منظمة الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية الثانية والخمسون

ج٥٢/ متنوعات/٩
١٥ أيار/ مايو ١٩٩٩
A52/DIV/9

الصحة في مجال التنمية

خطاب رئيسي ألقاه الأستاذ أمارتيا سن، كلية ترينيتي، جامعة كمبردج، الحائز على جائزة نوبل في الاقتصاد، أمام جمعية الصحة العالمية الثانية والخمسين

جنيف، الثلاثاء، ١٨ أيار/ مايو ١٩٩٩

انه لمن دواعي عظيم شرفي – وسروري بالطبع – أن تمنح لي فرصة القاء هذه المحاضرة في هذا المؤتمر البالغ الأهمية. وأجدني أتمتع بثلاثة امتيازات معا، أولا لأن **المناسبة** في حد ذاتها فائقة الأهمية (فجمعية الصحة العالمية ملتقى لأناس يمتلكون القدرة على التأثير في صحة المليارات من بني البشر في العالم وفي تعميرهم لمدد طويلة)، وثانيا لأن **جدول الأعمال** بالغ الخطورة (فقد سمعنا للتو الأولويات التي حددتها المديرة العامة "لسنة التغيير")، وثالثا لأنه من الرائع حقا أن أجد نفسي هنا بدعوة من الدكتورة غرو هارليم برونتلاند التي أكنّ لها أعظم مشاعر الاعجاب.

لقد دعيت للتحدث عن موضوع "الصحة في مجال التنمية". ولابد لي من التعامل مع مسألة – مسألة في غاية الصعوبة – علاقة الصحة بالتنمية.[١] فمن ناحية يمكن الاجابة على هذا السؤال اجابة بسيطة: اذ أنه من المؤكد أن الجميع يكاد يتفق الى حد ما على أن تعزيز الصحة يشكل غاية رئيسية من غايات عملية التنمية. لكن هذا الاعتراف الأساسي البسيط لا يفيدنا كثيرا. اذ علينا طرح العديد من التساؤلات الأخرى أيضا. ما مدى أهمية الصحة بين أغراض التنمية؟ وهل أن أفضل وسيلة للنهوض بالصحة تتمثل في العملية العامة للنمو الاقتصادي التي تنطوي على ازدياد نصيب الفرد من الدخل القومي الفعلي، أم ينبغي فصل الصحة بصفتها هدفا عن عملية النمو الاقتصادي في حد ذاتها؟ فهل تواكب كل الأمور الجيدة بعضها البعض في عملية التنمية، أم هل هناك خيارات بشأن الأولويات الواجب انتقاؤها؟ وكيف يتجسد انشغالنا بالانصاف في مجال الصحة والرعاية الصحية؟ سوف أضطر للخوض في هذه القضايا أيضا.

---

١ انني أستعين في الاجابة على هذا السؤال – والأسئلة ذات الصلة – بكتابي المقبل "التنمية كحرية من الحريات"، الذي تنشره دار ألفرد نوبف في أيلول/ سبتمبر ١٩٩٩. وثمة تقارب كبير بين هذه المحاضرة وخطابي الرئيسي (المعنون: "التقدم الاقتصادي والصحة") أمام محفل الصحة العمومية السنوي التاسع في كلية لندن للصحة وطب المناطق المدارية، في ٢٢ نيسان/ أبريل ١٩٩٩ الذي يستعين بالكتاب المذكور نفسه.

ولكن كي نثير ما قد يكون أهم القضايا كلها. دعونا نبدأ بقصة حديث قديم جدا بين زوج وزوجته حول موضوع كسب المال. وليس من غير المألوف طبعا أن يناقش الأزواج امكانية كسب المزيد من المال، لكن الحوار حول هذا الموضوع الذي دار في القرن الثامن قبل الميلاد، تقريبا، ينطوي على أهمية خاصة. وكما ورد في النص السنسيكريتي بريهادارانياكا أوبانيشاد، فان ميتريي وزوجها ياجنافالكيا يتحدثان عن هذا الأمر. لكنهما لا يلبثان أن ينتقلا الى قضية أكبر من سبل ووسائل زيادة ثروتهما: **الى أي مدى ستساعدهما الثروة على الحصول على ما يريدانه؟**[١] وتتسائل الزوجة عما اذا كان امتلاكها بمفردها للأرض برمتها والتي تفيض بالثروة سيمكنها من الخلود. "كلا" يجيب زوجها "ستكون حياتك مثلها مثل حياة الأغنياء. لكن الثروة لا تجلب الخلود ولا حتى الأمل فيه". وتجيب الزوجة قائلة "ما الذي أفعله بأمر لا يحقق لي الخلود؟".

لقد ورد تساؤل ميتريي التقريري في الفلسفة الدينية الهندية مرارا وتكرارا ليبين طبيعة المأزق الذي آل اليه الانسان وحدود العالم المادي على حد السواء. واني لأجد في نفسي شكا كبيرا فيما يتعلق بالمسائل الأخروية حتى أنقاد الى ذلك العالم نتيجة خيبة أمل ميتريي من هذا العالم، ولكن هناك جانبا آخر من هذا التبادل له أهمية مباشرة بالنسبة للاقتصاد ولفهم طبيعة التنمية. ويتعلق الأمر بالعلاقة بين الايرادات والانجازات، وبين السلع والقدرات، وبين رخائنا الاقتصادي وقدرتنا على العيش كما يحلو لنا. وفي حين هناك صلة بين الثراء، من جهة، وصحتنا وطول العمر وغير ذلك من الانجازات، من جهة أخرى، فان الرباط قد يكون قويا جدا وقد لا يكون، وقد يكون كذلك مشروطا بظروف أخرى تماما. لا تكمن القضية في القدرة على العيش الى الأبد والتي ركزت عليها كما رأينا ميتريي – طيب الله ثراها –، وانما في القدرة على أن يعيش المرء طويلا بالفعل (دون أن يحصده الموت في ريعان الشباب) والتمتع بحياة جيدة ما دام على قيد الحياة (بدلا من العيش حياة البؤس والرق) – وهي الأمور التي يثمنها عاليا كل واحد منا تقريبا ويرغبها. ان الفجوة بين النظرتين (أي بين التركيز المقصور على الرخاء الاقتصادي، والتركيز الواسع على أنماط الحياة التي يمكن أن نعيشها) لتشكل قضية كبرى في صياغة مفهوم التنمية. وقد لاحظ أرسطو منذ البداية في كتابه "أخلاق نيكوماخين" *Nicomachean Ethics* (وهي ملاحظة تتناغم جيدا مع الحوار الذي دار بين ميتريي وياجنا فالكيا على بعد ثلاثة آلاف ميل) أن "الثراء ليس بالضرورة هو الخير الذي ننشده؛ ذلك أنه مفيد في حد ذاته وهو مفيد من أجل الحصول على شيء آخر".[٢]

وتكمن فائدة الثراء فيما يتيحه لنا من أشياء – والحريات الحقيقية التي يساعدنا على تحقيقها، بما في ذلك الحرية في أن نحيا لمدة طويلة وأن نعيش عيشة طيبة. على أن هذه العلاقة ليست قصرية (بما أن هناك تأثيرات **أخرى** كبيرة على حياتنا غير الثراء)، ولا هي موحدة (بما أن أثر الثراء على حياة كل منا يتفاوت مع التأثيرات الأخرى). ان أهمية الاقرار بالدور الحيوي للثراء في الظروف المعيشية وفي نوعية الحياة، هي بنفس أهمية فهم الطبيعة المقيدة والمشروطة لهذه العلاقة. ولابد أن يتعدى المفهوم الملائم للتنمية جمع الثروة ونمو الناتج القومي الاجمالي وغيرها من المتغيرات المرتبطة بالدخل. ومن غير تجاهل أهمية الثراء الاقتصادي، علينا أن ننظر الى أبعد من ذلك.

وتتطلب غايات التنمية ووسائلها البحث والتدقيق من أجل فهم كامل لعملية التنمية؛ فليس من المناسب، بكل بساطة اعتبار هدفنا الأساسي الذي نتوخاه هو مجرد تحقيق أقصى قدر ممكن من الدخل أو الثراء، الذي هو، مثلما لاحظ أرسطو، "مفيد في حد ذاته وهو مفيد من أجل الحصول على شيء آخر". ولهذا السب ذاته لا يمكن اعتبار الثراء الاقتصادي غاية في حد ذاتها. فالتنمية (مثلما حاولت تبيينه في كتابي الذي سيصدر قريبا بعنوان التنمية بوصفها من الحرية يتعين أن تعنى بالدرجة الأولى بتحسين أنماط الحياة

١ *Brihadaranyaka Upanishad*, II, iv, 2-3.

٢ Aristotle, *The Nicomachean Ethics*, Book I, section 5; in D. Ross's translation (Oxford University Press, 1980), p.7.

التي نحياها والحريات التي نتمتع بها. ومن بين أهم الحريات التي يمكن أن نتمتع بها، التحرر من الأسقام الممكن توقيها والتحرر من الوفيات التي يمكن الافلات من براثينها. فأهمية فهم الطبيعة المقيدة والمشروطة للعلاقة بين الرخاء الاقتصادي والتمتع بالعافية تضارع أهمية الاقرار بالأهمية القصوى لهذه العلاقة (وان كانت مقيدة ومشروطة).

الحرمان النسبي والكلي للأمريكيين المنحدرين من أصول أفريقية

دعوني أبين الطبيعة المشروطة لهذه العلاقة من خلال بعض الأمثلة التجريبية. فمن اللافت للنظر بشكل ملحوظ أن مدى الحرمان الذي تعاني منه مجموعات معينة في بلدان غنية جدا يمكن مقارنته بذلك الحرمان فيما يسمى "بالعالم الثالث". فعلى سبيل المثال، هناك في الولايات المتحدة الأمريكية أمريكيين ينحدرون من أصول أفريقية كمجموعة سكانية ليس لهم فرصة عالية - بل ليس لهم فرصة على الاطلاق - لأن يعمروا كما يعمر باقي السكان الذين ولدوا في البلدان ذات الاقتصادات الفقيرة فقرا مدقعا مثل الصين أو ولاية كيرالا الهندية (أو سري لانكا أو جامايكا أو كوستاريكا). وبما أنه ليس لدي فرصة لأطلعكم على أي عرض تصويري في هذه القاعة، عليكم أن تتصوروا الوضع بأنفسكم. لقد قدمت خرائط في مقالي بعنوان ("اقتصاديات الحياة والموت") الوارد في مجلة *Scientific American* الصادرة في عام ١٩٩٣، تبين كيف أن الأمريكيين الذين ينحدرون من أصول أفريقية كمجموعة سكانية قد لحقت بهم بعض الشعوب الفقيرة في العالم من حيث نسبة البقاء على قيد الحياة.[١]

وبالرغم من أن دخل الفرد من الأمريكيين المنحدرين من أصول أفريقية في الولايات المتحدة الأمريكية يقل بكثير عما هو عليه عند السكان البيض الأمريكيين، فهم بطبيعة الحال أغنى بكثير من سكان الصين أو كيرالا من حيث الدخل الذي يحصلون عليه (حتى بعد تعديل فوارق مستوى المعيشة). وفي هذا السياق، فان مقارنة احتمالات البقاء على قيد الحياة عند الأمريكيين المنحدرين من أصول أفريقية مع تلك الاجتمالات عند الأفقر منهم بكثير من الصينيين والهنود من كيرالا تكتسي أهمية خاصة. فالأمريكيون المنحدرون من أصول أفريقية أكثر تفوقا، من حيث البقاء على قيد الحياة خاصة في مراحل العمر المبكرة (لاسيما فيما يتعلق بوفيات الرضّع) مقارنة بالصينيين أو الهنود، غير أن الصورة تتغير مع التقدم في السن.

ويتضح أن الرجال الصينيين وأمثالهم من كيرالا في الهند يعمرون أكثر بشكل واضح من الرجال السود الأمريكيين من حيث البقا على قيد الحياة وبلوغ مراحل متأخرة من العمر. بل يتبين أن للنساء الأمريكيات المنحدرات من أصول أفريقية نسقا في البقاء على قيد الحياة في المراحل المتأخرة من العمر مماثلا لنسق الصينيات الأفقر منهن، كما أن معدلات البقاء على قيد الحياة منخفضة قطعا عندهن عن معدلات الهنديات من كيرالا الأفقر منهن. ومن ثم لا يقتصر الأمر على كون الأمريكيين السود يعانون من **حرمان نسبي** من حيث دخل الفرد مقارنة بالأمريكيين البيض، فهم **بالتأكيد** أكثر حرمانا كذلك من الهنود من كيرالا ذوي الدخل المنخفض (في حالتي الرجال والنساء)، ومن الصينيين (في حالة الرجال)، من حيث البقاء على قيد الحياة حتى مرحلة النضوج وبلوغ مرحلة متقدمة من العمر. ان التأثيرات السببية لهذه المفارقات (أي بين مستويات المعيشة محسوبة بدخل الفرد وبين تلك المحسوبة بالقدرة على البقاء على قيد الحياة لبلوغ مراحل متقدمة من العمر تشمل الترتيبات الاجتماعية والعلاقات في المجتمع مثل التغطية الصحية، والرعاية الصحية العامة، والتعليم الأساسي، والقانون والنظام، وتفشي العنف وما الى ذلك.[٢]

---

١ أوردت مثل هذه المقارنات وغيرها في مقالي "اقتصاديات الحياة والموت"، الوارد في مجلة *Scientific American* عدد ٢٦٦ (عام ١٩٩٣)، وفي مقالي بعنوان "الديموغرافيا واقتصاد الرخاء"، مجلة *Empirica*، عدد ٢٢ (عام ١٩٩٥).

٢ عن هذا الموضوع، يمكن الاطلاع على مقالتي بعنوان "اقتصاديات الحياة والموت" مجلة *Scientific American*، نيسان/ أبريل ١٩٩٣، وكذلك المراجع الطبية المشار اليها في المقال.

فالتباين الذي تحدثت عنه آنفا يأخذ السكان الأمريكيين المنحدرين من أصول أفريقية ككل. وهم يشكلون مجموعة عريضة جدا. أما اذا أخذنا الأمريكيين المنحدرين من أصول أفريقية من جهة شرائح هذا المجتمع الأكثر حرمانا، فاننا نحصل على تباين أكثر من ذلك بكثير. فالعمل الذي قام به مؤخرا كريستوفر موراي وزملاؤه يبين مدى الاختلاف الكبير في معدلات البقاء على قيد الحياة للسكان الأمريكيين في بلدان مختلفة.[١] فاذا ما أخذنا، على سبيل المثال، الأمريكيين الذكور من أصول أفريقية في مقاطعة كولومبيا أو مدينة سان لويس أو نيويورك أو سان فرانسيسكو مثلا، نجد أن ترتيبهم يأتي بعد الصينيين أو الكيراليين في مرحلة مبكرة من العمر بشكل يلفت الأنظار. وهذا على الرغم من أن الأمريكيين الذين ينحدرون من أصول أفريقية أغنى بكثير، من حيث دخل الفرد الذي يشكل مركز اهتمام الدراسات المعيارية عن النمو والتنمية، من السكان الفقراء الذين يقارنون بهم من حيث نماذج البقاء على قيد الحياة.

فهذه أمثلة تسترعي الانتباه، ولكن من الصواب كذلك أن نلاحظ أن مستوى طول العمر يميل بشكل عام الى الارتفاع بارتفاع دخل الفرد. وهذا هو الحال بالفعل في دول معينة تناولها كريس موراي وزملاؤه بالدراسة. فهل هناك تناقض في هذا المضمار؟

لا يوجد أي تناقض في الحقيقة. وفي ظل عوامل أخرى لا يزيد ارتفاع الدخل قدرة الفرد أو المجتمع المحلي على تفادي حلول الموت قبل الأوان والافلات من المرض الذي يمكن توقيه. ولكن العوامل الأخرى ليست مماثلة بوجه عام. لذلك فان الدخل عامل مؤثر ايجابي وكذلك فانه بسبب تنوع العوامل الأخرى (بما فيها التسهيلات الطبية والرعاية الصحية العمومية والترتيبات التعليمية، وغيرها) يوجد عدد هائل من الحالات التي يعيش فيها أناس أغنى كثيرا أعمارا أقصر بكثير ويفوقهم من هم أفقر منهم بحسابات نسب البقاء على قيد الحياة. وسيكون من السذاجة الادعاء بأن الدخل المرتفع **ليس** عاملا مسهما في تحسين الصحة واطالة الحياة كما أن من السذاجة بالقدر نفسه التأكيد على أنه العامل **الوحيد** الذي يسهم في هذا الأمر. ومن الناحية الأخرى أيضا يسهم تحسين الصحة وتعزيز البقاء على قيد الحياة، الى حد ما، في القدرة على تحقيق دخل أعلى (اذا ما توافرت أمور أخرى)، ولكن مرة أخرى أيضا، هذه الأمور الأخرى ليست من المسلمات.

التنمية الصحية عن طريق النمو

ربما يجدر التوسع قليلا في مناقشة العلاقة القائمة بين الصحة والبقاء على قيد الحياة من ناحية ومستويات الدخل حسب متوسط نصيب الفرد من ناحية أخرى نظرا لأن الكتابات الخاصة بذلك تزخر في بعض الأحيان بالاستنتاجات المضللة. وفي أحيان كثيرة يشار الى أنه بينما لا يكون طول العمر وارتفاع الدخل حسب متوسط نصيب الفرد متناسبين، وبغض النظر عن أننا نخلط بين الغث والسمين، فعندئذ توجد أيضا في المقارنات بين البلدان أدلة وفيرة على أن الدخل ومتوسط العمر يسيران **بوجه عام** جنبا الى جنب. وانطلاقا من هذا التعميم يسعى بعض المعلقين الى اتخاذ خطوات سريعة للبرهنة على أن التقدم الاقتصادي هو العامل الحقيقي الذي يعزز الصحة ويطيل العمر. وفي الواقع هناك من رأى أن من الخطأ الاهتمام بعدم التساوق بين الانجازات المتحققة في مجال الدخل من جهة وفرص البقاء على قيد الحياة من جهة أخرى اذ أن من الملاحظ، بوجه عام، أن العلاقة الاحصائية بينهما وثيقة الى حد بعيد.

وهل هذه الاشارة الاحصائية صحيحة، وهل تثبت دائما صحة الاستدلال العام الذي يتم الخروج به؟ فهذه الاشارة المتصلة بالعلاقات الاحصائية بين البلدان، تكون صحيحة بالفعل اذا ما نظر اليها بمعزل عن

١ C.J.L. Murray, C.M. Michaud, M.T. McKenna and J.S. Marks, *U.S. Pattern of Mortality by County and Race: 1965-1994* (Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies, 1998).

غيرها، ولكننا نحتاج الى زيادة تمحيص هذه العلاقة الاحصائية قبل أن يتسنى النظر اليها كأساس مقنع لاعتبار العامل الأساسي المحدد للصحة وطول العمر، واستبعاد صلة الترتيبات الاجتماعية (التي تتجاوز الثراء القائم على الدخل).

ومن الشيق في هذا السياق الاشارة الى بعض التحليلات الاحصائية التي عرضها في الآونة الأخيرة سودهير أناند ومارتين رافاليون.[١] فقد وجدا، بالاستناد الى المقارنات بين البلدان، أن متوسط العمر المأمول لا تربطه، في حقيقة الأمر، علاقة تلازمية ايجابية الى حد بعيد بمتوسط نصيب الفرد من الناتج القومي الاجمالي، ولكن هذه العلاقة تقوم من خلال تأثير الناتج القومي الاجمالي في: (١) الدخل، وبصفة خاصة دخل الفقراء؛ (٢) الانفاق العام وخاصة في مجال الرعاية الصحية. وفي الواقع فانه بمجرد ادراج هذين المتغيرين في حد ذاتهما في العملية الاحصائية لا يمكن الخروج الا بالقليل من التفسيرات **الاضافية** من ادراج متوسط نصيب الفرد من الناتج القومي الاجمالي باعتباره عاملا مؤثرا سببيا اضافيا. وفي الحقيقة أنه في ظل كون الفقر والانفاق العام على الصحة متغيرين تفسيريين في حد ذاتهما يبدو أن العلاقة الاحصائية بين متوسط نصيب الفرد من الناتج القومي الاجمالي من جهة ومتوسط العمر المأمول تتلاشى تماما.

ومن الأهمية بمكان التشديد على ألا يفهم من ذلك أن زيادة متوسط نصيب الفرد من الناتج القومي الاجمالي لا تعزز متوسط العمر المأمول، ولكن ذلك يبين أن العلاقة تجنح الى أن تقوم بصفة خاصة **من خلال** الانفاق العام على الرعاية الصحية **ومن خلال** النجاح في القضاء على الفقر. والكثير في هذا الصدد يتوقف على كيفية الاستفادة من ثمار النمو الاقتصادي. وهذا يساعد أيضا على تفسير قدرة بعض الاقتصادات، مثل كوريا الجنوبية وتايوان، على زيادة متوسط العمر المأمول بسرعة كبيرة من خلال النمو الاقتصادي بينما لم تحقق اقتصادات أخرى لها سجل مماثل في مجال النمو الاقتصادي نتائج مماثلة في مجال اطالة العمر.

وقد خضعت الانجازات التي تحققت في اقتصادات شرق آسيا لتمحيص ناقد وحملة عنيفة نوعا ما في السنوات الأخيرة بسبب طبيعة وشدة ما يطلق عليه "الأزمة الاقتصادية الآسيوية". وهذه الأزمة خطيرة فعلا وهي تشير كذلك الى مواطن قصور معينة في اقتصادات كان ينظر اليها سابقا، على سبيل الخطأ، على أنها اقتصادات ناجحة في جميع جوانبها. وبغض النظر عن ذلك فسيكون من الخطل أن نتجاهل الانجازات الكبيرة لاقتصادات شرق آسيا وجنوب شرقها طيلة عقود عدة من الزمن، والتي أحدثت تحولات جوهرية في حياة الناس واطالة أعمارهم في هذه البلدان. وأنا أتناول الجوانب الايجابية والسلبية لتجربة شرق آسيا بصورة أوفى في كتابي الذي سيصدر قريبا بعنوان "التنمية بوصفها من الحرية"، ولكني لن أواصل تناولها في هذا العرض.

ولطائفة متنوعة من الأسباب التاريخية، بما في ذلك التركيز على التعليم الأساسي والرعاية الصحية الأساسية والانجاز المبكر للاصلاح الزراعي الفعال تيسر تحقيق المشاركة الاقتصادية الواسعة النطاق في العديد من اقتصادات شرق آسيا وجنوب شرقها بطريقة لم تتسن في البرازيل ولا الهند ولا باكستان، على سبيل المثال، حيث كان ايجاد الفرص الاجتماعية أبطأ وبمثابة عقبة في طريق التنمية الاقتصادية.[٢] وقد كان توسيع نطاق الفرص الاجتماعية عاملا ميسرا للتنمية الاقتصادية التي توفر فرص عمالة كثيرة وكما وفر ظروفا مواتية للحد من معدلات الوفيات ولاطالة متوسط العمر المأمول. والتباين صارخ في هذا الخصوص مع بعض البلدان الأخرى ذات معدلات النمو المرتفعة، مثل البرازيل، التي يكون فيها معدل زيادة متوسط نصيب

١ Sudhir Anand and Martin Ravallion. "Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services", *Journal of Economic Perspectives, 7* (1993).

٢ فيما يتعلق بهذه المسألة انظر كتابي المشترك مع جون دريز، *India: Economic Development and Social Opportunity* (New Delhi, New York: Oxford University Press, 1995).

الفرد من الناتج القومي الاجمالي مساويا تقريبا ولكن لديها أيضا تاريخ حقيقي من الغبن الاجتماعي المجحف والبطالة واهمال الرعاية الصحية العمومية. فالانجازات التي تحققت في مجال اطالة العمر في هذه الاقتصادات الأخرى ذات معدلات النمو المرتفعة تسير على نحو أبطأ.

ويوجد هنا وجهان مثيران ومترابطان للتباين. وأول هذين الوجهين هو التفاوت بين مختلف **الاقتصادات ذات معدلات النمو المرتفعة**، وخاصة بين البلدان التي **حققت** نجاحا كبيرا في اطالة العمر وتحسين نوعيتها (مثل كوريا الجنوبية وتايوان) والبلدان التي **لم تحقق** نجاحا مماثلا في هذين الميدانين الآخرين (مثل البرازيل). أما الوجه الآخر للتباين فيوجد بين مختلف **الاقتصادات التي حققت انجازات كبيرة في اطالة الحياة وتحسين نوعيتها**، ولاسيما التباين بين البلدان التي **حققت** نجاحا كبيرا في النمو الاقتصادي المرتفع (مثل كوريا الجنوبية وتايوان) والبلدان التي **لم تحقق** كثيرا من النجاح في بلوغ هذا المعدل المرتفع من النمو (مثل سري لانكا و**الصين في مرحلة ما قبل الاصلاح** وولاية كيرالا الهندية).

وقد علقت بالفعل على وجه التباين الأول (بين كوريا الجنوبية والبرازيل على سبيل المثال) ولكن وجه التباين الثاني يستحق هو الآخر ايلاءه اهتماما سياسيا أيضا. وفي كتابنا المعنون الجوع والعمل العام ميزت أنا ودريز بين نوعين من النجاح في الحد السريع من الوفيات، وقد أطلقنا عليهما مصطلحي العملية الجارية "عن طريق النمو" والعملية "القائمة على الدعم".[١] والعملية الأولى تتم **عن طريق** النمو الاقتصادي السريع ويتوقف نجاحها على عملية النمو ذات القاعدة العريضة والواسعة النطاق من الناحية الاقتصادية (للتوجه القوي نحو التوظيف ضلع في هذا المضمار). كما يتوقف نجاحها على الاستفادة من الازدهار الاقتصادي المعزز بغية التوسع في الخدمات الاجتماعية ذات الصلة، بما فيها الرعاية الصحية والتعليم والضمان الاجتماعي. وعلى خلاف الآلية العاملة "عن طريق النمو" فان العملية "القائمة على الدعم" لا تتم عن طريق النمو الاقتصادي السريع بل عن طريق برنامج للدعم الاجتماعي الماهر للرعاية الصحية والتعليم والترتيبات الاجتماعية ذات الصلة. ويوجد مثل جيد لهذه العملية في الخبرات التي اكتسبتها اقتصادات مثل سري لانكا أو الصين في مرحلة ما قبل الاصلاح أوكوستاريكا أو ولاية كيرالا الهندية التي حدت بسرعة كبيرة من معدلات الوفيات وعززت الأحوال المعيشية دون تحقيق قدر كبير من النمو الاقتصادي.

توفير الخدمات العامة والدخول المنخفضة والتكاليف النسبية

لا تنتظر العملية "القائمة على الدعم" حدوث زيادات هائلة في مستويات متوسط نصيب الفرد من الدخل الحقيقي، وهي تتم عن طريق اعطاء الأولوية لتقديم الخدمات الاجتماعية (ولاسيما الرعاية الصحية والتعليم الأساسي) التي تحد من الوفيات وتعزز نوعية الحياة. وفي مقارنة علقت عليها في مكان آخر يمكننا، لأغراض توضيحية، أن نمعن النظر في متوسط نصيب الفرد من الناتج القومي الاجمالي ومتوسط العمر المأمول عند الميلاد في ستة بلدان (الصين وسري لانكا وناميبيا والبرازيل وجنوب أفريقيا وغابون) وولاية ضخمة واحدة (كيرالا) يبلغ عدد سكانها ٣٠ مليون نسمة في أحد البلدان (الهند). وعلى الرغم من شدة انخفاض مستويات الدخل فان الناس يتمتعون في كل من كيرالا أو الصين أو سري لانكا بمستويات مرتفعة الى حد بعيد لمتوسط العمر المأمول عن مستويات متوسط العمر المأمول لسكان أغنى منهم كثيرا في البرازيل وجنوب أفريقيا وناميبيا ناهيك عن غابون. بل ان **النزعة** التي تسود جوانب الغبن تسير في الاتجاه المعاكس عندما نقارن كيرالا والصين وسري لانكا من جهة والبرازيل وجنوب أفريقيا وناميبيا وغابون من جهة أخرى. ولما كانت التفاوتات في متوسط العمر المأمول تتعلق بمجموعة منوعة من الفرص الاجتماعية الأساسية للتنمية (بما في ذلك السياسات الخاصة بالوبائيات، والرعاية الصحية والتسهيلات

١ Jean Drèze and Amartya Sen, *Hunger and Public Action* (Oxford: Clarendon Press, 1989); see particularly Chapter 10.

التعليمية، الخ.) فان الآراء التي تركّز على الدخل هي في حاجة ماسة الى ما يكملها لكي يتوافر لها فهم أكمل لعملية التنمية.[١] وأوجه التباين هذه ذات صلة وثيقة بالسياسات وتبرز أهمية العملية "القائمة على الدعم".[٢]

أما سكان البلدان الفقيرة فهم بالطبع متضررون باستمرار من عوائق كثيرة، وهذه الصورة هي احدى صور المحن المتنوعة في هذا الصدد. وعلاوة على ذلك فعندما يتعلق الأمر بالصحة والبقاء على قيد الحياة فربما لا يكون هناك ما هو أهم بصورة مباشرة في العديد من البلدان الفقيرة في العالم اليوم من نقص الخدمات الصحية وتوفير الرعاية الصحية، ويبرز طابع ومدى انتشار الحرمان من الخدمات الطبية البيولوجية في أشد صورهما في الدراسة الحديثة التي أعدها بول فارمر بعنوان العدوى والغبن: المحنتان العصريتان.[٣] وتشمل الاخفاقات الأمراض التي يمكن علاجها تماما (مثل الكوليرا والملاريا، الخ.) وأشد الاعتلالات تحديا (مثل الايدز والسل المقاوم للأدوية). ولكن في كل حالة على حدة يمكن حدوث اختلاف رئيسي بتصميم الجماهير على القيام بشيء للتخلص من حالات الحرمان.

اقتصاديات الرعاية الصحية وسياساتها

هناك من قد يستغرب امكانية تمويل الاجراءات "القائمة على الدعم" في البلدان الفقيرة، اذ أن من المؤكد أن هناك حاجة الى الموارد للتوسع في الخدمات العامة بما في ذلك الرعاية الصحية والتعليم. والحاجة الى الموارد لا يمكن لأي عملية حسابية واقعية نكرانها، ولكن الأمر يتعلق أيضا بموازنة التكاليف مقابل الفوائد التي يمكن توقع جنيها انسانيا والحيطة المالية ليست العدو الحقيقي هنا. وبالفعل، فان استخدام الموارد العامة في الأغراض التي تكون الفوائد الاجتماعية فيها أبعد ما يكون عن الوضوح، مثل المبالغ المالية الضخمة التي تصرف الآن على القوات المسلحة في البلدان الفقيرة دون استثناء (وهي في غالبية الأحيان تفوق بمراحل الأموال العامة المنفقة على التعليم أو الرعاية الصحية). هو الذي ينبغي أن تهدده الحيطة المالية. وهي دليل على جنون عالمنا وانقلاب الموازين فيه، حيث يشعر الطبيب أو معلم المدرسة أو الممرض بتهديد أكبر يتعرض له نتيجة للأخذ بالحيطة المالية من التهديد الذي يشعر به جنرال في قوات الجيش أو مشير في القوات الجوية. ان تصحيح هذا الشذوذ لا يستدعي صب جام غضبنا على الحيطة المالية، بل القيام بحسابات أكمل للتكاليف التي تنطوي عليها الطلبات المتنافسة والفوائد المرجوة منها.

وهذه القضية الهامة ترتبط أيضا بجانبين مركزيين من الحياة الاجتماعية، وهما، على وجه الخصوص، الاعتراف بدور السياسات التشاركية، والحاجة الى دراسة الحجج الاقتصادية عن طريق الفحص الدقيق الواسع الأفق. واذا ما كان تخصيص الموارد ينحرف باستمرار نحو الأسلحة والتسلح، عوضا عن توجهه نحو الصحة والتعليم، فان علاج ذلك لابد وأن يكمن أساسا في النقاش العام الواعي حول هذه المسائل، وفي نهاية المطاف، حول دور الناس في السعي الى الحصول على حصة أفضل من أجل اشباع الاحتياجات الأساسية للحياة الطيبة، لا من أجل التقتيل بنجاعة وفعالية. وفي سياق تخصيص الموارد للرعاية الصحية، قد لا يوجد أي شيء يضارع في أهميته النقاش العام الواعي، وتوافر الوسائل الديمقراطية التي تتيح استيعاب الدروس في تحقيق فهم أفضل للخيارات التي يتعين على شعوب كل البلدان أن تواجهها.

---

١ بالنسبة لهذا الموضوع انظر "From Income Inequality to Income Inequality", Distinguished Guest Lecture to the Southern Economic Association, published in *Southern Economic Journal*, 64 (October 1997), and "Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure", first Innocenti Lecture to the UNICEF (Florence: UNICEF, 1995), also published in *Economic Journal*, 108 (January 1998).

٢ انظر أيضا Richard A. Easterlin, "How Beneficient is the Market? A Look at the Modern History of Mortality" mimeographed, University of Southern California, 1997.

٣ Paul Farmer, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues* (Berkeley, CA: University of California Press, 1998).

والقضية الثانية هي مسألة التدقيق الاقتصادي، ومن الأهمية بمكان ملاحظة الاقتصاديات الزائفة التي تنطوي عليها تلك الحجة التي كثيرا ما تطرح لمقاومة التركيز المبكر على الرعاية الصحية. فكثيرا ما يطرح نقص الموارد بوضوح كذريعة لتأجيل توظيف استثمارات مهمة اجتماعيا الى أن يصبح البلد أكثر حظا من الثروة بالفعل. فأنى للبلدان الفقيرة (اذا ما استخدمنا أسلوبا بلاغيا في هذا الصدد) أن تجد الموارد اللازمة "لدعم" هذه الخدمات؟ هذا السؤال وجيه فعلا، ولكن جوابه وجيه هو الآخر، وهو جواب يكمن الى حد بعيد في اقتصاديات التكاليف النسبية. وقابلية تطبيق هذا الاجراء "القائم على الدعم" مرهونة بالحقيقة التي مؤداها أن الخدمات الاجتماعية الملائمة (كالرعاية الصحية والتعليم الأساسي) هي خدمات تقتضي توفير عمالة مكثفة، لذا فهي زهيدة التكلفة نسبيا في الاقتصادات الفقيرة – التي يتقاضى فيها العمال أجورا مرتفعة – فقد تتوافر للاقتصاد الفقير أموال أقل للانفاق على الرعاية الصحية والتعليم، ولكن هذا الاقتصاد يحتاج أيضا لأموال أقل من أجل تقديم الخدمات ذاتها التي ستكلف أكثر بكثير في البلدان الميسورة. والأسعار والتكاليف النسبية هي بارامترات هامة فيما يتعلق بتحديد ما يمكن لبلد ما تحمله. وللحاجة الى ادراك تغاير التكاليف النسبية، في ظل التزام اجتماعي مناسب، أهمية خاصة بالنسبة للخدمات الاجتماعية في مجالي الصحة والتعليم.[١]

ملاحظة ختامية

ما هي اذن الاستنتاجات التي نستخلصها من هذه التحليلات البسيطة؟ كيف ترتبط الصحة بالتنمية؟ ان النقطة الأولى التي يجب ملاحظتها هي أن تحسين الصحة جزء أساسي من التنمية، وان أولئك الذين يتساءلون عما اذا كان تحسين الصحة "وسيلة" جيدة للتنمية قد يتغافلون عن أهم نقاط التشخيص الأساسية وهي أن الصحة **جزء لا يتجزأ** من التنمية السليمة؛ فقضية الرعاية الصحية ليست بحاجة الى اثبات عملي من خلال محاولة بيان أن الصحة الجيدة يمكن أن تساعد أيضا على مضاعفة النمو الاقتصادي.

ثانيا، وبالنظر الى أمور أخرى، فان العافية والرخاء الاقتصادي عاملان متداعمان. فكسب الرزق هو أيسر للأصحاء، كما أن من الأيسر على من يحصلون على دخل أكبر أن يلتمسوا خدمات الرعاية الطبية وهم أفضل تغذية، وأكثر حرية في أن يحيوا حياة موفورة الصحة.

ثالثا، وعند انتفاء "الأمور الأخرى"، فان تحسين الصحة يمكن أن يتحقق عن طريق مجموعة من الاجراءات المتنوعة، بما فيها السياسات العامة (كاتاحة الخدمات في مجال الوبائيات والرعاية الطبية). وبينما يبدو وجود ترابط جيد عموما بين التقدم الاقتصادي والانجاز الصحي، فان هذا الترابط يصبح ضعيفا بفعل عدة عوامل سياسية. ويتوقف الجزء الأكبر من ذلك على كيفية استخدام الدخل الاضافي المحقق بفضل النمو الاقتصادي، وهو يتوقف بصفة خاصة على ما اذا كان هذا الاستخدام يهدف الى توسيع الخدمات العامة على نحو كاف والى التخفيف من عبء الفقر. وتحسين الانجازات الصحية عن طريق النمو الاقتصادي يذهب الى ما هو أبعد من مجرد توسيع معدل النمو الاقتصادي.

رابعا، ان تحقيق انجازات صحية رئيسية أمر ممكن، حتى عندما يكون الاقتصاد فقيرا، وذلك عن طريق استخدام الموارد المتاحة بأسلوب منتج اجتماعيا. ومن الأهمية بمكان، في هذا السياق، مراعاة الاعتبارات الاقتصادية التي تنطوي على تكاليف نسبية للمعالجة الطبية وتقديم الرعاية الصحية. وحيث ان الرعاية الصحية من الأنشطة التي تتطلب عمالة مكثفة، فان للاقتصادات التي يحصل فيها العامل على أجر منخفض ميزة نسبية في أنها تركز **أكثر** – وليس **أقل** – على الرعاية الصحية.

١ ترد مناقشة هذه المسألة في كتاب: Drèze and Sen, *Hunger and Public Action* (1989).

وأخيرا، فان مسألة التخصيص الاجتماعي للموارد الاقتصادية لا يمكن أن تفصل عن دور السياسات التشاركية والتوصل الى نقاش عام واع مستنير. والحيطة المالية ينبغي أن تشكل كابوسا لمؤيدي التسلح العسكري لا أن تؤرق الطبيب أو المدرس أو ممرض المستشفى. واذا ما شعر الطبيب أو المدرس أو الممرض بتهديد أكبر مما يشعر به القادة العسكريون من الاعتبارات المرتبطة بالموارد، فان علينا، نحن عامة الناس، أن نتحمل على الأقل جزءا من الوزر، لأننا نسمح للعسكريين بالفوز والنجاة باتباع هذه الأولويات الغريبة دون تسليط أي عقاب عليهم.

وفي نهاية الأمر، ليس هناك ما هو أهم من النقاش العام الواعي ومن مشاركة الناس في التوكيد على احداث التغييرات التي من شأنها أن تحمي حياتنا وحرياتنا. ويجب على الناس التطلع الى أنفسهم لا كمرضى فحسب، وانما أيضا كعوامل للتغيير، فالمرض والموت قد يكونان جزاء للتقاعس والخمول.

= = =