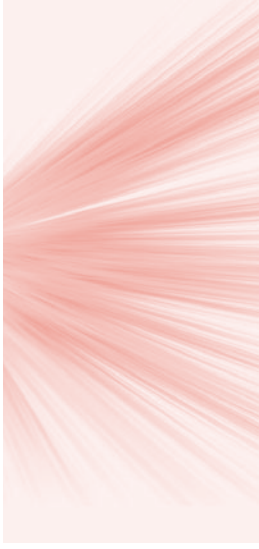


الصحة والنمو

اللجنة المعنية بالنمو والتنمية

عدد خاص



الصحة والنمو

المُحرران: مايكل سبنس ومورين لويس

شارك في التأليف:

مايكل سبنس

دارون أسيموغلو وسيمون جونسون

سيرج جورج ألين

جير آر. بيرمان

هويت بليكلي

ديفيد ئي. بلوم وديفيد كانينغ

ويليام جاك ومورين لويس

اللجنة المعنية بالنمو والتنمية

© 2009 البنك الدولي للإنشاء والتعمير/ البنك الدولي

بالنيابة عن اللجنة المعنية بالنمو والتنمية

1818 H Street NW

Washington, DC 20433

هاتف: 202-473-1000

انترنت: www.worldbank.org

www.growthcommission.org

بريد الكتروني: info@worldbank.org

contactinfo@growthcommission.org

جميع الحقوق محفوظة



المحتويات

ix	تمهيد
xv	المشاركون في حلقات العمل
xvii	نبذة عن المحررين والمؤلفين
xxi	شكر وتقدير
xxiii	قائمة المختصرات
1	1 الاستثمارات في الصحة والنمو الاقتصادي: الشواهد الاقتصادية الكلية والأسس الاقتصادية الجزئية ويليام جاك ومورين لوبس
41	2 الصحة والنمو الاقتصادي: تقارير السياسات، وعملية وضع السياسات سير جورج ألين
53	3 صحة السكان والنمو الاقتصادي ديفيد ئي. بلوم وديفيد كانيغ
77	4 الأمراض والتنمية: أثر معدل العمر المتوقع عند الميلاد على النمو الاقتصادي دارون أسيموغلو وسيمون جونسون

- 5 الأمراض والتنمية: شواهد من جهود استئصال الدودة الصنارية (الإنكلستوما) في الجنوب الأمريكي هويت بليكلي
- 131

- 6 التغذية في المراحل المبكرة من الحياة، والتعليم اللاحق، والصحة، والأجور، والآثار المشتركة بين الأجيال جير آر. بيرمان
- 167

الفهرس 185

الأشكال

- 1-1 تحسينات الوضع الصحي وظهور المعاونين الطبيين في الصين
- 6
- 2-1 منحى بريستون. 2001
- 8
- 3-1 الانحرافات النمطية المعيارية القطرية للصحة والدخل. 1960-2004
- 9
- 4-1 نمو الدخل وتخفيضات معدلات الوفيات بين الرضع في الصين والهند. 1960-2000
- 10
- 5-1 نواحي القصور في المهارات الإدراكية أو في تحصيل التعليم المرتبطة بالتقزم المعتدل (توقف النمو المعتدل) لدى الأطفال دون سنّ الثالثة طبقا لست دراسات تتبعية طويلة المدة
- 19
- 6-1 العوائد على المستويات المختلفة للتعليم استنادا إلى الخلفية العائلية
- 20
- 7-1 العوائد على المستويات المختلفة للتعليم والخلفية العائلية
- 20
- 8-1 معدلات المتغيبين عن العمل بين العاملين الصحيين في بلدان مختارة. 1989-2003
- 29
- 1-2 أطنان الخامات التعدينية لكل عامل في اليوم. 1923
- 43
- 2-2 العلاقة بين إنتاجية العامل والحالة التغذوية في الدامرک
- 46
- 3-2 معدل نمو نصيب الفرد من الدخل. 1965-1994
- 46
- 4-2 معدل الوفيات المعدل حسب العمر لكل 100 ألف شخص بسبب مرض السكري في بلدان البحر الكاريبي وأمريكا الشمالية. 2000
- 48
- 1-3 الدخل والعمر المتوقع. 2005
- 55
- 2-3 السكان في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء. حسب العمر. 1960-2040
- 62
- 3-3 السكان في منطقة شرق آسيا. حسب العمر. 1950-2060
- 62
- 1-4 سجل العمر المتوقع عند الميلاد بالنسبة لمبدئيا للبلدان الغنية والبلدان المتوسطة الدخل والبلدان الفقيرة. عينة أساسية
- 79
- 2-4 سجل نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي بالنسبة لمبدئيا للبلدان الغنية والمتوسطة الدخل والفقيرة. عينة أساسية
- 80
- 3-4 التغير في سجل العمر المتوقع، والتغير في الوفيات المتوقعة. 1940-1980، عينة أساسية
- 99

100	4-4 التغيّر في سجل العمر المتوقع، والتغيّر في الوفيات المتوقعة، 1980-1940، البلدان النخفضة والمتوسطة الدخل
106	5-4 التغيّر في سجل العمر المتوقع 1940-1900، والتغيّر في الوفيات المتوقعة 1980-1940، عينة أساسية
106	6-4 التغيّر في سجل العمر المتوقع 1940-1930، والتغيّر في الوفيات المتوقعة 1980-1940، عينة أساسية
109	7-4 التغيّر في سجل السكان، والتغير في الوفيات المتوقعة، 1980-1940، عينة أساسية
112	8-4 التغير في سجل إجمالي الناجح المحلي الكلي، والتغير في الوفيات المتوقعة، 1980-1940، عينة أساسية
118	9-4 التغير في سجل العمر المتوقع في سن العشرين، والتغير في الوفيات المتوقعة، 1980-1940، عينة أساسية
138	1-5 معدلات الإصابة بالإنكلستوما قبل وبعد العلاج على مستوى الولاية في ولايات جنوبية مختارة وعلى مستوى المقاطعات في ولاية ألاباما
143	2-5 استئصال مرض الإنكلستوما والانتظام في المدارس، 1950-1870
152	3-5 العلاقة المحددة حسب الفئات المشمولة بين الدخل وما قبل استئصال مرض الإنكلستوما

المداول

44	1-2 متوسط الثروة حسب معلومات الأوضاع الصحية المقدمة من المعنيين 1984
	2-2 التغذية في المراحل المبكرة والعائدات في المستقبل 47
	3-2 الأعباء الاقتصادية المحتملة الناجمة عن مرض السكري وارتفاع ضغط الدم في بلدان البحر الكاريبي 49
64	1-3 الاتجاهات الزمنية الإقليمية لطول قامة البالغين، ووفيات الرضع، والتغذية، 1985-1961
65	2-3 معدل النمو السنوي للدخل الفردي، حسب نصيب الفرد من الدخل ومعدل وفيات الرضع (1960)، 2000-1960
68	3-3 انتشار الأمراض المهملة التي يمكن الوقاية منها، حسب المنطقة
90	1-4 إحصاءات وصفية
92	2-4 العمر المتوقع، والسكان، والمواليد، ونسبة السكان دون سن العشرين: تقديرات بطريقة أقل المربعات العادية
93	3-4 العمر المتوقع، وإجمالي الناجح المحلي، ونصيب الفرد من إجمالي الناجح المحلي، وإجمالي الناجح المحلي للسكان في سن العمل: تقديرات بطريقة أقل المربعات العادية
98	4-4 تأثير التدخلات على الوفيات الناجمة عن الأمراض: المرحلة الصفيرية
101	5-4 الوفيات المتوقعة والعمر المتوقع: تقديرات المرحلة الأولى
104	6-4 تقديرات المرحلة الأولى: متوسط الارتداد والحساسية الإحصائية
107	7-4 التحريف والصيغ المختصرة
110	8-4 تأثير العمر المتوقع على السكان، وإجمالي المواليد، والسكان تحت سن العشرين: تقديرات المرحلة الثانية بطريقة أقل المربعات

113	9-4 العمر المتوقع على إجمالي الناجح المحلي. ونصيب الفرد من إجمالي الناجح المحلي. وإجمالي الناجح المحلي للسكان في سن العمل: تقديرات المرحلة الثانية بطريقة أقل المربعات
	10-4 تأثير العمر المتوقع في سن العشرين على السكان. وإجمالي المواليد. وإجمالي الناجح المحلي. ونصيب الفرد من إجمالي الناجح المحلي: تقديرات المرحلة الثانية بطريقة أقل المربعات
	117
122	14-1: بيانات رئيسية عن العينة الأساسية
140	5-1 ملخص إحصائي
142	5-2 مرض الإنكلستوما ورأس المال البشري: نتائج أساسية
	5-3 مرض الإنكلستوما ورأس المال البشري: اختبارات الحساسية والنتائج الخاصة بالمجموعات الفرعية
145	
147	5-4 التأثير المعاصر على النتائج الخاصة بالبالغين
	5-5 الرصد التتبعي الطويل الأمد استناداً إلى كثافة التعرض
149	لحملة العلاج
	5-6 التعرض للجنة روكفلر الصحية المعنية باستئصال الدودة الصنارية مقابل علاقات السلاسل الزمنية البديلة
	154
	6-1 روابط مختارة بين قياسات أجسام الأمهات والرضع والنتائج الخاصة بالبالغين
169	
	6-2 آثار القيام في السنوات الثلاث الأولى من الطفولة باستخدام المكمل الغذائي "أتولي" قياساً على المكمل الغذائي "فريسكو" بالنسبة للبالغين من فئة 25-42 سنة في غواتيمالا وأبنائهم
175	
	6-3 القيم الحالية الخصومة لسبع مزايا رئيسية لنقل رضيع من فئة الوزن المنخفض عند الولادة. بمعدلات خصم مختلفة
178	
	6-4 معدلات عالمية تقديرية لمنفعة وتكلفة الفرص المرتبطة بالجوع وسوء التغذية
180	
181	6-5 تصنيفات المشاريع في توافق آراء كوبنهاغن 2004

تم إنشاء اللجنة المعنية بالنمو والتنمية في شهر إبريل/نيسان عام 2006. لمقتضيات منها الاستجابة لملاحظتين اثنتين. إذ أننا لم نشعر أن مزايا النمو الاقتصادي تُقدَّر حق قدرها فحسب. بل أدركنا أيضا غياب الفهم الكامل لأسباب هذا النمو. فعالبا ما يتم إغفال أهمية النمو والتهوين من شأنه بوصفه أداة للتصدي للمشكلات الملحة في العالم. مثل الفقر والامية وتفاوت الدخل والبطالة والتلوث. كما أن إدراكنا لمصادر النمو في البلدان النامية يتسم. في الوقت نفسه. بكونه أقل حسما وتحديدًا على عكس الاعتقاد الشائع حتى وإن كان يجري في بعض الأحيان إسداء المشورة لوضعي السياسات في هذه البلدان بقدر من الثقة أكبر مما تبرره أوضاع المعرفة المتاحة لدينا. وبناء عليه. فإن تفويض اللجنة يتمثل في "دراسة الوضع الراهن لمعرفة النظرية والتجريبية للنمو الاقتصادي بهدف استخلاص نتائج على صعيد السياسات للجيل الحالي والقادم من واضعي السياسات".

وتتألف اللجنة من 21 عضواً. منهم 19 من قادة متمتعين بخبرات واسعة من الحكومات وقطاعات أنشطة الأعمال. معظمهم من البلدان النامية. واثنان من الاقتصاديين الحائزين على جائزة نوبل. وللمساعدة في تقييم حالة المعرفة. دعت اللجنة كوكبة من الأكاديميين وواضعي السياسات من جميع أنحاء العالم إلى حضور سلسلة من 12 حلقة عمل في واشنطن العاصمة. ونيويورك. ونيوهافن في 2006، 2007، و2008. وتم تكليف الاختصاصيين بإعداد سلسلة من دراسات محاور التركيز. و25 من دراسات الحالات القطرية المعنية باستكشاف ديناميكيات النمو في بلدان محددة. كما عقدت اللجنة عدة اجتماعات في واشنطن العاصمة وسنغافورة ونيويورك وسوجو. واستعرضت دراسات حلقات العمل قضايا مثل السياسة النقدية وسياسة المالية العامة. وتغير المناخ. وتفاوت الدخل. والنمو. والتوسع الحضري. والتعليم. ثم الصحة التي يتناولها بالدراسة هذا الكتاب. وقد استفاد كل عرض من العروض التقديمية من تعليقات أعضاء اللجنة والمشاركين الآخرين في حلقات العمل المعنيين بوضع السياسات

والأبحاث النظرية والتطبيقية.

وتحولت حلقات العمل إلى ساحة مفعمة بالحياة والأنشطة المكثفة لتدارس القضايا المطروحة، واستمرت الحلقات ثلاثة أيام. وبات من الواضح أن الخبراء لا يتفقون دائماً مع بعضهم البعض حتى على القضايا المحورية المتعلقة بالنمو الاقتصادي. وينطبق الشيء ذاته على أعضاء اللجنة فيما يتعلق بعدد من القضايا. وليست لدى اللجنة أية رغبة في إخفاء هذه الإشكاليات والاختلافات أو التستر عليها. فالباحثون لا يعرفون دائماً ما هو "النموذج" الصحيح القادر على شرح وتفسير العالم الذي يراقبونه. وحتى إن عرفوا العوامل المهمة فإنهم لا يستطيعون دائماً قياسها بصورة مقنعة.

وعلى الرغم من مثابرة الباحثين على الاستمرار في تحسين فهمنا للنمو الاقتصادي، فإن واضعي السياسات لا يمكنهم الانتظار لحين انتهاء العلماء من تبديد جميع شكوكهم أو تسوية خلافاتهم. إذ لا بد من اتخاذ القرارات حتى وإن لم تتوافر سوى المعرفة الجزئية في العالم. وتتمثل محصلة ذلك في أنه مهما كانت القرارات المتخذة على صعيد السياسات قرارات مدروسة، فإنها تأخذ طابعاً تجريبياً. وتقدم هذه القرارات معلومات مفيدة عن الطريقة التي يعمل بها العالم. حتى وإن لم تحقق النتائج المأمولة من قبل واضعي السياسات. وحبذا لو تم إدراك هذه الحقيقة ليتمكن واضعو السياسات من إضفاء طابع مؤسسي على عملية تحديد مواطن الفشل. والتعلم من الأخطاء. وتصحيح السياسات في منتصف المدة.

انعقدت حلقة العمل المعنية بالصحة والنمو في شهر أكتوبر/تشرين الأول عام 2007. وكان من حسن حظنا أن استفدنا من ينابيع حكمة ورؤى كوكبة من الباحثين الممتازين والممارسين ذوي الخبرات الواسعة. ونعرب عن امتناننا العميق لجميع المشاركين الواردة أسماؤهم أدناه. والواقع أن الجزء التالي من هذه المقدمة التمهيدية لن يعرض خلاصة وافية لحلقة العمل أو لفصول هذا الكتاب. بل سيقدم بعضاً من أبرز جوانب المناقشة مع عرض بعض الأفكار التي أدت إلى استخلاص الاستنتاجات الخاصة بالصحة في تقرير النمو. ويتمثل أحد الاستنتاجات القوية في الأهمية البالغة للاستثمار في التغذية والصحة وتنمية مدارك الأطفال في السنوات الأولى من العمر وسنوات ما قبل الالتحاق بالمدارس. ولا يرتبط هذا الاستثمار بقضية الإنصاف والمساواة فحسب. بل إنه يضمن أيضاً قدرة الأفراد أيضاً على تنمية المهارات الإدراكية وغير الإدراكية. مثل المثابرة، والدوافع، وضبط النفس، واحترام الذات، ونقاء الضمير وصفاء الوجدان، والسلوك المبني على التطلع والرؤية المستقبلية، وتحدد هذه المهارات مجتمعة العائدات والحالة الصحية للشخص طيلة حياته. ويشير البحث الذي أعده جيم هيكرمان. الاقتصادي الرائد في هذا المجال. إلى أن السنوات الخمس الأولى هي أهم السنوات في العمر من حيث النمو. ويمثل ذلك استنتاجاً واضحاً في هذا المجال الذي يعتبر في أغلب الحالات، خلافاً لذلك، مجالاً غامضاً وسريع التطور.

قياس الصحة

ينطوي أي تعريف للصحة على صعوبات وإشكاليات. فليس هناك أي تعريف قياسي متفق عليه. وقد واجهت منظمة الصحة العالمية معضلة هذا التعريف. وخلصت إلى أن الصحة ببساطة هي "غياب المرض". وهو تعريف مختصر ويمكن تضمينه تصورات غير موضوعية وفوارق ثقافية. إلا أنه يجعل قياس الصحة أمراً بالغ الصعوبة.

وبينما يمكن قياس التعليم بمؤشر سنوات الدراسة وقياس بناء الطرق

بالكيلومترات من الطرق الأسفلتية، إلا أنه ليس من السهل قياس إجمالي الوضع الصحي لأي بلد. وهو ما يؤدي بدوره إلى صعوبة تحديد آثار الوضع الصحي على النمو الاقتصادي. وتعتبر الإحصاءات الصحية الدقيقة إحدى سلع النفع العام التي تقوم بتقديمها فقط الحكومات والمنظمات الحكومية. وقد أنفقت الهيئات الوطنية والمتعددة الأطراف مبالغ كبيرة من المال في قياس الصحة. وحققت تقدما ملموسا في تتبع كل مرض على حدة، ولكنها كانت أقل نجاحا في إعداد مؤشرات إجمالية ومؤشرات موجزة.

وتُقاس الصحة عموما بغياب العوامل السلبية مثل وفيات الرضع أو بالعمر المتوقع الذي يخضع في حد ذاته للتأثير الكبير لوفيات الرضع. ولكن وفاة الطفل أو الطفلة قبل العام الأول أمر نادر الحدوث حتى في البلدان ذات معدلات الوفيات المرتفعة، ونظرا لحدوثها مرة واحدة فإنها تعتبر مقياسا منقوصا للصحة.

ومن الممكن تماما، على سبيل المثال، أن ينخفض معدل وفيات الرضع في بلد ما حتى في ظل ارتفاع نسبة "الاعتلال" أو المرض بين السكان ككل. فعدد الأطفال الرضع أقل على أية حال من عدد البالغين المصابين بأمراض مزمنة، مثل السكري أو مرض القلب، وهي أمراض تتطور بصورة منفصلة عن التهديدات الماثلة أمام بقاء الرضع على قيد الحياة، وإذا زادت حدة هذه الأمراض المزمنة، حتى في ظل تحسن الرعاية بعد الولادة، فإن معدل وفيات الرضع عندئذ سيعطي انطباعا خاطئا عن اتجاهات الصحة في البلاد.

ومن دواعي الأسف أنه لا يمكن رصد اعتلال الصحة العامة باستخدام مقياس وحيد، وليس هنالك رقم واحد يمكنه أن يعكس، حسب المأمول، نطاق الأمراض الممكنة أو الخطورة المتباينة لكل مرض منها، ونتيجة لذلك، فإن المؤشرات العامة للصحة هي حتما غامضة ومبهمه وروابطها بالإنتاجية ضعيفة، وعادة ما يفضل العلماء الإشارة إلى أمراض محددة، مثل الإنكلستوما، والإيدز، أو مرض السكري، فمن الأسهل قياس انتشار أمراض محددة ورصد آثارها الاقتصادية.

التقدم المحرز في مجال الصحة

شهدت الصحة العامة لسكان العالم، بأي مقياس من المقاييس، تحسنا رائعا في المتوسط على مدى القرنين الماضيين. ويرجع ذلك إلى حد كبير لتحسن الزراعة المؤدي للزيادة في كمية الغذاء، إلى جانب الفهم الأفضل لكيفية انتقال الأمراض وتوجيه الجهود العامة الرامية إلى مكافحة الأمراض المعدية. وساعدت هذه العوامل على تخفيض وفيات الرضع، والحد من اعتلال الصحة، وزيادة العمر المتوقع، وتمكين المزيد من الناس من التمتع بحياتهم والعيش أكثر من 70 عاما.

وقبل أواخر القرن الثامن عشر، عانت حتى البلدان الأغنى من عدم كفاية إنتاج الغذاء وارتفاع سوء التغذية، ولكن الزيادة في الناجح الزراعي، وخاصة في القرن العشرين، أدت إلى تحسين التغذية، وتمثل هذه المكاسب التغذوية حوالي 40 في المائة من العمر المتوقع على مدى الأربعمئة سنة الماضية، طبقا للبحث الرائد الذي أجراه روبرت فوجل، المؤرخ الاقتصادي الحائز على جائزة نوبل.

وفي القرن التاسع عشر، اكتشف رواد علم الأوبئة مسارات انتقال المرض، وسرعان ما أسفر ذلك الاكتشاف عن جفيف المستنقعات للقضاء على مواطن تكاثر الناموس وبالتالي مكافحة الملاريا والحمى الصفراء، كما أنه أثبت ضرورة الفصل بين المياه والصرف الصحي، بما أدى إلى السيطرة على وباء الكوليرا. ونتجت عن هذه الإجراءات التدخلية بشأن الصحة العامة آثار إيجابية هائلة بالنسبة لانتشار الأمراض والوفيات.

وفي مطلع القرن العشرين، قادت الولايات المتحدة الجهود المبذولة في أمريكا

اللاتينية لإنشاء أنظمة الوقاية من الأمراض ومكافحة "ناقلات" الأمراض المعدية. ونجحت هذه الجهود في تخفيض عدد أيام بقاء سلع التبادل التجاري في الحجر الصحي، والانفتاح التجاري مع البلدان المدارية.

وأدى استئصال الإنكلستوما في جنوب الولايات المتحدة إلى ارتفاع نسبة الالتحاق بالمدارس والمواظبة على الدراسة والإلمام بالقراءة والكتابة. كما أسفرت جهود ماثلة لمكافحة الملاريا في أمريكا اللاتينية عن ارتفاع معدل معرفة القراءة والكتابة وزيادة الدخل في سن البلوغ. والواقع أن من شأن الجهود الموجهة نحو مكافحة الأمراض إتاحة وتشجيع الاستثمار الأوسع نطاقا في رأس المال البشري اللذين يسهمان مجتمعين في تحسين الأداء الاقتصادي على مستوى الأسرة المعيشية.

كما كانت التقنيات التي ظهرت بعد الحرب العالمية الثانية مثل الأمصال واللقاحات، واستخدام مادة دي دي تي، والعلاجات الفعالة للحالات عدوى البكتريا، وخاصة المضادات الحيوية أدوات لإنقاذ الحياة في البلدان المتقدمة والنامية. ولكن تأثير أوجه هذا التقدم على الصحة وطول العمر كان أقل من تأثير التدابير الوقائية مثل التمارين الرياضية والعادات الغذائية الصحية والتخفيف من التدخين.

الاقتصاد الكلي والصحة

يمكننا أن نقول بكل ثقة إن النمو الاقتصادي يؤدي إلى تحسين الصحة. فهو يسفر عن زيادة الغذاء المتاح، وإتاحة القدرة على تحمل تكلفة الإنفاق الصحي. وزيادة الطلب على الصحة الجيدة. ويثور السؤال حول ما إذا كانت العلاقة السببية تعمل في الاتجاه العكسي: أي هل تؤدي الصحة إلى زيادة النمو الاقتصادي؟ وإذا كان الحال كذلك، فما مدى أهميتها بالمقارنة بالعوامل الأخرى المحتملة ذات الشواهد التجريبية والعملية الأكثر قوة؟

وقد أوصت لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة بزيادة الإنفاق على الصحة كوسيلة لتعزيز النمو الاقتصادي ورفع مستوى كل من الوضع الصحي ودخل الأسرة المعيشية. وتقدم استنتاجات هذه اللجنة نقطة البدء في إعادة فحص سلامة الشواهد الاقتصادية الكلية ومدى أهميتها.

وبذل الاقتصاديون وغيرهم من العلماء الاجتماعيين جهودا كبيرة للكشف عن تأثير الاستثمارات في القطاع الصحي على الأداء الاقتصادي. والواقع أن البحوث التاريخية، وعمليات التحليل المتعدد القطاعات، والطرق المبتكرة لإدماج العوامل الخاصة بالأسرة في الدراسات المتضمنة عدة بلدان، أدت إلى تنشيط الإطارات المنهجية، ولكن النتائج مازالت غير قاطعة. ومع ذلك فالبحوث عاجزة بسبب نقص البيانات وعدم دقة مقاييس الصحة. وإضافة إلى ذلك، فإن البلدان القائمة بتقديم خدمات صحية فعالة هي على الأرجح أيضا بلدان ذات مؤسسات أخرى جيدة الأداء، فضلا عن سلامة نظام الإدارة العامة. ومن شأن ذلك أن يؤدي إلى صعوبة فرز المساهمة الحديثة للاستثمار في الصحة وفصلها على حدة.

بطبيعة الحال تستحق تحسينات الأوضاع الصحية الجهد المبذول حتى وإن اتضح أن لها تأثيرا محدودا على النمو الاقتصادي. فالناس يضعون الصحة في مرتبة عالية على سلم الأولويات في الحياة. والصحة غاية في حد ذاتها. سواء كانت أم لم تكن وسيلة لتعزيز غاية أخرى هي زيادة الرفاهة والرخاء.

هل الاستثمارات الحكومية في قطاع خدمات الرعاية الصحية مهمة بالنسبة للنمو الاقتصادي؟ تستثمر الحكومات في قطاع الصحة بطرق شتى، لتوفير سلع

عامة (كمكافحة ناقلات الأمراض، وتشجيع السلوكيات الصحية على سبيل المثال)، وسلع شبه عامة (مثل اللقاحات الواقية من الأمراض المعدية، والمكملات الغذائية)، ودعم الحصول على الرعاية الصحية إما من خلال التأمين الصحي أو تقديم الرعاية بشكل مباشر. وتستند هذه الاستثمارات الحكومية إلى أساس منطقي واضح. فالأمراض المعدية تصبح بعد انتقالها من شخص إلى آخر، شواغل مثيرة للقلق على الصعيدين العام والخاص. وبما أن المرض حدث عشوائي، فإن أفضل وسيلة للتصدي له هي المشاركة المالية في مواجهة المخاطر التي يثيرها. وهناك قضية مهمة بالنسبة للجنة بشكل خاص، وهي مقدار مساهمة الإنفاق العام على الصحة في النمو الاقتصادي.

تتسم الشواهد المستمدة من بلدان عديدة بالضعف على أحسن تقدير. وعلى الرغم من أن عدم توافر المقياس الصحي الجيد يسهم في هذه المشكلة، إلا أن ضعف مؤسسات الرعاية الصحية يقوّض فعالية استثمارات الرعاية الصحية وكفاءتها. فظاهرة التغيب المزمّن عن العمل في المؤسسات المقدّمة للخدمات والرعاية، وسوء تنفيذ الميزانيات، وانعدام كفاءة الإدارة، وغياب المساءلة بصورة تامة تقريباً، هي كلها عوامل تضعف الجهود العامة وتسهم في تدني العائد على الاستثمار. وإذا كانت المؤسسات لا تستطيع أداء وظائفها، فإن الإنفاق العام على الرعاية الصحية لن يؤدي إلى تحسين الصحة. ناهيك عن رفع معدل النمو الاقتصادي.

من شأن الاستثمارات المبكرة في الصحة والتغذية أن تؤدي إلى تحسين الرفاهة والدخل على الرغم من أن الشواهد الاقتصادية الكلية مشوشة وغير قاطعة، إلا أن مجالات البحث الأخرى في الآثار والدلالات الأوسع نطاقاً للاستثمارات في الصحة تعطي رؤى ثرية وواعدة، فالاستنتاجات المستخلصة من الاقتصاد، وعلم النفس، والعلوم العصبية تكشف الأهمية العميقة لتوقيت التدخل. فالإجراءات التدخلية في سنوات ما قبل المدرسة لها باع طويل حيث تؤدي إلى تحسين الصحة والانتظام الدراسي وزيادة الدخل حتى في مرحلة لاحقة من الحياة. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة تتبعية مدتها 35 عاماً في غواتيمالا أن أجور الرجال الحاصلين على تكملة غذائية بروتينية في أول عامين من الطفولة أعلى بنسبة 46 في المائة في المتوسط من أجور الرجال الحاصلين على المكملات الغذائية المحتوية على سعرات حرارية.

ويمكن أن تؤدي مكافحة سوء التغذية إلى زيادة كبيرة في معدلات بقاء الأطفال الصغار على قيد الحياة وتخفيف عبء المرض. ويُترجم كل ذلك إلى بالغين موفوري الصحة والعافية يمكنهم أن يتوقعوا الحياة لسنوات أطول. ويشير كل من البحوث الطبية الحيوية والبحوث الاقتصادية إلى الآثار الشديدة الوضوح الناجمة عن التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة على الانتظام في المدارس، والتعلم، وصحة البالغين، والدخل مدى الحياة، والواقع أن التجارب والخبرات في المراحل المبكرة من الحياة تمثل اختلافاً في المهارات الإدراكية للبالغين بدرجة أكبر من التعليم.

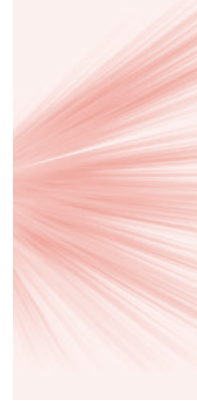
وفي البلدان النامية، يعاني الأطفال المصابون بالتمزق أو الأنيميا من قلة سنوات التعليم، وانخفاض الإنتاجية، وتدني الدخل بعد سن البلوغ، وترتبط استنتاجات العلوم العصبية الحديثة فيما بين عدم كفاية الإجراءات التدخلية في سنوات ما قبل المدرسة وبعض أشكال السرطان، والمرض العقلي، ومرض السكري، وغيرها من الأمراض المزمنة التي تصيب البالغين. والواقع أن تعويض البالغين عن أوجه النقص في المرحلة المبكرة من الحياة يعتبر أكثر تكلفة وأقل نجاحاً من الاستثمارات الموجهة للعناية بالأطفال في السن السابقة للالتحاق بالمدارس. ومن ناحية أخرى، تستطيع هذه الاستثمارات تحسين إنتاجية ودخل الأفراد والعائلات، فضلاً عن آثارها القوية على النمو الاقتصادي بشكل إجمالي على المدى الأطول. وفي مقدور هذه

الاستثمارات أيضا تضيق التفاوت في الدخل عن طريق كسر حلقة انتقال الفقر بين الأجيال.

ملاحظات ختامية

من المنظور التاريخي، يعزى التقدم في تحسين الصحة، إلى حد كبير، للتدخلات الكافية والملائمة المعنية بالتغذية والصحة العامة. علما بأن هذه العلاقات الهامة مازالت دائمة في العالم الحديث. فالأمراض المزمنة تفتح بالإنتاجية في الوقت الراهن وتندّر بخسائر في الناتج في المستقبل. ويمكن أن ينتقل هذا الشقاء والحرمان إلى الجيل القادم إذا لم يتم الاستثمار في الأطفال بطرق موجهة في التوقيت الصحيح. فمن شأن الصحة الجيدة أن تؤدي إلى تحسين القدرة على التعلم والعمل. وهو ما يؤدي بدوره إلى تحسّن هائل في الدخل والرفاهة على مستوى الأسرة، حتى وإن كانت هناك صعوبة أكبر في تمييز تأثيرها على المستوى الكلي العام. وتستحق المشكلات المنهجية في رصد هذه المكاسب أن نوليها عظيم اهتمامنا ومزيدا من الجهد والعمل. كما تلمس الحاجة أيضا إلى إيلاء قدر أكبر من الاهتمام بنهوض مؤسسات الرعاية الصحية. لأن رؤية المزيد من هذه المؤسسات بوضعها الحالي ليست مرغوبة ولا يمكن تحمل تكلفتها الفادحة.

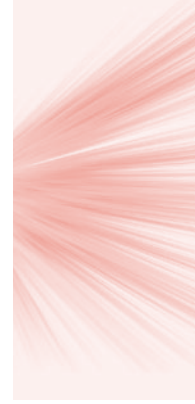
A. Michael Spence



المشاركون في حلقات العمل

جورج ألين، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية
سكوت أتلاس، جامعة ستانفورد
جيربيرمان، جامعة بنسلفانيا
هويت بليكلي، جامعة شيكاغو
ديفيد كانينغ، جامعة هارفرد
موكيش تشولا، البنك الدولي
راندا إيليس، جامعة بوسطن
ديون فيلمر، البنك الدولي
جين فورتسون، جامعة شيكاغو
بول غيرتزر، جامعة كاليفورنيا، بيركلي
بابلو غوتريت، البنك الدولي
ماركوس هاكر، صندوق النقد الدولي
جيفري هامر، جامعة برنستون
ويليام جاك، جامعة جورج تاون
سيمون جونسون، صندوق النقد الدولي
داني ليزنغر، نائب رئيس اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، البنك الدولي
مورين لويس، البنك الدولي
ليزا ماكالم، مؤسسة نابكي
تريفور مانويل، عضو اللجنة، وزير المالية في جنوب أفريقيا
غراهام ميدون، جامعة ساسيكس
أندريه ميديسي، بنك التنمية للبلدان الأمريكية
آن ميرشانت، البنك الدولي
غوبند نانكاني، شبكة التنمية العالمية

دوروتا نواك، البنك الدولي
مايكل سبنس، رئيس اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، جامعة ستانفورد
روبين سواريز، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية
دوايت فينر، عضو اللجنة، ومحافظة البنك المركزي لدول شرق الكاريبي، سانت
كيتس ونيفيس
ديفيد ويل، جامعة براون
روبرتو، زاغا، البنك الدولي



نبذة عن المحررين والمؤلفين

دارون أسيموغلو أستاذ بقسم تشارلز كندلبيرغر للاقتصاد التطبيقي بمعهد مساشوسستس للتكنولوجيا. وحاصل على "وسام جون بيتس كلارك" في عام 2005. وهو من أبرز 20 شخصية اقتصادية على مستوى العالم طبقا لمؤسسة أفكار/ أوراق البحوث الاقتصادية (IDEAS/RePEc). وأصبح أسيموغلو عضواً بهيئة التدريس بمعهد مساشوسستس للتكنولوجيا في عام 1993. وهو عضو في برنامج النمو الاقتصادي بالمعهد الكندي للبحوث المتقدمة. وزميل مشارك أيضاً في المكتب الوطني للبحوث الاقتصادية. ومركز الأداء الاقتصادي. ومركز بحوث السياسات الاقتصادية. وهو مهتم أساساً بالاقتصاد السياسي، والتنمية الاقتصادية، والنمو الاقتصادي، والتكنولوجيا، وتفاوت الدخل والأجور، ورأس المال البشري والتدريب، واقتصاديات العمل. وركزت أعماله الأخيرة في معظمها على دور المؤسسات في التنمية الاقتصادية والاقتصاد السياسي.

سير جورج ألين هو رئيس جامعة وست إنديز. وقد شغل منصب مدير منظمة الصحة للبلدان الأمريكية في أول فبراير/شباط عام 1995. ثم أكمل فترة خدمته الثانية لمدة أربع سنوات في 31 يناير/كانون الثاني عام 2003. وتم انتخابه في عام 2003 مديراً فخرياً لمنظمة الصحة للبلدان الأمريكية. وفي فبراير/شباط عام 2003، قام كوفي أنان، أمين عام الأمم المتحدة حينئذ، بتعيينه في منصب المبعوث الخاص للأمين العام المعني بمرض الإيدز في منطقة البحر الكاريبي. وتم تثبيته في هذا المنصب من قبل الأمين العام الحالي بان كي مون. وفي أكتوبر/تشرين الأول عام 2003، جرى تعيينه رئيساً لجامعة وست إنديز. كما أنه حالياً أستاذ مساعد في كلية بلومبرغ للصحة العامة بجامعة جونز هوبكنز. وحصل سير جورج على العديد من الجوائز تقديراً لأعماله. بما في ذلك الأنواط ونياشين التقدير وأوسمة

الشرف من العديد من بلدان الأمريكتين. وفي عام 2001، حصل على وسام المجتمع الكاريبي، وهو أرفع وسام يمكن منحه لمواطن كاريبي.

جير بيرمان هو أستاذ الاقتصاد، كرسي ويليام آر كينان الابن (ورئيس قسم الاقتصاد سابقا) والباحث المنتسب (والمدبر السابق) لمركز الدراسات السكانية بجامعة بنسلفانيا، وهو عضو في هيئة التدريس بهذه الجامعة منذ عام 1965. وتضم قائمة اهتماماته البحثية الاقتصاد الجزئي التجريبي، والتنمية الاقتصادية، واقتصاديات العمل، والموارد البشرية، والديمقراطية الاقتصادية، وسلوكيات الأسر المعيشية. وقد نُشر له أكثر من 300 مقالة متخصصة و32 كتابا ودراسة متخصصة حول هذه الموضوعات. وعمل جير استشارياً للبحوث لدى العديد من المنظمات الوطنية والدولية، بما في ذلك البنك الدولي، والبنك الآسيوي للتنمية، وبنك التنمية للبلدان الأمريكية، وقد أشرف أو شارك في الإشراف على أكثر من 50 مشروعاً بحثياً بتمويل من منظمات منها المعهد الوطني الأمريكي للصحة، والمؤسسة الوطنية الأمريكية للعلوم، ومؤسسة روكفلر، ومؤسسة فورد. وقد ألقى العديد من المحاضرات في الولايات المتحدة وبلدان أخرى، فضلاً عن مشاركته في الأبحاث التخصصية أو إلقاء المحاضرات في أكثر من 40 بلداً في آسيا وأفريقيا وأوروبا وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي. وهو حاصل على العديد من الأوسمة، بما في ذلك اختياره عضواً شرفياً في مؤسسة فولبرايت في الذكرى السنوية الأربعين لإنشائها، وزميلاً لجمعية الاقتصاد القياسي، وزميلاً لهيئة مؤسسة غوغنهايم، وزميلاً لهيئة مؤسسة فورد.

هويت بليكلي هو أستاذ مساعد للاقتصاد في كلية الدراسات العليا لإدارة الأعمال بجامعة شيكاغو، وتركز أبحاثه على محددات إنتاجية البالغين العائدة لمرحلة الطفولة، وتناولت أعماله الأخيرة تأثير استئصال الأمراض في المناطق المدارية في كل من جنوب الولايات المتحدة وأمريكا اللاتينية ودور المهارات اللغوية (للإنجليزية) في التقدم الاقتصادي للمهاجرين منذ الطفولة في الولايات المتحدة، وتقيس أعماله الأخرى أهمية الميزانيات العمومية في تضخيم الأزمات في بلدان الأسواق الصاعدة، واشتغل أيضاً بالتدريس في جامعة كاليفورنيا- سان دييغو، وخبيراً زائراً ببنك الاحتياطي الفدرالي في بوسطن وأستاذاً زائراً في جامعة لوس أنديز.

ديفيد نّي بلوم هو أستاذ للاقتصاد وعلوم السكان (كرسي كلارنس جيمس غامبل) بجامعة هارفارد، ورئيس قسم السكان والصحة الدولية بكلية هارفارد للصحة العامة، ومدير برنامج جامعة هارفارد المعنى بالديمقراطية العالمية للشيوخوخة، وهو أيضاً باحث مساعد في المكتب الوطني للبحوث الاقتصادية، وزميل الأكاديمية الأمريكية للآداب والعلوم، وقد اشتغل بتدريس السياسة العامة في جامعة كارنيغي- ميلون وتدريس الاقتصاد بجامعة هارفارد وجامعة كولومبيا، وكان في السابق نائباً لمدير معهد هارفارد للتنمية الدولية ورئيساً لقسم الاقتصاد بجامعة كولومبيا.

ديفيد كانينغ هو أستاذ للاقتصاد والصحة الدولية، بقسم السكان والصحة الدولية بجامعة هارفارد، وكان قبل ذلك أستاذاً للاقتصاد بجامعة كوين، بلفاست (1993-2002) وأستاذاً فخرياً بهذه الجامعة، وأستاذاً مساعداً بقسم الاقتصاد

بجامعة كولومبيا (1992-1993): ومحاضرا في الاقتصاد بجامعة كمبريدج (1989-1992) وكلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية (1988-1989).

ويليام جاك هو أستاذ مساعد بقسم الاقتصاد بجامعة جورج تاون. وقد عمل في السابق في الجامعة الوطنية الأسترالية، والكونغرس الأمريكي، وصندوق النقد الدولي. كما عمل مستشارا في البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، وتتضمن اهتماماته البحثية الاقتصاد العام، والتنمية، واقتصاديات الصحة.

سيمون جونسون، أستاذ لتنظيم الأعمال والمشاريع الحرة (كرسي رونالد كيرتز) بكلية سلون للإدارة بمعهد مساشوستس للتكنولوجيا، ويشغل هذا المنصب منذ عام 2004، وهو أيضا زميل رفيع المستوى لمعهد بيتريسون للاقتصاد الدولي في واشنطن العاصمة، وكان في الفترة من مارس/ آذار 2007 حتى نهاية أغسطس/ آب 2008 كبيرا للخبراء الاقتصاديين ومديرا لإدارة البحوث بصندوق النقد الدولي. وفي فترة عمله بصندوق النقد الدولي، قاد الدكتور جونسون فريق العمل المعني بأفاق الاقتصاد العالمي، وساعد على صياغة استجابات مبتكرة للاضطرابات المالية العالمية، وكان من أوائل الداعين إلى تطبيق أشكال جديدة للمشاركة في صناديق الثروات السيادية. وهو حاليا مدير مشارك للمشروع المعني بأفريقيا لدى المكتب الوطني للبحوث الاقتصادية، ورئيس جمعية الدراسات الاقتصادية المقارنة (فترة شغل المنصب 2008-2009)، والدكتور جونسون خبير في القطاع المالي والأزمات الاقتصادية. وقد عمل على مدى العشرين سنة الماضية في مجالات منع نشوب الأزمات وتخفيف آثارها، بالإضافة إلى القضايا المتصلة بالنمو الاقتصادي في البلدان المتقدمة وبلدان الأسواق الصاعدة والبلدان النامية. وتركز أعماله على كيفية قيام واضعي السياسات بالحد من تأثير الصدمات السلبية وإدارة المخاطر التي تواجهها بلدانهم.

تعمل مورين لويس مستشارا بإدارة اقتصاديات التنمية في البنك الدولي. وكانت تشغل في السابق وظيفة كبير الخبراء الاقتصاديين للتنمية البشرية ومنصب مستشار نائب رئيس البنك الدولي للتنمية البشرية. ويركز معظم أبحاثها ومؤلفاتها وأعمالها في مجال السياسات على تمويل الرعاية الصحية وتقديمها في البلدان النامية والبلدان المتحولة إلى اقتصاد السوق. وكانت مورين في السابق زميلة رفيعة المستوى لمركز التنمية العالمية لمدة عامين، كما شغلت قبل ذلك منصب مديرة الوحدة المعنية في البنك الدولي بأبحاث وبرامج السياسات الاقتصادية والتنمية البشرية في منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى. وفي أوائل التسعينيات، قادت مورين تنفيذ الأجندة الصحية في البنك الدولي المعنية بالبرازيل. وقد وضعت، قبل انضمامها للبنك الدولي، البرنامج المعني بسياسات الصحة الدولية بالمعهد الحضري. وقد نُشر لها العديد من المقالات في المجالات المتخصصة حول اقتصاديات الصحة والسياسة الصحية.

مايكل سبنس هو زميل رفيع المستوى بمؤسسة هوفر وأستاذ فخري في مركز فيليب إتش نايت بكلية الدراسات العليا في إدارة الأعمال بجامعة ستانفورد. وحصل في عام 2001 علي جائزة نوبل التذكارية في العلوم الاقتصادية، وعمل كأستاذ بمركز فيليب إتش نايت وتولى منصب عميد كلية إدارة الأعمال بجامعة ستانفورد من 1990 إلى 1999. ومنذ 1999، أصبح شريكًا في مؤسسة أوك هيل

كابيتال. ومن 1975 إلى 1990 عمل أستاذا للاقتصاد وإدارة الأعمال بجامعة هارفارد. وحصل سبنس على جائزة جون كينيث غالبريث للتميز في التدريس عام 1978 وحصل على وسام جون بيتس كلارك عام 1981 تقديراً "للإسهامات الملحوظة في الفكر والمعرفة الاقتصادية." وتم تعيينه رئيساً لقسم الاقتصاد بجامعة هارفارد عام 1983 وعمل عميدا لكلية الآداب والعلوم من عام 1984 إلى عام 1990. وفي العديد من الأوقات، كان سبنس عضواً في هيئات تحرير أمريكان إيكونوميك ريفيو، وبيل جورنال أوف إيكونوميكس، وجورنال أوف إيكونوميك ثيوري، وبابليك بوليسي. ويرأس البروفيسور سبنس اللجنة المعنية بالنمو والتنمية.

شكر وتقدير

يعرب المحرران عن عظيم امتنانهما للمساندة القوية التي قدمتها الجهات الراعية للجنة المعنية بالنمو والتنمية: حكومات أستراليا وهولندا والسويد والمملكة المتحدة، ومؤسسة ويليام وفلورا هيوليت، ومجموعة البنك الدولي. ويمتد تقديرنا الحار لداني ليبزيغر، نائب رئيس البنك الدولي ورئيس شبكة تخفيض أعداد الفقراء وإدارة الاقتصاد، لعطائه في تقديم الموارد اللازمة لهذا الجهد. كما نعرب عن فائق التقدير والعرفان للمشاركين في حلقات العمل المعنية بالصحة والنمو التي عُقدت تحت رعاية اللجنة، وخاصة مؤلفي فصول هذا الكتاب. لما قدموه من رؤى عديدة ومتنوعة وللوقت الذي كرسوه للمشاركة في مناقشة هذه القضايا. وكان روبرتو زاغا، سكرتير اللجنة، مصدرا ثابتا للأفكار القيمة، والتشجيع والتحفيز. فروبرتو يساعد الآخرين على بذل أفضل ما لديهم ويواصل تركيزه الثاقب على القضايا المطروحة. ويعكس مستوى المناقشة ونوعية الدراسات التالية حماسه وحكمته وحنكته.

وقد تفانى فريق من الزملاء في أمانة لجنة النمو موريل دارلنغتون، ديانا مانيفسكايا، ودوروتا نواك في تحقيق نجاح كل جانب من جوانب عمل اللجنة، حيث منحونا اهتمامهم الكامل بتنظيم حلقات العمل وإنتاج هذا الكتاب وما هذا سوى وجه واحد للأنشطة العديدة للجنة ذات مواعيد الإنجاز العاجلة والملحة حيث لا مجال للتسامح والتهاون مع الخطأ. وأصبحت هذه العملية برمتها أمرا يمكننا بفضل قدراتهم التنظيمية الرائعة ومثابرتهم وعملهم الجاد، وتميزت سندي فيشر بالواقعية والمرونة والحيوية في إعداد مخطوطة هذه المطبوعة، فلم تتعاسس لحظة واحدة عن الالتزام بالمواعيد النهائية المحددة، وغمرتنا بعطفها وكرمها عندما اضطررتنا الظروف أحيانا إلى طلب تغيير بعض مواعيد الإنجاز الخاصة بنا. وقد أشرف ستيفن ماغرورتي على عملية النشر بكل مهارة واقتدار. ونود أن نشكر سيمون كوكس من مجلة الإيكونوميست على عمله الممتاز بشأن المقدمة التمهيدية.

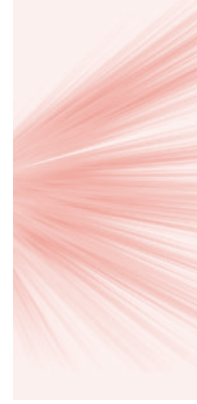
مايكل سبنس
مورين لويس



قائمة المختصرات

العلاج المضاد للفيروسات الرجعية	ART
الفهرس التجمياعي لعلوم الطب والتمريض والعلوم الطبية المساندة (قاعدة بيانات سيناهل)	CINAHL
تحليل البرامج والمؤسسات القطرية	CPIA
مادة دي دي تي	DDT
إجمالي الناتج المحلي	GDP
معادلات التقدير المعممة (جي إم إم)	BMM
الطول بالنسبة للعمر درجة الانحراف المعياري	HAZ
مرض الإيدز	HIV/AIDS
المجلس الدولي للصحة	IHB
المربعات الصغرى غير المباشرة	ILS
معهد التغذية لأمريكا الوسطى وبنما	INCAP
الاستخدام العام المتكامل للعينة المصغرة	IPUMS
المتغيرات المساعدة	IV
معهد مساشوسيتس للتكنولوجيا	MIT
منظمة غير حكومية	NGO
منظمة التنمية والتعاون في الميدان الاقتصادي	OECD
طريقة أقل المربعات العادية	OLS
العلاج بالإمهاة الفموية	ORT
منظمة الصحة للبلدان الأمريكية	PAHO
المتغيرات الفئات والشرائح ذات المفعول الرجعي	RC
لجنة روكفلر الصحية المعنية باستئصال الدودة الصنارية (الإنكلستوما)	RSC
مرض سارز	SARS
منطقة اقتصادية حكومية	SEA
الإنتاجية الكلية لعوامل الإنتاج	TFP

المربعات الصغرى ذات المرحلتين	2SLS
الأمم المتحدة	UN
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	UNDP
اليونيسيف	UNICEF
الطول بالنسبة للعمر درجة الانحراف المعياري	WAZ
السجل الوبائي الأسبوعي	WER
منظمة الصحة العالمية	WHO



الفصل الأول

الاستثمارات في الصحة والنمو الاقتصادي: الشواهد الاقتصادية الكلية والأسس الاقتصادية الجزئية

ويليام جاك ومورين لويس

ليس ثمة شك في أن التحسينات التي طرأت على الأوضاع الصحية على مدى الخمسين إلى المائة سنة الماضية، والمقاسة بعدد المؤشرات، كانت إنجازات رائعة. إذ أدت اللقاحات والمضادات الحيوية وغيرها من الأدوية والمستحضرات الطبية إلى الحد بصورة ملموسة من انتشار الأمراض وتخفيض معدلات الوفيات. كما ساعد النمو الاقتصادي على الوصول لتلك النتيجة أيضا: فالأغنياء يحصلون على التغذية والتعليم بمستويات أفضل. فضلا عن أن البلدان الغنية أكثر قدرة على تحمل تكلفة توفير السلع العامة التي من تحد من انتقال المرض (مثل الإمداد بالمياه وخدمات الصرف الصحي ومكافحة ناقلات الأمراض كالبعوض). فهل كانت التحسينات في الصحة في حد ذاتها عاملا مساعدا على تعزيز النمو الاقتصادي؟ يأتي هذا الافتراض في صميم تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHO 2001:i) الذي يشير إلى

تم إعداد هذا الفصل ورفعته إلى اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، علما بأنه جرى عرض نسخة سابقة منه في حلقة العمل الخاصة بالصحة والنمو الاقتصادي التي عُقدت تحت رعاية اللجنة في 16 أكتوبر/تشرين الأول 2007. ويتوجه المؤلفان بالشكر إلى جيفري هامر، وماغنوس ليندلو، وماتياس لوندبيرغ، وأندريه ميديسي، وبول شولتنز، ودانكان توماس، وإلى المشاركين في الحلقة على تعليقاتهم المفيدة. وقد قدمت أن ميركانت وإيريكما ماي لورينزانا مساعدة بحثية تخصصية، والمؤلفان مسؤولان وحدهما عن محتويات هذا الفصل.

أن "توسيع نطاق تغطية الخدمات الصحية الأساسية لتصل للفقر في العالم يمكنه إنقاذ حياة الملايين من البشر كل عام. وتقليص الفقر. وتحفيز التنمية الاقتصادية، وتدعيم الأمن العالمي". ووفقاً لهذه الرؤية، فإن الرعاية الصحية الأفضل ربما تتمكن من تحقيق ما فشل فيه العاملون في محيط التنمية. والمنظمات غير الحكومية، والخبراء الاقتصاديون، والمعونة الأجنبية، والدبلوماسية، وقد وجد بعض الباحثين وشائج قوية بين الصحة والنمو الاقتصادي (منهم على سبيل المثال بلوم وكانينغ 2003أ، 2003ب) ثم استخدموا هذا الاستنتاج في الدعوة إلى زيادات كبيرة في الإنفاق الحكومي على الصحة.

من المرجح أن لكلا الاتجاهين في العلاقة السببية بين الصحة والدخل تأثيراً حقيقياً، وإن كان من الصعب قياسهما وتقديرهما، ولعل الجدل القوي الدائر بشأن تحديد الاتجاه المهيمن يعكس هذه التحديات التجريبية. ومن شأن حسم هذا الجدل أن يشدد على تأكيد الحاجة الملحة لمساعي تحقيق النمو، واستنارة هذه المساعي، أو كليهما معاً. فاستنتاج أن النمو الاقتصادي يعمل على تخفيض معدلات وفيات الرضع من شأنه، على سبيل المثال، أن يعجل باعتماد الإصلاحات الكفيلة بتعزيز النمو على صعيد السياسات، وبطريقة أخرى بديلة، عندما تكون تحسينات صحة عموم السكان محفزة للنمو الاقتصادي، فإن العوائد على السياسات المؤدية بشكل مباشر إلى تحسين الوضع الصحي ستكون أعلى مما هي عليه الآن، وربما تتم إضافة التدخلات المعنية بتحسين الصحة إلى ترسانة السياسات المناصرة للنمو الاقتصادي ليتم استخدامها في جهود ومساعي تحقيقه.

للمساعدة في استنارة عملية صنع القرارات المعنية بالسياسة العامة، تبحث هذه المراجعة الاستعراضية القنوات التي يمكن لتحسينات الصحة العمومية أن تؤدي من خلالها إلى زيادة حقيقية في الدخل والنمو، والشواهد المتصلة بذلك، وتشير جوانب التقدم الأخيرة في هذا المجال إلى الارتباط التفاعلي المحتمل بين الصحة والنمو، وصعوبة قياسه، وترجيح أن الأثر الناتج عنه صغير نسبياً.

ربما يؤدي تحسين الصحة إلى زيادة الدخل، ولكن هذا لا يعني بالضرورة وجوب قيام البلدان النامية بزيادة الإنفاق من ميزانياتها على الرعاية الصحية، ويوضح بلوم وكانينغ (2003أ: 313) أن "القضية الرئيسية لا تتمثل في أن الإنفاق على الصحة سيكون أمراً جيداً [وإن كان بعض المؤلفين يشككون في هذه الفرضية]، بل تتعلق بما إذا كان الإنفاق على الصحة أفضل من الاستخدامات الأخرى للموارد المالية المحدودة في البلدان النامية". وربما لا يكون الإنفاق العام على الصحة هو أفضل وسيلة لتحقيق الصحة، ناهيك عن تحقيق النمو الاقتصادي.

ومن ثم يتمثل الهدف الثاني لمراجعتنا في استقصاء محددات الصحة نفسها، وخاصة الشواهد المتعلقة بتأثير سياسات الإنفاق العام على الصحة، ويبدو أن بعض التدخلات العامة المحددة تعتبر جيدة للغاية بالنسبة للنتائج الخاصة بالصحة، في حين أن بعض المقاييس الأوسع نطاقاً لها، فيما يبدو، تأثير محدود قابل للقياس، ولكن من الواضح بصفة عامة أن هنالك شواهد متزايدة على أن السياسات العامة تؤدي فقط إلى تحسين الصحة عندما تكون المؤسسات القائمة متمتعة بنوعية عالية بالدرجة الكافية، وأنه من المرجح أن للمؤسسات الجيدة نفسها تأثيراً مباشراً على النمو الاقتصادي أكثر أهمية من تأثيرها على تحقيق النمو من خلال تحسين الصحة.

ونحذر القارئ من توقع وجود توافق في الآراء في البحوث التجريبية بشأن وجود وشائج بين الصحة والنمو أو حتى بين السياسات الصحية والصحة نفسها. فهناك عدد من الدراسات التي تقدم نتائج لا لبس فيها ولا غموض ولكنها تعارض مع بعضها البعض. ونرى من واقع قراءتنا أن الأبحاث والمؤلفات ما هي إلا مزيج من استقصاءات علمية دقيقة ودعوة جيدة للدوافع لتأييد الطرح على جانبي النقيض¹ ومزيدا على ذلك. فإن محاولة فكفكة الصلة بين الصحة والنمو، أو العكس، تميّط اللثام بصفة خاصة عن الإشكاليات المحيطة بالقضايا الاقتصادية القياسية للعلاقات السببية والمتغيرات الداخلية وأخطاء القياس. ويستمر الجدل والنقاش حتى بشأن دقة وسلامة أعظم المناهج المبتكرة.

يتأثر الوضع الصحي بالغذاء والتغذية، والاستثمارات في الصحة العامة، وأسلوب الحياة والخدمات الطبية لكل فرد. وإضافة إلى ذلك، هناك عوامل أخرى، ولا سيما التحصيل العلمي القائم على المهارات المعرفية وغير المعرفية، لها تأثير عميق على الاستعداد للإصابة بالأمراض والوقاية منها والتغلب عليها في مرحلة الرشد والبلوغ، ونقوم باستعراض الشواهد المحيطة بجميع هذه المؤثرات من أجل الحصول على بعض تقديرات الصلة بين الاستثمارات في "الصحة" في بلد ما والنمو الاقتصادي.

يبحث القسم الأول من هذا الفصل الصلات والروابط بين نواتج الصحة والنمو الاقتصادي على صعيد الاقتصاد الكلي، فضلا عن مناقشة القضايا ذات العلاقة على مستوى الاقتصاد القياسي والسياسات. ولما كانت بحوث الصحة والدخل لا تقدم سوى إرشاد محدود على صعيد السياسات بشأن كيفية تحسين الصحة، فإن القسم الثاني يستعرض الروابط الاقتصادية الجزئية بين الصحة والدخل مع بحث الدور الهام الذي لعبته الاستثمارات العامة خارج قطاع "الصحة" في تحسين الأوضاع الصحية. ويقدم القسم الثالث موجزا للصلات الضعيفة بين الاستثمارات في الرعاية الطبية، والوضع الصحي، مع معالجة التحديات المؤسسية في قطاع الصحة إذا أريد للاستثمارات في الرعاية الصحية أن تؤدي إلى تحسين الصحة. ويعرض القسم الأخير من هذا الفصل الاستنتاجات المستخلصة.

صحة السكان والدخل: الصلات المحتملة والشواهد

يقدم هذا القسم عرضا موجزا للأنماط التاريخية لتحسينات الصحة العمومية بوصفها الخلفية والمعلومات الأساسية اللازمة لمراجعة الآليات التي يمكن أن تؤدي من خلالها تحسينات صحة السكان إلى زيادات في الدخل. ثم نعرض بعد ذلك بعض الشواهد الأساسية على أوجه الترابط بين اتجاهات الصحة واتجاهات الدخل القومي فيما بين البلدان وفي بلدين ناميين كبيرين (هما الصين والهند) على مرّ الزمن، مع مناقشة التحديات الماثلة أمام تفسير صلات الارتباط وتأويلها.

كيف أصبحنا موفوري الصحة والعافية؟

تقدم هذه النظرة العامة من المنظور التاريخي سردا تفصيليا للأسباب الرئيسية

1 يلاحظ ديكسيت (2006: 23) في مناقشة حافزة على التفكير المركز أن الاستثمارات المتعارضة في أبحاث ومؤلفات النمو والتنمية 'يمكنها أن تترك المُستخدم غير الخبير هائما في منطقة معينة وهو في حالة كاملة من البلبلة والحيرة'.

للتحسينات في صحة السكان. والتي يكمن الكثير منها خارج مجال الرعاية الصحية. مثل تحسين الإمداد بالغذاء وخدمات الصرف الصحي ومكافحة ناقلات الأمراض.

الواقع أن التحسينات الهائلة في الوضع الصحي على مدى الخمسين عاما المنصرمة وهي أوضح ما تكون في انخفاض معدلات الوفيات والزيادات في متوسط العمر المتوقع ترجع بشكل رئيسي إلى تحسين التغذية، ونواحي التطور والتقدم في الصحة العامة، والتعليم؛ وبالنسبة للسكان قاطبة، فإن لرفع مستوى الإنفاق على الرعاية الصحية آثارا محدودة على خفض الوفيات.

تاريخيا، أدى عدم كفاية إنتاج الغذاء، وسوء التغذية الناتج عن ذلك، إلى التأثير سلبا على إنتاجية البالغين. فعلى سبيل المثال، توضح البيانات المستمدة من المملكة المتحدة أنه حتى أواخر القرن الثامن عشر كان الإنتاج الزراعي البريطاني كافيا لإطعام 80 في المائة فقط من السكان. وأسفرت زيادة الناتج عن رفع مستوى التغذية، مما أدى إلى ساعات العمل الأطول، بينما أدت الاستثمارات الموازية في الصحة العامة إلى تحسين استخدام الأسعار الحرارية المستهلكة (فوغل 2002). ويستنتج فوغل (1986) أن التحسينات التغذوية ساهمت بحوالي 40 في المائة من انخفاض الوفيات منذ عام 1700، مع زيادات حادة في الحالة التغذوية في فترات الوفرة الغذائية التي شهد معظمها القرن العشرون.

وإلى جانب التغذية الأفضل، كان لعوامل تطور العادات المفضية إلى الصحة وتقدم التعليم فيما يتعلق بتخفيض الوفيات دوراً أكثر أهمية من دور التقدم الطبي وبحث ماك كيوين، وريكورد، وتيرنر (1962، 1975) أسباب هبوط معدلات الوفيات في إنجلترا وويلز خلال القرنين التاسع عشر والعشرين. وقد تأثرت الوفيات بإجراءات طبية مثل التحصين بالأمصال واللقاحات، ولكن فعاليات تخفيض مستوى التعرض للعدوى، وتوسيع نطاق الإمداد بالمياه عبر خطوط الأنابيب وزيادة خدمات الصرف الصحي، والتغذية الأفضل، كانت بمثابة العوامل الرئيسية المفسرة لارتفاع معدل البقاء على قيد الحياة، والجدير بالذكر أن انخفاض الوفيات الناجمة عن العدوى المنقولة عن طريق الهواء كان أمرا واقعا قبل استحداث العلاجات الطبية الفعالة. إذ كان لتحسن التغذية تأثير كبير على القدرة على الوقاية من المرض وعلى احتمالات الوفاة. أما انخفاض معدلات الوفيات الناشئة من الأمراض المنقولة بالماء والغذاء فيمكن عزوه إلى تحسن العادات الصحية والتغذية الأفضل، في حين أن العلاج لا يمت لهذا الأمر بصلة إلى حد كبير.

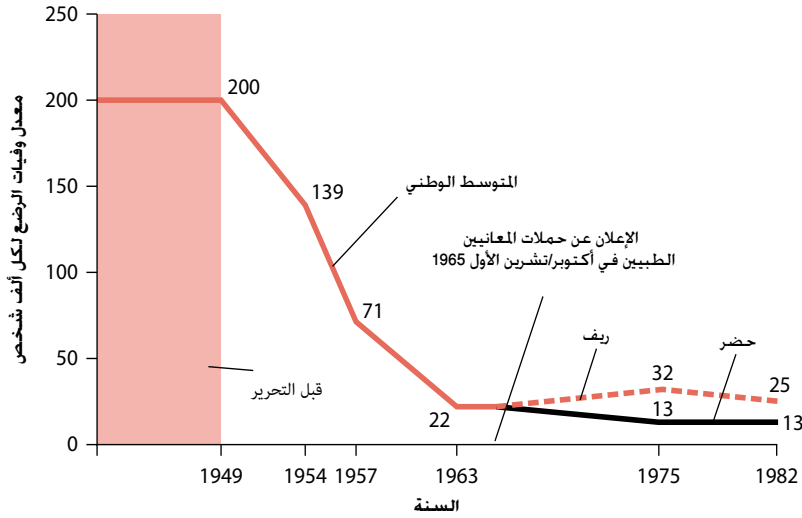
وبالمثل، فإن فوخرس (1974) يقوم في دراسته لانخفاضات وفيات الرضع في مدينة نيويورك بين عام 1900 و1930 بإرجاع هذه التحولات بشكل رئيسي إلى ارتفاع مستويات المعيشة، والتعليم، وخفض الخصوبة، ولا يعزوها للتقدم الطبي. ويقارن فوغل (2002) بين مستويات الاعتلال المرضي في فترة ما بعد الحرب الأهلية في الولايات المتحدة بمثيلتها في الجزء الأخير من القرن العشرين، ويجد أن هذه المستويات انخفضت بدرجة كبيرة، نتيجة للتغيرات في أسلوب الحياة من ناحية، وبسبب عوامل أخرى منها التدخلات الطبية وتبحث ليليراس- موني (2005) محددات متوسط العمر المتوقع في الولايات المتحدة باستخدام أفواج تركيبية بدءا من عام 1900. وتوضح تقديراتها أن كل سنة من التعليم تزيد متوسط العمر المتوقع في سن 35 بواقع 1.7 سنة، وهي زيادة كبيرة تبين الأهمية المحورية للتعليم، وهناك استنتاجات مماثلة في دراسات عديدة في البلدان النامية (شولتز 2002).

لقد تمثلت التطورات الاستثنائية في الإنجازات المتقدمة في طرق العلاج بالمستحضرات الطبية بعد الأربعينيات من القرن الماضي وخاصة للقاحات والبنسلين وغير ذلك من المضادات الحيوية الكثيرة التي كانت نتاجا لاكتشاف البنسلين مما أدى إلى تغيير الأوضاع الصحية. كما يشير أسيموغلو وجونسون (الفصل الرابع من هذا الكتاب) إلى تطوير مادة دي دي تي المبيدة للآفات وفعاليتها في مكافحة ناقلات الأمراض مثل البعوض. وإنشاء منظمة الصحة العالمية التي ساعدت في نشر المعرفة عن التقنيات الطبية وطرق استخدامها مما ساعد على تخفيض معدلات الوفيات. إلا أن هناك صعوبة بالغة في تتبع كل من مساهمة الإنجازات الطبية المتقدمة بشأن الاعتلال المرضي أو الوفيات وتحديد تأثيرها بشكل مباشر. ويرجع ذلك إلى صعوبة فصل تأثير كل إجراء من إجراءات المعالجة على حدة لأن نجاح التطبيق يعتمد على عوامل كثيرة.²

وتشير الشواهد الأكثر حداثة المستمدة من منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إلى أن تغييرات أسلوب الحياة وأوجه التقدم غير الطبي كان لها تأثير أكبر من التطورات الطبية والرعاية الصحية على طول العمر والرفاهة. فتغييرات أسلوب الحياة، مثل تقليل تدخين السجائر والاعتدال في تعاطي الخمر، أدت إلى جعل سكان الولايات المتحدة أكثر صحة (وولف 1986).

وفي كل من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والصين، لم يظهر الكثير من العلاجات الأكثر فعالية للأمراض المعدية إلا بعد رسوخ التحسينات في الصحة وثباتها. وفي بحثهما المعني بانخفاض الإصابة بالأمراض المعدية في الولايات المتحدة على مدى الفترة 1900-1973، يرى ماكينلي وماكينلي (1997)، مثل غيرهما من الباحثين، أن العلاجات الفعالة نشأت فقط بعد انخفاض الإصابة بهذه الأمراض؛ وأن العوامل غير الطبية لعبت أدوارا هامة في هبوط معدلات الاعتلال المرضي والوفيات المرتبطة بهذه الأمراض. وأظهرت الصين تاريخيا مؤشرات صحية أفضل كثيرا مما يمكن توقعه على أساس الدخل. وعلى الرغم من أن معظم هذا الإنجاز يُعزى عادة إلى "المعاونين الطبيين" في البلاد وهم طائفة من الأفراد ذوي التدريب الطبي المحدود الذين قاموا بمهام تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية إلا أن معظم التحسينات في وفيات الرضع والأطفال حدثت قبل بداية عمل الأطباء الحفاء في عام 1965؛ ولم يتراجع الوضع الصحي في الصين بعد التخلي عن نظام معاونين الطبيين. ويمكن إرجاع الفضل في التحسينات الصحية المبكرة إلى عدة أشياء من بينها حملة "المؤذيات الخمس" التي أطلقها الزعيم ماو تسي تونغ. ودعوته إلى شرب الشاي بدلا من الماء (غير المغلي)، وتوافر المراحيض الجيدة عموما في الصين. ويوضح الشكل 1-1 الافتقار إلى شواهد عدم كفاية الربط بين معاونين الطبيين والتحسينات في الصحة.

2 من شأن البيانات المحدودة المتاحة عن التدخلات النوعية، والاختلافات في صحة المرضى عند العلاج، وارتفاع التفاوت في العلاج الطبي فيما بين المنشآت والمرافق الطبية المتعاونة والمؤثرة في نجاح استخدام التقنيات الطبية الجديدة، أن تؤدي من بين عوامل أخرى إلى صعوبة تحديد مساهمة الإجراءات الطبية الجديدة. وقد قامت دراسات فعالية التكالييف بإلقاء الضوء على بعض الإجراءات، ولكن ما زال يشور الجدل والخلاف بشأن قيمة التطورات الطبية المتقدمة من حيث سنوات العمر المضافة. وبيحث كانتلر (2007) فعالية تكلفة الرعاية العلاجية الجراحية لازمة قلبية، ويخلص إلى أنه ليس من الواضح ما إذا كانت مزايا عملية تروية عضلة القلب راجعة إلى الإجراء الطبي نفسه أم إلى الخدمات الأخرى المرتبطة بالرعاية في المستشفيات القادرة على تقديم هذه الخدمات، وعلى العكس من الابتكارات الصيدلانية وابتكارات مكافحة ناقلات الأمراض، فإن مساهمة التقنيات الطبية المتطورة مازالت مثيرة للجدل.



المصدر: هسيو 1984

ملاحظة: تمت إضافة المنحنى السهمي والنص المرتبط به إلى الشكل الأصلي

وتمثلت العوامل الأساسية لتحسينات في الصحة التي حققتها البلدان في الاستثمارات المستنيرة بنواحي التقدم في علوم الصحة العامة. إذ كانت الأوبئة الدورية للكوليرا والملاريا والأمراض المعدية الأخرى متفشية في أوروبا والأمريكيتين خلال القرن التاسع عشر قبل تطور علوم انتقال الأمراض واكتشاف التدخلات الطبية الناجعة. وأدت الاستثمارات الكبيرة في الصحة العامة في القرن التاسع عشر استجابة لأعمال سنو (1849) التي ربطت تلوث المياه بالكوليرا إلى انخفاضات هائلة في الوفيات. إذ أن إبعاد الناس عن مياه الصرف الصحي الملوثة قد أدى ببساطة إلى احتواء وباء الكوليرا في لندن في عام 1854 (كروسبار 2007). وبالمثل. فإن تدعيم ضفاف نهر التيمس. الذي ساعد النهر على تصريف الفضلات والنفائات خارج لندن. وتجفيف المستنقعات في المناطق الأخرى قد أسفرا عن اختفاء الملاريا في المملكة المتحدة (كون وآخرون 2003). ومنذ عهد قريب. قام كاتلر وميلر (2005) بدراسة تأثير المياه النظيفة على الصحة. مع النظر في نتائج تطبيق أساليب الفلترة وكلورة المياه من جانب المدن الأمريكية في الربع الأول من القرن العشرين. وهما ينسبان الفضل لتحسين الإمداد بالمياه بوصفه مصدرا لحوالي نصف الانخفاض الكلي في الوفيات في المدن الرئيسية. وثلاثة أرباع الانخفاض في وفيات الرضع. وثلاثي انخفاض وفيات الأطفال.

ويتمثل أحد العوامل الهامة المفضية لتيسير استحداث التدابير الصحية العامة في مركزية صنع القرارات بمشاركة محدودة من قبل المواطنين. استجابة للحتميات الاقتصادية. وأدى استخدام حق الدولة في الاستيلاء على الممتلكات للمنفعة العامة إلى فعالية ضمان تنفيذ التدابير الصحية العامة في أوروبا وأجزاء من الأمريكيتين قبل القرن العشرين. وبدءا من منتصف القرن التاسع عشر في الأمريكيتين. أدت الشواغل بشأن الأمراض المدارية المعدية مثل الحمى الصفراء والكوليرا والملاريا إلى تعجيل قيام حكومات المنطقة باعتماد

القانون الصحي للبلدان الأمريكية الذي تضمن تطبيق المراقبة المكثفة للأمراض والإبلاغ ورفع التقارير، ومكافحة ناقلات الأمراض، وتحسين خدمات الصرف الصحي، وتنفيذ استثمارات كبيرة في مراكز أبحاث الطفيليات في أمريكا اللاتينية للحد من عقبات الحجر الصحي وفترات التأخر الأخرى الماثلة أمام التجارة الإقليمية (منظمة الصحة للبلدان الأمريكية 1999). ويوجد مثال حديث للعمل الجماعي المعني بتعزيز الرفاهة البشرية والاقتصادية وهو برنامج مكافحة العمى النهري في دلتا النيجر في غرب أفريقيا، الذي يتم تمويله من قبل بلدان وجهات مانحة متعددة. وأدى برنامج رش المناطق المصابة بمبيدات الآفات والحشرات إلى المكافحة الفعالة للذباب الأسود المسؤول عن هذا المرض الذي ينهك الإنسان ويفتك بحياته. وساعد هذا البرنامج في إعادة زراعة 25 مليون هكتار من الأراضي الزراعية الخصبة بعد أن كانت مهجورة بسبب انتشار هذا المرض (بنتون 2001).

وعليه هناك حاجة ماسة إلى تدخلات صحية عامة أخرى من هذا القبيل في البلدان النامية للتصدي لمجموعة من نفس التحديات التي واجهتها المدن الأوروبية في أزمنة سابقة. وتشير تقديرات البنك الدولي إلى عدم قدرة مليار نسمة على الحصول على المياه النظيفة. وافتقار 2.6 مليار نسمة (أو حوالي 40 في المائة من سكان العالم) إلى الحصول على خدمات الصرف الصحي الأساسية. ويمكن إرجاع حوالي 94 في المائة من حالات الإسهال في العالم إلى مياه الشرب غير الآمنة، وسوء الصرف الصحي، والعادات الصحية غير الملائمة. وتنتهي 1.5 مليون حالة منها إلى الوفاة وخاصة بين الأطفال بشكل رئيسي (البنك الدولي 2008). والواقع أن إيلاء الأهمية للتدابير الصحية العامة الأساسية لتعزيز الصحة الجيدة وتخفيض معدلات الوفيات يظل أمراً جوهرياً بالنسبة للاستثمارات التي أظهرت صلات بين ذلك وتوسيع نطاق النشاط الاقتصادي.

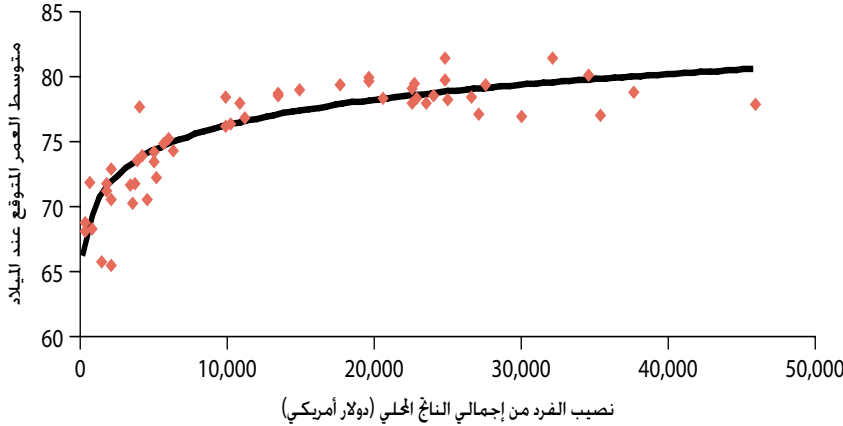
كيف يمكن أن تجعلك الصحة غنياً؟

لعل السبب الأشد وضوحاً لاحتمالات أن الناس الأصحاء قد يصبحون أكثر غنى وثراء يتمثل في قدرتهم على العمل بصورة أكثر جدية ولساعات أطول وبوتيرة أكثر استمرارية بالمقارنة بالآخرين. وبالتالي، فإن العجزة أو المرضى سيعملون ساعات أقل. مُلقين بعبء اقتصادي على كاهل الأسرة. ولكن هل في مقدور الصحة الأفضل أن تزيد معدل نمو الدخل؟

تراكم رأس المال البشري. يشير أحد الموضوعات المتكررة في الأبحاث والمؤلفات إلى أن الصحة تؤدي إلى نمو الدخل من خلال تأثيرها على تراكم رأس المال البشري ولا سيما من خلال التعليم بشريطة حصول الناس على ما يكفيهم من الغذاء وفرص التعليم الجيدة.

فأولاً، في إمكان الأطفال الأصحاء الحاصلين على التغذية السليمة قضاء وقت أطول في المدرسة بقدرات أفضل على التعلم، مما يهيئهم لاكتساب دخل أعلى. وعلى خطوط هذا الاتجاه، يصف ساكس وماالاني (2002) عدداً من القنوات التي تؤثر الملايا من خلالها على التحصيل العلمي، بما في ذلك إعاقة نمو الجنين، وتخفيض القدرات المعرفية والإدراكية، وانخفاض الانتظام في الدراسة.

ثانياً، يؤثر الوضع الصحي للبالغين على تراكم رأس المال البشري لأطفالهم. فالآباء يتخذون، بالنيابة عن أبنائهم، نسبة كبيرة من القرارات الخاصة باستثمار رأس المال البشري. وبوفاة الوالدين تنعدم قدرتهما على الاستثمار في أطفالهما.



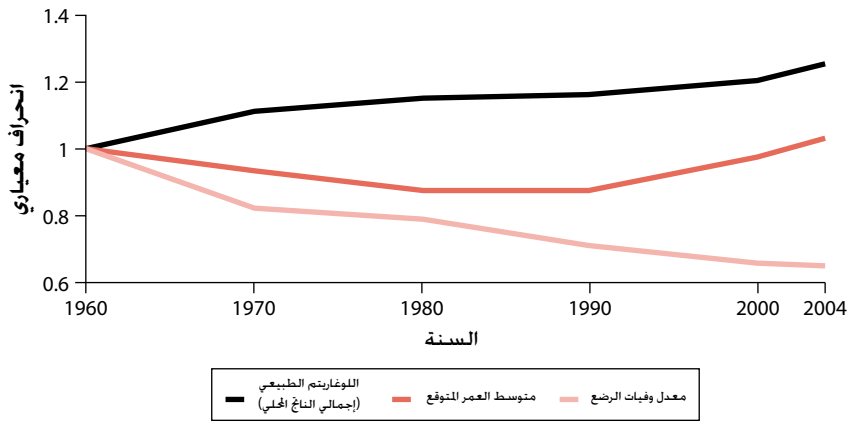
المصدر: البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

ولكن الأيتام لا يعانون بالضرورة من الغياب الكامل للمساندة من قبل البالغين. فهناك الشبكات الاجتماعية في العديد من المجتمعات. ولكن ما يحصل عليه هؤلاء أقل على الأرجح مما كان متاحا في حياة آبائهم وأمهاتهم. وتتم مناقشة هذه المسألة أدناه في سياق التأثير الاقتصادي للمرض. وباستخدام نهج المتغيرات المساعدة، يخلص لورنتزين وماكميلان وواكزيارغ (2005) إلى أن تأثير معدل وفيات البالغين على النمو الاقتصادي عبر تأثيره على الاستثمارات في التعليم هو أقل من تأثيره على النمو من خلال التأثير على الخصوبة واستثمارات رأس المال المادي.

تراكم رأس المال المادي. يستطيع السكان المتمتعون بالصحة الأفضل تحقيق تراكم رأس المال المادي بوتيرة أكثر سرعة. وتتمثل الوسيلة الأكثر وضوحا في الادخار، لأن ارتفاع متوسط العمر المتوقع (على سبيل المثال) يزيد المدة المتوقعة للتقاعد. وفي الحقيقة، يرى بلوم وكانينغ وغراهام (2002) أن النمو السريع في شرق آسيا يعود إلى هذه الآلية تحديدا. ويقو ألسان وبلوم وكانينغ (2006) وساكس وماالاني (2002) بتسليط الضوء على أثر الوضع الصحي الأفضل للسكان على التدفقات الوافدة لرأس المال الأجنبي مقابل الزيادات في المدخرات المحلية؛ ويسود الاعتقاد عادة بأن هذا التأثير له مفعوله في المواقف المتسمة بدرجة عالية من التكامل بين الاستثمار الأجنبي (المباشر) والمغتربين (في ظل دورهم إما كموظفين أو مستهلكين). والسياحة هي المثال الذي يرد ذكره كثيرا، حيث يشكل التهديد بانتقال مرض التهاب الجهاز التنفسي الحاد المفاجئ (سارز) عامل ردع بالنسبة للزائرين والاستثمار. على المدى القصير على الأقل، لأنه يوحي بوجود بيئات عالية المخاطر (بيل ولويس 2004).

اتجاهات الصحة والدخل القومي

اجتمع علم الاقتصاد وعلم صحة السكان في المجال التجريبي قبل 30 عاما فحسب. ويقدم بريستون (1975) بيانات عن نصيب الفرد من الدخل والوضع الصحي للسكان مقاسا بمتوسط العمر المتوقع لعينة مستعرضة من البلدان. وتؤكد البيانات الأكثر حداثة استنتاجه القائل بوجود علاقة مقعرة بين الوضع الصحي والدخل (انظر الشكل 2-1). كما أنها توضح أن هذه العلاقة تصبح أكثر قوة بمرور الوقت.



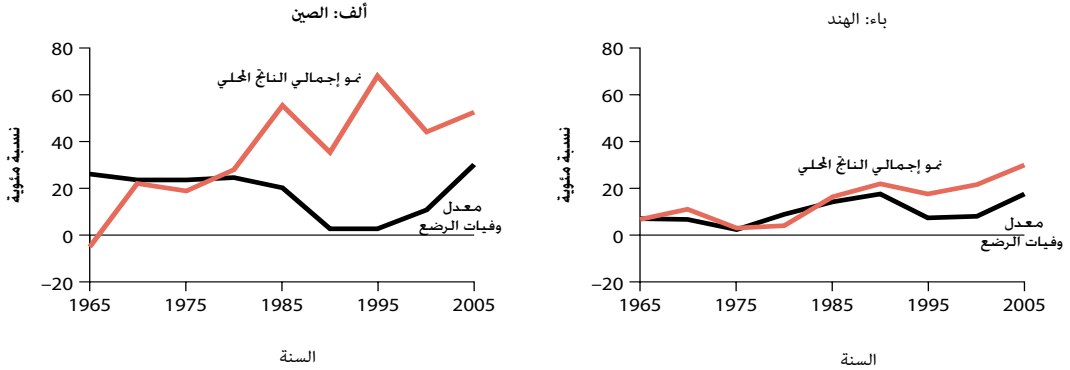
المصدر: دابتون 2006

ملاحظة: يقيس معدل وفيات الرضع عدد الأطفال المولودين الذين يموتون قبل السنة الأولى من العمر لكل ألف ولادة. أما الانحراف المعياري لمعدل ما دون الخمس وفيات فيوضح تطوراً مماثلاً غير مشمول في هذا الشكل. ويعتبر معدل وفيات الرضع عاملاً مهماً في احتساب متوسط العمر المتوقع نظراً لأن نسبة كبيرة من الوفيات في بلد بما تحدث في السنة الأولى من العمر. وخاصة في البلدان ذات معدلات الوفيات المرتفعة.

وتوضح الحقيقة الأخيرة أن الدخل، مقاساً بإجمالي الناتج المحلي، لا يستطيع أن يكون محدداً وحيداً للصحة؛ لأنه لو كان كذلك لكانت البلدان الأكثر غنى وثراءً بمرور الوقت قد تحركت ببساطة على المنحنى المحدد بموجب البيانات المستعرضة لسنة ما. وفي المتوسط، قامت البلدان ذات الدخل المتنامي بتحقيق تحسينات في الصحة بدرجة أفضل من المستوى المتوقع بموجب بيانات 1975. وتشير العلاقة المقعرة بين الدخل والصحة إلى أهمية توزيع الدخل بالنسبة للوضع الصحي لبلد ما؛ فعندما توجد درجة عالية من التفاوت في توزيع الدخل في بلد ما، يكون السكان عموماً أقل صحة على الأرجح من المستوى المتوقع للبلدان من فئة نفس متوسط الدخل. ويقال عادة بأن هذه العلاقة تقدم أساساً منطقياً لإعادة توزيع الدخل في بلد ما من المواطنين الأغنياء إلى الفقراء من أجل رفع متوسط الوضع الصحي مع المحافظة في الوقت نفسه على ثبات متوسط الدخل (وتجاهل تكاليف الخسارة في الكفاءة نتيجة إعادة التوزيع). ويبدو هذا الأمر معقولاً إذا كانت زيادة دخل الفقراء ستؤدي في الحقيقة إلى تحسين صحتهم. ولكن إذا كان المرء يعتقد أن التغييرات في الصحة ستكون عاملاً لتحريك نمو الدخل، فإن نفس الخصائص المقعرة تدل ضمناً على أن إعادة توزيع الصحة من غير الأصحاء إلى الأصحاء (أي في الاتجاه "الخاطئ") ستزيد الدخل الكلي دون أي تأثير على متوسط الوضع الصحي. وبهذه الطريقة، فإن سلامة، إن لم نقل مرغوبة، كل تدخل من هذه التدخلات تعتمد بشدة على اتجاه العلاقة السببية بين الدخل والصحة.

وعلى الرغم من أن منحنى بريستون يوضح علاقة وثيقة بين الدخل والصحة في البيانات المستعرضة، إلا أن البيانات الطولية توحى بأن هذه العلاقة ربما لا تدوم داخل البلدان المنفردة بمرور الوقت ويعتمد الشكل 1-3 على البيانات التي قدمها

الشكل 1-4: نمو الدخل وتخفيضات معدلات الوفيات بين الرضع في الصين والهند، 1960-2000



المصدر: بيانات البنك الدولي. كما استخدمها دايتون 2006. انظر الشكل رقم 8 لدايتون.

ملاحظة: يوضح كل خط التغيير النسبي على أساس سنوي للمتغير على مدى السنوات الخمس السابقة.

دايتون (2006) عن تطور توزيع الدخل القومي والوضع الصحي فيما بين البلدان بين عامي 1960 و2004. ويمثل كل منحنى الانحراف المعياري للمتغير قياساً على قيمته في عام 1960. ويوضح الشكل أن نصيب الفرد من الدخل قد تباعد بصورة مطردة، بما يتمشى مع الشواهد المستقرة على أن الدخل في البلدان الفقيرة لم يحقق النمو بوتيرة سريعة وكافية للحاق بالدخل في البلدان الأكثر غنى (اللجنة المعنية بالنمو والتنمية 2008؛ بريتشيت 1997). وعلى العكس من ذلك، تقاربت مؤشرات الصحة على المستوى القطري حتى عام 1990 بالنسبة لمتوسط العمر المتوقع وحتى عام 2004 بالنسبة لمعدل وفيات الرضع.³

وبهذه الطريقة، يشير الشكل 1-3 إلى أن التغييرات في الدخل على مر الزمن تعتبر غير ذات صلة، أو أن لها حتى صلة سلبية، بالتغيرات في الوضع الصحي: إذ استمر الدخل في التباعد بينما تقارب الوضع الصحي. أي أن الوضع الصحي قد تحسن في البلدان الفقيرة بوتيرة أسرع منه في البلدان الغنية (وإن كان انطلاقه من أساس أكثر انخفاضاً)، على الرغم من حقيقة نمو الدخل في البلدان الفقيرة بوتيرة أكثر تباطؤاً منه في البلدان الغنية.

نظراً للصعوبات والقيود المحيطة بالمقارنات بين البلدان قمنا بتلخيص تطور الدخل والوضع الصحي في بلدين هما الصين والهند - منذ عام 1960. (يأتي هذا التمريم وفقاً لطروحات دايتون 2006؛ دريز وسن 2002). ويشير الشكل 1-4 إلى قيام هذين البلدين بتحسين أوضاعهما الصحية ونصيب الفرد من الدخل على مدى الأربعين سنة الماضية مع اختلاف بين تجربتيهما.

في الصين، يرتبط معدل النمو السنوي لإجمالي الناتج المحلي سلبياً بالمعدل السنوي لانخفاض معدل وفيات الرضع (بمعامل ارتباط قدره -0.45). اختبارت "المقارنة بين متوسطين"، في حين أن الارتباط إيجابي في الهند (بمعامل ارتباط

3 من المحتمل أن انعكاس اتجاه التقارب في متوسط العمر المتوقع في الخمسة عشر سنة الماضية يرجع إلى انهيار الاتحاد السوفييتي السابق الذي يظهر ارتفاع وفيات البالغين، وإلى تفشي مرض الإيدز في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء في تسعينيات القرن الماضي. أما الإيدز وعلى الرغم من آثاره على الأطفال وربما على دخلهم في الحياة فيما بعد من خلال تأثيره على الدراسة - فإن له تأثيراً على متوسط العمر المتوقع للبالغين بصورة أكثر وضوحاً من تأثيره على وفيات الرضع والأطفال.

قدره 0.77، اختبار ت "المقارنة بين متوسطين". وكما يلاحظ دايتون (2006)، فإن المكاسب الأكبر في الصين سبقت انطلاقة النمو الاقتصادي.

ربما تكون البيانات المستمدة من الهند أكثر غموضاً: ففي فترة النمو الاقتصادي المتباطئ نسبياً من عام 1965 إلى 1985، كان الارتباط وثيقاً بين التغيرات في الدخل والصحة. ولكن في السنوات الأخيرة، عندما حدثت انطلاقة النمو الاقتصادي، وجدنا انخفاضاً في معدل التحسن في وفيات الرضع.

تفسير الارتباط بين الصحة والدخل: القضايا المتصلة بالبيانات والتفديرات

تعتبر البحوث المعنية بالصلات بين الصحة والنمو محفوفة بمشكلات القياس، بدءاً من اختيار المتغيرات وصحة تلك المقاييس إلى المشكلات الاقتصادية القياسية الناشئة حيثما وجدت العلاقة السببية العكسية. وقد أسفرت الحلول المبتكرة لمواجهة هذه التحديات عن نتائج مختلطة، ولكن الخلاصة من منظور السياسات تتمثل في وجود صلة ضعيفة بين الصحة والنمو على صعيد الاقتصاد الكلي، ويستعرض هذا القسم قضايا القياس، ومعوقات التحليل، والخيارات البديلة لرصد الارتباط بين الصحة والدخل.

القيود الماثلة أمام المقاييس الكلية للصحة والدخل. على الرغم من أن العلاقات بين المقاييس الكلية للصحة والدخل يمكن أن تكون حافلة بقدر كبير من المعلومات، إلا أنها تواجه بعض القيود لأن كلا المؤشرين عبارة عن إحصاءات موجزة لتقييمات معقدة ومتعددة الأبعاد للنشاط البشري والرفاهية.

يتسم قياس "الصحة" بكونه عملية صعبة ومعقدة، وليس هناك أي مقياس يمكنه القيام بالشكل المناسب بإعطاء نتائج قاطعة بشأن الاعتلال والوفيات (شولتز 2005). ويُشار بصفة خاصة إلى أن عملية استخدام متوسط العمر المتوقع أو وفيات الرضع والأطفال كمقاييس للوضع الصحي لا تخلو من الغموض. لأسباب متعلقة بكل من الإطار التصوري والواقع العملي، فأولاً، تسعى هذه المؤشرات إلى قياس جوانب متعلقة بالصحة قد تكون مرتبطة بالإنتاجية، بما في ذلك مدى تعرض الأفراد للإصابة، أو مواجهتهم لمخاطر الإصابة، بتدهور الصحة، ويشمل ذلك كلا من الاعتلال (المرض) والوفاة السابقة للأوان. فعند استخدام متوسط العمر المتوقع في تحليل مقارن بين البلدان، على سبيل المثال، نعطي وزناً كبيراً للغاية لوفيات الرضع، في حين أن المقياس نفسه عبارة عن متغير مُحْتَسَب في معظم السياقات. كما أن الوفاة تحدث مرة واحدة وتظل أمراً قليل الحدوث حتى في البيئة ذات المعدل المرتفع للوفيات. وعلى الرغم من الاعتماد الشديد على إحصائيات الوفيات في قياس الصحة، إلا أن الوفيات تعتبر لكل هذه الأسباب مجتمعة مقياساً دون الأمثل "للصحة".

ثانياً، تتطلب المقاييس الدقيقة لمتوسط العمر المتوقع، على المستوى العملي، بيانات جيدة لسجلات المواليد والوفيات، وخاصة البيانات المتعلقة بالوفيات، ولا توجد مثل هذه البيانات ببساطة في بعض البلدان النامية، وترتكز تقديرات متوسط العمر المتوقع على معدلات وفيات الأطفال. باستخدام نماذج جداول العمر لاحتساب مستويات وفيات الرضع (مع التعديل لمراعاة التخمينات بشأن مخاطر وفيات السكان عند الضرورة). وبينما يكون نمط مقارنة مستويات العمر المتوقع بين البلدان نمطاً دقيقاً بصورة دقيقة على الأرجح، فإن البيانات الخاصة بالتغيرات في متوسط العمر المتوقع قد تنطوي على أخطاء كبيرة، نتيجة للمسببات المتنوعة (غير المقاسة) لهذه التغيرات.

ثالثا، يمكن إلى حد كبير أن تنطوي التدخلات المؤثرة على الاعتلال المرضي، وليس الوفيات، على آثار هامة على الإنتاجية وهي آثار غير المنسوبة للتغيرات في الوضع الصحي إذا تم قياس الأخيرة باستخدام متوسط العمر المتوقع أو معدلات وفيات الرضع والأطفال. والمثال الرئيسي لأحد التدخلات هو مكافحة الحمى الثلاثية الحميدة (بلازموديوم فيفاكس) التي تتسبب في عدد قليل نسبيا من الوفيات ومعدلات اعتلال مرضي مرتفعة. بالمقارنة بالنوع الفتاك وهو الحمى الثلاثية الخبيثة (بلازموديوم فالسيبارم). ويمكن أن تؤدي مكافحة ملاريا الفيفاكس إلى تعزيز الإنتاجية بصورة ملموسة، سواء بشكل مباشر حيث يعاني البالغون من نوبات مرضية قليلة وأقل حدة، وبشكل غير مباشر عن طريق الزيادات في العائد على. ومن ثم مستوى. الدراسة بالنسبة للأطفال (بليكلي 2006ب). أما مقاييس الاعتلال المرضي البديلة مثل الإبلاغ الذاتي عن الوضع الصحي أو أنشطة الحياة اليومية فتعتبر متاحة بصورة نادرة فقط. ولكن التعويل عليها أقل بكثير من البيانات المجمعة بصورة موضوعية، فضلا عن صعوبة مقارنتها بين البلدان.

المناهج الاقتصادية القياسية. هناك تحديات تواجه تفسير الارتباط المرصود بين الوضع الصحي والدخل على المستوى القطري. فأولا، من المرجح إلى حد كبير أن ارتفاع الدخل يساعد على تحسين الوضع الصحي. وثانيا، ربما تكون هناك عوامل أخرى مؤثرة على كل من الدخل والصحة في البلد المعني (دايتون 2006)؛ وتتضمن هذه العوامل على سبيل المثال المناخ وبيئة الأمراض في البلد. وبالنسبة لهذين السببين، يمكن رصد الارتباط بين الدخل والصحة حتى لم تكن توجد علاقة سببية مباشرة بين الصحة والدخل.

وتمثل مشكلات التعريف والتحديد المصدر الأساسي للجدل الدائر بين الاقتصاديين والباحثين المعنيين بالصحة العامة، وهي مشكلات معروفة جيدا. فعلى سبيل المثال، يلاحظ بليكلي (2007: 73، 74) أنه "من المستبعد أن تقوم الارتباطات البسيطة بين الصحة العامة والنواتج الاقتصادية بقياس التأثير السببي [للصحة على الدخل] لأن الصحة العامة متغير داخلي. والواقع أنها على الأرجح مصلحة طبيعية". وبالمثل، في دراسة مركزة عن تأثير الملاريا، يقر مالاني وسبايلمان وساكس (2004: 143) بوجود شواغل بشأن المتغيرات الداخلية والمتغيرات المحذوفة: "لا يمكن أن نفصل بسهولة بين تأثير الملاريا على الفقر وتأثير الفقر على الملاريا. وتكمن المشكلة الاقتصادية القياسية الثانية في تأثير العوامل المحيطة مثل المناخ الذي قد يكون محرّكا لكل من الفقر والملاريا".

استخدم الباحثون إجراءات متعددة في إطار سعيهم للتغلب على هذه المشكلات والإشكاليات الأخرى المرتبطة بإعداد التقديرات. وتركز بعض الدراسات على العلاقات بين مقاييس صحة السكان (كمتوسط العمر المتوقع) والدخل القومي (كإجمالي الناتج المحلي). وهي تستخدم الأساليب الاقتصادية القياسية لتصحيح التحيز الناتج عن المتغيرات الداخلية والتغيرات المحذوفة. ونحن نشير إليها كمناهج كلية في المناقشة أدناه. وفي الناحية الأخرى، تبحث المناهج الجزئية الصلة بالنسبة للأفراد بين تحسينات الصحة والدخل. بهدف تقليل مشكلات التعريف إلى أدنى حد ممكن من خلال التأني في اختيار البيئة والمحيط. وتجمع طائفة ثالثة من البحوث والمؤلفات بين المناهج الكلية والجزئية داخل إطار احتساب النمو. مع توسيع نطاق المقاييس الجزئية لآثار تحسينات الصحة الفردية على الدخل للوصول إلى تقديرات على المستوى الكلي لتأثير التغيرات في صحة السكان على الدخل القومي. وتقدم الأقسام الفرعية التالية استعراضا

موجزا لاستنتاجات الدراسات التي تستخدم الأساليب الكلية وأساليب احتساب النمو. ونقوم لاحقا باستقصاء المزيد من المناهج الجزئية.

استنتاجات الدراسات الاقتصادية الكلية

إذا نظرنا إلى مجموعة واسعة بدرجة كافية من البلدان، سنجد أن الناس في البلدان الأكثر ثراء هم أفضل صحة في المتوسط: فهم يعيشون حياة أطول ونادرا ما يمرضون. ويقوم الانحدار المقارن بين البلدان بإعطاء تقدير كمي لهذا الارتباط. وتمثل وكان من بين الأعمال الأولى المساهمة في هذا المجال مؤلفات بريتشيت وسومرز (1996)، اللذين خلاصا إلى أن "الأكثر غنى كان أكثر صحة" أي أن العلاقة السببية امتدت من الدخل إلى الصحة.

ركزت البحوث اللاحقة على الصلة بين الصحة والتغيرات في الدخل: البلدان الأكثر صحة قد تكون أكثر غنى. ولكن هل تحقق هذه البلدان نموا أكثر سرعة؟ يتناول غالوب وساكس (2001) هذه القضية بالدراسة ويجدان ارتباطا قويا بين مستوى صحة السكان ونمو الدخل. وتوجد، بطبيعة الحال، شواغل واضحة بشأن المتغيرات الداخلية والمتغيرات المحذوفة لهذا النوع من التمرين. ولكنه يقدم آفاقا صعبة المنال تفيد بأن أي بلد ما يستطيع زيادة دخلة عن طريق تحسين صحة سكانه.

اضطلعت فيما بعد مجموعة من الدراسات بتنقيح وتوسيع نطاق منهجية غالوب وساكس. إذ قام بلوم وكانيغ وسيفيلا (2004) بعرض نتائج 13 دراسة استخدمت فيها جميعا طرق الانحدار المقارن بين البلدان. وكلها توضح الآثار الكبيرة للصحة على النمو. وسعياً لتصحيح العوامل الأخرى الممكنة التي تؤثر على كل من مستوى الصحة ونمو الدخل، قام بلوم وكانيغ وسيفيلا (2004) بتقييم الارتباط بين التغيرات في الوضع الصحي والتغيرات في الدخل بين البلدان. وقد وجدوا نتائج مماثلة.

تؤثر مشكلة المتغيرات الداخلية فعليا على جميع الدراسات المقارنة بين البلدان بشأن هذا الأسلوب، لأن الاختلافات في مستويات ومعدلات نمو الدخل يمكن أن تؤثر بصورة معقولة على مستويات الوضع الصحي وتغيراته. وتمثل الاستجابة المنهجية في استخدام متغير بديل للوضع الصحي (أو لتغيراته)، ويعتقد الباحثون أن ذلك لا يؤثر بشكل مباشر على مستوى الدخل أو نموه. ثم يكون أي ارتباط مرصود بين هذا "المتغير المساعد" والدخل شاهدا على وجود صلة سببية بين الصحة والدخل.⁴

يستخدم غالوب وساكس (2001) الجغرافيا كمتغير مساعد للوضع الصحي. فالأوبئة الأساسية وبولوجيا الأمراض المعدية تعني أنه من المحتمل عند أي مستوى من الدخل أن تكون هذه الأمراض أكثر انتشارا في المناطق الريفية. ويمكن عندئذ أن يشكل تأثير الجغرافيا (القرب والبعد عن خط الاستواء) على الدخل

4 يستخدم بلوم وكانيغ وسيفيلا (2004) القيم المتأخرة للمدخلات الخاصة بالصحة والنواتج الاقتصادية (ومعدلات النمو المتأخرة الخاصة بها) كأدوات. إلا أن ويل (2005) يشكك في سلامة هذه الإستراتيجية، ويرغم أن "فرضية التعريف المطلوبة لم يتم تحديدها بشكل صريح أو الدفاع عنها". ويذهب مانكيو (1995: 303-04) إلى حد الإيعاز بأن "بيانات المقارنة بين البلدان لا يمكنها مطلقا أن تقوم على سبيل المثال، بتحديد اتجاه العلاقة السببية بين الاستثمار (أو الصحة) والنمو". وهو يلاحظ عدم معقولية المتغيرات المتأخرة كأدوات جيدة، ويلقي الضوء على مسألة تعدد العلاقات الخطية (الارتباط المتسامت) تلك البلدان التي تفعل الأشياء بطريقة صحيحة تكون معظم أشيائها صحيحة. أما البلدان التي تفعل الأشياء بطريقة خاطئة فتكون معظم أشيائها خاطئة" ويوضح كيف يمكن أن يؤدي غياب الاستقلالية وأخطاء القياس (وهما أمران ملموسان بصورة حادة في الانحدار المقارن بين البلدان) إلى تحيز النتائج.

شاهدا على تأثير الصحة على الدخل. وكان هذا النهج محل شكوك في سلسلة من الدراسات (أسيموغلو، جونسون، روبنسون 2002؛ إيستلي، ليفاين 2003؛ رودريك، سوبرامانيان، تريبي 2002) التي تتحدى فرضية غالوب وساكنس القائلة إن الجغرافيا لا يمكن أن تؤثر على النمو لا بشكل مباشر ولا من خلال تأثيرها على عامل ثالث يعتبر في حد ذاته مهما بالنسبة للنمو. وبصفة خاصة، توضح هذه الانتقادات أنه بمجرد مراعاة تأثير الجغرافيا على اختيار المؤسسات في بلد ما، يكون لها تأثير مستقل ومحدود على الدخل. وبصفة عامة، اتجهت البلدان المدارية والاستوائية إلى اعتماد المؤسسات الأقل مواتاة بالنسبة للنمو الاقتصادي بالمقارنة بمؤسسات البلدان الأخرى. وإن اختيار المؤسسات هو الذي يحدث الارتباط بين الصحة والدخل. وتمثل الدلالة الواضحة لاستنتاجهم في أن تحسين الوضع الصحي (من خلال مثلا توسيع نطاق استخدام الناموسيات على الأسيّة لحد من الإصابة بالمalaria) سيكون له تأثير ضئيل على النمو الكلي وأن الإصلاح المؤسسي هو الإجراء المطلوب لزيادة الدخل. يُسلم ساكنس (2003) باحتمال أن الجغرافيا تؤثر على النوعية المؤسسية. ولكنه يختلف مع استنتاج أن ذلك هو الأثر الوحيد للجغرافيا. ويقوم في سياق ذلك بإجراء سلسلة من الانحدارات المقارنة بين البلدان بهدف تمييز أثر انتشار المalaria المرتبط بالجغرافيا بدرجة عالية وفصله عن التأثير على النوعية المؤسسية. وبدلا من استخدام مقياس بسيط للجغرافيا (القرب والبعد عن خط الاستواء) كمتغير بديل للنواتج الصحية، ذات الارتباط القابل للجدل بالدخل، يقوم ساكنس ببناء أداتين: الأولى معنية بمخاطر المalaria ويسمّيها "بيئة المalaria" وهي تركز على الأحوال المناخية وانتشار ناقلات المرض. بينما تختص الأداة الثانية بالنوعية المؤسسية وترتكز على وفيات المستوطنين ونصيب السكان الذين يعيشون في مناطق معتدلة في بلد ما. وفي كل مواصفاته ومعاييرها، يجد ساكنس أن كلا من النوعية المؤسسية ومخاطر المalaria هما محددان للدخل ولهما دلالة إحصائية. ولكن هذا النهج لم يُسلم من نقد منهجيته، وخاصة الطرح المُشير إلى أن التأثير المُقاس لبيئة المalaria على النمو يكون غير متحيز فقط عندما نعتقد بأن بيئة المalaria لا تؤثر على النوعية المؤسسية.

وبعيدا عن القضايا الاقتصادية القياسية التي تثور عند إجراء الانحدارات المقارنة بين البلدان، ينبغي ألا يعتمد المرء بدرجة مفرطة على النتائج القائمة بإقصاء بعض البلدان على نحو انتقائي. ويوضح بلوم وكانينغ (2003ب) هذه النقطة، حيث يقومون بتحليل كيفية حدوث التغيرات الديمغرافية في شرق آسيا بفعل تحسينات الصحة التي أدت إلى زيادة الادخار والنمو. ويُعرجان بعد ذلك على تجربة أمريكا اللاتينية المنطوية على "أوضاع ديمغرافية وصحية متماثلة بصفة عامة"، ويلاحظان أن "اقتصاد شرق آسيا شهد تفجّر ينابيع النمو، بينما ركز النمو الاقتصادي في أمريكا اللاتينية. وأن بيئة السياسات في أمريكا اللاتينية المتسمة بسوء سياسات أسواق العمل، وعدم كفاية الانفتاح على الأسواق العالمية، وعدم ملاءمة النظام التعليمي كانت بيئة مختلفة تماما عن مثلتها في شرق آسيا ولم تُقدّم نفس الظروف والأحوال المواتية." وفي حين أن تفاعل السياسات الجيدة مع الصحة الجيدة ربما يكون الأمر المهم، إلا أن المقارنة بين منطقتي شرق آسيا وأمريكا اللاتينية تشير إلى أن السياسة الجيدة ببساطة هي المهمة بالدرجة الأولى.

سعت عدة دراسات مؤخرا إلى تحديد أثر الصحة على الدخل والنمو من خلال نمذجة ابتكارات بيئة الصحة التي يمكن إلى حد معقول اعتبارها متغيرات خارجية. فعلى سبيل المثال، يستقصي أسيموغلو وروبينسون (2008) ما إذا كانت نواحي التقدم في علوم الصحة قد أثرت على الدخل القومي. وهما يُحللان التقدم التقني الكبير في

مجالات العلاج بالأدوية والعقاقير واللقاحات، ومبيدات الآفات، وانتشار المعرفة العلمية عن طريق المنظمات الدولية في القرن العشرين. ويخلصان إلى أن مناشط هذا التقدم لم تؤد إلى ارتفاع نصيب الفرد من الدخل. وفي تلك الدراسة، قام المؤلفان ببناء مقياس لمقدار ما يمكن أن يتوقعه البلد من مكاسب من وراء هذه الابتكارات التكنولوجية والمؤسسية فالمتوقع أن البلدان ذات الانتشار المرتفع للأمراض التي يمكن علاجها الآن أو تجنب الإصابة بها هي التي ستحقق مكاسب أكبر من حيث انخفاض معدلات الوفيات وهما يستخدمان هذا المقياس كمتغير مساعد للتغيرات الحقيقية في صحة السكان. وتتمثل الفكرة هنا في ارتباط هذه الأداة بالتحسينات الفعلية في الصحة، ولكنها ليست مرتبطة بشكل مباشر بالتغيرات في الدخل. وهما يستنتجان أن التقدم في الطب والأدوية أدى إلى زيادة كبيرة في معدل النمو السكاني إلى جانب زيادة أيضا في الدخل (المُقاس بإجمالي الناتج المحلي). ولما كانت الزيادة في الدخل لا تضاهي الزيادة في السكان، فإن نصيب الفرد قد انخفض على الرغم من التحسينات في الصحة. وبمثل هذا الأثر بالضرورة ظاهرة التوازن العام: إذ ارتفع المعروض من العمالة، بينما لم تتكيف العوامل والمقومات الأخرى (الأرض، ورأس المال)، مما أدى بالتالي إلى انخفاض نصيب الفرد من الناتج.

وتعكس هذه النتيجة ما استنتجه يونغ (2005) الذي يستخدم بيانات جزئية لمعايرة نموذج النمو الكلاسيكي الجديد مع آثار الخصوبة. من أجل تقدير تأثير وباء الإيدز والعدوى بفيروسه في جنوب أفريقيا، ويرى يونغ أنه نظرا للأثر السلبي للوباء على السكان، فإن نسب رأس المال إلى العمالة ترتفع بما يكفي لتعويض أي انخفاض معقول في معدل انتقال رأس المال البشري بين الأجيال المرتبط بوفيات الآباء والأمهات.

في معرض تعليقه على دراسة أسيموغلو وجونسون (انظر الفصل الرابع من هذا الكتاب). يلاحظ بليكلي (2006) أن هذين المؤلفين لا يريان أي تأثير للتغيرات في الصحة على إجمالي الناتج المحلي الكلي. ويؤكد بليكلي أن أوضاع سوق العمل، وخاصة حجم البطالة وقصور استخدام قدرات العاملين، هي عوامل حاسمة الأهمية في تحديد تأثير التحسينات في الصحة على إجمالي الناتج المحلي المُقاس. ومشييرا إلى أن النموذج الذي يفترض ثبات رأس المال هو نموذج غير ملائم. يلاحظ بليكلي أن الموجودات الرأس مالية كان ينبغي أن تستجيب في واقع الأمر على مدى الأربعين سنة التي يغطيها تحليل أسيموغلو وجونسون، وأنه من المرجح أيضا تحسن إنتاجية الأراضي على مدى تلك الفترة (نتيجة لزيادة التوسع الحضري والثورة الخضراء في الزراعة).

استخدام أساليب احتساب النمو لتقدير أثر الصحة على العوائد الاقتصادية

تسعى مجموعة من الدراسات الأخرى إلى التغلب على عيوب الشواهد الاقتصادية الكلية من خلال إضافة عناصر اقتصادية جزئية. علما بأن هذه الدراسات في استخدام أساليب أكثر صقلا وتنقيحا واعتمادها على مقاييس للرصد الأفضل للآثار الاقتصادية لاستثمارات الصحة والتغذية تقدم بصورة قابلة للجدل أساسا أكثر قوة من أساس الدراسات الكلية من أجل استخلاص نتائج بشأن الصلة بين الصحة والنمو الاقتصادي.

إذ يستخدم شاستري وويل (2003) وويل (2005) منهجية مختلفة لتقدير نسبة التفاوت في الدخل بين البلدان التي يمكن ربطها بالفوارق في الأوضاع الصحية. وبالجمع بين التقديرات الاقتصادية الجزئية لتأثير الصحة على الإنتاجية ونموذج الاحتساب الاقتصادي الكلي، يقوم شاستري وويل بتحليل الناتج القطري الكلي

إلى أجل الإنتاجية (المتبقي) زائدا العائد على عوامل معينة. منها رأس المال المادي، ورأس المال البشري التعليمي. ورأس المال البشري الصحي. ومما يُذكر أن مقاييس الناتج ورأس المال المادي ورأس المال التعليمي (مقاسا بمتغير عدد سنوات الدراسة) هي مقاييس متاحة بسهولة بالنسبة لبعض البلدان. وإن كان ينبغي أن نسلّم بأنها مجموعة مقاييس فرعية، وخاصة بالنسبة للتعليم؛ ويتمثل التحدي في بناء مقياس للصحة ذي صلة بالإنتاجية.

يتمثل نهج ويل (2005) لاحتساب أثر الصحة على الأداء الاقتصادي في تقدير العائدات (من حيث الأجور الأكثر ارتفاعا) على عدد من مؤشرات الصحة. بما في ذلك طول قامة البالغين. ومعدل بقاء البالغين على قيد الحياة. وسنّ الطمث. واستخدام أدوات لتحديد فروقات نواتج الصحة. واختلافات الوزن بين التوائم عند الميلاد (انظر على سبيل المثال. بيرمان وروزنزويغ 2004). وبيانات تاريخية عن كمية السعرات الحرارية (انظر فوغل 1997). ويرى ويل أن زيادة بنسبة 10 في المائة في معدل بقاء البالغين على قيد الحياة من شأنها أن تؤدي إلى زيادة بنسبة 6.7 في المائة في مدخلات العمل لكل عامل وبنسبة حوالي 4.4 في المائة في إجمالي الناتج المحلي لكل عامل. وتجدر الإشارة إلى أن التقدير المعني بالزيادة في إجمالي الناتج المحلي لكل عامل يعد أصغر كثيرا من التقديرات الأخرى الواردة في الأبحاث والمؤلفات الأخرى.⁵ ويحتسب ويل أن نسبة قدرها حوالي 9.9 في المائة من التغير في سجل إجمالي الناتج المحلي لكل عامل ترجع إلى فجوات الصحة والتغذية بين البلدان. ويختتم قائلا "إن تقديراتي لا تساير الوصف التشخيصي للصحة المعتلة كعقبة رئيسية كؤود أمام التنمية الاقتصادية كما وصفها تقرير منظمة الصحة العالمية المعني بالاقتصاد الكلي والصحة".

عندما يجري دمج آثار التوازن العام المرتبطة بتغيرات الخصوبة والسكان في تحليل ويل الذي يفترض ضمنا. كما يوضح أسيموغلو وروبنسون (الفصل الرابع من هذا الكتاب). حجما ثابتا للسكان - فإن التأثير المُقدر للصحة على نصيب الفرد من الدخل ربما يكون أصغر حجما إلى حد ما. إلا أن منهجية المجاميع والإجماليات لا تأخذ بعين الاعتبار استجابات سلوكية معينة للصحة المحسنة. مثل التغيرات في معدلات الادخار أو الخيارات التعليمية. التي يمكن أن تزيد الدخل على المدى الطويل. وفي دراسة أكثر حداثة. يقوم أنشرف وليستر وويل (2007) بدمج هذه القنوات الإضافية التي يمكن من خلالها للتغيرات في الصحة أن تعكس النمو. ولكنهم لم يجدوا حتى الآن سوى مكاسب متواضعة في الدخل.

تشير استنتاجات الدراسة الجزئية- الكلية المجمعة إلى وجود بعض القصور والعيوب. فطبقا للمناقشة أدناه التي تتناول الدراسات الاقتصادية الجزئية (على سبيل المثال. بليكلي في الفصل الخامس من هذا الكتاب). يمكن أن تعمل التحسينات في الصحة على تحسين الأداء الاقتصادي ولكن من المستبعد أن تشرح أسباب تأخر بعض البلدان عن بلدان أخرى في الرفاهة المادية. ومزيدا على ذلك. ونظرا لأن أهم التحسينات الصحية تحدث في مرحلة مبكرة من الحياة. فإن الآثار المرتبطة بالدخل تستغرق وقتا طويلا قبل أن تؤتي أكلها.

5 بل إن هذا التقدير أقل في الحقيقة من النطاق الأكثر انخفاضا لما نسبته 95 في المائة من فترة الثقة الإحصائية لنفس المقياس حسب تقديرات بلوم وكانيغ (2005) باستخدام الارتداد المقارن بين البلدان مع استخدام المتغيرات المتأخرة كأدوات.

يتمثل نهج بديل لدراسة الروابط بين الصحة والدخل في بحث استثمارات الفرد والأسرة وتأثيرها على دخل الأسرة. وتكمن مزايا هذا النهج في حال توافر بيانات ذات نوعية كافية. في أننا قد نحصل على قدر أكبر من الثقة في إرجاع آثار معينة إلى متغيرات خاصة بالصحة أو متغيرات أخرى.

أما مساوئ النهج الاقتصادي الجزئي فتتمثل في احتمال عدم سهولة تطبيق النتائج على ظروف وملابسات أخرى. وأن ما يصدق على المستوى الجزئي قد لا ينطبق على عموم السكان بسبب آثار التوازن الخارجية أو العامة. فعلى سبيل المثال. إذا كانت سوق العمل تكافئ الأفراد فقط لتصنيف صحتهم (الأكثر صحة يحصلون على عدد أكبر من عروض العمل). فإن التحسينات في صحة الشخص عندئذ سوف تُترجم إلى زيادة في دخله أو دخلها. مقابل انخفاضات مضاهية لذلك في دخل الآخرين. ولن يكون هنالك أي تأثير على الدخل الكلي. وبصفة أعم. مثلما ورد في دراسة أسيموغلو وروبينسون (2008). إذا استخدم العمال عوامل إنتاج في المعروض منها ثابت نسبيا. مثل الأرض ورأس المال. فإن من الجائز عندئذ أن التحسينات الصحية المفضية لزيادة عرض العمالة ستؤدي إلى تخفيض متوسط الناتج لكل عامل. ولا تستطيع الدراسات على المستوى الجزئي التقاط مثل هذه الآثار.

وعلى الرغم من هذه العيوب. إلا أن المناهج الجزئية تقدم رؤى هامة بشأن التأثير المحتمل للصحة على الرفاهة الاقتصادية. وسوف نركز أدناه على مصدرين أوسع نطاقا للفتاوتات بسبب الصحة بين الأفراد لنرى كيفية ترجمتها إلى فوارق في الإنتاجية الاقتصادية. ويتمثل المصدر الأول للاختلافات بين الأفراد في المدخلات الأساسية للحياة الصحية والمنتجة. ونعرض الآثار الاقتصادية لهذه الاختلافات ونتائج التدخلات لتحسين التغذية والسعرات الحرارية من ناحية. ولتعزيز النمو في مرحلة الطفولة المبكرة من الناحية الأخرى. أما المصدر الثاني للاختلافات فهو انتشار الأمراض وقدرة الحصول على العلاجات الطبية واستخدامها؛ ونعرض استنتاجات دراسات مختارة عن الآثار السلبية للإيدز والملاريا على الإنتاجية والآثار الاقتصادية للمعالجة الطبية مثل حبوب التخلص من ديدان الإنكلستوما والعلاج المضاد للفيروسات الرجعية.

تأثير التدخلات على النمو في مرحلة الطفولة المبكرة

تشير الأدلة والشواهد المتزايدة المستقاة من الاقتصاد وعلم النفس وعلم الأعصاب إلى أن الاستثمارات المبكرة في الأطفال الصغار لها تأثير عميق وطويل الأمد على الصحة الجسدية والعقلية. والدخل. والرفاهة. فالخبرة المبكرة تصوغ بنية العقل (كنودسن وآخرون 2006). وللنمو في الطفولة المبكرة باع طويل حيث يؤثر على الصحة الجسدية والعقلية والرفاهة لاحقا في مستقبل الحياة (دراكر وتاسينار 1997؛ فوجل 1994؛ موستارد 2006). وقد أوضح كنودسن (2004) وجود فترات حساسة لنمو الجهاز العصبي في مرحلة مبكرة من الحياة مما يؤثر على الذاكرة الطويلة الأمد. وبهذه الطريقة. فإن الفترة الحرجة للتدخلات هي سنوات ما قبل المدرسة. وقدمت البحوث كمّا هائلا من الشواهد المتصلة بهذه القضية.

تقدم فيكتورا وآخرون (2008) ملخصا للنتائج والآثار الطويلة الأمد لنقص تغذية الأمهات من دراسات عن أفواج من 5 بلدان نامية. مع استعراض البحوث والمؤلفات التي تناولت نفس هذا الموضوع. وقد وُجد أن نقص التغذية يمكن أن يسبب دمارا هيكليا في المخ. وأن نقص تغذية الأمهات والأطفال يسفر عن بالغين

قصار القامة، وقلة التعليم، وانخفاض الإنتاجية، وانخفاض الوزن عند الميلاد بين أبنائهم. وهنالك صلة أيضا بسرطان الكبار، وأمراض الرئة، والمرض العقلي، وجميعها تضرّ بالإنتاجية والدخل.

يقدم توماس وفرانكنبيرغ (2002) استعراضا مفيدا للدراسات الاقتصادية الجزئية لتأثير التغذية على النواتج الاقتصادية على مستوى الفرد. "على الرغم من أن هذه الصلة [بين الصحة والدخل] ليست مباشرة، إلا أن وزن هذه الشواهد يشير إلى التغذية، ومن الممكن أبعاد أخرى للصحة. كمحددات هامة للإنتاجية الاقتصادية". وفي دراسة لعوامل الأخطار التي تهدد الأطفال الصغار يلاحظ وولكر وآخرون (2007)، أن الأطفال المصابين بالتقرم يظهرون دائما نقصا في المهارات الإدراكية والتعليمية، وإن كان حجم النقص يتفاوت حسب البيئة. ويدعو وولكر وزملاؤه إلى التدخل لمنع التقرم وعدم كفاية التحفيز الإدراكي ونقص الأيودين والأنيما الناتجة عن نقص الحديد.

يشدد هيكرمان (2007) على أهمية المهارات غير المعرفية في إعداد وتهيئة الأطفال للالتحاق بالمدارس، وسن البلوغ، ومكان العمل، ويشير بحثه إلى أن كلا من القدرات المعرفية والقدرات الاجتماعية والعاطفية للأفراد في سن الطفولة تفسر العديد من سمات سلوكهم الاقتصادي والاجتماعي فيما بعد. فالفجوات في القدرة الإدراكية والمعرفية تنشأ في مرحلة مبكرة، وهي تشرح في الولايات المتحدة كثيرا من الاختلافات بين الأفراد في الأداء التعليمي فيما بين مستويات الدخل (كونها وآخرون 2006).

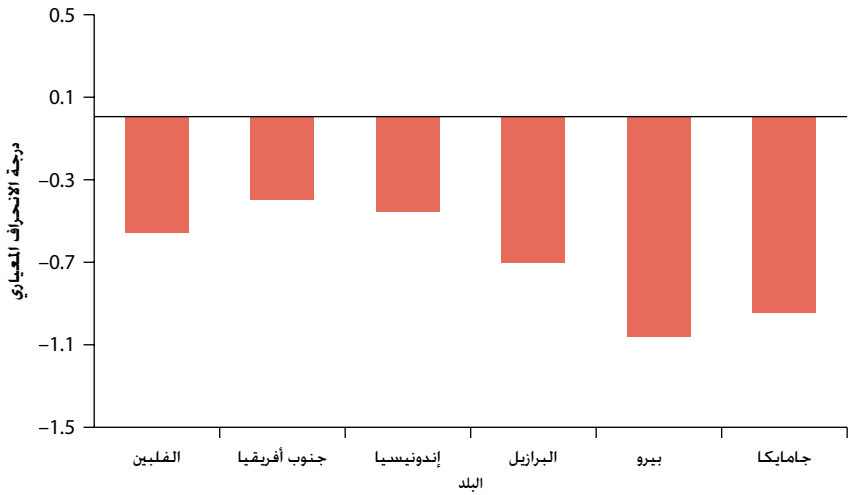
ويلخص غرانثام-ماكغريغور وآخرون (2007) الأدلة العلمية والشواهد السلوكية من البلدان النامية، ويشير إلى الفقر وسوء التغذية وضعف الصحة والبيئة المنزلية غير المحفزة بوصفها عوامل مضرّة بالنمو الإدراكي والحركي والاجتماعي والعاطفي للأطفال. وتخلص دراستهم إلى أن كلا من الفقر والتقرم في الطفولة (نتيجة للنقص الدائم في التغذية) يرتبطان بسوء الأداء في المدرسة، وانخفاض الدخل في سن البلوغ، وارتفاع الخصوبة، وعدم كفاية رعاية أبنائهم.

توضح الدراسات التبعية الطويلة المدة العلاقة بين النمو في الطفولة المبكرة واللغة، والذكاء، والميول الإجرامية. ويبين بلاك وآخرون (2008) كيف أن نقص الوزن عند الميلاد يؤثر بدرجة كبيرة على النواتج الأطول أمداً مثل طول قامة البالغين، ونسبة الذكاء، والدخل، والتعليم، وللخبرة الشفهية من خلال القراءة والتحدث آثار كبيرة على المهارات الشفهية للأطفال ولغتهم في مراحل لاحقة من النمو (موستارد 2006: 33). وأوضحت عدة دراسات (مُستشهد بها في دراسة موستارد 2006: 37) أن الأطفال ذوي النمو الضعيف للمهارات الشفهية في السنوات الثلاث الأولى من العمر يكون أدأهم سيئا في اللغة والقراءة والكتابة في المدرسة.

يرتبط كل من التقرم والفقر بانخفاض سنوات الدراسة، افي البرازيل، تنخفض سنوات الدراسة بأكثر من 4 سنوات في المتوسط بالنسبة للأطفال المنخفضي الدخل المصابين بالتقرم، كما يقل دخلهم بنسبة 30 في المائة حسب التقديرات عن متوسط دخل العامل فور انضمامهم إلى فئة البالغين (جرانثام-ماكغريغور وآخرون 2007).⁶ ويوضح توماس وشتراوس (1997) انخفاضا بنسبة 20 في المائة تقريبا في العوائد على الدراسة بين الذكور أصحاب المهن الحرة في البرازيل عند إضافة طول القامة إلى دالة الأجور.

6 من المرجح أن يكون الأطفال المصابون بالتقرم ومهارات إدراكية محدودة أكثر تسريا من المدارس وأقل قدرة على التعلم عند بقائهم في المدارس (جرانثام-ماكغريغور وآخرون 2007).

الشكل 1-5: نواحي القصور في المهارات الإدراكية أو في تحصيل التعليم المرتبطة بالتقدم المعتدل (توقف النمو المعتدل) لدى الأطفال دون سن الثالثة طبقا لست دراسات تتبعية طويلة المدة



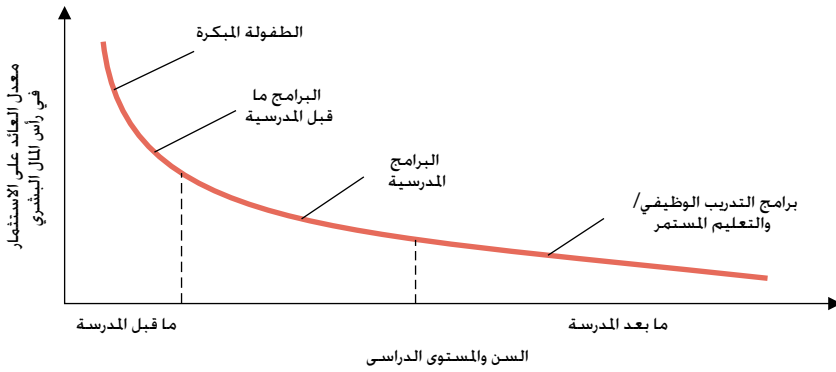
المصدر: غرانثام - ماكغريغور وآخرون 2007.

وقد أوضحت دراسات إمام الكبار بالقراءة والكتابة في برنامج تقييم التعليم الوطني التابع لوزارة التربية والتعليم الأمريكية أن أداء الأطفال من فئة الحد الأدنى للصحة البدني والعقلية يأتي أيضا في مؤخرة التوزيع التصنيفي في الاختبارات الموحدة. ويوضح الشكل 1-5، من بحث غرانثام - ماكغريغور وآخرين (2007)، نقص المهارات الإدراكية والمعرفية إذا كان الطفل في أدنى خميس للثروة في السنوات الثلاث الأولى من الحياة. وعلى أساس الدخل، تكون الانحرافات المعيارية كبيرة في نقص المهارات الإدراكية والمدرسية للأطفال (درجة الانحراف المعياري) شريحة الـ 20 في المائة الأفقر من الأسر المعيشية، وتمثل البلدان الخمسة محل الدراسة ثلاث قارات ومجموعات منخفضة ومتوسطة الدخل، مما يشير إلى أن الثقافة والموقع الجغرافي أقل أهمية من البيولوجيا في تحديد مظاهر هذا النقص. فماذا عن تأثير التدخلات؟ حققت كوبا، في ظل برامجها الموسعة المعنية بالنساء الحوامل والأطفال الصغار، أداء أفضل بكثير في مجالات تقييم الإلمام بالقراءة والكتابة، حيث كان الانحراف المعياري بالنسبة لها أعلى بدرجتين من أي بلد آخر في منطقة أمريكا اللاتينية (كارنوي ومارشال 2005، دراسة ورد ذكرها في بحث موستارد (2006: 39).

يوضح فوغل (2002) وألدرمان وبيрман وهودينوت (2003) أهمية تدخلات التغذية النوعية في تعزيز النمو الإدراكي والمعرفي، والقامة والقوة البدنية، والالتحاق المبكر بالمدارس، وزيادة الانتظام في الدراسة، وارتفاع مستوى التعليم والتعلم، وزيادة إنتاجية البالغين، والذرية الأكثر صحة.

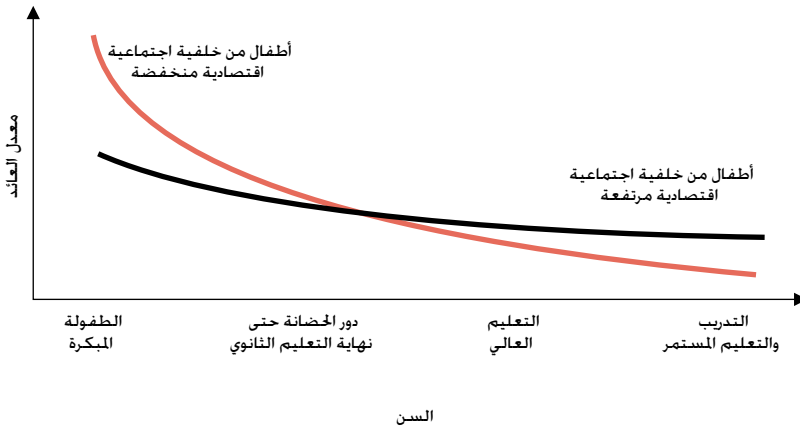
وهناك نتائج لافتة للنظر في دراسة تتبعية حديثة تغطي فترة زمنية قدرها 35 سنة عن الآثار الطويلة الأمد للتدخلات التغذوية أثناء الطفولة المبكرة (بيрман في الفصل السادس من هذا الكتاب؛ ميلغر وآخرون 2008). فقد تم عشوائيا إعطاء اثنين من المكملات الغذائية للأطفال المنتمين إلى أسر محدودة الدخل في غواتيمالا؛ وكان الأطفال الحاصلين على المكمل الغذائي الغني بالبروتينات أفضل بصورة هائلة في الأداء التعليمي ودخل الأيدي العاملة. فالنساء اللواتي حصلن على مكمل غذائي غني بالبروتين في السنوات الثلاث الأولى من العمر حققن زيادة

الشكل 1-6: العوائد على المستويات المختلفة للتعليم استناداً إلى الخلفية العائلية



المصدر: منقول بتصرف من دراسة كونها وآخرين 2006

الشكل: 1-7 العوائد على المستويات المختلفة للتعليم والخلفية العائلية



المصدر: فويمان وشوتز 2006

قدرها 1.17 سنة في سنوات الدراسة، وكان وزن أطفالهن عند الميلاد أعلى بواقع 179 غراما، وأطول قامة في سن الثالثة من أطفال النساء اللاتي حصلن على مكمل غذائي غني بالسعرات الحرارية في طفولتهن. وحقق الرجال الحاصلون على مكمل غذائي غني بالبروتينات في السنتين الأوليين من العمر زيادة في الأجور بنسبة 46 في المائة في المتوسط عن الرجال الحاصلين على مكمل غذائي غني بالسعرات الحرارية. وبهذه الطريقة، تعتبر الشواهد على قيمة التدخلات في سنوات ما قبل المدرسة أدلة واضحة ولافتة للنظر. والواقع أن الشواهد الحديثة (انظر الشكلين 1-6 و 1-7) تشير إلى أن معدل العائد الاقتصادي على الانتظام والحضور في سنوات ما قبل المدرسة يقرّم العوائد على الجامعة أو التدريب الوظيفي (كارنيرو وهيكمان 2003) وأن نقص الاهتمام والعناية بالنمو في الطفولة المبكرة ينطوي على تكاليف عالية طويلة الأمد (هيكمان 2007).

وتؤدي الاستثمارات في الأطفال على المستوى الفردي قبل بلوغ سنّ الثالثة إلى آثار أكثر أهمية من تلك المرتبطة بأية استثمارات اجتماعية أو صحية أخرى

وبتكلفة حدية أكثر انخفاضاً (كارنيرو وهيكممان 2003). وربما يكون الاستثمارات في تحسينات الصحة العامة هي فقط الأكثر أهمية في هذا السياق. ولكنها تميل إلى كونها تكميلية، وليست بديلاً عن، التدخلات الموجهة للأطفال الصغار. وخلاصة القول إن التدخلات المؤثرة على النمو في الطفولة المبكرة تحقق مزايا ومنافع طويلة الأجل لرأس المال البشري والإنتاجية. وتشير الدراسات الاقتصادية الجزئية التي قمنا بالتعريح عليها أعلاه إلى أن الرعاية قبل الولادة، والمكملات الغذائية للأطفال المصابين بسوء التغذية، والمغذيات الدقيقة، والتعليم قبل المدرسي للأطفال المحرومين، تساعد، من بين استثمارات أخرى، على زيادة القدرات والإمكانات لنجاحهم الطويل الأمد في المؤسسات التعليمية وأماكن العمل والرفاهة طول الحياة. وتعتبر هذه النتائج من بين النتائج الأكثر قوة من حيث الآثار المباشرة على الأفراد والآثار الطويلة الأجل لتحسين الوضع الصحي، والإنتاجية، والدخل. ولعل الأمر الأكثر أهمية هو التأثير المحتمل على الجيل القادم، إذ تشير هذه الاستنتاجات، في واقع الأمر وحقيقته، إلى إمكانية كسر حلقة الفقر والاعتلال المرضي والوفيات المبكرة عن طريق التدخلات في المراحل الأولى للطفولة. ومما يثير الأسف أن استثمارات الطفولة المبكرة لم تنل ما تستحقه من كفاية الاهتمام والموارد. ولعل الفرصة الكبيرة سانحة أمام البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء كي تبادر بتعزيز رأس المال البشري من خلال توجيه عنايتها واهتمامها صوب تنفيذ هذه الاستثمارات.

تأثير المرض على الدخل

من المرجح أن الاستثمارات في الأطفال الصغار وتوفير التغذية لمن يعانون من سوء التغذية ستؤدي إلى جعل الناس أكثر صحة مع تقليل احتمالات وقوعهم فريسة للمرض. ولكن ماذا يحدث للإنتاجية عندما يمرض الناس؟ تعالج طائفة واسعة من البحوث والمؤلفات هذه المسألة، باستخدام ما يُعرف بنهج تكلفة المرض لقياس تأثير الصحة على الدخل. وتركز بعض الدراسات على الآثار الفورية للمرض، بما في ذلك انخفاض المعروض من العمالة، وتدني إنتاجية العاملين المَرْضَى، بينما تشتمل أطروحات أخرى الآثار الممكنة الطويلة الأمد نتيجة للابتعاد المُطَوَّل عن القوة العاملة وعدم مزاوله الأنشطة الاقتصادية.

وتبحث دراستان لبليكلي (الفصل الخامس من هذا الكتاب) آثار حملات استئصال المرض على الصحة والنواتج الاقتصادية. وتشير نتائجها إلى أن تحسين الصحة يمكن أن يكون مهماً على هامش النمو، ولكن من المستبعد أن يكون الحل السحري القاهر لكل المستعصيات والإشكاليات. وفي دراسته عام 2007 لتأثير جهود استئصال الإنكستوما برعاية لجنة روكفلر الصحية في جنوب الولايات المتحدة في أوائل القرن العشرين، يقيس بليكلي معدلات الإصابة المنتشرة قبل التدخل: ليجد أن 40 في المائة في المتوسط من الأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة أصيبوا بهذا المرض. ومثل أسيموغلو وجونسون (الفصل الرابع من هذا الكتاب)، يستخدم بليكلي بيانات عن معدلات الإصابة حسب الموقع، وهو ما يعاكس التفاوت الجغرافي في المنافع المحتملة المتأتبة من استئصال الإنكستوما، لتحديد أثر التغييرات في بيئة الصحة على النواتج الاقتصادية.

ويرى بليكلي أن المناطق ذات المعدلات الأعلى للإصابة التي كانت قائمة شهدت زيادة أكبر في معدلات الالتحاق بالمدارس، والانتظام في الدراسة، والإلمام بالقراءة والكتابة بعد التدخلات. وهو يجد، على سبيل المثال، أنه كانت هناك علاقة ارتباط سلبية بين الحضور في المدارس قبل عام 1910 بمعدلات الإصابة عام 1913، ولكن

بحلول عام 1920 لم تعد معدلات الإصابة الخاصة بعام 1913 تفيد عن الحضور والانتظام في المدارس. أي أن تلك المعدلات القادرة على تحقيق مكاسب أكبر من استئصال الإنكستوما شهدت زيادة أكبر في معدلات الالتحاق بالمدارس. ويوجد بليكلي نتائج مماثلة بالنسبة للإلمام بالقراءة والكتابة. إذ كان يمكن أن تؤدي التغييرات الأخرى في البيئة الاقتصادية إلى اتجاهات مماثلة على مدى هذه الفترة. ولكنه يرى بأنه إذا كان الحال كذلك لكان تلك المؤثرات تأثير على البالغين بطرق مماثلة في المناطق المختلفة. إلا أنه لا يرى أي نمط مماثل بين البالغين فيما بين المناطق المتأثرة التي لم تكن فيها إصابات سابقة حسب طبيعة هذا المرض.

ويُجري بليكلي (2006ب) تمرينا مماثلاً مع التركيز على حملات استئصال الملاريا في الولايات المتحدة حوالي عام 1920 وفي البرازيل وكولومبيا والمكسيك حوالي عام 1955. وتجدر الإشارة إلى أن معدلات الانتشار التي كانت قائمة بين المناطق والمقترنة بحملة استئصال سريعة في جنوب الولايات المتحدة، تتيح له تحديد تأثير التعرض للملاريا في الطفولة على مستقبل الدخل والإلمام بالقراءة والكتابة بالنسبة للبالغين. ويوجد بليكلي، من بين الأفراد المولودين بفترة طويلة قبل حملة الاستئصال ذات العلاقة، أن المولودين في المناطق الأكثر إصابة بالملاريا كانت أجورهم ومعدلات إلمامهم بالقراءة والكتابة أكثر انخفاضاً منها لاحقاً في حياتهم. في حين أنه بالنسبة للمولودين بعد هذه الحملات بفترة طويلة، فإن انتشار الملاريا قبل حملة الاستئصال كان له أثر ضئيل على الأجور والإلمام بالقراءة والكتابة في المستقبل. ويستنتج بليكلي أن "الإصابة المستمرة بالملاريا في الطفولة تؤدي إلى تخفيض دخل البالغين بنسبة تتراوح من 40 إلى 60 في المائة".

استطاع بليكلي أن يمايز بين تأثير الاعتلال المرضي وأثر الوفيات على الدخل في المستقبل. وهو يجد أن استئصال الحمى الثلاثية الحميدة "بلازموديوم فيفاكس" (المسببة للاعتلال المرضي المرتفع، وقليل من الوفيات نسبياً) تؤدي إلى زيادات كبيرة في تكوين رأس المال البشري والدخل المستقبلي. ولكن استئصال الحمى الثلاثية الخبيثة "بلازموديوم فالسيبارم" (الفتاكة في أغلب الأحيان) لا يحقق مثل هذه المكاسب. ولشرح هذه النتيجة، يرى بليكلي أنه على الرغم من أن انخفاضات معدلات الوفيات تزيد المنفعة الحدية لاكتساب رأس المال البشري (لأن الباقين على قيد الحياة بعد النجاة منها أمامهم المزيد من السنوات التي يحققون فيها عائداً على استثمارات رأس المال البشري). وقد يكون لذلك تأثير ضئيل على مستوى الاستثمار إذا كانت التكاليف الحدية أخذاً في الارتفاع الحاد. وعلى العكس من ذلك، يفضي انخفاض الاعتلال المرضي إلى سهولة الحضور والانتظام والتعلم في المدرسة، مما يؤدي إلى تسطح منحنى التكاليف الحدية وزيادات كبيرة في جياة رأس المال البشري.

يستخدم بليكلي نتائج في إجراء تقدير استقرائي فيما بين البلدان، وتشير تقديراته إلى أن الملاريا قد تشكل حوالي 10 إلى 16 في المائة من فجوة الدخل بين الولايات المتحدة وأمريكا اللاتينية. وهو ما يشير إلى أن استئصال الملاريا يمكن أن يفضي إلى تضييق متواضع لفجوة الدخل من خلال تحقيق نمو أعلى في أمريكا اللاتينية. ويختتم قائلاً "على الرغم من أن الحد من الملاريا يمكنه تحقيق مكاسب كبيرة في الدخل لبعض البلدان، إلا أن الأثر المقدر سيكون بحجم شديد الضالة تقريباً فيغدو غير مفيد في شرح توزيع الدخل العالمي (بليكلي 2006ب: 26).

وتجد عدة دراسات أخرى معنية بآثار برامج استئصال الملاريا أن السيطرة على بيئات ناقلات المرض (كالمستنقعات) لها تأثير عميق على الوضع الصحي

والتعليم والإنتاجية. وبيحث كاتلر وآخرون (2007) تأثير برنامج استئصال الملاريا فيما بين الولايات في الهند أثناء فترة الخمسينيات من القرن الماضي. ويجد أن هذا البرنامج أفضى لزيادة معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة واستكمال الدراسة الابتدائية بواقع 10 نقاط مئوية. مع مراعاة أن حوالي نصف المكاسب المرصودة في هذه التدابير على مدى الفترة قيد البحث تشمل التدخلات في المناطق المصابة بالملاريا. ويجد باريكا (2007) وهونغ (2007) ولوكاس (2005) آثارا كبيرة للتعرض للملاريا أو لاستئصالها على مجموعة مختلفة من النواتج الاقتصادية مثل التعلم في المدارس، والإلمام بالقراءة والكتابة، والمشاركة في القوة العاملة، والثروة. وتعيد هذه الاستنتاجات إلى الأذهان النتائج الإيجابية الواسعة النطاق لبرنامج مكافحة العمى النهري في غرب أفريقيا الذي ناقشناه آنفا.

إذ أدى التوسع مؤخرا في توفير الأدوية والعقاقير المضادة للفيروسات الرجعية في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء إلى تمكين الباحثين من بحث أثر علاج مرض الإيدز على نواتج سوق العمل. ومن الواضح أن هنالك آثارا كبيرة على المعروض من العمالة والدخل. وفي دراسة في غرب كينيا، يجد ثيرومورثي، وجراف زيفين، وجولدشتاين (2005) أنه في خلال 6 أشهر من بدء العلاج، يصبح المريض أكثر قدرة بنسبة 20 في المائة على الأرحح على المشاركة في القوة العاملة مع زيادة بنسبة 35 في المائة في ساعات العمل الأسبوعية. ويقوم لارسن وآخرون (2008) بدراسة توسع مماثلة لعلاج أمراض الفيروسات الرجعية في كيروشو، وهي منطقة مشهورة بزراعة الشاي في غرب كينيا. ويجد هؤلاء الباحثون أنه في الأشهر التسعة قبل بدء العلاج المضاد للفيروسات الرجعية، كان الأفراد المصابون بالإيدز يعملون أياما أقل بصورة ملموسة في جمع أوراق الشاي كل شهر بالمقارنة بنظرائهم غير المصابين بالمرض. ولكن بعد بدء العلاج حدثت زيادة سريعة في أيام العمل الأسبوعية للخاضعين للعلاج (إلى 6.8، و11.8، و14.3 يوم في الشهر بعد اكتمال شهر، و6 أشهر، و12 شهرا من العلاج على التوالي)، في حين ظل عرض العمالة لنظرائهم ثابتا عند 17-18 يوما في الشهر. وفي خلال الشهور الستة الأولى من العلاج أيضا، انخفضت مكاسب الخاضعين للعلاج بنسبة 25 في المائة في المتوسط بالمقارنة بنظرائهم الأصحاء، ولكنهم استطاعوا خلال الشهور الستة التالية من العلاج زيادة إيراداتهم إلى 89 في المائة مما يتقاضاه النظراء.

يمكن أن تعمل الرعاية الصحية على تحسين حضور الأطفال في المدارس وتحسين المعروض من عمالة البالغين. ويقدم ميغيل وكريمار (2004) نوعا من التحليل المعياري للصلة بين الرعاية الصحية والانتظام في المدارس عن طريق بحث تأثير العلاج العشوائي للإنكلستوما بين المدارس في غرب كينيا. ويجد ميغيل وكريمار أن التدخل أدى إلى تخفيض تغيب التلاميذ بواقع الربع، مع تحقيق مكاسب أكبر في صفوف التلاميذ الأصغر سنا، وبالنسبة للبنات بالمقارنة بالبنين. وعلى الرغم من المكاسب الجيدة في نسبة الحضور في المدارس، إلا أن الدراسة لم تعثر على أية تأثير على النواتج التعليمية الماسة بدرجات الاختبارات. ولعل ذلك يرجع إلى أن الحضور في المدارس لم يكن كافيا لضمان الأداء العلمي الجيد: وربما كانت المدخلات التكميلية مثل المعلمين والمنشآت التعليمية سيئة بما فيه الكفاية، أو أنها تعمل فوق طاقتها إلى حد كبير مما جعل الأيام الإضافية للأطفال في المدارس ذات أثر لا يُذكر على عملية التعلم.⁷

7 تشير دراسة ميغيل وكريمار (2004) إلى أن ازدياد الفصول في المدارس، الناتج عن انخفاض معدلات العدوى، كان قادرا على موازنة أي أثر إيجابي ناجم عن انخفاض نسبة التغيب.

كان اليتيمُ عاملاً آخر لتأثير الصحة على التعلم في المدارس. وقد حظي هذا المجال بقدر كبير من الاهتمام في الأبحاث والمؤلفات المعنية بالآثار الاقتصادية للايدز. إذ يمكن أن يؤدي حصول الأيتام على قدر أقل من التعليم إلى توقف أو انقطاع انتقال رأس المال البشري بين الأجيال. مع ما ينطوي عليه ذلك من احتمالات نشوء تأثيرات مُفجعة طويلة الأمد (بيل، ديفاراجان، وغيرسباك 2003). ويستخدم كيس وباكسون وأبليدنغر (2002) الاستقصاءات الديمغرافية والصحية في 10 بلدان في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء لبحث تأثير اليتيم. ويتوصلون إلى ترجيح أن الأيتام أقل فرصة من الأطفال الآخرين في الالتحاق بالمدارس. إلا أن طابع تكرار بيانات المقارنة المستعرضة بين البلدان يعني في هذه الدراسة أن تفسير النتائج لا يخلو من الالتباس والغموض. ويستخدم غيرتزل وليفاين وأميس (2004) بيانات متسلسلة زمنياً من إندونيسيا ليجدون أن وفاة الآباء تُضاعف احتمالات تسرب الطفل اليتيم من المدرسة في نفس السنة. ولم تشر أي من هاتين الدراستين إلى أي تأثير مرتبط بنوع الجنس. سواء على مستوى الأب أو الأم أو الطفل أو الطفلة. وتجد بعض الدراسات الأخرى أثراً محدوداً لوفاة الآباء والأمهات على تعلم الأيتام في المدرسة. ويمكن أن يرجع ذلك إلى اضطلاح باقي أفراد الأسرة الكبيرة بوظيفة كفالة اليتيم (إينسورث، بيغيل، وكودا 2002؛ كمالي وآخرون 1996؛ للويد وبلانك 1996).⁸

اتساقاً مع هذه الرؤية، يذكر فورتسون (2006: 26) أن الأطفال في منطقة جنوب أفريقيا ذات معدل الانتشار المرتفع للايدز "هم أقل فرصة على الأرجح للالتحاق بالمدارس واستكمال التعليم الابتدائي. وأنهم يتقدمون بوتيرة أكثر تباطؤاً خلال سنوات الدراسة". ويوضح فورتسون أن أكثر من نصف التأثير على الانتظام في المدرسة يمكن أن يُعزى إلى توقع حياة أقصر عمراً للأب أو الأم ولا يرجع إلى حالة اليتيم في حد ذاتها؛ إذ يسوء أداء جميع الأطفال في حالة توقع الوفاة الوشيكة للبالغين. وقد تؤدي انخفاضات وفيات البالغين إلى زيادة الاستثمار في تعليم الأطفال. نظراً لزيادة الطلب إما من قبل الآباء والأمهات أو الأطفال أنفسهم. الذين يتوقعون حصد العائدات لفترة زمنية أطول في المستقبل. وهنالك بُعد هام آخر لسوء الصحة يتمثل في تأثيرها الاقتصادي على الآخرين. ففي سياق دراستهم لتأثير علاج مرض الإيدز وفيروس العدوى به في كينيا، يجد ثيرومورثي وغراف زيفين وجولدشتاين (2005) أن المعرض من عمالة أفراد الأسرة الآخرين يتغير: حيث يقل العمل بدرجة ملموسة من قبل الأولاد الصغار والنساء في الأسرة بعد أن يبدأ المريض من الأسرة في العلاج؛ ولكن لا يتغير عرض العمالة من قبل الفتيات والرجال في الأسرة. ويُلقى المؤلفون الضوء على الآثار المحتملة بالنسبة لنواتج الدراسة. إذ يقوم بيغيل ودي ويردت وديركون (2006) بدراسة أثر الوفيات الناتجة عن الإيدز على الرفاهة الاقتصادية لمن بقي من أفراد الأسرة على قيد الحياة. على المديين القصير والطويل. في فئة الأفراد البالغة أعمارهم 13 سنة في تنزانيا. ويجد المؤلفون أن الأسرة التي تتعرض

8 يستخدم إيفانز وميغيل (2003). كما نوقش في بحث ميغيل (2005). بيانات مستمدة من مشاريع العلاج العشوائي للإيدز في غرب كينيا من أجل معالجة بعض قضايا التحديد والتعريف التي تخلق صعوبة أمام دراسات بيانات المقارنة الشاملة والبيانات المتسلسلة زمنياً. وتعكس النتائج التي توصلوا إليها بشأن تأثير وفاة الآباء والأمهات على التعلم. في المدارس النتائج التي استخلصها أيضاً كيس وباكسون وأبليدنغر (2002). وغيرتزل وليفاين وأميس (2004): يبدو أن وفاة الآباء أو الأمهات تؤدي إلى تخفيض انتظام الأيتام في المدارس. ولا فرق في ذلك بين اليتيم واليتيمة.

لوفاة أحد الكبار بسبب الإيدز تشهد انخفاضاً في استهلاكها بنسبة 7 في المائة بعد 5 سنوات، في حين يزداد استهلاك الأسر غير المتأثرة بنسبة 12 في المائة على مدى نفس الفترة. وبهذه الطريقة، وعلى أساس متوسط الأسر، فإن الأسر التي يتوفى أحد الكبار فيها نتيجة للإيدز تعاني من انخفاض بنسبة 19 في المائة في الاستهلاك بعد 5 سنوات. وهناك بعض الشواهد على استدامة هذه الخسائر، وإن كان تقديرها يخلو من الدقة، ولكننا لا نستطيع أن نستبعد احتمال انعكاس مسار هذه الخسائر. ومن الاستنتاجات المثيرة للاهتمام أن فقدان إحدى النساء بسبب الإيدز يؤدي بصفة خاصة إلى انخفاض شديد في الاستهلاك.

الصحة والتدخلات المرتبطة بها: الشواهد والآثار على صعيد السياسات

يشير الاستعراض السابق لبعض البحوث والمؤلفات أن الصلة الكلية بين الصحة والنمو ما زالت محل الخلاف والأخذ والرد، وإن كان تفسيرنا يتمثل في أن هذه الصلة، إن وُجدت، صغيرة نسبياً. ولكن في مقدور الأفراد والأسر المعيشية تحسين الإنتاجية وتعزيز الدخل عن طريق استثمارات نوعية مرتبطة بالصحة. إلا أن معنى ذلك لا يتضح للوهلة الأولى فيما يتعلق بالخيارات على صعيد السياسات. فتحسين متوسط العمر المتوقع بواقع سنة قد يزيد دخل البلد بمقدار معين. ولكن كيفية تحقيق تحسين الصحة هي موضوع أبحاث مستقلة بأكملها. غير أننا نحتاج إلى بحث ما إذا كنا نهتم بالصحة في حد ذاتها أم أيضاً لما لها من دور محتمل في تحسين الدخل.

توضح التجربة أنه ليس من السهل أن نشق طريقنا إلى الصحة الأفضل ومن ثم إلى الدخل الأعلى إذا كانت هناك صلة سببية: فمثلاً أن التدخلات على صعيد السياسات لتحقيق النمو تبعث على الحيرة، نجد أن إستراتيجيات تحسين الصحة يمكن أن تكون بنفس الدرجة صعبة التحديد ولا تحظى سياسياً بالتأييد والقبول الشعبي.⁹ وفي معظم الأحيان تكون الصلة ضعيفة بين الإنفاق على الرعاية الصحية ونواتج الصحة (فيلمر، هامر، بريتشيت 2000). ويثور التساؤل حول الأسباب المؤدية لواقع هذا الحال وماهية التدخلات والسياسات القادرة على معالجة الموقف.

إخفاق الأسواق وتمويل وتقديم الرعاية الصحية

بالإضافة إلى الاستثمار في السلع العامة لتحسين الصحة والعادات والسلوكيات الصحية، تؤدي جميع الحكومات دوراً نشطاً في تمويل وتقديم الرعاية الصحية التي لها السمات المميزة للسلعة الخاصة، نتيجة للفشل الذريع في الأسواق الخاصة في مجالي الرعاية الصحية والتأمين الصحي. وقد فهم الاقتصاديون منذ زمن طويل عيوب الأسواق الخاصة الحرة في تقديم الرعاية الصحية. فأولاً،

9 على الرغم من توافر المعرفة التقنية والعلمية لحل العديد من مشكلات الصحة، إلا أن حقيقة أنه لا يتم في أغلب الأحيان اعتماد هذه الحلول على نطاق واسع تشير إلى أن هذه الحلول ليست سهلة التنفيذ (البنك الدولي 2005)، فعلى سبيل المثال، تعتبر معالجة الجفاف بالسوائل عن طريق الفم طريقة سهلة ورخيصة للحد من الإسهال، الذي يقتل أكثر من 4 ملايين طفل سنوياً. ولكن هذه الطريقة العلاجية تفشل في الوصول إلى العائلات المحتاجة في بعض البلدان النامية والبلدان السائرة على طريق التحول إلى اقتصاد السوق لنفس أسباب أن معظم سياسات إعادة التوزيع ليست فعالة بصورة تامة؛ المفاضلات السياسية، وأصحاب المصالح المكتسبة، والفساد، والنقص العام في الموارد.

يمكن أن تنشأ مشكلة الوكالة بين الجهة المقدمة للخدمة والمريض: أي أن المريضة قد لا تعرف من واقع افتقاره إلى المعلومات، سبب المرض أو التدخلات الصحية الملائمة، إن وجدت، وأنها واقعة تحت رحمة الجهة القائمة بتقديم الخدمة. وتوجد بطبيعة الحال مشكلات مماثلة في الكثير من أسواق الخدمات بدءاً من إصلاح السيارات إلى الخدمات المحاسبية، وهي أسواق تعمل بصورة معقولة فيما يبدو.

أما السمة الثانية لأسواق الرعاية الطبية التي يمكنها أن تحدّ من كفاءتها فهي حاجة الأفراد إلى التأمين ضد الأحداث الكارثية المحتملة. إذ يمكن لهذه الأحداث أن تعرّض الفرد لمخاطر كبيرة. ولكن الاختيار السيء قد يعرقل مدى تغطية تلك المخاطر في الأسواق الخاصة. وتستجيب الحكومات أحياناً من خلال تمويل أو تقديم الرعاية الطبية بنفسها (مثلما هو الحال في الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة). من أجل تغطية الجموع العريضة من الأفراد، وتشرح رغبة توفير شبكة الأمان الحضور القوي للإنفاق العام على الصحة في معظم البلدان النامية، وخاصة في بلدان المتحولة من النظام الشيوعي. حيث تواصل الحكومات السيطرة على تقديم الرعاية الصحية.

وتجمع بعض البلدان بين التأمين الطبي العام تقريبا وتقديم القطاع الخاص للرعاية الطبية. ومن بين أمثلة ذلك برامج التأمين الطبي للمسنين في الولايات المتحدة (ميديكير) وللفقراء (ميديكيد) وأنظمة الرعاية الصحية في أستراليا وفرنسا وألمانيا. وفي الكثير من بلدان العالم النامي، تُترجم الرعاية الصحية العمومية إلى برامج حكومية لتمويل وتقديم الرعاية بفرض ضرائب على الأجور أو الإيراد العام لتغطية التكاليف. وعلى التوازي، تقوم التكاليف الشخصية والتأمين الخاص بتمويل الرعاية الصحية الخاصة. والواقع أن البلدان المتحولة لنظام السوق، بما لها من تاريخ حافل بسخاء التمويل الحكومي للرعاية الصحية وتقديمها، تجمع الآن بين التمويل العام للرعاية وتقديمها وبعض أنشطة القطاع الخاص، إلى جانب مدفوعات غير رسمية من تحت الطاولة إلى الجهات الحكومية المقدّمة للرعاية الصحية.

ويمكن في أغلب الحالات أن تؤدي تغطية التأمين العام المفتوحة نسبياً، بالإضافة لدوافع الربح القوية في القطاع الخاص، إلى انعدام كفاءة مستويات الرعاية، مثل الإفراط في كتابة الوصفات والروشتات الدوائية وعمل إجراءات طبية غير ضرورية. ونظراً لعدم تحملهم التكلفة (الحدية) لقراراتهم بشأن استخدام هذه الخدمات، يأمر الأطباء ويقبل المرضى بإجراء ما لا لزوم له من الاختبارات والعلاج وغير ذلك من المزايا. وحتى إن لم تكن هناك مشكلة وكالة بين مقدم الخدمة والمريض، فإن التأمين يؤدي إلى الإفراط في استهلاك الخدمة. وللتحكم في التكاليف، أدت آثار هذه المخاطر المعنوية إلى تطبيق ترتيبات بشأن المدفوعات المقدمة لجهات تقديم الخدمة لمكافأتها على حسن الأداء وعدم تشجيعها على الإفراط في الإنفاق (كأنظمة المدفوعات المرتقبة على سبيل المثال). وترشيد الرعاية، وغير ذلك من التدابير الخاصة بالسيطرة على التكاليف.

وتشجيع عوامل وكالة الأطباء وسوء الاختيار والأخطار المعنوية مجتمعة إلى الإفراط في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمتمتعين بمزايا التأمين الصحي والنقص الأساسي في خدمة الذين لا تغطي رؤوسهم مظلة التأمين. ولكن إخفاقات سوق الرعاية الطبية أكثر تفاوتاً على أرض الواقع. فعلى الرغم من الإفراط في الإنفاق في بعض البلدان، إلا أن التقديم الفعلي لخدمات مفيدة لا يحذو دائماً حذو ذلك الإفراط:

فبعيدا عن الإنفاق والحصول على الشيء الكثير، تنفق المجتمعات الكثير وتحصل على القليل. وبالمثل، فإن نظرية سوء الاختيار تدل ضمنا على أن (المخاطر) الرديئة سوف تطرد (المخاطر) الجيدة، ولكن واضعي السياسات عادة ما يعبرون بالضبط عن الشواغل العكسية: أي أن الناس ذوي المخاطر المرتفعة لن يقدروا على تحمل تكلفة التأمين. ومن المرجح عندئذ أن تظهر التكلفة الباهظة للتأمين الممول حكوميا، نتيجة بشكل محدد لقيامه بتغطية باهظة التكلفة نسبيا للأفراد ذوي المخاطر العالية.

الشواهد المقارنة بين البلدان بشأن الإنفاق الصحي على الرعاية الصحية والصحة في البلدان النامية والبلدان المتحولة إلى اقتصاد السوق

إن الشواهد المقارنة بين البلدان بشأن الصلة الإنفاق على الرعاية والوضع الصحي لا تبعث على التشجيع. إذ يجتمع فشل السوق وإخفاق الحكومات لتعقيد تصميم السياسة المعنية بالصحة بصفة عامة وتمويل وتقديم الرعاية الصحية بصفة خاصة. وما زال هناك في الحقيقة جدل كبير بشأن الآثار المترتبة على الصحة، إن وُجدت، للإنفاق العام على الرعاية الصحية في البلدان النامية والبلدان المتحولة إلى اقتصاد السوق. وأولا، يبدو هذا الغموض لافتا للنظر: فهل من المؤكد أن إنفاق شيء على الصحة لا بد أن يُنتج شيئا من العافية؟

تعتبر أسباب أن الإنفاق على الصحة قد لا يُفضي إلى تحسينها، كما حددها فيلمر وهامر وبريتشيت (2000)، أسبابا مباشرة من الناحية الاقتصادية، فأولا، إذا كانت هناك سوق خاصة عاملة في مجال الرعاية الصحية، فإن الإنفاق العام قد يحل ببساطة محل الأنشطة الخاصة، بدلا من أن يكون إضافة إلى العرض الكلي للرعاية الصحية. وثانيا، فإن الشراء العام لخدمات الرعاية الصحية لا يضمن بالضرورة تقديمها إلى المرضى: فهناك الأطباء المدفوعة أجورهم ولكنهم يتغيّبون عن العمل، والأدوية المشتراة التي يتم نهبها، ومعدات التشخيص المتعطلة عن العمل لنقص الصيانة أو مقومات كيميائية مثل الكهرياء أو العمالة الماهرة، وكلها عوامل تسهم في الإنفاق الصحي ولا تسهم في تحسين الوضع الصحي. وثالثا، يشار إلى أن الكفاءة الفنية لبعض الإنفاق على الرعاية الصحية (كالإنفاق على الثوم كعلاج للايدز مثلا) متدنية للغاية أو لا تتجاوز الصفر، لدرجة أنه إذا تم تقديم بعض الخدمات الممولة حكوميا إلى المرضى، فإنها قد تكون محدودة التأثير.

تتمثل إحدى طرق بحث تأثير الإنفاق العام على الصحة في استخدام أساليب الارتداد المقارن بين البلدان، كما أوضحنا في استعراضنا أعلاه لبعض الأبحاث الخاصة بالصحة والدخل. وفي هذه الحالة، وبالرغم من استطاعتنا أن نكون أكثر ثقة بشأن المقارنات بين البلدان، لأن مشكلات المتغيرات الداخلية أقل حدة: إلا أنه من المستبعد أن تؤدي صحة السكان الأفضل في حد ذاتها إلى زيادة الإنفاق العام على الصحة.

يحدد فيلمر وبريتشيت (1999) ارتدادا دون خمس وفيات لمجموعة مختلفة من المتغيرات، بما في ذلك الإنفاق العام على الصحة، ويجدان أن كل التفاوت بين البلدان يرجع فعليا إلى متوسط نصيب الفرد من الدخل، وتوزيعه، وتعليم الإناث، والتنوع العرقي واللغوي، والمتغيرات الدينية، والمتغيرات الإقليمية الرمزية، أي أن الإنفاق على الصحة غير مرتبط تقريبا بالنواتج الصحية: فالمتغير المستقل في

الإنفاق العام على الصحة يشرح جزئياً سُبُع 1 في المائة من التفاوت في وفيات الأطفال.

ويبحث واغستاف وكلايسون (2004) كيفية تأثير هذه النتائج بالحوكمة الرشيدة. ويجدان أن الإنفاق على الصحة يؤدي بالفعل إلى تخفيض مستوى ما دون الخمس وفيات طالما أن نوعية الحوكمة، المقاسة بمؤشر تقييم البرامج والمؤسسات القطرية، هي نوعية عالية.¹⁰ ومن المتوقع أن تقدم المؤسسات المعيبة خدمات صحية محدودة وريثة النوعية. ولكن مورين لويس (2006) لا تجد أي ارتباط بين فعالية الإنفاق الصحي والتدابير البديلة لفعالية المؤسسات في قطاع الصحة سواء الفعالية الحكومية أو تدابير الفساد التي ذكرها كوفمان، وكراي، وماستروزي (2005).

هنالك قناة واحدة يمكن أن يؤثر من خلالها الإنفاق العام على الصحة وهي قناة تخلق ضمناً أو بسبب أخرى دوافع لتشجيع الدعوة إلى زيادة الإنفاق وهي تأثير هذا الإنفاق على الفقراء، ويجد بيداني ورافاليون (1997) أن الإنفاق العام على الصحة يؤثر بصورة ملموسة على صحة الفقراء، ولكنه لا يؤثر على الصحة العمومية، (تمشيا مع ما قال به فيلمر وبريتشيت (1999).

وفي دراسة حديثة العهد، يستقصي بوون وزهان (2006) محددات وفيات الأطفال باستخدام المسح الاستقصائي لـ 278 ألف طفل وطفلة في 45 بلداً منخفض الدخل. وتقدم النتائج التي استخلصها بعض الفروق الخصوصية الطفيفة عن نتائج فيلمر وهامر وبريتشيت (2000)، وبطريقة مثيرة للجدل نوعاً ما، يجد بوون وزهان أن انتشار الأمراض الشائعة وعرض البنية التحتية مثل الإمداد بالمياه وخدمات الصرف الصحي لا تعتبر أدوات تنبؤ جيدة لوفيات الأطفال، حيث تتمثل الأدوات الجيدة في المستوى التعليمي للآباء وميل الأم إلى السعي للحصول على رعاية طبية حديثة، ومن هنا فإن الآثار التحفيزية التي يشيران إليها تبدو آثاراً كبيرة: فهما، على سبيل المثال، يجدان أن إذا كانت لكل الآباء والأمهات في الـ 45 بلداً سنوات دراسة تعادل لسنوات دراسة الآباء والأمهات في مصر لانخفضت معدلات وفيات الأطفال في هذه البلدان بواقع 19 في المائة، وهما يذكران أيضاً أن تخفيض انتشار الإسهال والحمى والسعال (الكحة) بواقع النصف سيؤدي فقط إلى خفض وفيات الأطفال بنسبة 3 في المائة فقط.¹¹

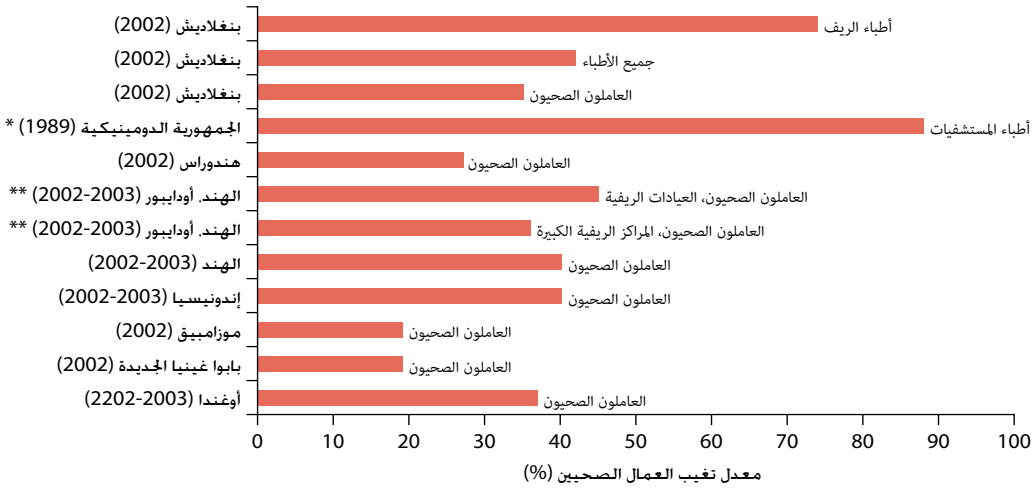
وتمشيا مع نتائج الدراسات على المستوى القطري، يستنتج بوون وزهان (2006) أن الآباء المتعلمين يطالبون بخدمات صحية وأن هذه الخدمات ستكون قريبة المنال من السوق الخاصة، وربما يكون الآباء المتعلمون في وضع أفضل يمكنهم من الحصول على رعاية طبية جيدة من السوق الخاصة، بل ربما يكونون أكثر قدرة أو لديهم دوافع وحوافز أفضل لضمان تطبيق إجراءات الحوكمة الرشيدة داخل القطاع العام، ومن ثم تحسين كل من نوعية الرعاية الصحية التي تقدمها الحكومة وجدارة الاعتماد على البنية التحتية العامة وكفائتها.

تتسم الشواهد على تأثير الإنفاق الصحي على الأوضاع الصحية بكونها شواهد ضعيفة في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ويشير بانكر وفريزبار وموستلر (1994) إلى أن التأثير الرئيسي للرعاية الصحية يقع على نوعية الحياة والرفاهة، المقاسة بالزيادات في النشاط والقدرة على الحراك والانتقال.

10 هذه أخبار سارة بالنسبة للإنفاق على الصحة وبنفس القدر لمؤشر تقييم السياسات والبرامج والمؤسسات القطرية، بوصفه مقياساً للحكومة، فلا بد أن يؤدي الإنفاق العام "الرشيد" على الصحة إلى تحسين النواتج الصحية (ما لم يكن مزاحماً ببساطة للإنفاق الخاص)، ومن ثم فإن حقيقة أن البلدان ذات التقييمات المرتفعة على هذا المؤشر تظهر صلة إيجابية بين الإنفاق والصحة هي حقيقة متسقة مع قيام المؤشر بقياس شيء ذي صلة له أهميته.

11 إلا أنه من الصعب تطبيق هذه الأرقام على عملية صنع القرارات، نظراً لعدم ذكر تكاليف هذين التدخلين المفترضين.

الشكل 1-8: معدلات المتغيبين عن العمل بين العاملين الصحيين في بلدان مختارة، 1989-2003



المصادر: باتنجرجي، دايتون، ودوفلو 2005؛ وشودري وهامر 2004؛ وشودري وآخرون 2005؛ ولويس 2006؛ لويس، ولا فورغيا وسولفينا 1996؛ وليندلو، وكوشناروفا، وكايسر 2006.

* مستشفى سانتو دومينغو، الجمهورية الدومينيكية
** مقاطعة أودايبور، راجانان، الهند.

ولعل هذا الدليل غير المباشر يشير إلى أن الرعاية الصحية تلعب دوراً رئيسياً عن طريق تقديم معلومات (عن أسلوب الحياة والوقاية) والحد من الإصابة بالأمراض.

شواهد فعالية الإنفاق على الرعاية الصحية على المستوى القطري: أهمية المؤسسات

إن بحث أسباب ضعف الصلة بين الإنفاق على الصحة والوضع الصحي هو أسهل ما يكون على المستوى القطري والمنشآت والمرافق الصحية، حيث يمكن بحث القضايا المؤسسية بصورة تامة. إلا أن البيانات والأبحاث المحدودة حول هذا الموضوع تؤدي إلى تعقيد تصميم السياسات الفعالة، ولكن الشواهد أخذة في الظهور بشأن طبيعة المؤسسات الصحية في البلدان النامية والبلدان المتحولة لنظام السوق وأنواع الخدمات التي تساندها، وتشير قراءتنا للبحوث والمؤلفات المتخصصة إلى أن معظم العقبات الشديدة الماثلة أمام تحسين الصحة عبر تقديم الرعاية الصحية في البلدان النامية هي عقبات ذات طابع مؤسسي وتتضمن وضع وتطبيق حوافز أساسية للأداء واحتواء التكاليف. ويناقش هذا القسم بعض الشواهد الحديثة حول هذه القضايا وصلتها بالتقوية المؤسسية اللازمة لتحسين تقديم خدمات الرعاية الصحية.

لقد تحسنت القدرة على الحصول على الرعاية الصحية بصورة ملحوظة في العقدين الماضيين، ولكنه لم يتم بحث نوعية خدمات الرعاية الصحية العامة إلا منذ عهد قريب. ووجد أن هذه الرعاية تتسم في معظمها بالضعف وعدم الكفاءة. وتشير الشواهد الأخيرة إلى أن عدم فعالية الحوافز والافتقار إلى المساءلة يقوضان تقديم الحكومات للخدمات الصحية، مما يؤدي إلى قصور الأداء وتقديم رعاية دون المستوى (لويس 2006). وقد يساعد ذلك في شرح أسباب لماذا يظهر الإنفاق العام

تأثيراً محدوداً على الوضع الصحي. ويرجع جاك ولويس (2004) هذه العيوب إلى فشل الحكومات، حيث "أخفقت التدخلات الحكومية" بصورة فعّلية.

تعتبر مؤسسات الرعاية على جانب كبير من الأهمية ولكنه لم يتم دراستها بصورة كافية. إذ أن غياب المؤسسات السليمة يطيح بالاستثمارات الصحية مؤدياً إلى شواهد غامضة عن العلاقة بين خدمات الرعاية الصحية والوضع الصحي. والواقع أنه نادراً ما يتم جمع أو حتى اشتراط المؤشرات المقبولة لأداء الرعاية الصحية. مثل معدلات الإصابة في المستشفيات، وإحصائيات الاستخدام، أو معدلات البقاء على قيد الحياة بعد العمليات الجراحية. ويرجع ذلك إلى عدم وجود مزيج من الإشراف والتنظيم وتطبيق القواعد والنظم. وينطبق ذلك على البلدان المتوسطة الدخل والبلدان الأكثر فقراً. أما المؤشرات غير المباشرة المعنية بسوء الأداء والتي يعتمد عليها بصورة متزايدة في ظل غياب المقاييس المباشرة فتتضمن معدل التغيب عن العمل لدى جهات تقديم الخدمات، ونقص الإمدادات والعقاقير الطبية الأساسية، وسوء إدارة المشتريات، والفساد في بيع المناصب العامة، والتسرب المالي، ومدفوعات الرشوة من قبل المرضى، وكلها أمور تسلط الضوء على طبيعة تدهور الأداء الذي يقوض فعالية تقديم الخدمات (لويس 2006).

بساطة يتمثل عامل مهم بشكل استثنائي في الرعاية الصحية العامة فيما إذا كان العاملون يذهبون إلى مجال عملهم. إذ يذكر شودي وهامر (2004) معدلات مرتفعة ومفرزة لتغيب الأطباء عن العمل في المناطق الريفية في بنغلاديش: 40 في المائة من الأطباء في المستوصفات الكبيرة و74 في المائة من الأطباء في العيادات الصغيرة (ذات الطبيب الواحد). ويذكر شودي وآخرون (2005) أرقاماً عن تغيب العاملين الصحيين والمدرسين في ستة بلدان نامية (بنغلاديش، وإكوادور، والهند، وإندونيسيا، وبيرو، وأوغندا). ويقدم الشكل 1-8 ملخصاً لشواهد من هذه الدراسات وأبحاثاً أخرى توضح ارتفاع معدلات الغياب باستخدام طرق مختلفة منها الزيارات المفاجئة، ودراسات الوقت والحركة، وملاحظة العيادات والمستشفيات، وقد تم رصد التغيب في دراسات نوعية أيضاً (دي تيلا وسيفدوف 2001).

هنالك نتائج مفيدة مستقاة من مجموعة من البلدان الهند، وتنزانيا، والبرازيل. إذ وجدت دراسة في الهند أن القطاع العام يقدم للممارسين الطبيين حوافز بسيطة على حسن الأداء: حيث يشير داس وهامر (2007) إلى نتائج ملاحظة تفاعل أكثر من 4000 طبيب ومريض في دلهي ومقارنة الممارسات الطبية بما يعرفه الطبيب عن السلوك الملائم.¹² ويرى داس وهامر أن "أطباء القطاع العام يبذلون جهداً أقل من نظرائهم في القطاع الخاص" (داس وهامر 2007: 8). وبالإضافة لذلك، فإن الأطباء الأفضل تدريباً لا يقدمون بالضرورة خدمة أفضل: حيث يجد داس وهامر أنه على الرغم من أن مقدمي الخدمات من غير حاملي الدرجات العلمية الطبية هم أقل كفاءة (أي أنهم يعرفون أقل مما ينبغي عمله في المواقف الإكلينيكية)، إلا أن حاملي الشهادات الطبية التخصصية يبذلون جهداً أقل بصورة ملموسة. وفي الحقيقة هناك حوافز قوية تدفع الأطباء حاملي بكالوريوس الطب أو الجراحة إلى العمل أقل مما يعرفونه، وما زالت هذه الحوافز أكثر قوة في القطاع العام.

في تنزانيا، وباستخدام الأوصاف الموجزة والملاحظة السريرية المباشرة، يوضح ليونارد وماساتو (2006) أن أطباء المنظمات غير الحكومية يقدمون دائماً تشخيصاً أكثر دقة وعلاجاً أفضل مما يقدمه زملاؤهم في القطاع العام، وتتمثل الاختلافات

12 أبحاث موجزة عبارة عن دراسات حالات لتقييم الالتزام بالبروتوكولات الطبية.

الرئيسية في الرسوم الأعلى للمنظمات غير الحكومية والمستويات الأفضل للإدارة والحوافز والمساءلة. وتشير نتائج هذين المؤلفين إلى أن الأداء أفضل في المرافق التي يتمتع فيها المديرون بقدر أكبر من الصلاحيات والسلطات. وخاصة القدرة على تعيين وفصل الموظفين وتعديل المكافآت والتعويضات ويوضح ليونارد وماساتو (2007) أن تدريب الطبيب في المناطق الريفية في تنزانيا له تأثير محدود على الأداء عند أخذ ملكية الجهة المقدمة للخدمة في الحسبان: إذا لا يهم ما تعرفه بل ما تفعله. والأمران غير مترابطان عندما لا توجد حوافز لتشجيع تطبيق المعرفة الطبية.

في البرازيل. أدت تجربة حديثة بشأن استقلالية المستشفيات في 12 مستشفى عام في ولاية ساو باولو إلى زيادة كبيرة للغاية في إنتاجية العاملين. ومزيد من الرعاية. وتخفيض معدلات الإصابة. والحد من الوفيات. وتقليل التكاليف بالمقارنة بمجموعة من 12 مستشفى عام من نفس الحجم يديرها القطاع العام وتوجد في أماكن أخرى مماثلة. إذ أدت القدرة على التعاقد مع الموظفين وفصلهم من الخدمة واتخاذ تدابير معنية بالكفاءة إلى توافر حوافز قوية لتحسين أداء المستشفيات. وقد تم فصل مديري المستشفيات الذين عجزوا عن تحقيق تحسينات في ظل هذا المشروع التجريبي. كما أدت متابعة الأداء شهريا إلى تحقيق تحسينات رائعة من حيث النوعية والكفاءة في المستشفيات لأن القدرة على إنهاء خدمات الموظفين والمديرين أتاحت المساءلة أمام الهيئة المسؤولة عن التمويل في الولاية (لا فورغيا وكوتولينك 2008).

تسلط الشواهد من الهند وتنزانيا والبرازيل الضوء على الأدوار الحيوية للحوافز والإشراف والرقابة. والمساءلة في رفع مستوى الأداء وضمان أن النفقات والمصروفات ستحقق عائدا إيجابيا في تحسين الوضع الصحي للمرضى. وتلخص مورين لويس (2006) مجموعة ثرية من الشواهد المتكاملة بشأن قضايا التمويل وتقديم الرعاية وتحديد العيوب والنقائص وقياسها وتأكيد أهمية الحوافز التشجيعية والمساءلة إذا أريد للمؤسسات الصحية أن تساهم بفعالية في تحسين الأوضاع الصحية ورفاهة الأفراد.

تمثلت إحدى الاستجابات لسوء الأداء في المرافق الصحية العامة في تحويل التركيز إلى مؤسسات القطاع الخاص. ولكن داس وهامر (2007) يوضحان أن ذلك ليس حلا سحريا لإشكاليات تقديم الخدمات للأسباب التي ناقشناها أعلاه. وفي الوقت نفسه. يمكن أن تؤدي مشكلات سوء الاختيار في سوق التأمين الصحي إلى خلل في تغطية التأمين الخاص نظرا لإقصاء واستبعاد غير الأصحاء والفقراء. وفي هذه الحالة. قد يلزم توفير أحد أشكال تغطية التأمين الإجباري. حتى وإن كان تقديم التغطية وتمويلها من جانب القطاع الخاص. لتفادي دوامة سوء الاختيار المتصاعدة. وهذا هو النهج المتبع في شيلي وكولومبيا وسويسرا وفي ولاية مساشوستس الأمريكية مؤخرا. وفي جميع هذه الحالات وحالات أخرى. تلزم الحكومة ذوي الدخل المتوسط والأعلى بشراء تأمين صحي خاص. مع تقديم إعانات لدعم تغطية الفقراء الذين سيعجزون. لولا ذلك الإجراء. عن الامتثال للتأمين الإلزامي.

خلاصة القول إنه إذا أردنا أن يفضي الإنفاق على الرعاية الصحية إلى تحسين الأوضاع الصحية. فإن دور المؤسسات العاملة مهم في هذا الصدد. فهناك فهم جيد بصورة متزايدة للمشكلات المحيطة بالأنظمة الصحية. ولكن بدون التحولات والتغييرات في المؤسسات ونظم حوافز الأداء لديها سوف تظل الصلة بين الإنفاق والنواتج الصحية ضعيفة على الأرجح.

هنالك مناقشات حامية حول آثار صحة السكان على الدخل القومي. وهي آثار متفاوتة على الأرجح تبعاً للمؤشر الصحي المستخدم والبلدان المشمولة في التحليل. وتجد بعض تحليلات الارتداد المقارن بين البلدان باستخدام المتغيرات المساعدة أن للصحة تأثيرات كبيرة للغاية على الدخل. وهناك عدد قليل من المناهج التحليلية الأخرى التي تعطي نتائج مماثلة. ويكمن جزء من مشكلة حل هذا الجدل في حقيقة أن مقارنات التدخلات الصحية وغير الصحية في البيئات غير التجريبية محاطة بسياج من مشكلات التعريف والتحديد. في الوقت الذي يندر فيه وجود بيانات (شبه) تجريبية تتيح إجراء هذه المقارنات. فمن الصعب إلى حد كبير تقدير تأثير التدخلات المعنية بالصحة أو النمو في ظل الوضع الراهن. ولكنه ثبت أن مقارنة التدخلات الخاصة بالصحة والنمو هي مسألة مستعصية بصفة خاصة. ولا سيما في ضوء السلسلة الواسعة من التدخلات المجدية في هذين المجالين.

وقد تمثل النهجان التجريبيان تجاه هذه المعضلة في القيام أولاً بتقدير ما للتدخلات الخارجية القابلة للجدل في الوضع الصحي للسكان من آثار على الدخل على الصعيد الكلي. وثانياً التركيز على المستوى الجزئي على تأثير التدخلات الصحية النوعية والمحددة على النواتج الاقتصادية.

أما استنتاجنا فيتمثل. على المستوى الاقتصادي الكلي. في أن تأثير الصحة على الدخل هو تأثير صغير. إن وُجد أصلاً. وأن النتائج غامضة نظراً إلى حد كبير للتحديات المنهجية التي ناقشناها آنفاً. والواقع أن الاستثمارات الوطنية في الصحة العامة مثل تنظيف البيئة أو حملات التطعيم باللقاحات لها تأثير على الوضع الصحي العام وترتبط بتحسين فرص الاستثمار التي تسهم في تحقيق النمو الاقتصادي. وعلى المستوى الاقتصادي الجزئي. تم توثيق وجود علاقة سببية واضحة بين الصحة وإمكانات تحقيق المكاسب والدخل.

وعلى الرغم من سعي التحليلات الاقتصادية الكلية إلى تقديم معلومات عن تأثير تحسين الصحة على الدخل الكلي. إلا أنها لا تستطيع إبلاغنا في الحقيقة بما إذا كان ينبغي تخصيص دولار إضافي من دولارات التمويل العام لقطاع الصحة أو لمسار بديل أو ما هي التدخلات المحققة لآثار بالغة على الصحة والدخل من تخصيص هذا الدولار. إننا نتفهم أن بعض السياسات والاستثمارات الصحية. وخاصة المنطوية على سمات السلعة العامة المحضة. لها القدرة بصورة معقولة على تحقيق آثار هامة على الدخل. ولكن من المحتمل على الأقل أن التحديد المشترك للصحة والدخل على المستوى الاقتصادي الكلي سيتم بخصائص غير منظورة مثل النوعية المؤسسية. والفساد. والمساءلة في القطاع العام.

وعلى أية حال. تقدم الدراسات الاقتصادية الجزئية توجيهات وإرشادات متماسكة بشأن المزايا والمنافع الحدية وبعض المفاضلات بين الاستثمارات على مستوى الفرد والأسرة. وتمثل العوامل المعززة لزيادة الإنتاجية ورفع مستوى الأجور في التغذية. والتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة (من حيث المهارات الإدراكية وغير الإدراكية). والتعليم بصفة عامة. ومستوى تعليم الأمهات بصفة خاصة. ومن شأن الاستثمارات الصحية العامة المعنية بالقضاء على مسببات الأمراض أن تؤدي إلى النهوض بالوضع الصحي وتوسيع نطاق القدرة على الحصول على الأراضي الزراعية. وهو ما يُترجم إلى تحسين التعلم وزيادة الناتج الزراعي على التوالي. والمساهمة في رفع مستوى الإنتاجية. والمعروض

من العمالة. والدخل. إلا أن هناك الكثير مما ينبغي عمله وإنجازه لضمان تحقيق منافع التدخلات الطبية والاستثمار في تحسين فعاليتها وتعزيز آثارها. إن غياب الوضوح بشأن الصلة الاقتصادية الكلية بين الصحة والنمو الاقتصادي ليس سببا لإعادة تركيز الاستثمار العام بعيدا عن قطاع الصحة. فالصلة بين النمو والصحة في حد ذاتها تأخذ أشكالا عديدة. والخطأ الواضح هو أن نضع البيض كله في سلة النمو الاقتصادي إذا كنا مهتمين بالصحة في حد ذاتها. وتتمثل المشكلة الأكثر إلحاحا في تحسين الصلة بين الإنفاق على الصحة والنواتج الصحية: فالموارد الشحيحة المخصصة لقطاع الصحة. بما لها من تأثير محدود على الوضع الصحي. لن يكون لها على الأرجح ذلك الأثر العارض على الدخل الذي يروج له بعض الباحثين والمؤيدين. إن للمؤسسات الصحية أهميتها البالغة. وعليه تمس الحاجة للعناية بها والاستثمار فيها إذا أردنا أن يكون للإنفاق على الرعاية الصحية مردوده الإيجابي. وحتى إذا اتضح أن التأثير محدود على النمو الاقتصادي. فإن تحسينات الوضع الصحي تستحق الجهد والعناء بحق وتحقيق.

ثبت المراجع

- Acemoglu, Daron, and Simon H. Johnson. 2006. "Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth." NBER Working Paper W12269, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA. <http://ssrn.com/abstract=906747>.
- Acemoglu, Daron, Simon H. Johnson, and James Robinson. 2002. "Reversal of Fortune: Geography and Institutions in the Making of the Modern World Income Distribution." *Quarterly Journal of Economics* 117 (4): 1231-94.
- Acemoglu, Daron, and James Robinson. 2008. "Persistence of Power, Elites, and Institutions," *American Economic Review* 98 (1): 267-93.
- Ainsworth, Martha, Kathleen Beegle, and Godike Koda. 2002. "The Impact of Adult Mortality on Primary School Enrollment in Northwestern Tanzania." UNAIDS Africa Development Forum Paper, World Bank, Washington, DC.
- Alderman, Harold, Jere R. Behrman, and John Hoddinott. 2003. "Nutrition, Malnutrition, and Economic Growth." In *Health and Economic Growth*, ed. Guillem López-Casasnovas, Berta Rivera, and Luis Currais, ch. 7. Cambridge, MA: MIT Press.
- Alsan, Marcella, David Bloom, and David Canning. 2006. "The Effect of Population Health on Foreign Direct Investment Inflows to Low- and Middle-Income Countries." *World Development* 34 (4): 613-30.
- Ashraf, Quamrul, Ashley Lester, and David Weil. 2007. "When Does Improving Health Raise GDP?" Working Paper 2008-7, Brown University, Department of Economics, Providence, RI.
- Banerjee, Abhijit, Angus Deaton, and Esther Duflo. 2004. "Wealth, Health, and Health Services in Rural Rajasthan." *American Economic Review* 94 (2): 326-30.
- Barecca, Alan. 2007. "The Long-Term Economic Impact of *in utero* and Postnatal Exposure to Malaria." University of California, Davis. <http://economics.missouri.edu/seminars/files/2008/021208.pdf>.
- Beegle, Kathleen, Joachim De Weerd, and Stefan Dercon. 2006. "Adult Mortality and Consumption Growth in the Age of HIV/AIDS." Policy Research Working Paper 4082, World Bank, Washington DC.

- Behrman, Jere R., and Mark Rosenzweig. 2004. "Parental Allocations to Children: New Evidence on Bequest Differences among Siblings." *Review of Economics and Statistics* 86 (2): 447-64.
- Bell, Clive, and Maureen Lewis. 2004. "The Economic Implications of Epidemics Old and New." *World Economics* 5 (4): 137-74.
- Bell, Clive, Shanta Devarajan, and Hans Gersbach. 2003. "The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa." Policy Research Working Paper 3152, World Bank, Washington, DC.
- Benton, Bruce. 2001. "The Onchocerciasis (River Blindness) Program's Visionary Partnerships." Africa Region Findings 174, World Bank, Washington, DC. <http://www.worldbank.org/afr/findings/english/find174.htm>.
- Bidani, Benu, and Martin Ravallion. 1997. "Decomposing Social Indicators Using Distributional Data." *Journal of Econometrics* 77 (1): 125-39.
- Black, Robert, Lindsay Allen, Zulfiqar Bhutta, Laura Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers, and Juan Rivera. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences." *Lancet* 371 (9608): 5-22.
- Bleakley, Hoyt. 2006a. "Disease and Development: Comments on Acemoglu and Johnson (2006)." Remarks delivered at the NBER Summer Institute on Economic Fluctuations and Growth, July 16. http://home.uchicago.edu/~bleakley/Bleakley_Comments_Acemoglu_Johnson.pdf.
- _____. 2006b. "Malaria in the Americas: A Retrospective Analysis of Childhood Exposure." Documentos CEDE 003185, Universidad de los Andes, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Bogotá.
- _____. 2007. "Disease and Development: Evidence from Hookworm Eradication in the American South." *Quarterly Journal of Economics* 122 (1): 73-117.
- Bloom, David, and David Canning. 2003a. "Health as Human Capital and Its Impact on Economic Performance." *Geneva Papers on Risk and Insurance* 28 (2): 304-15.
- _____. 2003b. "The Health and Poverty of Nations: From Theory to Practice." *Journal of Human Development* 4 (1): 47-71.
- _____. 2005. "Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence." Unpublished document, Harvard School of Public Health, Cambridge, MA.
- Bloom, David, David Canning, and Bryan Graham. 2002. "Longevity and Life Cycle Savings." NBER Working Paper 8808, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA. <http://www.nber.org/papers/w8808>.
- Bloom, David, David Canning, and Jaypee Sevilla. 2004. "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach." *World Development* 32 (1): 1-13.
- Boone, Peter, and Zhaoguo Zhan. 2006. "Lowering Child Mortality in Poor Countries: The Power of Knowledgeable Parents." CEP Discussion Paper 751, London School of Economics, Centre for Economic Policy Research, London.
- Bunker, John P., Howard S. Frazier, and Frederick Mosteller. 1994. "Improving Health: Measuring Effects of Medical Care." *The Milbank Quarterly* 72 (2): 225-58.
- Carneiro, Pedro Manuel, and James J. Heckman. 2003. "Human Capital Policy." NBER Working Paper W9495, National Bureau of Economic Research, Boston, MA.

- Carnoy, Martin, and Jeffrey Marshall. 2004. "Comparing Cuba Students' Academic Performance with the Rest of Latin America." Unpublished manuscript.
- Case, Anne C., Christina H. Paxson, and Joseph D. Ableidinger. 2002. "Orphans in Africa." NBER Working Paper W9213, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA. <http://ssrn.com/abstract=332257>.
- Chaudhury, Nazmul, and Jeffrey Hammer. 2004. "Ghost Doctors: Absenteeism in Bangladeshi Health Facilities." *World Bank Economic Review* 12 (3): 423-41.
- Chaudhury, Nazmul, Jeffrey Hammer, Karthik Muralidharan, and F. Halsey Rogers. 2005. "Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries." *Journal of Economic Perspectives* 20 (1): 91-116.
- Commission on Growth and Development. 2008. *The Growth Report: Strategies for Sustained Growth and Inclusive Development*. Washington, DC: Commission on Growth and Development, World Bank. http://www.growthcommission.org/index.php?option=com_content&task=view&id=96&Itemid=169.
- Crossier, Scott. 2007. "John Snow: The London Cholera Epidemic of 1854." Center for Spatially Integrated Science, University of California, Santa Barbara.
- Cunha, Flavio, James J. Heckman, Lance J. Lochner, and Dimitriy V. Masterov. 2006. "Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation." In *Handbook of the Economics of Education*, ed. Eric A. Hanushek and Finis Welch, 697-812. Amsterdam, the Netherlands: North-Holland.
- Cutler, David. 2007. "The Lifetime Costs and Benefits of Medical Technology." NBER Working Paper 13478, National Bureau of Economic Research, Boston, MA.
- Cutler, David, Winnie Fung, Michael Kremer, and Monica Singhal. 2007. "Mosquitoes: The Long-Term Effects of Malaria Eradication in India." Unpublished working paper, Harvard University, Cambridge, MA.
- Cutler, David, and Grant Miller. 2005. "The Role of Public Health Improvements in Health Advances: The Twentieth Century United States." *Demography* 42 (1): 1-22.
- Das, Jishnu, and Jeffrey Hammer. 2007. "Money for Nothing: The Dire Straits of Medical Practice in Delhi, India." *Journal of Development Economics* 83 (1): 1-36.
- Deaton, Angus. 2006. "Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies." NBER Working Paper W12735, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA. <http://ssrn.com/abstract=948648>.
- DiTella, Rafael, and William Savedoff, eds. 2001. *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Dixit, Avinash. 2006. "Evaluating Recipes for Development Success." Policy Research Working Paper 3859, World Bank, Washington, DC.
- Drèze, Jean, and Amartya Sen. 2002. *India: Development and Participation*. Oxford: Oxford University Press.
- Drukker, Jan W., and Vincent Tassenaar. 1997. "Paradoxes of Modernization and Material Well-Being in the Netherlands during the 19th Century." In *Health and Welfare during Industrialization*, ed. Richard H. Steckel and Roderick Floud, 331-79. Chicago: Chicago University Press.
- Easterly, William, and Ross Levine. 2003. "Tropics, Germs, and Crops: How Endowments Influence Economic Development." *Journal of Monetary Economics* 50 (1): 3-39.
- Evans, David, and Edward Miguel. 2003. "Will the Sun Come out Tomorrow? Orphans

- and Schooling." Unpublished working paper, University of California, Berkeley.
- Filmer, Deon, Jeffrey Hammer, and Lant Pritchett. 2000. "Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries." *World Bank Research Observer* 15 (2): 199-224.
- Filmer, Deon, and Lant Pritchett. 1999. "The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter?" *Social Science and Medicine* 49 (1): 1309-23.
- Fogel, Robert W. 1986. "Nutrition and the Decline in Mortality since 1700: Some Additional Preliminary Findings." NBER Working Paper 1802, National Bureau of Economic Research, Boston, MA.
- _____. 1994. "Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy." *American Economic Review* 84 (June): 369-95.
- _____. 1997. "New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some Implications for Population Theory." In *Handbook of Population and Family Economics*. Vol. 1A, ed. Mark Rosenzweig and Oded Stark. Amsterdam: Elsevier.
- _____. 2002. "Nutrition, Physiological Capital, and Economic Growth. Lecture." Pan American Health Organization and the Inter-American Development Bank, Washington, DC.
- Fortson, Jane. 2006. "Mortality, Risk, and Human Capital Investment: The Impact of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa." Unpublished paper, University of Chicago.
- Fuchs, Victor R. 1974. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*. New York: Basic Books.
- Gallup, John Luke, and Jeffrey Sachs. 2001. "The Economic Burden of Malaria." *American Journal of Tropical Medical Hygiene* 64 (1-2): S1-S11.
- Gertler, Paul, David Levine, and Minnie Ames. 2004. "Schooling and Parental Death." *Review of Economics and Statistics* 86 (1): 211-25.
- Grantham-McGregor, Margaret, Yin Bun Cheung, Santiago Cueto, Paul Glewwe, Linda Richter, and Barbara Strupp. 2007. "Development Potential in the First Five Years for Children in Developing Countries." *Lancet* 369 (9555): 60-70.
- Heckman, James. 2007. "Investing in Disadvantaged Young Children Is Good Economics and Good Public Policy." Testimony before the Joint Economic Committee, Washington, DC, June 27.
- Hong, Sok Chul. 2007. "A Longitudinal Analysis of the Burden of Malaria on Health and Economic Productivity: The American Case." Unpublished paper, University of Chicago.
- Hsiao, William C. 1984. "Transformation of Health Care in China." *New England Journal of Medicine* 310 (14): 932-36.
- Jack, William, and Maureen Lewis. 2004. "Falling Short of Expectations: Public Health Interventions in Developing and Transition Economies." *Social Science and Medicine* 58 (2): 223-25.
- Kamali, A., J. A. Seeley, A. J. Nunn, J. F. Kengeya-Kayondo, A. Ruberantwari, and D. W. Mulder. 1996. "The Orphan Problem: Experience of a Sub-Saharan Africa Rural Population in the AIDS Epidemic." *AIDS Care* 8 (5): 509-15.
- Kaufmann, Daniel, Art Kraay, and Massimo Mastruzzi. 2005. "Governance Matters IV: Governance Indicators for 1996-2004." Policy Research Working Paper 3630, World Bank, Washington, DC. <http://ssrn.com/abstract=718081> or DOI: 10.2139/ssrn.718081.

- Knudsen, Eric I. 2004. "Sensitive Periods in the Development of the Brain and Behavior." *Journal of Cognitive Neuroscience* 16 (8): 1412-25.
- Knudsen, Eric I., James J. Heckman, Judy L. Cameron, and Jack P. Shonkoff. 2006. "Economic, Neurobiological, and Behavioral Perspectives on Building America's Future Workforce." *PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences)* 103 (27): 10155-62.
- Kuhn, Katrin Gaardbo, Diarmid H. Campbell-Lendrum, Ben Armstrong, and Clive R. Davies. 2003. "Malaria in Britain: Past, Present, and Future." *PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences)* 100 (17): 9997-10001. <http://www.pnas.org/content/100/17/9997.full>.
- La Forgia, Gerard M., and Bernard F. Couttolenc. 2008. *Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence*. Washington, DC: World Bank.
- Larson, Bruce A., Matthew P. Fox, Sydney Rosen, Margaret Bii, Carolyn Sigei, Douglas Shaffer, Fredrick Sawe, Monique Wasunna, and Jonathan L. Simon. 2008. "Early Effects of Antiretroviral Therapy on Work Performance: Preliminary Results from a Cohort Study of Kenyan Agricultural Workers." *AIDS* 22 (3): 421-25.
- Leonard, Kenneth, and Melkiory Masatu. 2006. "The Use of Direct Clinician Observation and Vignettes for Health Services Quality Evaluation in Developing Countries." *Social Science and Medicine* 61 (9): 1944-51.
- _____. 2007. "Variation in the Quality of Care Accessible to Rural Communities in Tanzania." *Health Affairs* 26 (3): w380-w392.
- Lewis, Maureen. 2006. *Governance and Corruption in Public Health Care Systems*. Center for Global Development Working Paper 78, Center for Global Development. <http://ssrn.com/abstract=984046>.
- Lewis, Maureen, Gerald La Forgia, and Margaret Sulvetta. 1996. "Measuring Public Hospital Costs: Empirical Evidence from the Dominican Republic." *Social Science and Medicine* 43 (2): 221-34.
- Lindelow, Magnus, Inna Kushnarova, and Kai Kaiser. 2006. "Measuring Corruption in the Health Sector: What Can We Learn from Public Expenditure Tracking and Service Delivery Surveys in Developing Countries?" In *Global Corruption Report 2006: Special Focus on Corruption and Health*. Transparency International. London: Pluto Press.
- Lleras-Muney, Adriana. 2005. "The Relationship between Education and Adult Mortality in the United States." *Review of Economic Studies* 72 (1): 189-221.
- Lloyd, Cynthia B., and Ann K. Blanc. 1996. "Children's Schooling in Sub-Saharan Africa: The Role of Fathers, Mothers, and Others." *Population and Development Review* 22 (2): 265-98.
- Lorentzen, Peter, John McMillan, and Romain Wacziarg. 2005. "Death and Development." NBER Working Paper 11620, National Bureau of Economic Research, Boston, MA.
- Lucas, Adrienne. 2005. "Economic Effects of Malaria Eradication: Evidence from the Malarial Periphery." Unpublished paper, Brown University, Providence, RI.
- Malaney, Pia, Andrew Spielman, and Jeffrey Sachs. 2004. "The Malaria Gap." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 71 (suppl 2): 141-46.
- Mankiw, N. Gregory. 1995. "The Growth of Nations." *Brookings Papers on Economic Activity* 1: 275-326.
- McKeown, Thomas, R. G. Record, and R. D. Turner. 1962. "Reasons for the Decline

of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century." *Population Studies* 16 (2): 94-122.

_____. 1975. "An Interpretation of the Decline of Mortality in England and Wales during the Twentieth Century." *Population Studies* 29 (3): 391-421.

McKinley, John, and Sonja J. McKinley. 1997. "The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century." *Millbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 55 (3): 404-28.

Melgar, Paúl, Luis Fernando Ramírez, Scott McNiven, Rosa Mery Mejía, Ann DiGirolamo, John Hoddinott, and John A. Maluccio. 2008. "Resource Flows among Three Generations in Guatemala Study (2007-08): Definitions, Tracking, Data Collection, Coverage, and Attrition." Working Paper Series 0803, Middlebury College, Department of Economics, Middlebury, VT.

Miguel, Edward. 2005. "Health, Education, and Economic Development." In *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*, ed. Guillem López-Casasnovas, Berta Rivera, and Luis Currais, pp. 143-68. Cambridge, MA: MIT Press.

Miguel, Edward, and Michael Kremer. 2004. "Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities." *Econometrica* 72 (1): 159-217.

Mustard, J. Fraser. 2006. *Early Child Development and Experience-Based Brain Development: The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World*. Washington, DC: Brookings Institution. <http://www.brookings.edu/views/papers/200602mustard.htm>.

PAHO (Pan American Health Organization). 1999. *The Pan American Sanitary Code: Toward a Hemispheric Health Policy*. Washington, DC: World Health Organization, Pan American Health Organization.

Preston, Samuel H. 1975. "The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development." *Population Studies* 29 (2): 231-48.

Pritchett, Lant. 1997. "Divergence, Big Time." *Journal of Economic Perspectives* 11 (3): 3-17.

Pritchett, Lant, and Lawrence H. Summers. 1996. "Wealthier Is Healthier." *Journal of Human Resources* 31 (4): 841-68.

Rodrik, Dani, Arvind Subramanian, and Francesco Trebbi. 2002. "Institutions Rule: The Primacy of Institutions over Geography and Integration in Economic Development." NBER Working Paper 9305, National Bureau of Economic Research, Boston, MA.

Sachs, Jeffrey D. 2003. "Institutions Don't Rule: Direct Effect of Geography on Per Capita Income." NBER Working Paper 9490, National Bureau of Economic Research, Boston, MA.

Sachs, Jeffrey D., and Pia Malaney. 2002. "The Economic and Social Burden of Malaria." *Nature* 415 (February 7): 680-85.

Schultz, Paul. 2002. "Why Governments Should Invest More to Educate Girls." *World Development* 30 (2): 207-25.

_____. 2005. "Productivity Benefits of Health: Evidence from Low-Income Countries." In *Health and Economic Growth*, ed. Guillem López-Casasnovas, Berta Rivera, and Luis Currais. Cambridge, MA: MIT Press.

- Shastri, Gauri Kartini, and David Weil. 2003. "How Much of Cross-Country Income Variation Is Explained by Health?" *Journal of the European Economic Association* 1 (2-3): 387-96.
- Snow, John. 1849. *On the Mode of Communication of Cholera*. London: John Churchill.
- Thirumurthy, Harsha, Joshua Graff Zivin, and Markus Goldstein. 2005. "The Economic Impact of AIDS Treatment: Labor Supply in Western Kenya." NBER Working Paper 11871, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Thomas, Duncan, and Elizabeth Frankenberg. 2002. "Health, Nutrition, and Prosperity: A Microeconomic Perspective." *Bulletin of the World Health Organization* 80 (2): 106-13.
- Thomas, Duncan, and John Strauss. 1997. "Health and Wages: Evidence on Men and Women in Urban Brazil." *Journal of Econometrics* 77 (1): 159-86.
- Victoria, Cesar, Linda Adair, Caroline Fall, Pedro Hallal, Reynaldo Martorell, Linda Richter, and Harshpal Singh Sachdev. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital." *Lancet* 371 (9609): 340-57.
- Wagstaff, Adam, and Mariam Claeson. 2004. *Rising to the Challenge: The Millennium Development Goals for Health*. Washington, DC: World Bank.
- Walker, Susan P., Theodore Wachs, Julie Meeks Gardner, Betsy Lozoff, Gail Wasserman, Ernesto Pollitt, and Julie Carter. 2007. "Child Development: Risk Factors for Adverse Outcomes in Developing Countries." *Lancet* 369 (9556): 145-57.
- Weil, David N. 2005. "Accounting for the Effect of Health on Economic Growth." NBER Working Paper 11455, National Bureau of Economic Research, Boston, MA.
- WHO (World Health Organization). 2001. *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: WHO. [whqlibdoc.who.int publications/2001/924154550x.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf).
- Wößmann, Ludger, and Gabriela Schütz. 2006. *Efficiency and Equity in European Education and Training Systems: Analytical Report for the European Commission*. Munich: European Expert Network on Economics of Education.
- Wolfe, Barbara. 1986. "Health Status and Medical Expenditures: Is There a Link?" *Social Science and Medicine* 22 (10): 993-99.
- World Bank. 2005. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, DC: World Bank.
- _____. 2008. *Global Monitoring Report: MDGs and the Environment*. Washington, DC: World Bank.
- Young, Alwyn. 2005. "The Gift of the Dying: The Tragedy of AIDS and the Welfare of Future African Generations." *Quarterly Journal of Economics* 120 (2): 423-66.

