

الصحة في مدن العالم الثالث

الفصل السابع والعشرون من كتاب جغرافية الحضر : منظور عالمي

ترجمة بتصرف

أ.د. مضر خليل عمر

المقدمة

العديد من المخاطر البيئية التي نوقشت في الفصل ٢٦ تمارس تأثيرا مباشرا أو غير مباشر على صحة السكان الحضر ور فاهم . نركز هنا على الأسباب ، الإصابة التفاضلية والنتائج الاجتماعية المكانية للمرض داخل مدن العالم الثالث . ندرس أمراض فقراء الحضر وطبيعة وفعالية استجابات الرعاية الصحية الرئيسية .

انتشار الأوبئة

مع تطور المجتمعات ، تتحسن الصحة بشكل عام ويزيد متوسط العمر المتوقع ، و تتغير اسباب المرض والوفاة . وقد تكون ملامح المرض المختلفة تم تحديدها للبلدان المتقدمة والنامية على التوالي . هذا مغلف لمفهوم الانتقال الوبائي ، الذي يقترح أنه مع التنمية ، يتم استبدال عدوى الأوبئة كسبب رئيسي للوفاة الى أمراض تؤدي الى التحلل والتفسخ البدني ، نتيجة أنماط حياة الناس . بحسب عمران (١٩٧١) ، في المراحل الأولى لانتقال المرض (يتجلى في البلدان المتخلفة) ، و حدوث الالتهابات ، والأمراض الطفيلية والأمراض التغذوية تكون هي من الأسباب الرئيسية للموت ، وعلى النقيض من ذلك ، فإن هذه الظروف مسؤولة في المجتمعات الأكثر تقدماً فقط عن كمية صغيرة من اعتلال الصحة والوفاة . وتصيب الحصبة و جدري الماء الأطفال بشكل أساسي . في مرحلة لاحقة يعد الانتقال الوبائي عدوى رئيسية فقط في حالة الالتهاب الرئوي والأنفلونزا ، ثم بشكل رئيسي بين الفئات العمرية الأكبر سنا . في المجتمعات المتقدمة ، الظروف المزمنة المرتبطة بشكل رئيسي ب كبار السن ، مثل أمراض القلب والسرطان المسؤول عن معظم الحالات المرضية والوفيات .

يوفر الانتقال الوبائي نموذجاً عاماً مفيداً للعلاقة بين المرض والتنمية . ومع ذلك ، تختلف البلدان الفردية من حيث تجربة الانتقال ، تمر العديد من بلدان العالم الثالث حالياً بمرحلة مختلطة من الانتقال (بين " تراجع الأوبئة و "عصر الأمراض التحليلية") حيث ، في المتوسط ، معدل الوفيات و الأمراض التحليلية أخذ في الازدياد بينما أولئك من الأمراض المعدية لا تزال مرتفعة . المرض العالمي ، فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز مشكلة خاصة في العديد من مدن العالم الثالث .

تحدث اختلافات كبيرة في الإصابة بالمرض في مدن العالم الثالثة ، مع انتقال الأوبئة بمعدلات مختلفة في المناطق الريفية والمناطق الحضرية ، وبين المجموعات السكانية المختلفة داخل المدن . بينما قد يطور سكان المدن الاغنياء نمطاً غربياً من الوفيات ، ونقص بيئة صحية يعني أن أفقر سكان الحضر لا يزالون عرضة لمجموعة من الالتهابات والأمراض التغذوية .

العوامل المحددة للوضع الصحي

تتأثر صحة الفرد بمجموعة معقدة من العوامل الشخصية والبيئية والهيكلية . وهي

تشمل ما يلي :-

١. العوامل الوسيطة. هذه تشير إلى ثقافة الشخص وسلوكه ، والأسرة أو المجتمع ودورهم في معالجة مشاكلهم الصحية الخاصة . مستوى تعليم الأم وقدرتها على تطبيق الشروط الصحية ، وقد ثبت أن ذلك له علاقة عكسية مع معدل وفيات الاطفال . يوضح هذا أيضاً العلاقة المتبادلة بين العوامل المرضية الكامنة والوفيات ، حيث يعتمد مدى حصول المرأة على التعليم على كل

من العوامل الأساسية (توفر المدارس) والعوامل الهيكلية (قوة الاقتصاد الوطني ، والمواقف العامة تجاه تعليم المرأة).

٢. العوامل الكامنة. وتشمل جوانب البيئة المادية (موقع المنزل) ، العوامل الاجتماعية الاقتصادية (مثل الدخل وحياسة السكن) ، توفير البنية التحتية (توافر الرعاية الصحية) والعوامل البيولوجية المتعلقة بالعمر والجنس .

٣. العوامل الهيكلية. وتشمل القوانين والمدونات والمعايير والممارسات الوطنية وحكومات المدن ، وصحة الاقتصاد الوطني واقتصاد المدينة . بالنسبة للعديد من فقراء دول العالم الثالث تمثل هذه القوى السياسية الاقتصادية الحواجز الرئيسية أمام تحسين وضعهم الصحي .

عقوبة حضرية؟

ظهر مفهوم العقوبة الصحية الحضرية في إنجلترا في القرن التاسع عشر عندما كشف تحليل بيانات الوفيات أن معدلات الوفيات في المناطق الحضرية كانت أعلى بكثير من المعدلات الريفية . تدابير الصحة العامة ، مثل إمدادات المياه النظيفة والصرف الصحي ، ساهم في انخفاض معدل الوفيات في المناطق الحضرية بعد ١٨٩٠ . أدلة من العالم الثالث ، تشير إلى انخفاض أبطأ في معدلات وفيات الرضع في المدن الكبيرة مقارنة مع المدن والقرى الأصغر . وفي العديد من مدن أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، معدلات وفيات الرضع في زيادة على مدى العقود الأخيرة ، بالإضافة إلى ذلك ، الركود الاقتصادي المستدام في المناطق الحضرية ، وتدهور البيئات المادية ووباء فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز يسهم في "العقوبة الحضرية" الواقعة على جنوب الصحراء الكبرى .

وبشكل أعم ، ظروف المعيشة المكتظة في المجتمعات الحضرية منخفضة الدخل تعزز انتشار الأمراض المعدية . يتضح تفاعل عوامل الخطر المتعددة في البيئات الحضرية في حالة التهابات الجهاز التنفسي الحادة التي تؤثر على الفئات الأصغر سناً بدلاً من الوباء وهي أكثر انتشاراً في المناطق الحضرية من المناطق الريفية . تواتر الاتصال بين الأشخاص وكثافة السكان و تداول الأشخاص المعديين والمعرضين للعدوى يعزز انتقال أمراض الكائنات الحية . المجموعات الحضرية الفقيرة هي الأكثر عرضة للخطر. علاوة على ذلك ، تدفق مستمر للمهاجرين الذين قد يكونون عرضة للعدوى وناقلين محتملين للسلالات الخبيثة الجديدة ، والعوامل المعدية تعزز نقل الكائنات الحية الدقيقة عبر المسالك الأنفية والبلعومية . يعاني فقراء الحضر من "عقوبة مزدوجة" للخطر من الملامح الوبائية القديمة والاختلافات الجديدة بين الحضريين في الصحة على المستوى الإجمالي . تبدو إحصاءات صحة المدينة بشكل عام أفضل من تلك الموجودة في المناطق الريفية من العالم الثالث . هذا مفضل ، مع ذلك ، لأن السكان العشوائيين ليسوا في كثير من الأحيان مدرجين في الإحصاءات الرسمية . حتى عندما يتم تضمين هذه المستوطنات ، والظروف الصحية في المناطق ذات الدخل المنخفض ، النتيجة تكون مقنعة بأرقام الوسطاء الأكثر صحة وأفضل خدمة في المناطق ذات الدخل المرتفع في المدينة .

تكشف البيانات المتوفرة عن وجود مناطق حضرية فرعية مختلفة في المكانة الاجتماعية داخل المدن ترافقها اختلافات في الحالة الصحية . فقد تراوحت مستويات وفيات الرضع في ساو باولو ٢٩ لكل ألف في المناطق الأكثر ثراء ، و إلى ٦١ لكل ألف في أفقر المناطق . في مانبلا وجد أن معدل انتشار سوء التغذية الحاد ووفيات الرضع أعلى بثلاث مرات في الأحياء الفقيرة منه في بقية المدينة ، بينما كان معدل الإصابة بالسل أعلى تسعة أضعاف في الأطفال تحت سن ٦ سنوات في اكررا ، و ٢٢ لكل ألف من أفقر خمس السكان، و ٩ لكل ألف من أغنى خمس .

في أحد أحياء بومباي الفقيرة بلغ معدل الجذام ٢٢ لكل ألف ، مقارنة بمتوسط مدينة البالغ ٧ لكل ألف . وللبيئة العشوائية أثر على الصحة ، فهي من أسباب وفيات الرضع في بورتو

أليغري ، البرازيل . في المناطق غير الصفيحية ، كانت معظم وفيات الرضع ناجمة عن مشاكل الحمل والولادة وحديثي الولادة بسبب الالتهاب الرئوي والإنفلونزا والأمراض المعوية المعدية أو تسمم الدم . على النقيض من ذلك ، تسبب العوامل البيئية ٥١% من وفيات الرضع في مدن الصفيح ، مما يعكس تعرضًا أكبر لظروف المعيشة الخطرة .

أمراض فقراء الحضر

قبل وباء فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ، كان السل هو السبب الرئيسي للوفاة بين البالغين في الدول النامية . إن تفاعل فيروس نقص المناعة البشرية مع السل وانتشار أدوية متعددة تثير مخاوف بشأن سلالات السل وعودة ظهوره ليودي بحياة واحد من أربعة من السكان البالغين في العالم الثالث . فكل حضري يعيش بكثافة عالية و دخل منخفض عرضة للخطر . الظروف الاجتماعية والبيئية في مثل هذه المناطق تؤدي إلى ظهور أو عودة ظهور الأمراض المنقولة بالناقل ، بما في ذلك الملاريا ، داء الفيلاريات وحمى الضنك والتيفوس ومرض شاغا .

الملاريا الحضرية هي مشكلة صحية رئيسية في الأحياء السكنية الفقيرة والمستوطنات حيث يولد الناقل (البعوض anopheles) في برك مياه راكدة نجمت عن الأمطار أو نقص الصرف الصحي . أوبئة الأمراض المنقولة بالناقل الأخرى مثل حمى الضنك ، وترتبط الحمى النزفية بحاجة الأسر لتخزين المياه في براميل الحديد أو حاويات الفخار التي توفر ظروف تربية مثالية للبعوض ، ناقل حمى الضنك والحمى الصفراء . السل منتشر في الأحياء الفقيرة والمدن العشوائية وحيث يكون انتشار سوء التغذية على نطاق واسع . ندرة نظافة المياه ونقص الصرف الصحي تجعل أمراض الإسهال مشكلة صحية رئيسية ، بينما مجموعة متنوعة من الطفيليات المعوية ، مثل أسكارس (الدودة المستديرة) و ثلاثي السوائل (الدودة السوطية) ، عادة ما تكون موجودة . تزيد ظروف المعيشة المزدحمة أيضًا من خطر الإصابة بالمكورات السحائية ، التهاب السحايا ، وتؤدي إلى ارتفاع معدل الإصابة بالعدوى التي يمكن الوقاية منها لدى الأطفال مثل الحصبة والسعال الديكي وشلل الأطفال .

بالإضافة إلى مشاكل الصحة الجسدية ، قد تنشأ صعوبات اجتماعية ونفسية نتيجة لوضع الحرمان لفقراء الحضر . قد ينشأ الإجهاد المزمن عند الذين يشعرون بالاكنتاب والغش والعيش المر واليأس والعزلة والضعف ؛ الذين يشعرون بالقلق حول الديون أو الوظائف وانعدام الأمن السكني ؛ والذين يشعرون بانخفاض قيمتهم ونفور المجتمع الأوسع منهم . الحماية في المدينة توفرها المجتمعات المحلية الريفية والأسرة الموسعة متاحة بسهولة أقل . الأسر وحيدة الوالد ، غالبًا ما ترأسها أنثى ، شائعة ، ومع الحاجة إلى عمل المرأة ، غالبًا ما يتم إهمال الأطفال . بالإضافة إلى ذلك ، كما فعلنا رأينا ، قد يضطر الأطفال إلى المساهمة في دخل الأسرة من خلال العمل تحت ظروف تعرضهم للحوادث والاستغلال .

فشل بعض المهاجرين في التكيف مع حياة المدينة يمكن أن يؤدي إلى مشاكل إدمان الكحول والاكنتاب . الرعاية الصحية الأولية الحضرية بالرغم من تركيز الموارد الصحية في المدن مقارنة بالريف ، والقرب النسبي للمستشفيات والمرافق الطبية الأخرى ، لأولئك الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة والمدن العشوائية في العالم الثالث ، وتندرج معايير الرعاية الصحية ضمن الحد الأدنى المعقول .

طبقا لقانون هارت (١٩٧١) للرعاية العكسية ، المنطقة التي هي بأكثر حاجة للوصول الى الرعاية هي الاسوأ ، وهذه الحالة ملاحظة في مدن العالم الثالث . وصف الخدمات الصحية في الأحياء الفقيرة حول نيروبي نموذجي . علاوة على ذلك ، تميل خدمات الرعاية الصحية المتاحة إلى تأكيد الجانب العلاجي بدلًا من الطب الوقائي ، وهذا يعني أن الأسباب الكامنة وراء اعتلال الصحة من غير المرجح أن يتم معالجتها بشكل مناسب . برزت الرعاية الصحية الأولية (PHC) كاستجابة مفضلة لمشاكل الصحة في مدن العالم الثالث . في صلب نهج

الرعاية الصحية الأولية هي مبادئ الإنصاف في التوزيع ، وإشراك المجتمع ، والتركيز على الوقاية ، واستخدام التكنولوجيا المناسبة ، ونهج متعدد القطاعات التي تفر بتعدد المسببات للمشاكل الصحية . المكونات الرئيسية لاستراتيجية الرعاية الصحية الأولية هي التثقيف حول الأمراض والسيطرة عليها ، وتوفير المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي الأساسي ومحاولات ضمان صحة الأم والطفل ، بما في ذلك تنظيم الأسرة ، والتحصين ضد الأمراض المعدية وعلاج الأمراض والإصابات الشائعة وتوفير الأدوية الأساسية .

جادل البعض بأن هذا الشكل من "الرعاية الصحية الأولية الشاملة" مثالي وغير قابل للتحقيق في مدن العالم الثالث وذلك للعدد الهائل من المشاكل الصحية المتفاوتة الخطورة ، فيجب تحديد الأولويات لأسباب عملية ، والتكلفة والاستخدام الفعال للموارد المتاحة . هذا الشكل من "الرعاية الصحية الانتقائية " (SPHC) يركز عادة على أمراض الأطفال مثل الحصبة والسعال الديكي والكزاز الولادي و أمراض الإسهال . وعادة ما يتم منح أولوية أقل لظروف مثل شلل الأطفال ، التيفوئيد ، التهابات الجهاز التنفسي ، التهاب السحايا وسوء التغذية ، وترى هذه المجموعة أن شلل الأطفال فقط يمكن السيطرة عليه بفاعلية التدخل الطبي . وتعطى أقل الأولويات للأمراض مثل حمى الضنك وداء الفيلاريات وداء الأميبات ، لأن السيطرة عليهم صعبة ، إلى حد كبير في بيئة اجتماعية متخلفة وبالتالي فهي مكلفة وتتطلب جهودًا مستمرة .

هذا التركيز على التدخلات الفعالة ثبت أنه ضروري للعلاقة المعقدة بين الفقر و سوء التغذية وأمراض الجهاز الهضمي والتهابات الجهاز التنفسي ، التي لن تستسلم لبرامج محددة ولكنها تتطلب تحسينات اجتماعية وبيئية مثل سكن أفضل ، مياه شرب نظيفة وصرف صحي آمن . بدون هذه المبادرات الأوسع نطاقا ، ومعالجة فعالة للعديد من الحالات ، خاصة التهابات الجهاز التنفسي ، قد ينتج عنها الأطفال المصابين أو يصابون بالعدوى بسرعة .

يؤكد منتقدو SPHC أن الطبيعة الانتقائية للنهج والميل إلى التركيز على مشاكل أمراض الأطفال والأمهات ، استبعاد الكثير من السكان البالغين ، وخاصة الذكور . جادل آخرون بأن برامج SPHC تنفي مبدأ المشاركة المجتمعية ، هي تقنية للغاية ، وموجهة للتكاليف وتعكس تعريف ضيقا للصحة (غياب المرض) مقارنة بتعريف منظمة الصحة العالمية (حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي الكامل ، وليس مجرد غياب) في الواقع ، تصمم كل دولة مخططات الرعاية الصحية الأولية لتناسب احتياجاتها الخاصة . بعض المخططات لها مشاركة مجتمعية كبيرة ، بينما البعض الآخر نظمت بطريقة من أعلى إلى أسفل وتبني نهج SPHC مثال على سياسة الرعاية الصحية الأولية الانتقائية هو بقاء الطفل على قيد الحياة .

واليونيسف تركز على :-

١. مراقبة النمو من خلال استخدام الرسوم البيانية للنمو التي تعتمد على قراءات الوزن التسلسلي حسب العمر . وقد ثبت أن هذه الرسوم البيانية يمكن أن تساعد في التعرف و الانتباه إلى الأطفال المعرضين لخطر كبير من الآثار التآزرية للعدوى و سوء التغذية ؛
٢. علاج الجفاف عن طريق الفم (ORT) ، وهو محلول ملحي وسكر آمن يمنع الموت من الجفاف الناجم عن نوبات الإسهال المائي الحاد ؛
٣. الرضاعة الطبيعية التي تحمي الرضيع من العدوى إضافة إلى الغذاء المثالي مع وسائل منع الحمل ؛
٤. التحصين ضد عدوى امراض الأطفال الستة التي يمكن الوقاية منها : الحصبة ، السعال الديكي والكزاز وشلل الأطفال والدفتيريا والسل ؛
٥. مكملات غذائية للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية ؛
٦. تباعد فترات الحمل من خلال تحديد النسل لتحسين صحة الأم والطفل ؛
- ٧ - محو أمية الإناث المعروف علاقتها بمعدلات وفيات الرضع والخصوبة ، بغض النظر عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي .

سوء التغذية

يعد نقص الغذاء من أهم أسباب ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات بين فقراء الحضر . سوء التغذية هو في الأساس انعكاس للفقر الذي يبرزه زيادة تسبيل اقتصاديات الحضر . فعادة ما تكون معدلات سوء التغذية في المناطق الحضرية أعلى من تلك الموجودة في المناطق الريفية ، حيث يمكن أن يزرع البعض طعامه . بالإضافة إلى ذلك ، على الرغم من أن الأجور أعلى في المدينة ، كذلك هي التكاليف ، ونتيجة لذلك فإن الفقراء لديهم نسبة أقل من دخلهم متاح للطعام . علاوة على ذلك ، في المواقف التنافسية في المدينة ، غالباً ما تضطر النساء إلى العمل و يكون لديها وقت أقل لإعداد الطعام . ويجوز لهن أيضاً أن يلجأن إلى الفطام المبكر أو غالباً لا يرضعن من الثدي على الإطلاق ، تاركين الرضع في حضانة الأطفال الصغار الذين لا يستطيعون إعداد الطعام بشكل صحيح .

في المناطق الفقيرة والأحياء العشوائية في مدن العالم الثالث ، يمكن أن يكون سوء التغذية الحاد في الأشهر الستة الأولى من الحياة . بالإضافة إلى انخفاض الرضاعة الطبيعية غالباً ما يتوج وزن الولادة بسوء التغذية الحاد أثناء الرضاعة ، مما يؤدي إلى قابلية أكبر للإصابة بالعدوى وزيادة خطر وفاة المواليد الجدد . و يُعد سوء التغذية النفاسي شائعاً بشكل خاص في الأسر الكبيرة والمتباعدة بشكل كبير . تؤثر الأمراض المعدية أيضاً على الحالة التغذوية . في منطقة سيبي سوليل الفقيرة ، هايتي ، أصيب ٤٠% من الأطفال بالحصبة في سن الثانية عشرة . هؤلاء الأطفال أكثر عرضة لسوء التغذية ومعدل وفيات أعلى بثلاث مرات من الرضع بدون مرض .

مكافحة سوء التغذية الحضرية

إن الوسيلة المباشرة للتخفيف من سوء التغذية هي تقليص مستويات الدخل بين الأغنياء والفقراء في مدن العالم الثالث . بالنظر إلى أن إعادة التوزيع على نطاق واسع في صالح الفقراء ، فمن الواضح أنه حتى مع بعض النمو في دخل الفقراء وزيادة إنتاج الغذاء ، سوف تكون هناك حاجة إلى تدابير تكميلية أخرى لتحسين الوضع الغذائي لهم . وتشمل هذه :

١. تحسين كمية ونوعية الغذاء. التدابير الممكنة تشمل توزيع حصص الإعاشة التكميلية ، توفير متاجر المواد الغذائية الرخيصة والتعاونيات الاستهلاكية ، توفير الأطعمة المغذية الخاصة ، وتقديم المشورة بشأن إعداد الطعام ، استهداف توزيع الغذاء للأطفال والأمهات الحوامل والمرضعات وتوفير دور حضانة للأمهات العاملات . كل من هذه المبادرات تقدم بعض المزايا ، ولكن نجاح أي مخطط يعتمد على الفهم الصحيح للاحتياجات وممارسات نمط الحياة من المتلقين . حتى عند توزيع حصص الأغذية التكميلية المنظمة تنظيمياً جيداً ، فقد تكون النتائج مخيبة للأمل نتيجة ممارسات الأسرة التغذوية . حصص الإعاشة المنزلية المخصصة لها من المحتمل أن تتم مشاركة الطفل المصاب بسوء التغذية بين العائلة أو إذا تم توفيره مباشرة في محطة التغذية ، ستكون حصة الطفل من الحصة العائلية العادية منخفضة . في مثل هذه الظروف قد يكون من الأفضل اعتبار وحدة الأسرة الضعيفة وتقديم مكمل من المواد الغذائية الرخيصة أكبر بدلاً من كمية صغيرة ومكملات أكثر تكلفة .

٢. التشريع. يمكن للتشريع الوطني أو البلدي أن يؤثر على جودة النظام الغذائي في عدد من الطرق ، بدءاً من التحكم في الإعلان عن الأطعمة السريعة إلى إنشاء الحق القانوني في إجازة الأمومة أو توفير مرافق حضانة في مكان العمل .

٣. التعليم. غالباً ما يكون تأثير التعليم الغذائي صغيراً لأن المعلمين لا يفهمون المجتمع الذي يسعون لخدمته ، ففي كثير من الأحيان أوصت بالأطعمة أو بطرق طبخ باهظة الثمن أو غير عملية . قد يتم حث الأمهات على غلي بالكامل للمياه المستخدمة دون التفكير في تكلفة الوقود والوقت الذي يتطلبه ذلك .

٤. الرضاعة الطبيعية. يرجع الانخفاض في الرضاعة الطبيعية إلى الضغوط الاجتماعية والاقتصادية وتوافر مواد اصطناعية بديلة . مزيج من التعليم على الفوائد الصحية للرضاعة الطبيعية والاستراتيجيات التمكينية ، مثل توفير مرافق في مكان العمل ، مطلوب لعكس هذا الاتجاه.

٥. الحد من العدوى لدى الأطفال والأمهات. يمكن تحقيق ذلك من خلال تدابير عامة ومحددة . يشمل ذلك تحسين المساكن والصرف الصحي وإمدادات المياه بالإضافة إلى التثقيف الصحي . الأخير ينطوي على عدد من تدابير SPHC لضمان العلاج المبكر للعدوى أثناء الحمل ، علاج فقر الدم عند النساء الحوامل ، التطعيم (خاصة ضد الحصبة) والعلاج المبكر للإسهال ، محاليل معالجة الجفاف عن طريق الفم .

٦. تقديم استشارات تنظيم الأسرة. في الماضي ، سياسات التخطيط العائلي الحكومي بدافع اعتبارات ديمغرافية وليس صحية ، تم استقباله بشكل جيد من قبل المجتمعات الحضرية منخفضة الدخل . إن إشراك السكان المحليين والمرافق المحلية أكثر نجاحًا .

٧. الإمدادات الغذائية غير الرسمية. في مدن العالم الثالث نسبة كبيرة من الطعام يقدمها القطاع غير الرسمي ، ولا سيما الباعة الجائلين . هذا له مزايا توليد الدخل للمنتجين والأغذية منخفضة التكلفة للمستهلكين . مجتمع منظم مخطط لتشجيع التصنيع المحلي للأغذية والتسويق يمكن أن يساعد في الحفاظ على ندرة الأموال المتداولة في الاقتصاديات المحلية للمناطق الفقيرة . وربما يتم الترويج لها من خلال توفير الحكومة للتدريب والائتمان والتعليم الصحي .

٨. الزراعة الحضرية. بالنظر إلى أن واحدة من أكبر المشاكل الفقراء الحضر هي توفير الغذاء ، يمكن للزراعة الحضرية أن تقدم مساهمة مباشرة في مكافحة سوء التغذية .

مجموعة متنوعة من ممارسات إنتاج الغذاء والوقود داخل العديد من مدن العالم الثالث : تشمل تربية الأحياء المائية في الصهاريج والبرك والأنهار ؛ تربية الماشية في الساحات الخلفية ، على طول الطرق ، أو ضمن حقوق المنفعة من الطريق ؛ البساتين ومنها الكروم وأشجار الشوارع . والخضروات والمحاصيل الأخرى التي تزرع على أسطح المنازل ، في الساحات الخلفية ، في مساحات شاغرة ، إلى جانب الطرق والقنوات . وفي العديد من المزارع الصغيرة في الضواحي يعتمد شكل خاص للزراعة الحضرية ، من بين أمور أخرى ، على الطبيعة قاعدة الموارد في المدينة وحولها ، القواعد الرسمية وغير الرسمية التي تحكم من يمكنه استخدام الأرض المفتوحة وبأي شروط ، والوقت والقيود الاقتصادية على المزارعين .

بالإضافة إلى الحاجة الأساسية للغذاء ، والأسباب الرئيسية للانخراط في الزراعة الحضرية ، تزرع الخضروات كمكمل غذائي ولزيادة الدخل النقدي من خلال بيع جزء من المحصول ، وخفض الإنفاق على الغذاء ، وبالتالي الإفراج عن النقود مقابل استخدامات أخرى . لا تقتصر الزراعة الحضرية على الأسر ذات الدخل المنخفض ، ففي هراري ٨٠% من الأسر في ضاحية من الطبقة المتوسطة نمت المحاصيل الغذائية في حدائقها و في بعض الحالات ، قد تكون تكاليف الدخول ، في شكل معدات و بذور ومرافق استبعاد أفقر الأسر أو أحدث الوافدين إلى المدينة دون الوصول إلى الأراضي القابلة للزراعة . وقدرت الزراعة الحضرية في أمريكا اللاتينية بتوفير ٣٠% من تكاليف الغذاء للأسر ، مما يمثل توفيراً بنسبة ٥-٢٠% من إجمالي دخل الأسرة ، بينما أفقر الأسر الحضرية في تنزانيا تلبى ثلث احتياجاتها الغذائية عن طريق إنتاج الكفاف .

في المدن الصينية هناك تقاليد عريقة للزراعة الحضرية . إدارياً ضمن حدود منطقة مدينة شنغهاي ، حزام من المزارع يوفر ٨٠% من الخضروات التي يتم شحنها إلى المركز الحضري . وقد شجعت السلطات العامة في الصين التآزر بين قلب المناطق الحضرية والمناطق الريفية الخلفية ، على النقيض من الوضع في كثير البلدان ، حيث تضيع هذه الإمكانيات مع الاحتفاظ بالأراضي الزراعية في المحيط الحضري غير مستخدمة إلا لأغراض المضاربة أو تم تطويرها للسكن بشكل غير قانوني . يمكن للحكومات دعم الزراعة الحضرية

من خلال المنح وتأسيس الملكية القانونية للأراضي ، وبواسطة تسهيل الاستخدام المؤقت للقفار في المدينة . منذ عام ١٩٧٨ اضطر أصحاب الأراضي غير المستخدمة في مانيلا لزراعتها أو السماح لشخص آخر بزراعتها . وقد زودت هذه الحدائق المجتمعية ٨٠٠ أسرة عشوائية بنسبة ٨٠% بالخضروات من مساحة ١٥٠٠ م ٢ (٠,٣٧ فدان) . على الرغم من الفوائد الاقتصادية والصحية من الزراعة الحضرية في العديد من المدن ، تتعرض الممارسة لتهديد متزايد ومشاكل عدم أمن الحيازة والعدوان الحضري .

مناهج متكاملة للرعاية الصحية الأولية تسعى لجمع مجموعة من المبادرات الصحية وغيرها من أجل نتيجة أكبر من مجموع الأجزاء . ينظر إلى تحسين الصحة كجزء فقط من نهج متكامل هدفه التنمية الكاملة والتواصل الاجتماعي . وهذا يشبه مفهوم الرعاية الصحية الأولية الشاملة . على الرغم من إمكانية بناء روابط منهجية بين التحسينات المادية والخدمات الاجتماعية ومشاركة المقيمين مع نهج تنمية المجتمع ، إلا أن هذا يعد استثناء في مدن العالم الثالث .

مشاركة المجتمع مبدأ رئيسي في النهج التكاملي . تحسين بيئي ، مثل إعادة بناء مجتمع الأحياء الفقيرة ، قد يتطلب من بعض السكان التخلي عن جزء من مشاريعهم أو بنائهم للسماح بتحسين الشوارع ولتتم تثبيت خطوط الصرف الصحي . غالباً ما يؤدي الفشل في استشارة المجتمعات المحلية مقدمة لنقص التعاون ومشاكل مستمرة للصيانة لاحقاً وللجديد من البنية التحتية . من ناحية أخرى ، عندما يتأكد العاملون في المجتمع المحلي متى وأين يريد الناس التحسينات ويعملون كحلقة وصل بين السكان وموظفي المشروع ، من المرجح أن تكون التغييرات موضع ترحيب وفهم وطويل الأمد . ويمكن للبرامج التكاملية أيضاً أن تولد روح المجتمع الواحد ، وأن تعزز المساعدة المحلية الذاتية إمكانات برنامج تنمية مجتمعية متكامل .

على مستوى القاعدة الشعبية ، أوضح مشروع تطوير حضري تم تنفيذه في أحد أفقر المناطق أحياء (قبيلة) أديس أبابا . يسعى سكان kebele للبقاء على قيد الحياة في اقتصاد نقدي في بيئة اجتماعية تفتقر إلى العديد من الدعم التقليدي للأسرة الممتدة . حشد المشروع العمالة والموارد المحلية ووجه العمل من خلال هيكل kebele الحالي لتطوير برنامجاً متكاملًا قائم على المبادرات ، والرفع المادي وتنمية المجتمع .

إدخال وتنفيذ فعال لتنمية المجتمع المتكاملة تتطلب مبادرات العمل المنسق على عدد من المقاييس وتعتمد على الروابط الوثيقة بين مقدمي الخدمة والمستفيدين المستهدفين . المشاكل المتعلقة بالفقر في المجتمعات الحضرية الأكثر حرماناً ، بما في ذلك تدني مستويات التعليم ومحدودية الموارد وعدم الإلمام بهياكل السلطة الحضرية ، تقوض قدرة الفقراء على تعبئة الموارد لتلبية احتياجاتهم الصحية . في مثل هذا الظروف ، يمكن للمنظمات غير الحكومية والخاصة الطوعية (PVOs) أن تلعب دوراً مهماً في تعزيز تنمية المجتمع والشراكة بين القطاع العام والخاص . فالتعاون بين هيئة الصحة في المدينة ومنظمة غير حكومية أو منظمة PVO وتزويد الأخيرة بمنظور وإطار عمل ذي نطاق واسع لتكرار المشاريع الناجحة .

تستفيد الهيئة العامة من خلال الحصول على طريق موثوق به للدخول إلى المجتمع ، ووسائل تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية المجتمعية مع التركيز على الوقاية بدلاً من الرعاية العلاجية الأكثر شيوعاً في المرافق الرسمية . علاوة على ذلك من المهم أن ندرك أن اعتلال الصحة هو جانب واحد فقط من مشاكل فقراء مدن العالم الثالث ، ولا يمكن تنفيذ استراتيجيات معالجة القضايا الصحية بمعزل عن تلك المطلوبة لتحسين الحالة العامة للفقراء .

في كثير من الحالات التي لا يكون فيها فقر الناس هو الذي يدفع المرض بل العجز أو عدم الرغبة من قيام المؤسسات الحكومية بتزويدهم بالوسائل اللازمة للوقاية من اعتلال الصحة ، جزئياً من خلال الخدمات الأساسية . وهذا بدوره يتعلق بالبنية السياسية غير التمثيلية حيث الأغلبية الفقيرة لديها القليل من القوة والتأثير على الإجراءات العامة . كما سنفعل في الفصل ٢٩ ، يمكن لمشاريع تنمية المجتمع المحلي أن توفر أيضاً الأساس لتشكيل الحركات

الاجتماعية الحضرية التي تهدف إلى تأمين تحسين نوعية الحياة لسكان مدن العالم الثالث المحرومين .