة، والدلائل تشير إلى تدهور مستويات تطعيم الأطفال، وبالتالي تدهور صحة العديد منهم. المشكلة الفورية هي فقدان المال، وباستثناء إفريقيا فإن دول المنطقة تنفق أقل من 14 دولاراً أمريكياً للشخص الواحد في القطاع الصحي سنوياً⁽⁷⁾. وعلى الرغم من أن مجموعة الدول الثمان ذكرت أن "الأنظمة الصحية الوطنية القوية ستستمر في لعب دور رئيس في تنفيذ برنامج وقاية فعال وفي العلاج والرعاية"⁽⁸⁾ إلا أنها لم تخاطب القضايا المالية بشكل كاف.

تقدر لجنة الاقتصاد الواسع والصحة CMH التابعة لمنظمة الصحة العالمية WHO أن الحد الأدنى لاتفاقية التدخلات الصحية الضرورية بدول العالم الفقيرة بما فيها الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، قد تنقذ "على الأقل 8 ملايين شخص كل سنة مع نهاية هذا العقد"⁽⁹⁾. هذه التدخلات، بما فيها التغطية الجزئية لتكلفة علاج أمراض الإيدز والملاريا والسلّ، ستحتاج إلى 1.22 بليون دولار من العالم الصناعي في 2007م وسترتفع إلى 7.30 بليون دولار في 2015م⁽¹⁰⁾ - هذه بالمقارنة مع المساعدات الصحية من جميع دول العالم (وليس فقط مجموعة الدول الثمان) والبالغة 1.8 بليون دولار في عام 2002م⁽¹¹⁾.

وكقاعدة عامة، فإن الالتزامات بتحسين الصحة العالمية لا ترقى لمستوى الحاجة الكبيرة. وقد اعتبر الصندوق العالمي للإيدز والسل والملاريا الذي تم إنشاؤه في عام 2001م "نقلة كمية في مكافحة الأمراض المعدية وكسر للدائرة الشريرة بين المرض والفقير"⁽¹²⁾. وفي سبتمبر عام 2004م طلبت مجموعة الدول الثمان وساهمت بمبلغ 24.4 بليون دولار في الصندوق، وهذا لا يتضمن المساهمات التي تتم من خلال المفوضية الأوروبية⁽¹³⁾. هذا يبذل مبلغاً كبيراً من المال، لكن لجنة الاقتصاد والصحة CMH تقول إن الصندوق الدولي لكي يكون فعالاً فإنه يحتاج إلى 8 بليون دولار سنوياً حتى عام 2007م، و12 بليون دولار سنوياً حتى عام 2015م. وقد حذّر مدير العلاقات الخارجية في الصندوق العالمي في يونيو

2004م قائلاً: "إذا لم يجدد المتبرعون التزامهم فإنه من الصعب أن نرى الكيفية التي سيتم فيها تمويل الصندوق مالياً في 2005م أو 2006م⁽¹⁴⁾. وحملة "3 على 5" لمنظمة الصحة العالمية WHO التي توفر العلاج للفيروس المعدي ARV لثلاثة ملايين شخص حتى عام 2005م ستعرض أيضاً لتهديد بسبب نقل الدعم المالي⁽¹⁵⁾. علاوة على ذلك يقدر باحثو جامعة بريتش كولومبيا أن 9 ملايين شخص خارج العالم الصناعي يحتاجون العلاج المضاد للفيروس المعدي ARVS⁽¹⁶⁾. وهذا يمثل ثلاثة أضعاف الرقم المستهدف من قبل منظمة التجارة العالمية.

عدم وجود الموارد البشرية يمثل عقبة أخرى. سقط الأطباء والهيئة التمريضية لضحايا الإيدز أنفسهم أو اضطروا إلى الرحيل نحو العالم الصناعي، أي "هجرة العقول" التي أصبحت العقبة المرعبة في طريق إعادة بناء وتقوية الأنظمة الصحية⁽¹⁷⁾. وطبقاً لجريدة نيويورك تايمز New York Times في ملاوي التي تعاني نقصاً حاداً في أعداد الممرضين والمرضات، فإن ثلثي الوظائف المخصصة للتمريض شاغرة⁽¹⁸⁾. والعوامل التي تؤدي إلى هجرة العقول هي مثلاً الرواتب غير الكافية، الإمكانيات الضعيفة، الأدوية القليلة، ونقص بعض أنواع العلاج، وخوف أمني. أيضاً، الاستقطاب الوظيفي النشيط من دول مثل كندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة، يعني أنهم يوفرون المال عن طريق توظيف مختصين صحيين ثم تدريبهم في الدول الفقيرة⁽¹⁹⁾. تتكرر هذه العمليات

داخل الدول الإفريقية التي تقع جنوب الصحراء الكبرى وبعض المناطق النامية عندما تجتذب برامج الأمراض " الطويلة " التي يحولها المتبرعون من الخارج العديد من العاملين في القطاع الصحي، وتدفع لهم رواتب مرتفعة وخيارات وظيفية أفضل⁽²⁰⁾، وبالتالي تقويض البنية التحتية الصحية من غير قصد.

على المدى القصير، ستفعل مجموعة الدول الثمان القليل فيما يخص التأثير المباشر للإيدز على الأنظمة الصحية باستثناء زيادة الدعم في الوقاية من الإيدز والعلاج والبحث. هم يستطيعون وينبغي عليهم توفير مستويات مرتفعة من الدعم المالي للنظام الصحي بشكل مستمر لسنوات من خلال وكالات للتبرع وابتكار أنظمة مشتركة تقلل من العمل الإداري الذي يبعد الناس والموارد عن النشاطات الإكلينيكية. يجب أيضاً أن يواصلوا التوصيات في الاستراتيجية الصحية تحت مظلة الشراكة الجديدة لتنمية إفريقيا NEPAD، وجملة "صنع في إفريقيا" التي وافقت عليها مجموعة الدول الثمان في 2002م من أجل الوصول لاتفاق دولي يتعامل مع آثار هجرة العاملين في القطاع الصحي من الدول الفقيرة إلى الغنية⁽²¹⁾.

منذ عصر أبو قراط والحقيقة الطبية البديهية الأساسية هي "أولاً، لا تؤذ أحداً"، إلا أن "الإصلاحات" التي تشجعها مجموعة الدول الثمان بشكل مباشر ومن خلال البنك الدولي وصندوق النقد الدولي IMF قوّضت الأنظمة الصحية المحلية وزادت

المطالبات بأن تكون الأنظمة الصحية "ثابتة" مالياً عن طريق الاعتماد على الأجور التي يدفعها المرضى واستعادة التكلفة على الرغم من أن الإيرادات هزيلة والعقبات كبيرة⁽²²⁾. وفي عام 1999م وصف كاتب عمود صحفي غاني ببراعة الخيارات التي يواجهها الفقراء في النظام الصحي لتلك الدولة على أنه "ادفع المال نقداً وإلا تحمّل الموت"⁽²³⁾. إن عملية تحويل العناية الصحية (وتقريباً كل شيء آخر) إلى السوق يجب فهمها كجزء من سياسة تنموية أوسع عمّقت الاختلافات الاقتصادية بين الدول وداخلها⁽²⁴⁾.

الأسواق في مقابل الحاجات الصحية الأساسية:

يوضح حق الوصول إلى الأدوية الضرورية التوتر بين الأسواق والحاجات الأساسية. ودون الحماية الدولية القوية لحقوق الملكية الفكرية IP، مثل ترخيص المنتج بعلامة تجارية، لا تستطيع الصناعات "التي تعتمد على المعرفة" مثل الشركات الدوائية زيادة أرباحها العالمية. الحماية القوية للمنتج قد تكون وقد لا تكون ضرورية لتمويل البحث الطبي الجديد⁽²⁵⁾، لكنه يمكّن المصنعين من إبقاء الأدوية المنقذة للحياة مرتفعة إلى درجة لا يمكن تحملها. وكانت الحكومة الأمريكية والشركات متعددة الجنسيات التي تتخذ من أمريكا مقراً لها هي المحرك الرئيس لاتفاقية الملكية الفكرية ذات العلاقة بالجوانب التجارية TRIPS التي تسعى إلى أن تكون حماية الملكية الفكرية منسجمة مع منظمة التجارة العالمية WTO وتعلّق العالمة السياسية من جامعة جورج واشنطن سوزان سيل

قائلة إن تأثير الشركات على سياسة الولايات المتحدة خلال عملية المفاوضات كان قوياً إلى درجة" أن اثنتي عشرة شركة قامت بوضع القانون العام للعالم"⁽²⁶⁾. ومن ضمن هذه الشركات عمالقة الصناعات الدوائية بريستول مايرز (التي أصبحت الآن بريستول-فايزر سكويب وميرك Merck وفايزر Pfizer).

وقّرت البرازيل كدولة ذات دخل متوسط العلاج المضاد للفيروس المعدي ARVS مجاناً بسبب فقرات في قانون براءة الاختراع تسمح بـ"ترخيص إجباري" للشركات الدوائية، وهي استراتيجية أسهمت بتقليل وفيات الإيدز والتتويم في المستشفيات بسبب الأمراض المعدية⁽²⁷⁾. وفي ديسمبر 1997م وقّر تشريع جديد في جنوب إفريقيا شرط الترخيص الإجباري أيضاً وقامت الولايات المتحدة الأمريكية بتحدي الشرط الذي وضعته البرازيل من خلال منظمة التجارة العالمية في عام 2000م، وكذلك فعلت بشكل عدواني مع جنوب إفريقيا وضغطت عليها بسحب هذا التشريع لكنها لم تنجح. وفي عام 2001م قامت فروع الشركات الدوائية الرئيسة في أمريكا وجنوب إفريقيا بسحب معارضتها. في غضون ذلك كان لحملة دولية كبيرة المستوى تسعى لتوفير الأدوية الضرورية نتيجتان مهمتان.

الأولى هي أن الشركات الدوائية الرئيسة فاوضت حول الأسعار الرخيصة للأدوية المرخصة التي تُباع في الدول النامية. والثانية أعلنت الدول الأعضاء في منظمة التجارة العالمية WTO في اجتماعها الوزاري الذي عُقد في الدوحة في نوفمبر 2001م

دعمها الواضح لحماية محدودة للملكية الفكرية حسب اتفاقية الملكية الفكرية ذات العلاقة بالجوانب التجارية TRIPS عند الضرورة من أجل حماية الصحة العامة⁽²⁸⁾. وبسبب عناد الولايات المتحدة، فقط في شهر أغسطس من عام 2003م وافق المجلس العام لمنظمة التجارة العالمية WTO على السماح بالترخيص الإجباري واستيراد الأدوية غير المسجلة التي يتم إنتاجها بموجب رخص من الدول التي تعاني من نقص في الطاقة الإنتاجية ("الواردات المتوازنة" في مصطلحات منظمة التجارة العالمية)⁽²⁹⁾.

هذه التطورات تمثل نصراً واضحاً لتحالف حكومات الدول النامية ومنظمات المجتمع المدني، إلا أن هناك قلقاً إزاء عملية التنفيذ. حظيت كندا بالتشجيع إذ كانت الأولى من بين دول مجموعة الثمان التي عدلت تشريعاتها الخاصة من أجل أن تسمح للشركات المحلية إنتاج نسخ غير مسجلة لأدوية مرخص بها من أجل التصدير، لكنها تعرّضت للنقد بسبب العدد القليل من الأدوية التي تغطيها التعديلات التشريعية⁽³⁰⁾. لكن الأهم من ذلك هو أن الإجراءات المملة والمتعبة التي يجب أن تتبعها الدول النامية من أجل أن تستفيد من قرارات قمة الدوحة، بالإضافة إلى الضغوط غير الرسمية التي تمارس على الحكومات من أجل عدم استخدامها، تبطل الأثر الإيجابي على الأرض⁽³¹⁾.

وماذا عن أولويات البحث الطبي؟ العلاجات المضادة للفيروس المعدي ARVS موجود في السوق بسبب أن الأغنياء

يصابون بمرض الإيدز. وقرّ المرضى في العالم الصناعي سوقاً جذابة وجمهوراً سياسياً مناصراً في قضية التمويل العام للبحث العلمي لهذا المرض. وتقوم الشركات الدوائية بتمويل 5.41 بالمئة من الإنفاق العالمي على البحوث في القطاع الصحي⁽³²⁾، وهذا يعني أن العديد من الأمراض المعدية ستلقى اهتماماً قليلاً، وبغض النظر عن حماية الملكية الفكرية فإن المرضى هم من الفقر بحيث لا يشكلون سوقاً جذابة.

على سبيل المثال: لا توجد أدوية جديدة تمت الموافقة عليها لعلاج داء المثقبيات (مرض النوم) منذ عام 1981م على الرغم من أن أكثر من 300000 شخص يصابون بالعدوى في الدول الإفريقية التي تقع جنوب الصحراء الكبرى سنوياً، وهناك دلائل تشير إلى ازدياد مقاومة الدواء بين المرضى⁽³³⁾. ووجد الباحثون من منظمة أطباء بلا حدود MSF أن من بين 1393 دواءً جديداً سُوقّت بين أعوام 1975م و 1999م كان هناك فقط 16 دواءً للأمراض الموسمية والسل⁽³⁴⁾. هذا يعكس ما يعرف بـ "فجوة 90/10" أن 10 بالمئة من الإنفاق على البحث الطبي مخصص للأمراض التي تصيب 90 بالمئة من سكان العالم وهم الفقراء خارج العالم الصناعي.

وقد طالب الباحثون بتغيير هذا النموذج في الصحة والبحث وسياسة التنمية، ومع ذلك فمجموعة الدول الثمان ظلت صامته على نحو مريب أمام أسئلة مثل: من يملك حق الملكية الفكرية لنتائج مشروع اللقاح العالمي للإيدز الذي أعلن عنه في قمة

2004م. يقول تقرير في مجلة لانست Lancet: إن المشروع يهدف إلى جمع 1- 5 بليون سنوياً بدلاً من التمويل الحالي للبحث العالمي حول لقاح الإيدز الذي يصل إلى 550 مليون دولار سنوياً⁽³⁵⁾، لكن ليس الأمر واضحاً حول إمكانية أن يكون التمويل مالياً جديداً أم سيتم تحويله من مجالات متعلقة بالصحة من ميزانية المساعدات.

التضخم، الدين وإعادة بناء الاقتصاد:

يرى العالم الإنساني الطبي بروك جراندفيست سكوبف، وهو متخصص في انتشار مرض نقص المناعة المكتسبة HIV/AIDS في زائير التي تعرف الآن بجمهورية الكونغو وملاوي، أن الناس مع حلول عام 1988م في زائير "يستخدمون اسماً آخر للإيدز (السيدا في الفرنسية) مما ضلّ فهمهم في علم الأوبئة الاجتماعية" وانعدام الأمن الاقتصادي وخضوع النساء، وهو:

⁽³⁶⁾ Salaire Insuffisant Depuis des Annees الحروف الأولى

المختصرة تشرح العلاقات بين عدوى الإيدز، اليأس، انعدام الأمن الاقتصادي، وتقرّح بأننا بحاجة إلى النظر خارج صندوق الرعاية الصحية من أجل أن نفهم هذا الوباء وفشل السياسات المرتبطة به.

حذّر بيتر بيوت، المدير التنفيذي لبرنامج الإيدز في الأمم المتحدة، في مؤتمر الإيدز الدولي لعام 2004م أنه "يجب التخلص من ديون إفريقيا البالغة 15 بليون دولار سنوياً. هذا المبلغ أكثر بمقدار أربعة أضعاف من المبلغ المخصص للإنفاق على الصحة

والتعليم - وهما أهم شيء في قضية الإيدز⁽³⁷⁾. ولتبسيط هذا الأمر، استعارت حكومات الدول الإفريقية المستقلة حديثاً في السبعينيات والثمانينيات المال من مقرضين خاصين و(خاصة) من الوكالات متعددة الجنسيات مثل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي IMF لحل مشكلة نقص الإيرادات الناتجة من الأسعار المتدهورة للسلع الاستهلاكية والتكاليف الزائدة للطاقة. ساهم الأسلوب المحلي السيئ في الإدارة والواسطة وارتفاع رأس المال بزيادة الحاجة إلى الاقتراض، لكن هذه الأشياء حالات منفردة في السياق الإفريقي. وفي نهاية الثمانينيات عرفت العديد من الدول سياستها التي تُبنى عادة بالاعتماد على ما يتم رسمه في البنك الدولي وصندوق النقد الدولي IMF في مقابل قروض "التكيف التنظيمي" التي صُممت من أجل ضمان أن تقوم الحكومات القومية بتسديد بعض الدين على الأقل. وقد بيّنت دراسة في عام 1987م التي أشرفت عليها اليونيسيف أن السياسات التي تتبناها 10 دول تشمل بتسوانا وغانا وزيمبابوي تدمّر صحة الطفل⁽³⁸⁾. وكانت مطالبة الدراسة بـ "التكيف مع الوجه البشري" قد تم تجاهلها على الرغم من البحوث اللاحقة التي تؤكد الآثار السلبية لنظام التكيف التنظيمي على محددات الصحة في الدول الإفريقية التي تقع في جنوب الصحراء الكبرى⁽³⁹⁾ SSA.

نفذ العالم الصناعي، بالرغم من أنه تأخر، مبادرة الدول الفقيرة المثقلة بالديون HIPC التي ستقدم إعفاء جزئياً للديون (عن طريق البنك الدولي وصندوق النقد الدولي IMF) لأكثر من

32 دولة إفريقية. ومع ذلك فحتى لو تم إلغاء الدين كاملاً فإن من الصعوبة إيجاد موارد كافية لتلبية الحاجات الأساسية المتعلقة بالصحة⁽⁴⁰⁾. إلى ذلك فإن الحصول على الإعفاء من الدين عن طريق برنامج الدول الفقيرة المثقلة بالديون HIPC يتطلب إعداد ورقة استراتيجية لتقليل الفقر PRSP يوافق عليها البنك الدولي وصندوق النقد الدولي. كما أن الالتزامات الاقتصادية الواسعة الملحقة في هذه الأوراق تبدو مشابهة لمطالب برنامج التكيف التنظيمي⁽⁴¹⁾، وقد أوضحت دراسة حديثة قامت بها جامعة ساسكس Sussex أن أوراق استراتيجية لتقليل الفقر PRSPS تتضمن شروطاً تجارية متشددة تتعلق بتحرير أكثر أو أعمق أو أسرع للأسواق، وهي شروط أكثر من تلك التي تضعها منظمة التجارة العالمية ووافقت عليها الدولة المعنية⁽⁴²⁾. إذن يُطلب من أكثر الدول فقراً في العالم أن تفتح أسواقها بشكل أسرع وتحت ظروف انعدام الأمن الاقتصادي والتراجع المالي (حيث انخفضت إيرادات الضرائب) والاضطراب الاجتماعي بالرغم من امتناع العالم الصناعي عن قبول ما تصدره هذه الدول الفقيرة.

استمرت مجموعة الدول الثمان في الترويج لتكامل الأسواق عالمياً مصرحةً (في 2001) أن "جذب الدول الفقيرة إلى الاقتصاد العالمي هو الطريقة الأكيدة في تحقيق طموحاتها الأساسية"⁽⁴³⁾. وأهملوا القضية الأساسية حول مصدر الشروط التي سيتم فيها اندماج هذه الدول في الشبكات التجارية الدولية والاستثمار. وكما يقول المؤرخ الاقتصادي هاجون تشانغ: إن وصفات العلاج الحالية

للنمو والتطور تصل إلى مستوى "رفس السلم بعيداً"، فهم يمنعون السياسات التي تشجع المنتجين المحليين التي يطبقها العالم الصناعي في طريقه نحو الثراء، والسياسات المشابهة التي تفسر النمو السريع لما يُعرف بنمو آسيا⁽⁴⁴⁾.

الصحة والاقتصاد السياسي للمجتمعات الاستهلاكية:

سيطلب تحقيق الحاجات الصحية في الدول الإفريقية التي تقع جنوب الصحراء الكبرى (وكذلك في العديد من الدول الفقيرة حول العالم) تحويلات ضخمة للثروة من الدول الغنية إلى الفقيرة، لكن توقّع مجموعة الدول الثمان أن تتبنى طريقة تعتمد على الحاجات في الصحة بدول العالم الثالث (على الرغم من الوعود الأخيرة في الإعفاء من الدين والمعونات الزائدة من المملكة المتحدة وبعض دول مجموعة الثمان) هو سذاجة متعمدة. جاءت مجموعة الدول الثمان G8 على أنها مجموعة الدول الست G6 في عام 1975م لتنسيق استجابة السياسية الوطنية لأزمة الريح التي نتجت من النمو البطيء في اقتصاديات العالم الصناعي وكذلك بعد الزيادات في أسعار النفط في 1973 - 1974م⁽⁴⁵⁾. أصبحت طريقتهم هجوماً عنيفاً على ما ربحه العمال بعد الحرب عن طريق تطبيق سياسة نقدية متشددة و"مرونة" في سوق العمل، وهو ما يسميه كاتب في جريدة وول ستريت جورنال Wall Street Journal اليد العاملة التي جاءت في الوقت المحدد⁽⁴⁶⁾. واستمر الهجوم في قمة 1999م وبعد تجربة عقدين من زيادة الاستقطاب الاقتصادي

لأسواقها، دعمت مجموعة الدول السبع بقوة التخلص من الصرامة التنظيمية لسوق العمل⁽⁴⁷⁾. قائلة " إنه من الضروري إحداث توازن بين برامج الدعم الاجتماعي والمسؤولية الشخصية والمبادرة"⁽⁴⁸⁾.

الصحة غير مهمة داخل هذا الإطار الذي يضع السوق دائماً في اعتباره. الصحة تبقى مهمة فقط كتكلفة للإنتاج (يريد العمال إعانات صحية وبعضهم لديه القوة والقدرة للمطالبة بذلك بفعالية) وكذلك للريح (مثل خصخصة القطاع الصحي والتأمين الصحي) وكمصدر للمطالب السياسية لخدمات يتم تحويلها حكومياً أو في الاستثمار (العمالة الصحية أكثر إنتاجاً وما يكسبونه بشكل زائد قد يجعلهم مستهلكين واعدنين). هذه الآلية أخذت مساراً شريراً في السياق الإفريقي. يقول باتريك بوند من جامعة كوازولونر ناتل إن عدم رغبة الحكومة في جنوب إفريقيا في استخدام ثرواتها لتوفير العلاج المضاد للفيروس المعدي ARVS للجمهور يتناسب مع موقفها في احتضان السياسات الاقتصادية التي تهتم بالسوق فقط: "يقتل الإيدز العمال والمستهلكين ذوي الدخل المحدود" الذين يتم استخدامهم لأغراض السياسة الاقتصادية الواسعة - بينما يتبنى النخبة في جنوب إفريقيا سياسة رأس المال المكثف واستراتيجيات التراكم التي تهتم بالتصدير⁽⁴⁹⁾.

أما أصحاب الأعمال الخاصة في كل أرجاء المنطقة فإنهم يقومون بخفض التكاليف المتعلقة بالإيدز - عن طريق - على سبيل المثال الفحص قبل التوظيف، تقليل الوظائف وإعادة تنظيم نظام

الإعانات للموظفين⁽⁵⁰⁾، وبالتالي تقليص أعداد الأقلية التي يمكنها الوصول إلى العلاج أو الوصول إلى بر الأمان الاقتصادي.

ما هو البديل إذن؟ إن ترك الحاجات الأساسية في يد السوق الحرّ يمثل فشلاً ذريعاً لتحليل السياسة والخيال الأخلاقي. نحن بحاجة بدلاً من ذلك إلى فرض التزامات لحماية الصحة التي تتعدى الحدود الوطنية (وحدود من أنواع أخرى) ورؤية للتنمية تعتمد على ما يسميه عالم حقوق الإنسان والعلاقات الدولية ريتشارد فوك " إطار تنظيمي لقوى السوق العالمية التي تهتم بالناس بدلاً من اهتمامها برأس المال"⁽⁵¹⁾ يجب أن تحتوي الوصفات الحقيقية التي تهدف إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية في الدول النامية على هذه المبادئ المنظمة التي تعد بحق استثنائية.

-
- (1) United Nations AIDS Programme (UNAIDS) (2004) 2004 Report on the Global AIDS Epidemic :4th global report, UNAIDS, Geneva, p 193, www.unaids.org
 - (2) Bates, Imelda et al.(2004) "Vulnerability to malaria , tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1 : Determinants operating at individual and household level ", Lancet Infectious Diseases , 4, pp267-77.
 - (3) Whitehead, Margaret, Dahlgren, Goran and Evans, Timothy (2001) "Equity and health sector reforms : can low-income countries escape the medical poverty trap?" The Lancet 358, pp 833-6

- (4) روسيا هي دولة عضو في المجموعة مؤخراً، ولا تعد متبرعاً رئيسياً ولا تشارك في الاجتماعات الوزارية لمجموعة الدول السبع G7، لذا فإن الوعود التي نحصها هنا هي خاصة بمجموعة الدول السبع G7، بالرغم من أننا للتبسيط نستخدم مجموعة الدول الثمان عند الإشارة إليها. G8
- (5) البيان الختامي لمجموعة الدول الثمان في أوكيناوا 2000 الفقرات 29، 26-30 كل الوثائق الرسمية لقمم مجموعة الدول السبع/الثمان موجودة على موقع جامعة تورنتو، مركز أبحاث مجموعة الدول الثمان،
www.g7.utoronto.ca
- (6) Labonte, Ronald et al. (2004) Fatal Indifference: The G8 , Africa and global health, University of Cape Town Press, Cape Town.
- (7) متوسط الرقم السكاني مأخوذ من أرقام البنك الدولي على الموقع:
http://devdata.worldbank.org/hnpstats/DCselection.asp
- (8) البيان الختامي لمجموعة الدول الثمان، جنوه، 2001، الفقرة 17.
- (9) Commission on Macroeconomics and Health(2001) Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development, WHO, Geneva, p 11, www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf
- (10) السابق، الجدول A2.6، الأرقام بالدولار الأمريكي.
- (11) Michaud, Catherine(2003)Development Assistance for Health (DAH): recent trends and resources allocation, prepared for Second Consutation, Commission on Macroeconomics and Health, 29-30 October, WHO, Geneva,
www.who.int/entity/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf
- (12) البيان الختامي للمجموعة، جنوه، 2001، ص 15.
- (13) الأرقام من الموقع الإلكتروني للصندوق العالمي:
www.theglobalfund.org/en/funds_raised/pledges/
وتم الدخول إلى الموقع في 4 سبتمبر 2004.

-
- (14) Gobal Fund (2004) Global Fund Observer (GFO) Newsletter, 26 (June)
www.aidspace.org/gfo/archives/newsletter.
- (15) Langley, Alison (2004) "African AIDS drug plan faces collapse", Observer, 14 March.
- (16) Anema, Aranka et. Al. (2004) "Is" 3 by 5 "enough" recalculating the gobal need for antiretroviral treatment", letter, The Lancet, 364, pp 1034-5
- (17) Padarath, A et al. (2003) Health Personnel in Southern Africa: Confronting maldistribution and brain drain, Equinet Discussion Paper 3, Equinet, Harare,
<http://216.198.233.143/tbx/docs/Padarath%20et%20al.%20-%20Medact-HST-Equinet.pdf>
- (18) Dugger, Celia (2004) "An exodus of African nurses puts infants and the ill in peril", New York, 12 July.
- (19) Schrecker, Ted and Labonte, Ronald (2004) "Taming the" brain drain?" a challenge for public health systems in southern Africa", International Journal of Occupational and Environmental Health, 10, pp409-15
- (20) McCoy, David (2003) Health Sector Responses to HIV/AIDS and Treatment Access in Southern Africa : Addressing equity, Equinet Discussion Paper 10, Equinet Harare,
www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS10AAIDA.pdf
- (21) NEPAD (2002) Health Strategy, NEPAD Secretariat Pretoria.
- (22) Creese, A and Kutzin, J (1967) "Lessons from cost recovery in health", in C Colclough (ed), Maketizing Education and Health in Developing Countries: Miracle or mirage, Oxford University Press, Oxford, pp 37-62; Gilson, Lucy (1997) "The lessons of user fee experience in Africa", Health Policy and Planning, 12, pp 273-85; Wadee, Haroon et al. (2003) Health Care Inequity in South

- Africa and the Public/Private Mix, Work in progress on the RUIG/UNRISD project Le defi social du development: Globalisation. Inequality and health care, University of Geneva, Geneva.
www.unige.ch/iued/new/recherche/ruin-dsd/docs/SAN-SA-01/pdf
- (23) Quoted in Mill, J E and Anarfi, J K (2002) "HIV risk environment for Ghanaian women: challenges to prevention", Social Science and Medicine, 54, p 331.
- (24) Schoepf, Brooke G, Schoepf, Claude and Milen, Joyce V (2000) "Theoretical therapies, remote remedies: SAPs and the political ecology of poverty and health in Africa" in Jim Yong Kim et al. (eds), Dying for Growth: Global inequality and the health of the poor, Common Courage Press, Monroe, Maine, pp91-126.
- (25) Baker, Dean and Chatani, Noriko(2002) Promoting Good Ideas on Drugs: Are patents the best way" The relative efficiency of patent and public support for bio-medical research, Center for Economic Policy Research, Washington, DC, October,
www.haiweb.org/campaign/access/TACDpresentations/deanbaker-arepatentsbestway.pdf
www.haiweb.org
- (26) Sell, Susan K (2003) Private power, Public Law: The globalization of intellectual property rights, Cambridge Studies in International Relations, Cambridge University Press, Cambridge, p 96.
- (27) Galvao, J (2002) "Access to antiretroviral drugs in Brazil", The Lancet, 360, pp 1862-5
- (28) وثيقة اتفاقية الملكية الفكرية المتعلقة بالتجارة والصحة TRIPS العامة (2001)، منظمة التجارة العالمية ~، جنيف، الفقرة 2،
www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindec1_trips_epdf
- (29) "Implementation of the paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public health", Decision of the General Council of 30 August 2003, WTO, Geneva,
www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_6htm

-
- (30) Orbinski, James(2004) "access to medicines and global health: will Canada lead or founder? "Canadian Medical Association Journal,170,pp224-6;Elliot, Richard(2004) "Canada"s new patient bill provides a basis for improvement",Bridges Monthly Review,8:5,pp19-20.
- (31) Medecins sans Frontieres(2003)"Access to medicines at the WTO :countries must save lives before celebrating success" ,Press release,11September,<http://accessmed-msf.org/prod/publications.asp?sentid=12920039472&contenttype=PARA&>
- (32) Gobar Forum for Health Research (2004) The 10/90 Report on Health Research, 2003-2004, Global Forum, Geneva, p 112, www.globalforumhealth.org/pages/index.asp
- (33) Kennedy,Peter G E (2004) "Human African typanosomiasis of the CNS: current issues and challenges", Journal of Clinical Investigation,113,pp 496-504.
- (34) Trouiller, Patrice et al.(2002) "Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public health policy failure", The Lancet,359,pp 2188-94
- (35) Walgate, Robert(2004) "G8 support for vaccine initiative draws mixed reactions",The Lancet,363,p 2055.
- (36) Schoepf, Brooke G (1998) "Inscribing the body politic:AIDS in Africa",in M Lock and P Kaufert (eds), Pragmatic Womwn and Body Politics, Cambridge University Press, Cambridge, p 111.
- (37) Piot,Peter(2004) "Plenary address for closing ceremony?" 15th International AIDS Conference: Getting ahead of the epedemic, Bangkok,16 July, UNAIDS, Geneva,www.unaids.org
- (38) Cornia, Giovanni Andrea, Jolly , Richard and Stewart, Frances (eds) (1987) Adjustment with a Human Face , vol. 1: Protecting the Vulnerable and Promoting Growth, Clarendon Press, Oxford.
- (39) Bijlmakers, L A, Bassett, M T and Sanders, DM (1998) socioeconomic Stress, Health and Child Nutritional Status in Zimbabwe

at a Time of Economic Structural Adjustment: A three-year longitudinal study, research report 105, Nordic Africa Institute, Uppsala,

www.130.238.24.99/webshop/epubl/rr/rr105.pdf

Bassett, M T, Bijlmakers, L A, Bassett, M T and Sanders, DM (2000) "Experiencing structural adjustment in urban and rural households of Zimbabwe?" in M Turshen(ed.), African Women's Health, Africa World press, Trenton, NJ, pp167-91; Breman, Ann and Shelton, Carolyn(2001) Structural Adjustment and Health: A literature review of the debate, its role-players and presented empirical evidence, Working paper WG6, p6, Commission on Macroeconomics and health, Cambridge, Mass.

(40) Hanlon, Joseph (2000) "How much debt must be cancelled?" *Journal of International Development*, 12, pp877-901; Pettifor, Ann and Greenhill, Romilly(2002) Debt Relief and the millennium Development Goals, United Nations Development Programme, Human development report Office, new York, December.

(41) Cheru, Fantu(2001) The Highly Indebted Poor Countries(HIPC) Initiative: A Human rights assessment of the poverty Reduction Strategy Papers(PRSP), E/CN.4/2001/56, United Nation economic and social Council, Geneva.

[www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/d3b348546ad5fb91c1256a110056aca4/$FILE/G0110184.pdf)

[d3b348546ad5fb91c1256a110056aca4/\\$FILE/G0110184.pdf](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/d3b348546ad5fb91c1256a110056aca4/$FILE/G0110184.pdf),

Labonte et al., Fatal Indifference, pp26-9

(42) Brock, Karen and McGee, Rosemary(2004) Mapping Trade Policy: Understanding the Challenges of civil society participation, IDS Working paper 225, Institute for development Studies, Brighton, p20,

www.ids.ac.uk/ids/bookshop/wp/wp225.pdf

(43) البيان الختامي لمجموعة الدول الثمان، جنوه، 2001، الفقرة 3.

- (44) Chang, Ha-Joon (2002) Kicking Away the Ladder: Development Strategy in historical perspective, Anthem Press, London.
- (45) Webb, Michael (2000) "The Group of seven and political management of the global economy", in R Stubbs and G Underhill (eds), Political Economy and the Changing Global Order, 2nd edn, Oxford University Press Canada, Don Mills, Ontario, pp 141-51
- (46) Wysocki, Bernard (1995) "The outlook: foreigners find US a good place to invest.", Wall Street Journal, 7 August.
- (47) البيان الختامي لمجموعة الدول السبع، كولون، 1999، الفقرة 13.
- (48) المرجع السابق، الفقرة 20.
- (49) Bond, Patrick (2001) Against Global Apartheid: South Africa meets the world Bank, IMF and international finance, University of Cape town Press, Cape Town, pp 179-82.
- (50) Rosen, Sydney and Simon, Jonathan L (2003) "Shifting the burden: the private sector's response to the AIDS epidemic in Africa" Bulletin of the World Health Organization. 81, pp 131-7
- (51) Falk, Richard (1996) "An inquiry into the political economy of world order", New Political Economy, 1, p 13.

