

## Økende forskjeller – dårligere folkehelse

### Kastebasert kvotesystem for legestudier i India

I India er en stor andel av studieplassene ved offentlige høyskoler og universiteter reservert søkere fra de laveste kaster og fra visse stammefolk, en slags positiv diskriminering for å bedre rekrutteringen til profesjonsstudier. Den indiske regjeringen har nylig foreslått å utvide kvoten betydelig til også å omfatte andre lavere kaster. Forslaget har møtt stor motstand i de øvre kaster, som fortsatt utgjør hovedtyngden blant dem med høyere utdanning i landet. Indiske leger gjennomførte i mai en landsomfattende streik i protest mot forslaget, men streiken ble avblåst etter tre uker som følge av en dom i Høyesterett og etter sterkt press fra myndighetene, rapporterer *The Lancet* (1). Også medisinstudenter har protestert kraftig, noen av dem med sultestreik.

Tilhengerne av positiv diskriminering fremholder at lavkastefolk er betydelig underrepresentert blant dem med høyere utdanning og at et kvotesystem er eneste mulighet for å rette noe på dette. Motstanderne mener at et slikt system vil redusere betydningen av kunnskap og faglige kriterier for opptak, og at det på lang sikt vil svekke kvaliteten av helse-tjenesten. Forslaget om å utvide kvotesystemet er et populistisk tiltak for å sikre regjeringspartiene politisk støtte fra de lavere kaster, hevdes det.

Ifølge offisielle tall velger så mange som en femdel av nyutdannede leger og legespesialister hvert år å emigrere til andre land, særlig til engelsktalende land. Årsakene til dette er mange (2). Svært få indiske leger, uavhengig av kaste, ønsker å arbeide ved primærhelsesentre på landsbygda, selv ikke i kortere perioder. Tiltak for å bedre rekrutteringen av indiske leger til å arbeide i grisgrendte strøk, etterlyses av mange.

#### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

#### Litteratur

1. Chatterjee P. India's doctors protest over caste quota plans. *Lancet* 2006; 367: 1892.
2. Gjersvik P. Fattige land tappes for helsepersonell. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2161.

Negative helseeffekter av en politikk som gir økende økonomiske ulikheter mellom befolkningsgrupper er tydelige, både i fattige og rike land. Politiske retninger som fører til større forskjeller mellom grupper i samfunnet, må derfor bekjempes.

Globalt har vi mer enn nok ressurser til at alle mennesker kunne ha hatt gode levekår, om vi bare maktet å fordele ressursene bedre (1). Det er et moralsk problem at en rik elite altfor lenge har utestengt de fattigste fra en utvikling mot bedre levekår og bedre helse. Inntektsgapet mellom den rikeste femdel av verdens befolkning sammenliknet med den fattigste femdel økte fra 30:1 i 1960 til 74:1 i 1998 (2, 3) (fig 1).

### Økt fattigdom i de fleste regioner

Ifølge tall fra Verdensbanken levde i 2001 litt over en milliard mennesker i ekstrem fattigdom med mindre enn 1 amerikansk dollar til rådighet per dag (4). Antallet er noe mindre enn i 1990 på grunn av en viss nedgang i ekstremt fattige i Kina. Det er også en liten bedring i Sør-Asia, når India unntas. I alle andre regioner har fattigdommen økt. Spesielt er utviklingen bekymringsfull i Afrika sør for Sahara, der antallet mennesker som lever i ekstrem fattigdom, har økt med 90 millioner siden 1990 til 316 millioner ekstremt fattige i 2001, tilsvarende 47 % av befolkningen.

Måles fattigdommen som andel av befolkningen med mindre enn 2 amerikanske dollar til rådighet per dag, er utviklingen enda mer negativ. På verdensbasis har denne gruppen økt med 82 millioner fra 1990 til 2,7 milliarder i 2001. Økningen for Afrika sør for Sahara var på 134 millioner til 516 millioner, tilsvarende 77 % av befolkningen i regionen (4). Inntektsgapet og utviklingen over tid er godt illustrert i et interaktivt dataprogram som kan lastes gratis ned fra Internett ([www.gapminder.org](http://www.gapminder.org)).

### Mer rettferdig fordeling

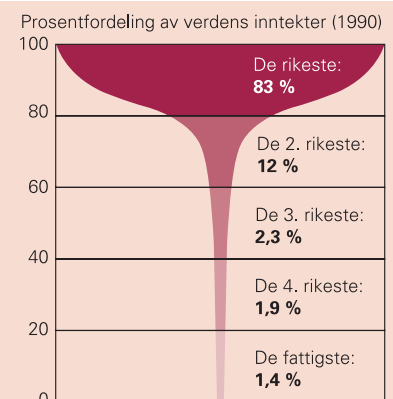
Det er mange internasjonale grupper som med utgangspunkt i denne utviklingen har kommet med skarp kritikk av hvordan den rike del av verden svikter de fattige og hvordan dette vedlikeholder en ond sirkel av fattigdom og dårlig helse. Noen av disse gruppene, nemlig The Peoples Health Movement ([www.phmovement.org](http://www.phmovement.org)), Medact ([www.medact.org](http://www.medact.org)) og Global Equity Gauge Alliance ([www.hst.org.za/generic/27](http://www.hst.org.za/generic/27)), har

sammen gitt ut boken *Global Health Watch 2005–2006* (5). Her dokumenteres de alvorlige helsekonsekvensene vi nå ser på grunn av politiske feilprioriteringer både internasjonalt og innen enkelte land.

Boken er et alternativ til de årlige *World Health Reports* fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og har som ambisjon å bedre fattiges helse og levekår gjennom å påvirke politiske beslutninger og dokumentere både positive og negative helseeffekter av slike beslutninger. Folkehelsen påvirkes av beslutninger tatt av Verdens handelsorganisasjon (WTO) og av finansinstitusjoner som Verdensbanken og Det internasjonale pengefondet, så vel som av beslutninger i FN og FN-organisasjoner som WHO og UNICEF. Det er også viktig å overvåke helseeffekter av prioriteringer som gjøres av bistandsorganisasjoner og andre viktige internasjonale aktører, som Det globale fondet for bekjempelse av AIDS, tuberkulose og malaria (GFATM) og Vaksinealliansen (GAVI). Sist, men ikke minst har politiske beslutninger tatt av enkeltland eller av grupper av land, slik som G8-gruppen, meget stor betydning.

Mange som er opptatt av bedre helse for fattige, så frem til G8-møtet i Storbritannia

Figur 1



Fordelingen av verdens inntekter etter kvintiler viser en tankevekkende champagneglassform