

# Ekonomiskt tänkande inom global hälsa

## En historisk översikt

Rachel Irwin

Rachel Irwin, fil dr i antropologi, Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet.

E-post: [rachel.irwin@kultur.lu.se](mailto:rachel.irwin@kultur.lu.se)

Ekonomiskt tänkande inom global hälsa innebär att utgångspunkter, metaforer och begrepp från ekonomi används för att beskriva befolkningens hälsa och utforma interventioner. I denna artikel ger jag en kortfattad historisk bakgrund till ekonomiskt tänkande inom global hälsa. Därefter presenteras en översikt av diskussioner vid 5:e Världshälsoförsamlingen 1952 avseende hälsans ekonomiska aspekterna; ett material som delvis är baserat på ett diskussion mellan Charles-Edward Amory Winslow och Gunnar Myrdal. Dessa diskussioner ger en inblick i hur ekonomiskt tänkande tog sig uttryck i en tid präglad av förändring inom internationell hälsa. Materialet återspeglar tydligt samtida debatter avseende uppkomsten av nationella hälsosystem, välfärdsstater och utvecklingsbistånd. Diskussionerna förutsåg därutöver kommande utveckling inom global hälsa, inklusive skapandet av måttenheter som det funktionsjusterade levnadsår (DALY).

Economic thinking in global health refers to how framings, metaphors and concepts from economics are used in describing the health of a population and in designing interventions. In this article, I briefly examine the history of economic thinking in global health. I then review discussions over the economic aspects of health at the 5th World Health Assembly in 1952, based in part on an exchange between Charles-Edward Amory Winslow and Gunnar Myrdal. These discussions offer an insight into economic thinking at a time of transformation in international health, reflecting contemporary debates in the emergence of national health systems, welfare states and development aid. The discussions also anticipated later developments in global health, including the creation of metrics such as the disability-adjusted life year (DALY).

## Inledning

Ekonomiskt tänkande inom global hälsa innebär att ekonomiska utgångspunkter, metaforer och begrepp används för att beskriva befolkningens hälsa och utforma strategier och interventioner. Det innefattar även hur kopplingarna mellan hälsa och ekonomin, eller – i ett biståndssammanhang – ekonomisk utveckling och hälsa, konceptualiseras. I det ekonomiska tänkandet används dessutom ofta ett språk som är förknippat med industrialisering, kapitalism och nyliberalism.

I denna artikel är det inte möjligt att behandla det ekonomiska tänkandet inom global hälsa i hela dess historiska vidd.<sup>1</sup> I stället går jag kortfattat igenom vissa centrala forskningsriktningar på området. Därefter tar jag upp rapporten *The cost of sickness and the price of health*, som utarbetades för Världshälsoförsamlingen 1952.<sup>2</sup> Denna rapport ger en ögonblicksbild av hur det ekonomiska tänkandet tog sig uttryck i en tid präglad av förändring inom internationell hälsa. Detta var den tid då nationella hälsosystem, och i vissa fall välfärdsstater, byggdes upp. Det var också en tid av snabb avkolonisering och utvecklingsbiståndets första åren.

## En kortfattad översikt över det ekonomiska tänkandet

För somliga är historien om det ekonomiska tänkandet inom global hälsa liktydig med historien om hälsa, beteende eller utvecklingsekonomi som vetenskapsgrenar (Mushkin 1958; Arrow 1963; Enke 1969; Barton 1971; Moos 2015; Jakovljevic och Ogura 2016). För andra börjar det hela mycket tidigare med hälsoinsatserna i kolonierna, vilka i hög grad inriktades på de plantage- och industriarbetare som bidrog till imperiets välstånd (Packard 1997; Adams 2016). Det sena 1800-talets och tidiga 1900-talets rörelser mot fattigdom och förbättrad hygien kan också ses som förelöpare till olika typer av ekonomiskt tänkande, eftersom de hade sina rötter i debatten om individens och samhällets ansvar, påverkade de senare sätten att gripa sig an utvecklingsbiståndet och förebådade mer nutida sätt att förhålla sig till sociala hälsofaktorer (Riis 1890; Howden-Chapman och Kawachi 2006).

Många forskare har använt socialteoretikern Michel Foucaults begrepp biopolitik för att beskriva hur befolkningen historiskt sett har styrts för att bland annat öka landets produktivitet (Rose och Wahlberg 2015; Wahlberg 2007; Murphy 2017). Under den industriella revolutionen i Europa ville exempelvis länderna ha friska, välnärda arbetare som kunde hjälpa till att bygga upp en ekonomiskt

1. Forskning som artikel baserades på finansieras av Vetenskapsrådet, Dnr 2018-05266

2. Världshälsoförsamlingen är det årliga mötet för Världshälsoorganisationens medlemsstater, vilket normalt hålls i Genève i maj varje år.

konkurrenskraftig nation (Bildtgård 2002). Detta perspektiv användes delvis i olika rashygieniska rörelser: föreställningen att vissa individer utgjorde ett bättre ”människomaterial” än andra. Dessa tidigare exempel på ekonomiskt tänkande handlar i slutändan om befolkningen: ett orosmoment i den tidiga utvecklings-ekonomi var att överbefolkning skulle hindra den ekonomiska utvecklingen. Detta stod i sin tur ofta i samband med malthusianskt inspirerade teorier om att maten inte skulle räcka till för alla i världen (Cuthbertson 1956; Barton 1971). Efter andra världskriget fanns det också ett intresse för utvecklingen och hälsan i ”underutvecklade” länder, delvis eftersom de betraktades som marknader för amerikanska och europeiska varor (Packard 1997). Investeringar i ”utveckling” blev dessutom en geopolitisk strategi genom vilken bland annat Förenta staterna försökte begränsa kommunismens spridning (Pires-Alves och Maio 2015).

För många forskare är det ekonomiska tänkandet inom global hälsa förknippat med nyliberalism och det ökade inflytandet av aktörer som Världsbanken och Internationella valutafonden från 1970-talet och framåt. Denna utveckling var kopplad till debatten i Alma-Ata-deklarationens kölvatten om selektiv primärhälsovård kontra allmän primärhälsovård,<sup>3</sup> och gav senare upphov till filantropkapitalism och till offentlig-privata samverkan som ett normalt sätt att organisera insatser för global hälsa (Kenney 2015; Kenney 2017; Brown m.fl. 2005). I nyliberala ideologier ses hälsa inte så mycket som en rättighet utan som ett sätt att ”bidra till tillväxt”, och investeringar i hälsa inriktas ofta på interventioner som påverkar produktiviteten, medan andra typer av intervention åsidosätts (Taylor 2018; Kenny 2017). I samband med utvecklingsbistånd var detta förknippat med en makroekonomisk politik som verkade för ökad privatisering av hälso- och sjukvården (vilket ansågs vara mer kostnadseffektivt än offentlig hälso- och sjukvård), med ofta förödande konsekvenser (Turshen 1999; Kenney 2017). På mikroekonomisk nivå sätter det nyliberala tänkandet individen i centrum (Taylor 2018). I stället för att betrakta dålig hälsa som ett resultat av större socioekonomiska strukturer inriktas med andra ord interventionerna på individuella beteenden som rökning eller användning av kondom.

Som en del av inriktningen på nyliberalism har många forskare undersökt statistikens historia och den mer nutida utvecklingen av olika mått som möjliggör och förstärker ett ekonomiskt tänkande: måtten gör att befolkningarna kan uppfattas, definieras och mätas (Wahlberg 2007; Erikson 2012; Rose och Wahlberg 2015; Maldonado och Moreira 2019). Ett viktigt exempel är Världsban-

3. Alma-Ata-deklarationen (1978) antogs vid den internationella konferensen om primärhälsovård i dåvarande Alma-Ata, Kazakstan. I deklarationen fastställdes agendan ”Hälsa för alla” genom en övergripande strategi för primärhälsovård. Vissa aktörer, särskilt Rockefeller Foundation, ansåg dock att målet var realistiskt och för ambitiöst. Som svar utvecklades konceptet ”selektiv primärhälsovård”, som var inriktat på specifika, kostnadseffektiva tekniska interventioner som var enkla att övervaka och utvärdera (Walsh och Warren 1979; Magnussen m.fl. 2004; Kenny 2017; Cueto 2004).

kens *World Development Report: Investing in health* från 1993, som betraktas som en vattendelare i det ekonomiska tänkandet (Kenny 2017). I rapporten lanserades begreppet DALY, eller funktionsjusterade levnadsår (*disability-adjusted life years*), som är ett kombinerat mått på dödlighets- och sjukdomsördan. Exempelvis ryggvärk kanske inte direkt leder till tidig dödlighet, men kan minska förmågan att arbeta och leva på egen hand.

I dag är DALY det gängse globala måttet för kostnadseffektivitetsanalyser som används som underlag för beslut, exempelvis om huruvida ett nytt cancerläkemedel ska tillhandahållas eller en offentlig hälsointervention finansieras. Mått som DALY har kritiserats för sin ensidighet och sina värdeomdömen. Ursprungligen omfattade exempelvis DALY en ”vägning för ålder (*age-weighting*),” som innebar att vissa åldersgrupper ”ansågs värdefullare än andra”, så att en funktionsnedsättning under förvärvslivet betraktades som en större börda än en funktionsnedsättning under pensionen (Chen m.fl. 2015).

I början av 1990-talet belyste DALY bördan av att hantera psykisk hälsa och icke-smittsamma sjukdomar, som båda tidigare antogs vara problem framför allt i höginkomstländer (Rose och Wahlberg 2015; Kenny 2017). Det var dock till stor del den ekonomiska effekten av dessa sjukdomar – både i form av kostnaderna för samhället och hälso- och sjukvårdssystemet och produktivitetsförlusten – som gjorde att de prioriterades, vilket ytterligare förstärkte uppfattningen att sjukdomar som har en negativ effekt på produktiviteten är värda intervention.

Måtten har också kritiserats för att de skalar bort sammanhanget i syfte att ge intryck av att sjukdomarna och populationerna är jämförbara (Adams 2016). I vissa fall har måtten och uppgifterna blivit självändamål snarare än hälsoreultat, vilket leder till en inriktning på hälsointerventioner som kan uppvisa mätbara resultat medan andra typer av intervention åsidosätts (Adams, 2016). I förlängningen av detta perspektiv skapas också komplicerade finansiella instrument genom vilka global hälsa blir en vinstdrivande satsning (Erikson 2016).

Det ”ekonomiska tänkandets” komplexitet är sammanflätat med de oöver-skådliga och oförenliga sätt på vilka folkhälsan i höginkomstländer och hälsan i kolonierna omvandlades till internationell hälsa eller världshälsa på 1940- och 1950-talen, och senare till global hälsa på 1990- och 2000-talen (Brown m.fl. 2005; Kenny 2015; Kenny 2017). Många har hävdats att det åtminstone delvis var det ”ekonomiska tänkandet” som drev på den sistnämnda övergången, särskilt eftersom nya aktörer som Världsbanken fick en central funktion inom global hälsa. Som begreppsmässig infallsvinkel omfattar sammantaget det ”ekonomiska tänkandet” många sätt att förhålla sig till global hälsa genom synen på befolkningar, problem och lösningar. Det kan sammanfattas i ett par grundläggande frågor, även om svaren har skiftat över tid beroende på det sociala och historiska sammanhanget:

1. Hur värderas liv?
2. Hur uppfattas förhållandet mellan hälsa och ekonomi, hälsa och välstånd, eller – i låginkomstmiljöer – hälsa och ekonomisk utveckling?
3. Hur motiveras kostnader för hälso-och sjukvården, samt folkhälsa?
4. Hur prioriteras olika sjukdomar och interventioner?

### **C.E.A. Winslow, Gunnar Myrdal och hälsans ekonomiska aspekter**

Professor Charles-Edward Amory Winslow, från Yale University, var en central gestalt för utvecklingen av internationell hälsa under Nationernas förbundseran och de tidiga åren med Världshälsoorganisationen (WHO). Han tilldelades Léon Bernard-stiftelsens medalj av 5:e Världshälsoförsamlingen för sitt ”utomordentliga bidrag till socialmedicinen”, vilket visar hur respekterad han var på området (*Lancet* 1957; *BMJ* 1957; Terris 1998).

I sin rapport *The cost of sickness and the price of health* sammanfattade han ”konkreta och specifika belägg på den ekonomiska bördan av sjukdomar som går att förebygga” och beskrev det dåvarande forskningsläget (Winslow 1951). Rapporten var ursprungligen avsedd att fungera som underlag för de tekniska diskussionerna vid 5:e Världshälsoförsamlingen i maj 1952<sup>4</sup>, men förvirringen kring dessa ledde dock, enligt Ceylons delegat, till att ”professor Winslows utmärkta föredrag förlorade lite av sitt värde eftersom det inte diskuterades tillräckligt efteråt” (WHO 1952a).

Rapporten introducerades genom två anföranden, varav ett hölls av Winslow själv. Eftersom det är svårt att behandla ekonomi och hälsa utan att ta upp befolkningsfrågor kommer det inte som någon överraskning för en svensk läsare att det andra anförandet hölls av en Myrdal, i detta fall Gunnar Myrdal. Gunnar (1898–1987) och Alva (1902–1986) Myrdals forskningsarbete och politiska arbete var grundläggande för välfärdspolitikens framväxt i Sverige (Ekerwald 2001; Barber 2008). I många av deras skrifter från 1930- och 1940-talen behandlades befolkningsfrågor, ekonomiska frågor och levnadsvillkor, vilket påverkade innehållet i Gunnar Myrdals anförande. Vid den tiden var Gunnar Myrdal exekutivsekreterare för FN:s ekonomiska kommission för Europa, och i Världshälsoförsamlingen företrädde han FN:s generalsekreterare (WHO 1952b).<sup>5</sup>

4. I syfte att bidra till debatten i Världshälsoförsamlingen offentliggjorde också tre brasilianska läkare skriften *The economic value of health*, som gjordes tillgänglig för delegaterna vid Världshälsoförsamlingen (Hochman 2015; WHO 1952d; Ribeiro m.fl. 1952). I deras rapport behandlades sätt att beräkna förhållandet mellan sjukdom, produktivitet och konsumtion. Den föregrep DALY genom sin behandling av inte bara tidig död, utan även sjuklighet.

5. Kvällen avslutades med anmärkningar av professor James Mackintosh från London School of Hygiene and Tropical Medicine (WHO 1952e).

*Winslow: kostnaden för sjukdom och priset för hälsa.*

Winslows huvudtes var att ”fattigdom leder till sjukdom och sjukdom leder till ännu större fattigdom, i en ond cirkel”.<sup>6</sup> Å ena sidan hade han ett helhetsperspektiv då han skrev att ”det står helt klart att folkhälsoprogrammet inte kan planeras i ett tomrum utan endast som en nödvändig del av ett större program för förbättring av samhället”. Stora delar av rapporten och anförandet är dock inriktade på hur konkreta hälsointerventioner kan gynna ekonomin och minska fattigdomen. Även om hans utgångspunkt är moralisk insåg han att ekonomiska argument kan öka stödet:

*”Främjandet av folkhälsan i världen är i grunden en moralisk – inte en ekonomisk fråga. Sätten att gripa sig an detta är dock praktiska och inbegriper ekonomiska hänsynstagen.”*

Han hävdade att förebyggande insatser inte endast är (moraliskt) bättre än kurativ vård, utan även billigare. För att uppnå dessa mål efterlyste han bättre data, i form av ”en analys av varje lands viktigaste hälsoproblem som kan angripas med maximala resultat till minimal kostnad”.

Han tog också upp finansieringen och kostnadsorganiseringen av hälso- och sjukvården, och insåg att länder med begränsade resurser måste ”uppnå maximala resultat till minimal kostnad”. Winslow var rätt optimistisk när det gäller det internationella samarbetet, och såg investeringar i hälsa som ett steg i riktning mot världsfred. Här hävdade han att ”investeringar i hälsa kan leda till stor utdelning i livskapital”, men att endast ”rika länder” har det finansiella kapital som krävs för att genomföra hälso- och hygienreformer, vilket tydligt pekar på behovet av tekniskt bistånd till ”fattigare” länder.

Rapporten föregrep också framtida mått som DALY. Den innehöll ett avsnitt om den ekonomiska bördan av fysisk och psykisk funktionsnedsättning, och i sitt anförande uppgav Winslow att ”sjuklighet kräver större ekonomiska resurser än tidig död”. Hans hänvisning till boken *The money value of man* från 1947 och beskrivning av död i olika åldrar som antingen en ekonomisk nettoförlust eller nettovinst, beroende på personens ålder, förebådade också åldersvägning (*age weighting*).<sup>7</sup>

6. I sin tes om en ”ond cirkel” inspirerades Winslow av Sir Edwin Chadwicks rapport *The Sanitary condition of the laboring population of Great Britain* från 1842, enligt vilken det finns ett samband mellan sjukdom och låg levnadsstandard, och enligt vilken dåliga levnadsvillkor har en negativ effekt på produktiviteten. Den var kontroversiell när den publicerades men bidrog i hög grad till en förbättring av hygien och sanitärförhållanden i det viktorsianska Storbritannien.

7. I sin syn på olika produktivitetensnivåer under livet inspirerades Winslow av boken *The Money Value of Man* från 1947, av Louis Israel Dublin, Alfred Kames Lotka och Mortimer Spiegelman. Boken, som ursprungligen publicerades av de två förstnämnda författarna 1930, bidrog till den hälsoekonomiska forskningens framväxt vid mitten av förra seklet (Moos 2015).

Han använde exempel från både hög- och låginkomstmiljöer för att påvisa den ekonomiska effekten av att minska sjukdomarna genom olika interventioner såsom hygien, näring och bekämpning av smittspridare. Många av hans exempel från ”fattiga” miljöer härrör från ett kolonialt sammanhang, eftersom han beskriver studier om ”förlusten av människomaterial på grund av malaria” i Sydrhodesia och Indien före självständigheten samt undersökningar om teplantager i Indien före självständigheten, sockerplantager i Sydafrika, gruvarbetare i Nordrhodesia (1935) och en gummiplantage i Förenade malajstaterna. Detta är inte menat som kritik av att han använde data från kolonierna, utan syftar endast till att konstatera att detta var vad han hade tillgång till och att framhäva dessa studier som exempel på tidigt ekonomiskt tänkande.

Winslow argumenterade också mot malthusianskt inspirerade teorier om att förbättrad hälsa kan leda till ökad fattigdom genom överbefolkning och brist på mat. Utöver de moraliska skälen hävdade han att investeringar i hälsa skulle leda till ökad produktivitet. Denna ökade produktivitet skulle tillsammans med tekniskt bistånd från rikare länder i sin tur stimulera innovation inom jordbruket. I länder utan odlingsbar mark skulle den ökade produktiviteten leda till ytterligare rikedomar från utnyttjandet av naturresurser, vilka sedan skulle kunna användas till att köpa mat. Han använde också de lägre födelsetalen i ”välmående” miljöer som argument mot oron för överbefolkning.

#### *Myrdal: hälsans ekonomiska aspekter*

Myrdal inledde sitt anförande genom att uttrycka besvikelse över att det fram till dess hade gjorts ”relativt begränsade insatser ... för att genom vetenskaplig analys fastställa olika offentliga utgifters produktivitet”. Han tog upp flera orsaker till detta, bland annat svårigheten ”att värdera en frisk människa i pengar som ett hus eller en maskin”. Dessutom är det svårt att göra jämförelser, eftersom ”de ekonomiska vinsterna med en hälsoreform” blir ”olika på kort respektive lång sikt och i olika miljöer”.

Han vidareutvecklade sedan Winslows ”onda cirkel” genom sin idé om ”kumulativ social kausalitet”. På grundval av sin forskning bland afroamerikaner i Förenta staterna beskrev Myrdal hur diskriminering och låg levnadsstandard går hand i hand och att hela det sociala systemet – sysselsättning, mat, bostadsförhållanden, hälsa, diskriminering – måste beaktas. Även om en förbättring av en faktor, som hälsa, påverkar systemet positivt måste den åtföljas av en större social och ekonomisk förändring:

*”Insatser för att varaktigt förbättra hälsostandarderna och maximalt gynna människors välbefinnande måste integreras i större ekonomiska och sociala reformer.”*

Dessutom hävdade han att den utsträckning i vilken förbättrade hälsostandarder ökar produktiviteten och förbättrar levnadsvillkoren också är beroende av den ”allmänna ekonomiska utvecklingen”, som i sig är ett resultat av ”planerade och samfälliga åtgärder för att sprida förbättrade produktionsmetoder och göra naturresurserna produktiva”.

Myrdal uttryckte en oro i befolkningsfrågan när han konstaterade att ”netto-befolkningsökningen är utomordentligt hög i vissa av världens fattigaste regioner”. Han efterlyste internationell solidaritet i form av tekniskt utbyte och rättvis fördelning av kapital för att se till att ”resultatet av en högre levnadsstandard inte leder till fortsatt och kanske förvärrad fattigdom”. Han föreslog även att försvarsutgifterna i höginkomstländer i stället kan gå till social och ekonomisk utveckling i ”fattigare” länder.

### *Reaktioner på Winslow och Myrdal*

Att döma av Världshälsoförsamlingens officiella handlingar var reaktionerna på rapporten och anförandena positiva, även om delegaterna inte brukade kritisera rapporter i dessa officiella handlingar. I sitt slutanförande konstaterade församlingens ordförande att ”dessa två stora mäns skarpsinniga analys angav en inspirerande grundton för de olika grupsammanträdena och i hög grad låg bakom det livliga intresset för de tekniska diskussionerna” (WHO 1952b). På liknande sätt fastställde de tekniska diskussionernas ordförande följande:

*”Professor Myrdal konfronterade oss med vissa oroande inslag i dagens värld som många av oss har haft en tendens att ignorera i det förflutna, och professor Winslow gav oss det mod och den filosofi som krävs för att ta itu med dessa förhållanden.”*

Ämnet väckte ett sådant intresse att Brasilien, Indien, Irland och Norge föreslog en resolution om att fortsätta diskussionerna om ekonomi, hälsa och utveckling vid Världshälsoförsamlingens nästa möte, och uppmanade Ekonomiska och sociala rådet att samordna ytterligare studier i ämnet bland FN-medlemmarna (WHO 1954f). Två år senare, vid 7:e Världshälsoförsamlingen, konstaterade Jugoslaviens delegat (den ytterst inflytelserike Andrija Štampar) att rapporten ”har blivit mycket populär och uppmärksammas över hela världen” (WHO 1954; Dugac m.fl. 2008).

Rapporten fick övervägande positiva recensioner i de flesta viktigare tidskrifter (*JAMA* 1952; Bourdreaux 1952; Goldman 1952; Ginzberg 1952; *Public Health* 1952). I *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* konstaterades det att rapporten gav en utmärkt sammanfattning av både det tidigare och det aktuella ekonomiska tänkandet och utvecklingstänkandet (Grant, 1952). Även i recensioner med blandade omdömen rekommenderades ändå rapporten (Benjamin



1952; *Tubercle* 1952). Trots viss kritik tvekade exempelvis inte en recensent i *Tubercle* att ”rekommendera publikationen åt alla som är intresserade av förebyggande hälso- och sjukvård”.

I Världshälsoförsamlingen hänvisade Nederländernas delegat till punkten om det ekonomiska värdet av förebyggande hälso- och sjukvård som en ”ytterst viktig men samtidigt rätt farlig punkt”. Som reaktion på Winslows anförande vid Världshälsoförsamlingen uttryckte den nederländske experten G.C.E. Burger sin personliga oro över att en överdriven betoning av ”hälsofrämjandets ekonomiska sida” kan strida mot de medicinska målen (WHO 1952c). Han hänvisade särskilt till användningen av ekonomiska argument som ett ”tveeggat svärd”, eftersom det i vissa fall visserligen kan uppdriva mer finansiering, men att det ekonomiska argumentet också kan vändas mot hälsointerventioner som inte leder till ökad produktivitet. Med andra ord är det ”fortfarande hälso- och sjukvårdens uppgift att om möjligt främja hälsan, även om de ekonomiska utsikterna är tvivelaktiga eller föga vinstgivande”.

På grundval av den tidens oro över befolkningstillväxten noterade också Burger att det för somliga ”inte är moraliskt tillåtligt att främja en befolkningsökning utan att först ha säkerställt socialt och ekonomiskt rättvisa levnadsvillkor eller åtminstone existensminimum”. Han hänvisar också till en recension av Winslows rapport i *Lancet* som till övervägande delen är positiv men i vilken – även med hänsyn till den motsatta åsikten – frågan ställs ”om det finns en förskräckligare räkenskap”. *Lancet* konstaterar att somliga forskare i ljuset av fattigdom och livsmedelsbrist ”frågar sig om en minskning av dödligheten inte gör mer skada än nytta så länge födelsetalen ligger på eller överskrider den nuvarande nivån”. Slutsatsen blir att

*”de flesta av oss är ense med Winslow om att rädslan för överbefolkning inte är ett tillräckligt skäl för att underlåta att förhindra sjukdomar som går att förebygga ... men att det finns stora risker för alla ... befolkningar som får eller uppmuntras att öka snabbare än sina ekonomiska resurser” (The Lancet, 1952).*

Selma Mushkin, en av hälsoekonomins grundare, anlade ett större perspektiv och beskrev Winslows och Myrdals insats som ett ”viktigt bidrag” till den ökade användningen av kostnads-nyttoanalyser efter andra världskriget, och en startpunkt för den hälsoekonomiska forskningen (Mushkin 1958). I 2006 noterade ekonom Martine Audibert på liknande sätt att rapporten innehöll många idéer som sedan har diskuterats inom hälso- och utvecklingsekonomi (Audibert 2006). Hon ansåg också att rapporten var ”startpunkten för ett större helhetsperspektiv på ... hälsa”, och konstaterade att den framhävde förhållandet mellan fattigdom och hälsa, något som är centralt i både millenniemålen (*Mil-*

*lenium Development Goals*) och de nuvarande målen för hållbar utveckling (*Sustainable Development Goals*).

Enligt historikern Randall Packard påverkade Winslows rapport ”i hög grad opinionen för bekämpning av tropiska sjukdomar” (Packard 1997). Roberto Passos Nogueira sammanställer Winslows och Myrdals perspektiv och hävdar att Winslows inriktning på hälsa som mål för interventioner gavs företräde framför Myrdals krav på större strukturella interventioner och ledde till WHO:s snäva inställning till programplaneringen av hälso- och sjukvården (Nogueira 2018). Debatten återspeglade därmed en av den tidens centrala frågor: leder utveckling till bättre hälsa eller leder hälsa och hygien till ökad ekonomisk utveckling? (Hochman 2015).

## Slutsatser

Denna kortfattade analys av C.E.A. Winslows rapport från 1951 och dess sammanhang visar att det vid den tiden rådde olika uppfattningar om ekonomiskt tänkande, och inte minst att den malthusianska synen på överbefolkning fortfarande spökade. Den återspeglade också tidigare perioder av kolonialism och nationsbyggande och föregrep vissa senare inslag i det ekonomiska tänkandet, såsom DALY och debatten om en ransonering av hälso- och sjukvården (Maldonado och Moreira 2019; Audibert 2006). Analysen visar också att det ekonomiska eller övriga tänkandet inte utvecklas linjärt i den globala hälsans historia. Samma föreställningar och utgångspunkter dyker upp på nytt, ofta i ny förpackning eller något anpassade. Mått som DALY ingår exempelvis i en längre historia av ekonomiskt tänkande (Adams 2016; Rose och Wahlberg 2015; Maldonado och Moreira 2019).

Det ekonomiska tänkandet, som en uppsättning utgångspunkter, diskurser och metaforer, styr arbetet med global hälsa. Det kan kanalisera finansieringen till sjukdomar som tidigare har försumrats, exempelvis icke-överförbara sjukdomar och psykisk hälsa (Kenny 2015; Wahlberg och Rose 2015). Men på många sätt kan det också ha en negativ inverkan på hälsan (Adams 2015). Sammantaget är de komplexa och motstridiga formerna av ekonomiskt tänkande en utmärkt lins för studier av den globala hälsans historia.

## References

- Adams, V. (2016) *Metrics: What Counts in Global Health*. Durham, NC: Duke University Press.
- Arrow, K.J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. 53 (5): 941- 973
- Audibert, M. (2006) Fighting poverty and disease in an integrated approach. *Bulletin of the World Health Organization*. 84 (2)

- Barber, W.J. (2007) The Population Question and Swedish Social Policy in the 1930s In Gunnar Myrdal: An intellectual biography. Palgrave Macmillan, 52-63.
- Barton, W.L. (1971) Health as an investment in developing countries. *Transactions of the Royal Society of Hygiene and Tropical Medicine*. 65(4): s29-39. doi: 10.1016/0035-9203(71)90078-2
- Benjamin, B. (1952) The Cost of Sickness and the Price of Health. Review of Statistical and Economic Books. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A*. 115(4):598-591
- Bildtgård, T. 2002. Hur maten blev en risk: Medicinens bidrag till regleringen av det svenska ättandet. PhD Thesis. Uppsala: Uppsala University.
- Boudreau, F. 1952. Review: the Cost of Sickness and the Price of Health. *American Journal of Public Health*. April: 452
- The British Medical Journal (BMJ) (1957). Obituary: C.-E.A. Winslow. *BMJ* 1(5014): 345
- Brown, T.M., et al (2005) The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *American Journal of Public Health* 96(1):62-72.
- Cueto, M. (2004) The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American J of Public Health*. 94(11): 1864–1874. doi: 10.2105/ajph.94.11.1864
- Chen, A. et al. (2015) The evolution of the disability-adjusted life year (DALY). *Socio-Economic Planning Sciences* 49:10-15. doi: 10.1016/j.seps.2014.12.002
- Cuthbertson, D.P. (1956). Food and the future. *Journal of the Franklin Institute*. 261(1):121-131.
- Dugac, Ž., et al. (2008) Care for Health Cannot Be Limited to One Country or One Town Only, It Must Extend to Entire World: Role of Andrija Štampar in Building the World Health Organization. *Croat Med J*. 49(6): 697–708. doi: 10.3325/cmj.2008.49.697
- Ekerwald, H. (2001) The Modernist Manifesto of Alva and Gunnar Myrdal: Modernization of Sweden in the Thirties and the Question of Sterilization. *International Journal of Politics, Culture, and Society*. 14 (3):539-56
- Enke, S. (1969) Economists and Development: Rediscovering Old Truths. *Journal of Economic Literature*. 7(4):1125- 1139
- Erikson, S (2012). Global Health Business: The Production and Performativity of Statistics in Sierra Leone and Germany *Medical Anthropology* 31:4:367-384. doi:10.1080/01459740.2011.621908
- Erikson, S. (2016). Metrics and Market Logics of Global Health. In Metrics: What Counts in Global Health. Ed. V. Adams. Durham, NC: Duke University Press.
- Grant, J.B. (1952) Book review: The Cost of Sickness and the Price of Health. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 1(3): 534 – 535. doi:10.4269/ajtmh.1952.1.534
- Ginzberg, E. (1952) Reviewed Work: The Cost of Sickness and the Price of Health. by C. E. A. Winslow. *Journal of the American Statistical Association*. 47 (259): 561-565
- Goldman, F: (1952) *Reviewed Work(s): The Cost of Sickness and the Price of Health by C.-E. A. Winslow. The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 282: 160-161
- Hochman, G. (2015) Brasil isn't only disease: Juscelino Kubitschek and the search for a new image of Brazil. *Translating the Americas*. 3:87-108. doi: 10.3998/lacs.12338892.0003.003

- Howden-Chapman, P. and Kawachi, I. (2006) Paths to and from poverty in late 19th century novels. *J Epidemiol Community Health*. 60(2): 102–107. doi: [10.1136/jech.2005.038794](https://doi.org/10.1136/jech.2005.038794)
- Jakovljevic, M. and Ogura, S. 2016. Health economics at the crossroads of centuries – From the past to the Future. *Frontiers in Public Health* 4:115. doi: [10.3389/fpubh.2016.00115](https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00115)
- Journal of the American Medical Association (JAMA) (1952). Review. *JAMA*. 149(15):1427-1428. doi: [10.1001/jama.1952.02930320067027](https://doi.org/10.1001/jama.1952.02930320067027)
- Kenny, K.E. (2017) From “Health for All” to “Health as Investment:” The Role of Economic Rationalities in the Transition from International to Global Health 1978–2013. IN History of Economic Rationalities. Ed. Bek-Thomsen, J. et al. Springer.
- Kenny, K.E 2015. The biopolitics of global health: Life and death in neoliberal time. *Journal of Sociology* 51(1) 9–27. doi: [10.1177/1440783314562313](https://doi.org/10.1177/1440783314562313)
- The Lancet, 1952. Annotations: The Price of Health. 259(6697):38
- The Lancet (1957). Obituary: Charles-Edward Amory Winslow. 269 (6960):166.
- Magnussen, L., et al (2004). Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy. *Health Affairs*. 23(3). doi:[10.1377/hlthaff.23.3.16](https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.16)
- Maldonado, O.J. and Moreira, T. (2019) Metrics in Global Health: Situated Differences in the Valuation of Human Life. *Historical Social Research*, 44(2), 202-224. <https://doi.org/10.12759/hsr.44.2019.2.202-224>
- Moos, K.A. 2015. Better Health is Purchasable: The History of Health Economics and Public Health, 1958-1975. PhD thesis. UC San Francisco.
- Murphy, M. (2017) *The Economization of Life*. Durham, N.C.: Duke UP
- Mushkin, S. (1958) Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*. 73(9):758-793
- Nogueira, R.P. (2018) Myrdal contra Winslow: origens e conceitos centrais de uma polêmica internacional sobre saúde e desenvolvimento. *Boletim de Análise Político-Institucional*. 16:99-104.
- Packard, R. M. (1997) Malaria dreams: Postwar visions of health and development in the third world. *Medical Anthropology* 17:3:279-296. doi: [10.1080/01459740.1997.9966141](https://doi.org/10.1080/01459740.1997.9966141)
- Pires-Alves, A. and Maio, M.C. 2015. Health at the dawn of development: the thought of Abraham Horwitz. *História, Ciências, Health – Manguinhos*, 22 (1). doi: [10.1590/S0104-59702015000100005](https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100005)
- Public Health. 1952. Review: The Cost of Sickness and the Price of Health. *Public Health*. 65:89
- Ribeiro, P. et al (1952). Economic Value of Health. Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).
- Riis, J. (1890) *How the other half lives*. New York: Scribner.
- Rose, N. and Wahlberg, A. (2015) The governmentalization of living: calculating global health *Economy and Society* 44(1):60-90. doi:[10.1080/03085147.2014.983830](https://doi.org/10.1080/03085147.2014.983830)
- Taylor, S. (2018) ‘Global health’: meaning what? *BMJ Global Health*. 3:e000843. doi: [10.1136/bmjgh-2018-000843](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000843)
- Terris, M. (1998) C.-E. A. Winslow: Scientist, Activist, and Theoretician of the American Public Health

- Movement Throughout the First Half of the Twentieth Century. *Journal of Public Health Policy*. 19(2): 134-146
- Tubercle (1952) Review: The Cost of Sickness and the Price of Health. *Tubercle*. April:119
- Turshen (1999) Privatizing Health Services in Africa. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Walsh, J.A., and Warren, K.S. (1979) Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *The New England Journal of Medicine* 301: 967-974.
- Wahlberg, A. (2007) Measuring progress: calculating the life of nations. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*. 14.
- Winslow, C-E.A (1951) The cost of sickness and the price of health. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1954) 7th World Health Assembly. Third plenary meeting. Provisional verbatim record. World Health Organization. A7/VR/3. Geneva: WHO.
- WHO (1952a). Executive Board 10th Session. Minutes of the 2nd meeting. EB10/Min/2 Rev.1. Geneva: WHO.
- WHO (1952b) 5th World Health Assembly. Geneva, 5 to May 1952. Official Records. No. 42. Geneva, WHO.
- WHO (1952c). Observations on the economic evaluation of preventative medicine. Note submitted by Dr G.C.E. Burger. A5/Technical Discussion/27. Geneva: WHO
- WHO (1952d) Economic value of preventative medicine. A5/Technical Discussion/24. Geneva: WHO.
- WHO (1952e). 5th World Health Assembly. Technical discussions 1-28, including addresses delivered by Prof. C.E.A. Winslow and Prof. Gunnar Myrdal. Geneva: WHO.
- WHO (1952f) Technical Discussions: Draft Resolution by Delegations of Brazil, India, Ireland and Norway. A5/62. Geneva: WHO.