

Ohälsa i u-land

Ett försök till analys av hälsans underutveckling

Bo Haglund

I denna artikel sätts hälsoproblemen i u-länderna in i sitt internationella ekonomiska och politiska sammanhang. Rostows teori om underutvecklingens orsaker kritiseras. Centralt i Rostows förklaringsmodell är att underutvecklingen betingas av brist på "kulturella värden" och kapital. Hans teori leder därför fram till att utvecklingen kan och bör stimuleras genom inflöde av kulturella impulser och kapital från de rika länderna.

I artikeln påvisas hur just inflödet av kulturimpulser, teknologi och kapital till u-länderna bidrar till att skärpa en orättvis fördelning i dessa länder. Fördelningen av hälsovårdsresurser utgör därvid inget undantag.

Författare är Bo Haglund, läkare vid hälsovårdsenheten, Bassjukhuset i Skövde.

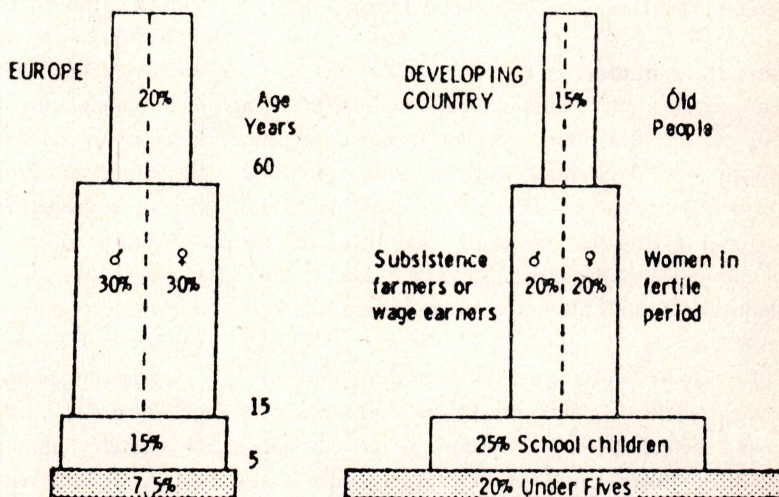
"Själva begreppet politik måste förändras: Det är inte längre fråga om att rösta på eller ansluta sig till ett parti. Utan det gäller för var och en av oss skapa framtiden".

(Garaudy 1974)

Inledning

I de underutvecklade länderna är mer än hälften av invånarna yngre än 20 år (*Figur 1*). Den stora andelen barn medför att sjukdomspanoramat blir annorlunda än i industriländerna. Barnsjukdomar dominerar och sjuklighets- och dödsstatistik är likartade i de flesta underutvecklade länder. Dödligheten bland barnen orsakas framför allt av tre stora sjukdomsgrupper:

1. Luftvägsinfektioner, framför allt lunginflammation
2. Diarréer
3. Under- och felnäring (s k PCM = Protein-Calorie-Malnutrition) (King 1969).



Figur 1. Förenklad befolkningspyramid (från David Morley: *Paediatric Priorities in the Developing World*, 1975).

Avsaknad av vatten, brist på latriner, överbefolkade, dåliga bostäder, medför att det finns små möjligheter att bota de vanligaste infektionssjukdomarna.

Dessa tre grupper förorsakar omkring 60 procent av all dödlighet hos barnen. Genomsnittligt dör nästan hälften av alla barn innan de fyllt 5 år. (WHO 1975).

Sjukdomspanoramat påverkas framför allt av under- och felnäringens följder. Ungefär en tredjedel av befolkningen lider av undernäring, vilket är allvarligast under de första levnadsåren. De spädbarn som inte dör, löper stor risk att hämmas i såväl fysisk som psykisk utveckling. Längd- och viktutveckling hämmas. Ett nedsatt infektionsförsvar får till följd att sjukdomar, såsom mässling i vissa områden skördar upp till 20 procent av barnen under 5 år (Jellife 1969, Lindblad 1971, Hambreus 1972, Jobe 1972). Den psyko-motoriska utvecklingen hämmas och vissa studier talar även för en hämmad intellektuell utveckling. (Cravioto 1971, Sjögren 1972).

Den sociala situationen domineras av hygieniska problem. Sjukdomspanoramat står i direkt samband med tillgången på vatten och då framför allt rent vatten. Avsaknad av vatten, brist på latriner, överbefolkade, dåliga bostäder, medför att det finns små möjligheter att bota de vanligaste infektionssjukdomarna. (Knutsson 1970).

Analytiska studier

En rad mer eller mindre "eleganta" deskriptiva studier och översikter beskriver förhållandet som antytts ovan. Det finns emellertid enbart ett fåtal skrifter där orsaken till hälsans underutveckling analyseras. I studier som skulle ligga till grund för planering av hälso- och sjukvård isoleras problemställningarna till metodik och cost-benefit analyser.

En sådan begränsning av analysen, där politiska, sociala och ekonomiska strukturer tas som givna, betecknas som "värderingsfria". I själva verket kommer denna typ av "värderingsfri forsk-

ning" att vidmakthålla de orättfärdiga strukturererna.

Dessa förhållanden är på intet sätt isolerade till u-länderna. En debatt i dessa frågor har startat under det sista året i västerländska, medicinska tidskrifter. (Lever 1977, Rhodes 1977).

När situationen i de underutvecklade länderna beskrivs är man således ense om tillståndet av sjuklighet, dödlighet och social verklighet. Där emot är man oense om orsaken till den nuvarande situationen och framför allt om möjliga vägar till förändring.

Rostows teori

Det finns en dominerande förklaringsmodell inom den etablerade västerländska vetenskapliga och politiska diskussionen. Centralt vid förklaringen av underutveckling i de fattiga länderna enligt denna modell, har varit den s k tillväxtteorin. En av de mest dominerande förespråkarna för tillväxtteorin är Rostow (1965). Hans teorier har varit vägledande för etablerade ideologer sedan de lanserades. Rostow har dessutom varit personlig rådgivare till amerikanska presidenter, och därigenom haft ett avgörande inflytande på USA:s handlingsmönster gentemot de fattiga länderna. I samband med USA:s upptrappning av Vietnamkriget under 60-talet, var Rostow en av Johnsson-administrationens "hökar".

Rostow beskriver en modell i fem stadier för utveckling från ett traditionellt samhälle till ett västerländskt industrialiserat. De allmänna dragen i de "utvecklade" länderna är generaliserade till en idealmodell, som jämförs med eller ställs upp som kontrast till de likaledes typiska dragen i de fattiga länderna. Utveckling i detta perspektiv innebär att en modell ersätts med en annan.

Underutvecklingen i de fattiga länderna förklaras av avsaknaden av två verksamma medel i förändringsprocessen. Dessa medel är "kulturella värden" och kapital.

Utvecklingen anses stimulerad genom spridning av kulturella värden från de utvecklade samhällena (metropolerna) till de underutvecklade; först till de nationella huvudstäderna (enklaverna), se-

Teorin försöker alltså påvisa att underutveckling beror på bristen på resurser och inte på det ekonomiska mönster som karakteriserar förhållandet mellan fattiga och rika länder.

dan till provinshuvudstäderna och slutligen till det perifera omlandet, landsbygden.

På samma sätt uppfattas bristen på kapital. De underutvecklade länderna är fattiga därför att de saknar investeringskapital. Överförande av kapital från de rika, utvecklade, länderna stimulerar således den ekonomiska utvecklingen. Analogt med modellen för spridning av kulturella värden, initieras en privat marknadsekonomi i enklaverna, som sedan successivt sprides till resten av landet. Kännetecknande för de underutvecklade länderna blir därför en dualistisk ekonomi; den organiserade "utvecklade" marknadsekonomin i enklaverna dit tekniskt kunnande, företag och kulturella värden spridits, och den primitiva s k marginala ekonomin som bygger på självhushållning.

Det mesta av vad som skrivits om distribution av allmänna resurser, såväl som hälsoresurser, karakteriseras således av de tre momenten som dominerar den Rostowska teorin.

1. Behovet av spridning av kultur och teknologi
2. Bristen på nationellt kapital
3. Den dualistiska ekonomin.

Tillväxtteoriens popularitet i maktens korridorer och inom den akademiska världen i utvecklade länder, (såväl som inom ledande cirklar i utvecklingsländerna och internationella organisationer), kan förklaras av att den rättfärdigar det samband som råder för närvarande mellan rika och fattiga länder. (G Adler-Karlsson 1976). Dessutom presenteras de utvecklade länderna som modeller de fattiga länderna bör eftersträva. Teorin försöker alltså påvisa att underutveckling beror på bristen på resurser och inte på det ekonomiska mönster som karakteriserar förhållandet mellan fattiga och rika länder. Skulden för underutvecklingen läggs därför huvudsakligen på de fattiga nationernas skuldror (WHO 1975 b). Det skall dock tilläggas att en viss förändring ägt rum den senaste två-års

perioden (Mahler 1976, 1977, Newell 1976, Tibblin 1977).

Spridning av kulturella värden

Låt oss nu analysera delmomenten i den Rostowska teorin och jämföra med den faktiska verkligheten. Tillgängliga data talar för att det inte är brist på västerländskt kulturella värden som kännetecknar de underutvecklade länderna. Tvärtom är dessa värden helt dominerande och man kan tala om en "kulturell imperialism". I Latinamerika visar undersökningar att mer än 70 procent av alla TV-program som visas kommer från USA. I Mexiko är Det Bästa mer spridd än alla övriga tidningar sammantagna (Navarro 1974).

Den glättade propagandan för flaskmjölkuppfödning, som sprids genom massmedia, har förödande konsekvenser för befolkningen och då framför allt barnen. Den kraftigt ökade spädbarnsdödligheten som blivit resultat är en av de mest cyniska exemplen på denna "kulturella imperialism". (King 1972, Muller 1975, Jelliffe 1976).

Inom utbildningssektorn är skolsystemet hämtat från västerländska förebilder. Undervisningsmaterialet kommer från de utvecklade länderna, och är oftast inte alls anpassat efter de fattiga ländernas behov. Merparten av människorna bor på landsbygden och försörjer sig på jordbruk, där behovet av kollektiva solidaritetsåtgärder är stora. De kulturella värderingar som sprids är anpassade till förhållanden i städer, i de flesta fall västerländska, samt är dessutom individinriktade.

På universitetsnivå är litteraturen helt dominerad av amerikanska och västeuropeiska böcker. Förhållandet gäller även läkarutbildningen som oftast är kopierad från västerlandet (Donaldsson 1976). Den dominerande modellen för förståelsen av sjukdomar i västerlandet är den naturvetenskapligt somatiska sjukdomsuppfattningen. Denna

Den glättade propagandan för flaskmjölkuppfödning, som sprids genom massmedia, har förödande konsekvenser för befolkningen och då framför allt barnen.

I förlängningen ligger en sjuk- och hälsovård som är sjukhusbaserad, teknologiskt orienterad, individinriktad och med korta episodiska vårdperioder.

karaktäriseras av en mekanistisk människoupfattning. Människan uppfattas som en komplicerad maskin och sjukdom som ett fel i maskinen. Modellen tenderar att ignorera den socio-ekonomiska omgivningen som orsak till sjukdom (Romören 1973). I förlängningen ligger en sjuk- och hälsovård som är sjukhusbaserad, teknologiskt orienterad, individinriktad och med korta episodiska vårdperioder. I utbildningen blir då undervisningen om förhållanden på landsbygden, förebyggande sjuk- och hälsovård, behovet av kontinuerlig vård inom öppen vård, sociala förhållandens betydelse för sjukdom och ohälsa, kraftigt underrepresenterad.

Hand i hand med den kulturella imperialismen går spridandet av teknologi. En teknologi som är främmande för underutvecklingens dilemma kan många gånger göra mer skada än nytta i utvecklingsprocessen. Den arbetsbesparande teknologin i utvecklade länder skapar arbetslöshet i de underutvecklade. Den gröna revolutionens misslyckande utgör ett belysande exempel. Förutom minskade arbetstillfällen medförde behovet av konstgödsel ett ökat ekonomiskt beroende av de utvecklade länderna (Annerstedt o a 1976). Inom sjukvårdssektorn utgör den glamorösa hjärtkirurgin ett bestickande exempel. I Bogota, en stad med 2 miljoner invånare, lägger man årligen ned en summa på hjärtkirurgin, som skulle räcka till en halv liter mjölk om dagen under ett helt år för en fjärdedel av barnen i staden. Som på andra ställen är undernäring det dominerande hälsoproblemet (Navarro 1974). På den afrikanska konti-

En teknologi som är främmande för underutvecklingens dilemma kan många gånger göra mer skada än nytta i utvecklingsprocessen.

nenten utgör kirurgen Barnards hjärttransplantationer i Sydafrika ytterligare ett exempel.

I motsats till vad den Rostowska teorin hävdar om underutvecklingens orsak är det således snarare för mycket än för litet kulturell och teknologisk spridning från de utvecklade länderna till de underutvecklade.

Spridning av kapital

Det är numera ett välkänt faktum att klyftan mellan rika och fattiga länder ökar. Men detta beror inte, som Rostow hävdar, på att resursströmmen från rika till fattiga länder sinat. Tvärtom är kapitalströmmen den motsatta. Frank (1971) har analyserat detta förhållande. Underutveckling i ett land eller i en region är enligt Frank inte ursprunglig. Den är en följd av historisk utveckling. Frank exemplifierar från Latinamerika och visar att de områden som idag är extremt underutvecklade är samma områden som historiskt sett haft den närmsta kontakten med exempelvis Portugal, Spanien eller USA (metropolerna). När naturtillgångarna, såsom sockerplantager och gruvor, exploaterats i Västindien och nordöstra Brasilien degenererade dessa områden till de ultraunderutvecklade områden vi ser idag.

Underutvecklingen har således växt fram till följd av vissa relationer mellan starka och svaga regioner. Denna relation mellan starka centra och svagare periferier kallar Frank en metropol-satellitrelation. Metropol-satellitbegreppet innebär, att världen ses som en struktur, där metropoler dominerar sina satelliter. Denna dominans återfinns på alla nivåer, från världsnivån, där USA:s monopolkapitalism är metropolen och exempelvis de latinamerikanska länderna eller Sydstaterna satelliter, till den lokala där storgodsägaren är metropol och arrendebonden satellit.

När naturtillgångarna, såsom sockerplantager och gruvor, exploaterats i Västindien och nordöstra Brasilien degenererade dessa områden till de ultraunderutvecklade områden vi ser idag.

.....
Inom inget område är räntabiliteten på investerat kapital så stor som i Afrika.
.....

Även i dagens Latinamerika är länderna hänvisade till privat utländskt kapital för att exploatera sina naturtillgångar. Internationella lån beviljas nämligen inte till inhemskt utvecklingsarbete. Privata utländska företag, framför allt USA-dominerade, kan därför göra mycket stora vinster på investeringarna i Latinamerika. 1969 hade de USA-dominerade företagen 1 biljon i vinst (Navarro 1974).

Överskottet från industrin används således inte för att förbättra folkflertalets sociala villkor utan förs med överklassens goda minne ut från länderna. Samtidigt går denna överklass inte med på att effektivt beskattas utan pengar lånas utomlands för en rad ändamål, som normalt finansieras inom landet, såsom skolor, sjukhus, vägar, bostäder, jordreformer, vatten och avlopp. För att finansiera dessa lån upptas ständigt nya lån och därigenom växer skuldbördan till de rika länderna. Samtidigt minskar medlen för sociala reformer. Klyftan mellan rika och fattiga länder vidgas (Lindqvist 1969).

Om förhållandena för de amerikanska företagen i Latinamerika är goda, måste de betecknas som lysande på den afrikanska kontinenten. Inom inget område är räntabiliteten på investerat kapital så stor som i Afrika. Mellan åren 1960—1968 hade de amerikanska företagen en vinst på i genomsnitt 19 % årligen mot 11 i genomsnitt för amerikanska utlandsinvesteringar.

Ingen annanstans på jorden finns så mycket värdefulla mineraler samlade inom ett begränsat område. Det är dessa mineraler och möjligheterna att utvinna dem med hjälp av den billiga arbetskraften, som lockat det internationella kapitalet till Afrika.

Södra Afrika är av stor strategisk betydelse för västvärlden. Det gäller såväl råvaruförsörjning som ekonomisk marknad. I området finns en ansenlig del av världens förråd av känsliga råvaror som antimon, krom, vanadium, uran, germanium

etc. Många länder, speciellt de ledande inom NATO, är i hög grad beroende av dessa och andra råvaror från södra Afrika. I vissa fall kommer 100 procent, i andra fall mellan 40—70 procent av NATO-ländernas import av dessa strategiska mineraler, från södra Afrika (Ahlsén 1973, Tarabin 1974).

Mönstret från Latinamerika går igen. Naturtillgångarna exploateras med hjälp av utländskt kapital. Bruttonationalprodukten ökar för länderna, men vinster förs ut och man får en ekonomisk tillväxt utan utveckling.

De amerikanska investeringarna i Afrika ökade från 925 miljoner dollar 1960 till 2 367 miljarder 1968. I början av 70-talet svarade amerikanskt kapital för över hälften av de privata utländska investeringarna i Afrika. Under 1950-talet var det amerikanska intresset koncentrerat på södra Afrika och Libyen men är nu spritt till större delen av Afrika, inklusive de gamla portugisiska kolonierna Angola, Moçambique och Guinea-Bissau (Lunds Afrika-grupp 1976).

I motsats till Rostows tes om det positiva i ett utbyte mellan rika och fattiga länder är det ekonomiska beroendet av i-länderna negativt för u-länderna. Kapital går från de fattiga till de rika, inte tvärtom. Den del som stannar i de underutvecklade länderna kommer en liten minoritet av befolkningen till del, vilken lever i lyx.

Flödet av mänskligt kapital

Vid en beskrivning av hälsoresursernas fördelning återfinner vi samma mönster. Resursflödet inom hälsosektorn går från de fattiga till de rika.

Majoriteten av de läkare som utbildas i de fattiga länderna öppnar privatpraktik för de rika i städerna (Gish 1976).

Av de resterande läkarna går stora delar till de rika länderna. Det har bedömts att den samman-

.....
I motsats till Rostows tes om det positiva i ett utbyte mellan rika och fattiga länder är det ekonomiska beroendet av i-länderna negativt för u-länderna.
.....

lagda besparingen för USA genom inflyttningen av 5 756 läkare från utvecklingsländer under 1971 är jämförbar med den årliga utexamineringen från mer än hälften av de 120 amerikanska medicinska högskolorna. Läkare utbildade i andra länder representerar för närvarande 20 procent av alla praktiserande läkare i Förenta Staterna och i några delstater är det ännu högre andel, exempelvis 38 procent i New York. Inom vissa specialiteter är förhållandena ännu mer uttalade. Vid en nyligen genomförd undersökning på psykiatriska sjukhus visades att mer än 2/3 av antalet psykiatrer var utbildade i utlandet. Om vi dessutom tar i beräkningen gästforskare och andra typer av korttidsanställda inom USA, blir det utländska inflödet av läkare till USA under åren 1970—1972 mycket större än inhemskt utbildade läkare under dessa år. Av de läkare som stannade permanent i Amerika under 10-års perioden 1960—1970 kom 35 % från Latinamerika. Utbildningskostnaderna för dessa läkare representerar en årlig besparing under denna period av ungefär 400 miljoner dollar, vilket skall jämföras med den årliga medicinska delen av u-hjälpen, som gick från USA till Latinamerika under samma period, vilket har uppskattats till ungefär 20 miljoner dollar årligen (Navarro 1974). Det skall understrykas att den medicinska delen av u-hjälpen huvudsakligen koncentreras till utbildningssjukhus, som ovan påtalats är mest till nytta för givarlandet och för överklassen i städerna i de fattiga länderna.

Sammanfattningsvis är orsaken till underutvecklingen i de fattiga länderna följden av Rostows teorier d v s:

- a) För mycket kulturellt och teknologiskt beroende
- b) Kapitalflöde från de fattiga till de rika och inte tvärtom
- c) Kontrollen av kapitalflöde har internationella grupper (multinationella företag) och en liten nationell överklass fungerar som mellanhand.

Denna har värdegemenskap med den västerländska över- och medelklassen och detta är vägledande för produktions- och konsumtionsinriktningen. Man producerar bilar och andra lyxvaror till överklassen i stället för nyttoföremål för be-

folkningsmajoriteten.

Zambia som beskrivs på annan plats i detta temanummer utgör ett illustrativt exempel på detta (Gisslén 1977).

Hälsoutbud

Modellen för konsumtion hos över- och medelklass betyder nytta för en liten del av befolkningen, vilket också kan ses i distribution av hälsoresurser. Dessa är omvänt distribuerade i förhållande till behovet.

I de flesta underutvecklade länder är förhållandet mellan kurativ och preventiv vård kraftigt snedfördelat. Av kostnaderna för sjukvård lägger man ned drygt 90 procent på kurativ verksamhet, och omkring 10 procent på den preventiva verksamheten (Navarro 1974, Segall 1972). Om den privata konsumtionen av sjukvård läggs till den allmänna sjunker den preventiva delen till mellan 4 och 5 procent.

Om vi ser till sjukdomspanoramat i u-länderna, tycks det som att den preventiva hälsovården skulle prioriteras mycket högre än kurativ hälso-service och framför allt sjukhusservice. Trots det, produceras hälsoresurser genom medicinsk utbildning importerad från utvecklade länder, som vidmakthåller en sjukhusorienterad kurativ medicin och som stärker den föreliggande feldistributionen av hälsoresurser. Det är dock här på sin plats att notera att modellen för produktion och konsumtion av sjukvård varken i metropolen eller i satellitländer möter befolkningsmajoritetens behov (Harni 1975, Alford 1976, Heller 1976, Allander 1976). I exempelvis USA tenderar de invandrande läkarna att slå sig ned i de områden som redan har överbud av läkare.

Hur svårt det är att bryta feldistributionen av hälsoresurser till följd av det koloniala arvet, visar följande exempel från Tanzania. Tanzania är ett av jordens 25 fattigaste länder. Sjukvårdskostnaderna är årligen 7 kr per person jämfört med Sve-

De vanligaste sjukdomarna kan billigt förebyggas genom preventivt hälsoarbete.

Tabell 1. Utgifter för sjuk- och hälsovård i Tanzania uttryckt i procent (efter Chagula & E Tarimo 1975)

	1970—71	1971—72	1972—73	1973—74	1974—75
1. Sjukhusservice	79,8	78,9	71,6	69,0	60,2
2. Hälsocentraler och dispensärer (på landsbygd)	9,1	10,9	18,3	19,3	19,1
3. Preventiv medicinsk service	5,0	3,9	3,9	4,7	12,4
4. Utbildning	2,4	3,1	3,5	4,8	6,3
5. Materialtillverkning	1,3	1,8	1,5	1,6	1,1
6. Administration	2,4	1,4	1,2	0,6	0,9

riges ca 1 000 kr per person. 7 kr utgör sammantaget ca 2 procent av bruttonationalprodukten. Med nuvarande ekonomiska tillväxttakt skulle man år 2 000 årligen kunna spendera 15 kr per person på sjukvård.

De vanligaste sjukdomarna kan billigt förebyggas genom preventivt hälsoarbete. I Arusha 1967 togs ett politiskt beslut inom TANU (regeringspartiet i Tanzania) att landet skulle satsa på perifer preventivt hälsoarbete (Nyerere 1968). Man skulle bygga ett nät av hälsostationer och skära ner driften på de stora sjukhusen. Tabell 1 visar vad som hände.

Om vi samtidigt ser till fördelningen av resurser mellan stad och landsbygd visar det sig att sjukhuset i Dar-es-Salam, huvudstaden, som betjänar 2 procent av befolkningen med sjukvård, slukar drygt 16 procent av sjukvårdsbudgeten. I den andra 5-års planen (1969—1974) hade man beslutat bygga 80 nya hälsostationer. I slutet av 1971 hade fortfarande bara 7 hälsostationer uppförts.

Orsaken till svårigheterna är det nykoloniala beroendet av västländerna. Framför allt Tyskland och Schweiz men även USA har satsat stora summor för att bygga upp "lyxsjukhus" (Raikes 1975). När Tanzania själv skulle betala driften för dessa sjukhus har huvuddelen av sjukvårdskostnaderna gått till denna dyra kurativa vård och det har inte blivit några medel över till sjuk- och hälsovård till befolkningsmajoriteten på landsbygden (Segall 1972, Chagula 1975, Tschaunerl 1975). Problematiken är generell för de underutvecklade

Framför allt Tyskland och Schweiz men även USA har satsat stora summor för att bygga upp "lyxsjukhus".

länderna, och har även nyligen belysts med Etiopien som exempel (Bjurulf 1976).

Om vi ser på antalet läkare inom olika specialiteter framstår samma obalans. Även här är mönstret direkt överfört från de utvecklade länderna. Läkare utbildade i pediatrik och public health utgör den minsta andelen och förekommer ej alls i vissa länder. Detta skall jämföras med att hälften av befolkningen är yngre än 15 år i många länder, samt att morbiditeten huvudsakligen förorsakas av omgivningshygieniska problem.

Negativt exempel

Ett negativt exempel utgör Chile. Fallet Chile visar med stor tydlighet hur intimt hälsodistributionen är kopplad till den allmänna distributionen av resurser, och till de maktgrupperingar som styr resursfördelningen. Under Allende-åren försökte Unidad Popular (Folkfronten, Allendes regeringsparti) bygga upp en modell för sjuk- och hälsovård som skulle betjäna befolkningsmajoriteten. Dessa försök stoppades vid fascistjuntans makttillträde hösten 1973. Vad som sker nu inom hälsosektorn i Chile återspeglar händelseförloppet i resten av samhället. Hälsa är som tidigare ett privilegium för ett fåtal (Navarro 1974, Modell 1975).

Positiva exempel

Modeller för att bryta underutvecklingens dilemma finns dock (Horn 1969, Rifkin 1973, 1974, Vien 1970, 1972). Kuba, Kina och Vietnam utgör

Fallet Chile visar med stor tydlighet hur intimt hälsodistributionen är kopplad till den allmänna distributionen av resurser, och till de maktgrupperingar som styr resursfördelningen.

några exempel som visar att beroendet och inflytandet från metropolerna kan brytas. Sedan befrielsen 1959 har Kubas sjukdomspanorama kraftigt förändrats. En konsekvent genomförd satsning på perifer förebyggande hälsovård har praktiskt taget uttraderat de sjukdomar som är de fattiga ländernas gissel (Bergström 1976). Rapporter från Angola, Moçambique och Guinea Bissau tyder på att förhoppningar om förändringar nu också kan hyas för den Afrikanska kontinenten.

Sammanfattning

Den kraftiga snedfördelningen av hälsoresurser i de underutvecklade länderna är uttryck för samma feldistribution av resurser som finns inom andra sektorer i samhället. Feldistributionen förorsakas av beroendet av de rika länderna i ekonomiskt, tekniskt och kulturellt avseende. Kontrollen av distributionen av ekonomiska och sociala tillgångar (inkluderande även hälsotillgångar) i de underutvecklade länderna styrs av en nationell överklass som är intimt sammankopplad med motsvarande överklass i de rika länderna. Det skulle vara ohistoriskt att förvänta sig en förändring mot jämlikhet i distributionen av resurser inom och utom hälsosektorn, utan att förändra det ekonomiska och kulturella beroendet.

LITTERATUR

- Adler-Karlsson Gunnar*: Jämlikhet och hälsa — globala och nationella mönster, Ronden nr 4, 1976 pp 49—55.
- Ahlsén Bengt*: Sydafrika, Namibia, Rhodesia — Minoritetsstyrda länder i södra Afrika, Utbildningsförlaget, Stockholm 1973.
- Alford Robert R*: Review articles: Who shall live? Health, Economics and Social Choice by Victor R. Fuchs. Int. J. of Health Services, vol 6 no 2, 1976, pp 361—365.
- Allander, Erik*: Vård vid vändpunkt, Stockholms läns landsting 1976: 5.
- Annerstedt J. & Gustavsson Rolf*: Mot en ny internationell ekonomisk arbetsfördelning. Om kapitalets internationalisering. Nordiska sommaruniversitetets skriftserie nr 10 1976.
- Bergström Staffan o. a.*: Hälso- och sjukvård på Cuba — exempel för tredje världen. Läkartidningen vol 73, pp 53—58, 1976.
- Bjurulf Per*: Rika och fattiga länder, exempel från sjukvården. Socialmedicinsk tidskrift häfte 5—6, 1976, pp 338—342.
- Chagula Wk o. a.*: Meeting Basic Health Needs in Tanzania. WHO: Health by the people, Geneva, 1975.
- Cravioto J.*: Relationship between malnutrition and mental performance in children. AB Findus gästföreläsningsserie 1971.
- Donaldsson P. J.*: Foreign intervention in medical education: A case study of the Rockefeller foundation's involvement in a Thai medical school. Int. J. of Health Services vol 6 nr 2, 1976 pp 251—270.
- Frank André Gunder*: Capitalism and underdevelopment in Latinamerika. Penguin books 1971.
- Garaudy, Roger*: Att förändra världen och livet, Gummesons förlag 1974.
- Gisslén Axel*: Intryck av socialmedicinska problem i Zambia. Socialmedicinsk tidskrift nr 8—9 1977.
- Gish O.*: Medical Brain Drain Revisited. Int. J. of Health Services, vol 6, nr 2 1976, pp 231—237.
- Hambreus Leif et. al.*: Undernäring i u-land. Almqvist & Wiksell 1972.
- Harni, A.-L.*: Regional variations in the development of illness in Finland. Brit. J. Prev. Soc. Med. (1975), 29, 249—257.
- Heller Thomas*: Medical goals at home and away. Contact no 33, juni 1976.
- Horn J. S.*: Away with all pests. The Hamblin Publishing Group Limited 1969.
- Jelliffe D. B.*: Child nutrition in developing countries. U.S. Department of State 1969.
- Jelliffe D. B.*: World trends in infant feeding. The American Journal of Clinical Nutrition 29: november 1976, pp 1227—1237.
- Jobe D. G. o. a.*: Immune resistance and malnutrition. The Lancet, febr 5, 1972.
- King M. o. a.*: Nutrition for developing countries. Oxford University Press 1969.
- Knutsson Karl Erik*: Barnen — de fattigas underklass. Rapport nr 1 1970, pp 3—5.
- Lever A. F.*: The Role of Medicine: The Lancet, feb 12, pp 352—355, 1977.
- Lindblad, Bo*: De nyföddas situation i utvecklingsländer. Läkartidningen vol. 68 pp 2108—2112, 1971.
- Lindqvist Sven*: Slagskuggan. Latinamerika inför 70-talet. Aldus 1971.
- Lunds Afrikagrupp*: USA imperialism i Afrika. Stencil 1976.
- Mahler H.*: A social revolution in public health. WHO Chronicle 30: 475—480 (1976).
- Mahler H.*: Tomorrows medicine and tomorrows doctors. WHO Chronicle 31: 61—62, 1977.
- Modell Hillary*: Health Care and socialism in Chile. Monthly Review vol. 27 may 1975 pp 29—40.

- Morley David*: Paediatric Priorities in the Developing World. Butterworths 1975.
- Muller M.*: The baby killer — A war on want investigation into the promotion and sale of powdered baby milks in the Third World. War on want. 1975 467 Caledonian Road, London N7 9BE.
- Navarro Vincente*: The underdevelopment of Health or the Health of underdevelopment: An analysis of the distribution of human Health resources in Latinamerica. International Journal of Health services, vol 4, no 1 1974, pp 5—27.
- Navarro Vincente*: What does Chile Mean: An analysis of events in the Health sector before, during and after Allendes administration. Milkbank memorial fund quarterly 52 (2) 1974, pp 93—130.
- Newell Kenneth N.*: Health care development as an agent of change. WHO Cronicle, 30: 181—187, 1976.
- Nyerere Julius K.*: Socialism i Tanzania: Nordiska Afrika institutet 1968.
- Raikes A. M.*: Medical Education in Transition in Tanzania. In Topias and Utopias in Health. Policy Studies ed. SR INGMAN, Haag 1975. Mouton Publishers.
- Rhodes P. H.*: The Value of Medicine. Some extracts, Lancet feb 12, pp 355—356, 1977.
- Rifkin Susan B. o.a.*: Health Strategy and Development Planning: Lessons from the People's Republic of China. In Journal of Development Studies, January 1973.
- Rifkin Susan B.*: Health Care in China: An introduction. Geneva 1974. Christian Medical Commission 150, Route de Ferney, Geneva, Switzerland.
- Romören T. I.*: Kropp — medisin — samfunn. Noe bemerkninger om den somatiske medisins ideologiske karakter. "Helse i Norge" Oslo 1973 pp 107—119.
- Rostow W. W.*: The stages of Economic Growth, a Non Communist Manifesto. Cambridge 1965.
- Segall Malcolm*: The Politics of Health in Tanzania. Development and Change Haag 1972.
- Sjögren Irene et. al.*: Malnutrition and the infantile brain. The Scandinavia institute of African Studies 1972.
- Tschannert J. N.*: Contemporary Health planning trends in Tanzania, in Topias and Utopias in Health. Policy Studies, ed SR INGMAN, Haag 1975, Mouton Publishers.
- Tarabin E. A.*: The new Scramble for Africa. Progress Publishers, Moscow 1974.
- Tibblin Gösta*: Sjukvård, förebyggande vård och egenvård. Läkartidningen vol 74: 1587—1589, 1977.
- Vien Nguyen Khac*: 25 Years of Health Work in Vietnamese Studies, No 25, 1970.
- Vien Nyuyen Khac*: Rural health work in disease prevention in Vietnamese Studies No 34, 1972.
- WHO A)*: Official Records: Fifth Report on the World Health Situation 1969—1972. WHO Official records no 225, Geneva 1975.
- WHO B)*: Official Records: Fifth Report on the World Health Situation 1969—1972. WHO Official records no 225, Geneva 1975, se speciellt kapitel 4 of factors influencing the Development of Health plans.