

## ГЛОБАЛИЗАЦИЈА НА ЗДРАВЈЕТО

---

### ЗОШТО “ГЛОБАЛИЗАЦИЈА НА ЗДРАВЈЕТО”?

Настаните во еден дел од светот можат да влијаат на здравјето на луѓето и во други делови на земјината топка. Денес светот живее со таква динамика и меѓусебна зависност, што глобалниот пристап е неопходен дури и за постигнување на здравствените цели на локално ниво. Од темите елаборирани во оваа книга, јасно е дека идните генерации јавно-здравствени стручњаци мора да бидат добро информирани за она што се случува надвор од нивната заедница и земја. Ова подразбира не само следење на новопојавените епидемии на егзотични болести преку медиумите, туку и согледување на фактот дека секојдневните политички, општествени и економски превирања во соседството или на другата страна на планетата имаат влијание врз сите нас. Дури и најизолираните заедници во светот не се имуни на глобалните влијанија на некои далечни воени удари, граѓански војни, елементарни непогоди, економски кризи или епидемии.

Претходните генерации јавно-здравствени поборници направија голем придонес кон разбирањето на болестите, начините на нивно ширење и влијание врз различни животни форми. Но, беа правени и грешки; тестирањето на ХИВ инфекцијата не започна навреме, а нејзините последици беа согледани дури откако таа достигна пандемски размери. Дваесет и првиот век треба да се карактеризира со “глобални” јавно-здравствени стручњаци. Здравјето на целото човештво е глобално поврзано; епидемијата на ебола или колера на оддалеченост од 10.000 километри, може веќе наредниот ден да се појави во соседството или на локалниот аеродром. Имајќи ја предвид оваа многу реална можност, иднината на јавното здравство ќе биде во застапување за сопствените цели во меѓународните економски, политички и социјални стратегии, како организиран напор за подобрување на здравјето во целиот свет.

Низ историјата, главни фактори во ширењето на болестите се транспортот, колонизацијата и трговијата. Со брзото и масовно движење на

луѓето со бродски, парабродски, железнички, а подоцна и авионски сообраќај, можноста за ширење на болестите со помош на патниците одеднаш стана глобален јавно-здравствен проблем. Незаразните заболувања исто така се пренесуваат низ населението преку прифаќање на факторите на ризик, како на пример пушење, возење и западен начин на исхрана богата со протеини и масти, што резултира во зголемување на mortalitetот од овие причини во области со претходно низок mortalitet од овие фактори. Влијанието на економските, демографските и епидемиолошките промени не е еднакво, ниту меѓу државите ниту во рамките на една држава. Лошата здравствена состојба и сиромаштијата влијаат на стабилноста и на домашната и на меѓународната сцена. Еден од најпопуларните слогани на крајот на 20-от век е “мисли глобално, делувај локално”; не постои подобар израз да се опише сегашната состојба со јавното здравство.

Во претходните поглавја стана збор за различни демографски и епидемиолошки прашања со примери од различни земји, како и за регионалните и глобалните трендови. Во ова поглавје разработени се поважните трендови и современи структури на здравјето и болестите во светот, заедно со стратегиите за подобрување на тие трендови. Глобалните трендови може да се анализираат со групирање на државите по географски региони, степен на економски развој и по нивните политички, културолошки и етнички карактеристики. За остварување на глобалното здравје, неопходно е ангажирање на меѓународни здравствени организации во процесот на поттикнување здружени напори за постигнување заеднички цели, како на пример превенција на заразни заболувања, или уште поопшто - промовирање на програмата Здравје за сите.

## ГЛОБАЛНА ЗДРАВСТВЕНА СОСТОЈБА

Глобалниот здравствен статус подразбира широк спектар општествени и економски стандарди, болести, инвалидитет и mortalitet низ светот. Социоекономските фактори, факторите на околината и здравствените услуги имаат одредено место во здравствената состојба. Разликите меѓу развиените земји, и меѓу нив и земјите во развој, во поглед на овие фактори се огромни, но сепак постојат заеднички проблеми и взаемни интереси во развојот на здравството. Студиите за државите, класифицирани според географскиот регион како во примерот со СЗО регионите, или економскиот статус, како на пример Организацијата за економска соработка и развој (ОЕЦД), земјите од Источна Европа (ЦЕЕ) и земјите на поранешниот Советски Сојуз (ЦИС), овозможуваат согледување на целокупната слика од аспект на демографските и епидемиолошките поместувања. Економското групирање на државите најчесто се врши според бруто националниот производ (БНП) по жител,

што претставува мерка за националната продуктивност и која во развиените земји е над 20 пати поголема од земјите во развој.

Земјите што се сметаат за развиени, во минатото имале трендови на болести слични на трендовите на болести што се среќаваат денес во земјите во развој. На пример, стапките на морталитет на новороденчиња и мајки во многу земји во развој се слични на стапките на морталитет во САД во 20-тите години од 20-от век. Исто така, денес во индустријализираните земји постојат социјални, етнички и емигрантски групи чија здравствена состојба е карактеристична за земјите во развој. Во многу земји во развој растечката средна класа покажува епидемиолошки структури слични на оние во развиените земји, како на пример зголемена појава на срцеви заболувања.

Во 1999 година светското население ја надмина цифрата од 6 милијарди жители. Околу 77% од вкупното население живее во земјите во развој и во најнеразвиените земји. Во табела 16.1 дадени се одбрани демографски податоци и индикатори на здравствената состојба за индустријализираните, земјите во развој и најнеразвиените земји. Огромните разлики во БНП по жител и наталитетот се рефлектираат во разлики во речиси сите индикатори на здравствената состојба. Прирастот на населението во земјите во развој, кој се должи на високиот наталитет и намалените стапки на морталитет кај децата, е еден од клучните фактори на сиромаштијата и лошата здравствена состојба, па поради тоа и главен здравствен проблем.

Трендовите на демографските и здравствените индикатори за земјите категоризирани како индустријализирани, земји во развој и најнеразвиени земји, покажуваат позитивни промени во здравствениот статус: наталитетот и стапките на раѓање се во опаѓање во земјите во развој, а од неодамна и во најнеразвиените земји. Стапките на писменост на жените се зголемуваат во најнеразвиените и во земјите во развој. Имунизационската покриеност е подобрена на глобално ниво, исто како и стапките на морталитет на новородени, деца и од вкупни причини, поради што генерално животниот век се зголемува. Сепак, разликите меѓу богатите и сиромашните во поглед на здравствените индикатори остануваат големи; во најнеразвиените земји стапките на морталитет на мајки и на новородени се за 60 односно 18 пати повисоки од стапките во индустријализираните земји.

И покрај фактот што здравствените индикатори се подобриле во најнеразвиените земји, Одделот за население при ОН предвидува дека во земјите во развој и во 2000 година, стапките на морталитет на новороденчиња ќе бидат блиску до 60 на 1000 живородени. Околу една петина од светското население нема пристап до редовна здравствена заштита. Во 1991 година покриеноста со примарна здравствена заштита е околу 69% во најнеразвиените земји, 89% во земјите во развој и 100% во развиените земји.

Иако разликите во здравствениот статус меѓу развиените и земјите во развој се големи, ширењето и прифаќањето на медицинската техно-

Табела 16.1 Здравствени индикатори според категории на развој на државите, одбрани години 1960-1997

	Најнеразвиени земји	Земји во развој	ЦЕЕ /ЦИС <sup>а</sup>	Индустрijализирани земји
БНП по жител 1996 (УСД)	232	1.222	2.182	27.086
животен век при раѓање (год.)				
1970	43	53	66	72
1997	51	63	68	78
вкупен наталитет/возр.жени				
1960	6,6	6,0	3,0	2,8
1997	5,3	3,1	1,8	1,7
писменост кај возр.жени (%)				
1980	24	46	нп <sup>б</sup>	96
1995	38	62	95	нп
% породувања со обучен персонал 1990-1997	28	55	93	99
морт. на мајки/100.000 живородени, 1990	1100	470	85	13
морт. на новород./1000 живородени				
1960	171	138	76	31
1997	108	65	29	6
морт. на деца <sup>в</sup>				
1960	281	216	101	37
1997	168	96	35	7
ниска тт при раѓање (%), 1990-1997	21	18	7	6
% вакцинирани, 1995-1997				
ДТП <sup>г</sup>	62	80	91	90
полио	62	81	92	89
сипаници	60	79	89	90

Извор: UNICEF, *State of the World's Children*, 1998 and 1999.

<sup>а</sup>ЦЕЕ = земјите на источна Европа; ЦИС = земјите на поранешниот Советски Сојуз

<sup>б</sup>нп = нема податоци

<sup>в</sup>морталитет на деца = морталитет на деца од раѓање до 5-годишна возраст на 1000 живородени

<sup>г</sup>вакцина против дифтерија, тетанус, пертусис.

логија има значителни ефекти. Луѓето учат едни од други и за здравјето и за болестите. Една земја во развој може да ги троши најголемиот дел од здравствените средства на централните универзитетски болници, а да ја запостави примарната заштита. Одредувањето соодветни приоритети, вклучувајќи и нови вакцини и друга здравствена технологија, може

да доведе до драматично подобрување на здравствената состојба во земјите во развој. И обратно - иновациите во здравството во земјите во развој може да се применат и во развиените земји. Така, на пример, оралната рехидрациска терапија и локалните здравствени работници, кои се производ на здравствените потреби на земјите во развој, може да се применат и за запоставените здравствени услуги и популациски групи во индустријализираните земји.

## ПРИОРИТЕТИ НА ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

### **Сиромаштија - болест - население - животна средина**

Интеракциите меѓу сиромаштијата, прирастот на населението и уништувањето на животната средина негативно влијаат врз многу земји во развој и врз милиони луѓе низ целиот свет. Во многу земји во развој економската стагнација и политичката нестабилност ги надополнуваат овие проблеми и оневозможуваат решавање на основните човекови потреби, осудувајќи цели генерации на лоша здравствена состојба и предвремена смрт. Иако ефектите од ниските приходи, недостатокот на основна санитација и бројноста на сиромашното население во селата и предградијата на големите градови не може да се надминат само со примена на здравствени мерки, потенцијалот за подобрување на квалитетот на живот и должината на животниот век со помош на јавно-здравствени мерки несомнено е многу голем.

Во индустријализираните земји голем дел од овие проблеми се надминати, иако сè уште постои потреба за справување со значителна сиромаштија, бездомништво, насилство, спречливи болести, уништување на животната средина и зголемување на здравствените трошоци. Јужната хемисфера главно се состои од земји во развој со големи економски и социјални потреби. Социоекономската поделба север-југ ќе биде критериум кој ќе ги дефинира глобалното здравје и политиката во 21-от век.

Во 90-тите години од 20-от век извесен број земји во развој влегоа во фаза на рапиден економски и индустриски развој, притоа користејќи ја предноста на евтината високоедуцирана работна сила и пазарно-економските услови. Некои азиски земји успеаја да постигнат брз економски развој и голем напредок. Напуштањето на старите општествени традиции го замени руралниот начин на живот и повеќегенерациското семејство со мигрирање кон градовите, подобро образование, зголемена мобилност и помало семејство. Економската рецесија во југоисточна Азија во 1998 година дополнително ги усложни овие проблеми.

Сознанието дека сиромаштијата и лошата здравствена состојба се меѓусебно поврзани, ги наведе индустријализираните земји (Г-7 и Русија) во средината на 1999 година да преземат значаен чекор на отпишување на дел од долговите и развојните кредити на најсиромашните земји, во

ТАБЕЛА 16.2 Одбрани причини за морталитет и морбидитет на глобално ниво, 1997

Причина за морталитет	Умрени ('000)	Причина за морбидитет	нови случаи годишно ('000)
исхемична срцева болест	7.200	дијареа	4.000.000
неоплазми (вк.)	6.235	маларија	300.000-500.000
цереброваск. болест	4.600	професионални заб.	467.000
пневмонија	3.745	пневмонија	395.000
туберкулоза	2.910	СПБ <sup>в</sup>	385.000
ХОББ <sup>а</sup>	2.890	наруш. на расположението	122.865
дијареа	2.455	алкохолизам	75.000
маларија	1.500-2.700	хепатит Б	67.730
ХИВ/СИДА <sup>б</sup>	2.300	пертусис	45.050
предвременост	1.120	сипаници	31.075
хепатит Б	605	дијабет	10.540
сипаници	960	неоплазми	9.240
рак на б.дробови	1.050	туберкулоза	7.250
самоубиство	835	ХИВ/СИДА	5.800
вкупно	52.200	НП <sup>г</sup>	

Извор: прилагодено од WHO *World Health Report*, 1997 and 1998.

<sup>а</sup>ХОББ = хронична обструктивна белодробна болест

<sup>б</sup>HIV/AIDS = human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome

<sup>в</sup>СПБ = сексуално преносливи болести

<sup>г</sup>НП = не е применливо

висина од околу 118 милијарди американски долари. На овој начин, на многу земји во суб-Сахарска Африка им е намален надворешниот долг за една третина, односно една половина. Но, и покрај ваквите мерки, сè уште најголемиот број сиромашни земји издвојуваат повеќе за сервирање на своите долгови отколку за здравјето и образованието на својот народ.

## Здравје на децата

Во земјите во развој, една третина од вкупниот морталитет отпаѓа на деца под 5-годишна возраст (или околу 13 милиони деца годишно), наспроти вкупно 2,4% од вкупниот морталитет (или 280.000 деца) во развиените земји. Децата под 5-годишна возраст во земјите во развој, просечно преживуваат најмалку три епизоди на дијареја годишно. Во 1995 година дијарејните заболувања беа причина за околу 2 милиони детски жртви помали од 5 години, што претставува значително намалување од 4 милиони жртви во истата категорија во 1983 година. Од ова, 6% од смртните случаи предизвикани од дијареја се поврзани и со сипаници. Со примена на расположивите интервенции, морталитетот предизвикан од дијареја може двојно да се намали за кусо време.

Годишно околу 2 милиони деца умираат од болести за кои постои вакцина. Во 1997 година, жртвениот биланс од сипаници е 960.000 (нас-

проти 2,5 милиони во 1983), 275.000 од неонатален тетанус (1,1 милиони во 1983) и 410.000 од голема кашлица (пертусис). Во 1997 година пријавени се околу 35.000 случаи на клинички полиомиелит, што е значително намалување од 350.000 случаи во 1983 година (без Кина). И покрај фактот што и маларијата и туберкулозата се спречливи и излечиви, нивниот смртен биланс го надминува оној на СИДА-та.

Во 1980 година имунизациската покриеност со основните вакцини, како БСЖ, ДТП, полио и сипаници, во светски рамки беше само 20%. До 1992 година, околу 85% од децата низ целиот свет се имунизирани со три дози полио вакцина пред својот прв роденден. Како што може да се види и во табела 16.1, имунизациската покриеност опаѓа во периодот 1995-1997 година. Во просек, во најнеразвиените земји вакцинирани се 62% од децата, во земјите во развој 79%, во источна Европа и поранешниот Советски Сојуз 89% и во индустријализираните земји 90%. Дополнителните масовни кампањи (национални денови за имунизација) ширум светот помогнаа во намалувањето на полиото, во насока на искоренување на оваа болест. Масовната употреба на вакцината против сипаници го запре локалното ширење во Северна и Јужна Америка, иако и во 1999 година забележани се епидемии од помали размери, предизвикани од “увезени” случаи.

Сепак, сè уште е голем бројот на деца кои не подлежат на имунизација против поважните болести за кои постои вакцина. Употребата на орални рехидрациски соли се зголемува во периодот 1988-1993 година: во Источна Азија и Јужниот Пацифик од 32 до 36% од сите дијарејни случаи, во суб-Сахарска Африка од 28 до 49% и во Латинска Америка од 23 до 64%. Ваквиот прогрес, ако го одржи темпото и во иднина, ќе влијае на значително зголемување на преживувањето кај децата, а со тоа и на воспоставувањето контрола врз поважните детски болести.

### **Здравје на мајки**

Се проценува дека околу 500.000 жени умираат секоја година од причини поврзани со бременоста, од кои најголем дел се спречливи. Речиси сите (99%) од овие смртни случаи се во земјите во развој, а најголемиот дел (95%) во Азија и Африка. Ова се должи на повеќе фактори: недоволна пренатална грижа и стручна помош при породување, лоша исхрана и сидеропенична анемија, несоодветни стандарди во акушерството, како и бремености кои се прерано или предоцна во животот или временски преблиску една до друга. Морталитетот на мајки се движи од 1.100 на 100.000 живородени во најнеразвиените земји до 13 на 100.000 живородени во најразвиените индустријализирани земји (табела 16.1).

Здравјето на жената од аспект на нејзината плодност е фундаментално за националните стандарди. Едукацијата на девојчињата и жените, употребата на современи контрацептивни средства, временското раздвојување на бременостите и соодветната грижа во сите фази на бременоста се меѓу поважните елементи за подобрување на здравјето на

жените. Во земјите во развој најголемиот број породувања се вршат во присуство на традиционална бабица. Засега не постои подобра грижа од пренаталната медицинска грижа, но работата на традиционалните бабици може да се подобри преку строги програми за лиценцирање, обука и надзор (Поглавје 15). Исходот може да се подобри со едноставни и евтини мерки, како на пример: администрирање железо и фолна киселина во текот на бременоста, воведување станици за пренатална грижа (грижа за мајки и деца), родилишта (во болниците, ако е можно), откривање на ризичните случаи и нивно следење (Поглавје 5), и користење добро обучени локални здравствени работници во превентивната здравствена заштита (Поглавје 15).

Меѓу 1985 и 1991 година пренаталната грижа се зголеми на светско ниво од 58 жени на 100 живородени деца во 1985 година на 67% во 1991 година. Во 1991 година во развиените земји, 99 бремени жени на 100 живородени добивале пренатална грижа, 65 во земјите во развој и 53 во најнеразвиените земји. Во истиот период, присуството на обучено лице при породување се зголемува од 53 на 55 жени на 100 живородени. Во светски рамки, во периодот 1990-1997 година 60% од породувањата се извршуваат во присуство на стручен персонал, и тоа од 28% во најнеразвиените до 99% во развиените земји. Исто така, во земјите во развој меѓу 1995-1997 година, само 52% од бремените жени добиваат две или повеќе дози тетаничен токсин (УНИЦЕФ, 1999).

### **Прираст на населението**

И покрај фактот што прирастот на населението претставува верска и политичка контрадикторност во многу општества, денес во голем дел од светот се забележува опаѓање на наталитетот. Земјите во развој сè повеќе го прифаќаат фактот дека високиот наталитет го попречува економскиот развој и ја продлабочува сиромаштијата, која е една од главните причини за лоша здравствена состојба. Класичната популациона политика се заснова на претпоставката дека прирастот на населението има суштинско значење за економскиот развој и националната моќ. На локално ниво, во земјоделските општества постои верување дека поголемиот број деца претставува поголема сигурност за семејството. Во последно време напредните сфаќања за планирање на семејството се придружени со сè поприфатеното мислење дека неконтролираниот прираст на населението претставува пречка за економскиот развој.

Во голем број сиромашни земји прирастот на населението ја продлабочува сиромаштијата и лошата здравствена состојба на мајките и децата. Подобрените стапки на преживување на децата и намалените економски императиви за поголем број деца кои ќе работат на фармите или на друг начин ќе придонесуваат кон приходите на семејството, наметнаа намалување на наталитетот во многу земји. Повисокото образовно ниво на жените им овозможува користење современи контрацептивни средства. Верските предрасуди за контрола на раѓањето веќе



ТАБЕЛА 16.3 Светско население, сегашна состојба и предвидувања, во милијарди, според економско ниво, 1965-2030

Ниво на развој	1965	1973	1980	1991	2000	2030
земји со ниско и средно ниво на приходи	2,60	3,17	3,66	4,53	5,29	7,74
земји со високо ниво на приходи	0,67	0,73	0,77	0,82	0,86	0,92
вкупно светско население	3,28	3,90	4,43	5,35	6,16	8,66

Извор: World Bank, World Development Report, 1993.

немаат толку силна моќ да ја спречат употребата на овие средства, што доведе до намалување на наталитетот во целиот свет, а во многу земји и до негативен прираст на населението, односно наталитет под нивото на проста репродукција.

Владите имаат круцијална улога во планирањето на семејството. Дистрибуцијата на информации и поттикнувањето на планирањето на семејството како дел од националната политика и приоритети треба да добие свое соодветно место во примарната здравствена заштита. Во 50-тите години од 20-от век, кинескиот водач Мао Це Тунг ја нарече контрацепцијата “нова форма на геноцид на развиените земји врз земјите во развој”. Последиците од оваа трагична изјава не се ништо помалку поразителни за јавното здравство од верските предрасуди дека контролата на раѓање е еднаква на морален грев. И едната и другата предизвикаа зголемување на наталитетот во оние земји кои најмалку можеа да си го дозволат здравствениот и економскиот товар на одгледување голем број деца. Во последните неколку децении концептот на контрола на раѓањето е промовиран во Индија и Кина - двете земји во кои живее најголемиот дел од светското население, но трендот на пораст на населението и натаму е присутен и нема изгледи дека ќе започне да се намалува во наредните 20 години. Исто така, политиката на Кина за “семејство со едно дете” доведе до масовно убивање на новородените од страна на нивните мајки, чести абортуси и стерилизација на жените, особено во руралните подрачја, каде машките деца се на висока цена.

И покрај намалувањето на наталитетот во најголем дел од светот, светското население ја достигна бројката од 6 милијарди жители, а и натаму се зголемува со годишна стапка од 1,73% (табела 16.3). Во Азија живеат околу 60% од светското население, додека во Европа - помалку од 10%. Во многу азиски земји, наталитетот постепено се намали на вредности блиски на оние во развиените земји. Во периодот 1960-1992 година вкупниот наталитет опаѓа и тоа: во југоисточна Азија и Пацификот - од 5,8 на 2,6 рожби на секоја жена; во Латинска Америка и Карибите - од 5,8 на 3,1; и на Средниот Исток и Северна Африка - од 7 на 5,1. Многу земји во суб-Сахарска Африка во текот на наредните 20 години ќе се соочат со проблемот на удвојување на нивното население, иако и таму се насираат почетни знаци на опаѓање на вкупниот наталитет.

Демографска транзиција се јавува кога се менува старосната структура на населението. Со напредувањето на земјите од земји во развој кон развиени и индустријализирани земји, се менува и старосната структура на населението. Со зголемување на должината на животниот век и намалување на наталитетот, старосната структура на населението се поместува кон повозрасните популациски групи. Развиените земји сè повеќе се соочуваат со проблемот на старо и несамостојно население (над 75 и над 85 години). Овие трендови се од исклучително значење за иднината на секоја земја, во нејзиниот обид да ги одржи или подобри своите економски и општествени услови. На секоја земја ѝ е потребно работоспособно население кое ќе може да се грижи за непродуктивните популациски групи (постари лица и малолетници).

Високите стапки на раѓање во земјите во развој и натаму го намалуваат потенцијалот за соодветна грижа и исхрана на децата. Подобрените земјоделски методи ја подобрија снабденоста со храна, но ова може да не е доволно за одржување на високите стапки на прираст на населението. Исто така, зголемениот животен стандард и очекувања претставуваат нови притисоци врз природните ресурси и ја ставаат на големи искушенија и онака крвката и веќе доволно уништена животна средина.

### **Лоша исхрана**

Иако светското производство на храна забележува пораст, во суб-Сахарска Африка континуирано се намалува по глава жител, заедно со БНП. Зголеменото производство во други делови на светот во 60-тите и 70-тите години од 20-от век, добива опаѓачки тренд во 80-тите. Во земјите во развој капацитетот за производство на храна се зголемува побавно од прирастот на населението. Развиените земји, каде живее една четвртина од светското население, произведува повеќе од половина од светското производство на храна. Тие доминираат со прехранбеното производство, но имаат низок прираст на населението. Земјите во развој можат да го купат вишокот храна, но голем дел од нив не поседуваат средства за тоа. Оттука, бруто националниот производ не е доволна мерка за богатството; благосостојбата треба да се мери и од аспект на капацитетот за производство на храна.

Гладот, приспособувањето и изгладнетоста се тешко мерливи категории. Гладот е субјективна појава; приспособувањето се јавува како резултат на намален енергетски внес; изгладнетоста се јавува кога енергетските потреби го надминуваат енергетскиот внес. Изгладнетоста може да биде акутна и хронична. Гладот и гладувањето се доведуваат во врска со природни несреќи и војни, но честопати се јавуваат во хронична форма во земјите каде производството на храна не е доволно за растечкото население. Иако гладот и гладувањето не поштедуваат никого, најподложни групи се новородените и децата, бремените жени и жените воопшто, и повозрасните. Кај мажите, гладот и гладувањето ја намалуваат работоспособноста. Кинескиот глад во 1959-1961 година, кој се

смета за еден од најтрагичните настани на 20-от век, однесе речиси 36 милиони животи.

Проценувањето на населението кое се соочува со недостиг на храна е тешко поради процесот на приспособување. Нутриционалниот статус на населението, особено на децата, се мери преку параметрите тежина при раѓање и тежина и висина на одредена возраст. Најчестиот симптом на протеинско-енергетската потхранетост е мала висина за возраста, односно заостанување во висината. Околу 40% од децата до 2-годишна возраст во земјите во развој го имаат овој проблем. Во Индија, овој проблем е застапен кај 65% од децата, во Кина и суб-Сахарска Африка 40% и кај повеќе од 50% од децата во останатите азиски земји. Според стандардите на СЗО, околу 780 милиони лица во светот имаат енергетски недостаток или страдаат од протеинско-енергетска потхранетост. Оваа состојба секогаш не се манифестира со глад; напротив, претставува несоодветен внес на храна, особено протеини и калории за енергетските потреби. Потхранетоста кај децата може да биде толку распространета, што родителите и здравствените работници почнуваат да ја сметаат за нормална појава.

Во светот, од состојби на недостаток на микроелементи страдаат околу 2 милијарди луѓе, со сериозни последици како предвремена смрт, лоша здравствена состојба, слепило, заостанат раст, ментална ретардација, проблеми со учењето и мала работоспособност (Институт по медицина, 1999). Во земјите во развој, најчести состојби на недостаток се оние на јод, железо и на витамините А, Б, Ц и Д, што негативно се одразува на здравјето на целото население, а особено на поподложните популациски групи. Меѓу овие, најчест е недостатокот на железо, кој главно се јавува кај жените и децата (табела 16.4), но и кај мажите и постарите лица. Во земјите во развој жените и децата се особено подложни и чувствителни, поради честотата на раѓање и лошата исхрана.

Анемијата (види Поглавје 8) е најчеста состојба на недостаток во светот. Првенствено, анемијата претставува недостаток или недоволен внес на железо преку исхраната, но нејзината појава може да биде поттикната и од други состојби, како на пример недостаток на витамин Ц, паразитски заболувања кај децата и повеќе последователни бремености кај жените. Во индустриските земји анемијата во бременост се среќава кај 18% од жените, додека во други земји овој процент е далеку повисок: Кина и Латинска Америка 40% и Индија 88%. Во Русија, сидеропеничната анемија е присутна кај повеќе од 50% од жените, а препаратите на железо не се даваат рутински, т.е. без претходно тестирање на крвта. Недостатокот на железо кај децата предизвикува намален раст (во висина), а подоцна и тешкотии во учењето. Кај возрасните овој недостаток предизвикува намалена работоспособност. Администрацијата на евтиниот железен сулфат кај бремени жени и доилки, може значително да ја подобри состојбата со овој недостаток, кој според проценките на СЗО во 1997 година е присутен кај 1,8 милијарди луѓе.

ТАБЕЛА 16.4 Застапеност на сидеропенична анемија кај бремени жени и кај вкупното женско население, по региони, 1992

Регион	% од вк. женско население	% од бремени жени
индустријализирани земји	13	18
Латинска Америка/Кариби	31	40
Источна Азија и Пацификот	37	49
Среден Исток/Северна Африка	42	52
суб-Сахарска Африка	44	52
Јужна Азија	60	75

Извор: UNICEF, *State of the World's Children*, 1995.

Од недостаток на јод во светот страдаат околу 1,5 милијарди луѓе, но сериозноста на болеста варира од супклинички недостаток до кретенизам и тешка ретардација. Во многу делови во светот водата и почвата имаат недоволни количества јод, поради што супклиничката и клиничката манифестација на оваа состојба се многу чести. За спречување на состојбите на недостаток на јод, според препораките на СЗО и УНИЦЕФ, се врши рутинско јодирање на солта; превенцијата на овие состојби, заедно со елиминацијата на состојбите на недостаток на витаминот А, од кои страдаат околу 650 милиони лица (табела 16.5), беше прифатена како една од главните цели на Светскиот самит за децата во 1990 година. Препаратите на витамин А го намалуваат морталитетот од сипаници и спречуваат ксерофталмија и слепило кај децата. Докажувањето на значењето на исхраната во превенцијата на морбидитетот и морталитетот кај подложното население, предизвика големи промени во хранливите потреби во земјите во развој. Состојбите на недостаток на јод и витамин А се многу распространети, но целосно спречливи во рамките на постоечките методи и тоа за минимални средства. Според СЗО, за искоренување на недостатокот на јод преку јодирање на солта, потребни се 0,05 американски долари по жител годишно. Елиминацијата на недостатокот на витамин А може да се постигне со администрација на капсули витамин А кај деца над 6-месечна возраст три пати годишно (0,02 долари/капсула), со воведување храна богата со витамин А и/или збогатување на основните прехранбени производи (масло, маргарин, млеко или шеќер).

Во многу земји во Африка, југоисточна Азија и источно-медитеранскиот регион, заразните и паразитските болести заедно со состојбите на потхранетост и натаму претставуваат главен јавно-здравствен проблем. Тие се најважната причина за морталитет кај новородени и деца, а исто така влијаат и на должината на животниот век (Поглавје 6).

### Заразни заболувања

Глобалното ширење на болестите е старо колку и миграцијата на човекот, животните и векторите на нивно пренесување. Во 80-тите и 90-тите години од 20-от век, оваа појава нè потсети за своето постоење пре-

ТАБЕЛА 16.5 Недостаток на витамин А кај децата и состојби на недостаток на јод кај вкупното светско население

Состојба на недостаток на вит. А	Заболено население (милиони)	Состојба на недостаток на јод	Заболено население (милиони)
тешко оштет. на видот	0,5	кретенизам	5,7
ксерофталмија	3,1	оштет. на мозокот	26
ноќно слепило	13,5	гушавост	655
зголемен ризик за смрт од зараз. забол.	231	вкупно <sup>б</sup>	1600
вкупно <sup>а</sup>	562		

Извор: UNICEF, *State of the World's Children*, 1995.

<sup>а</sup>вкупен број деца под 5-годишна возраст во земјите во развој

<sup>б</sup>вкупно население со состојби на недостаток на јод во светот.

ку искуствата со ХИВ, повторната појава на болести за кои се сметаше дека се ставени под контрола и идентификацијата на нови заболувања кои претставуваат јавно-здравствена закана. Меѓу заразните заболувања, туберкулозата е најголем убиец, која од средината на 80-тите до раните 90-ти години го зголеми своето учество меѓу заразните заболувања за 25% во светски рамки. Од 1990 до 1994 година, појавата на колера се зголеми за четири пати; дифтеријата се врати на големи порти, а инфекциите со ешерихија и салмонела се сè почести и во 90-тите.

Пандемијата на СИДА-та навлезе во сите земји во светот, без оглед на нивото на нивниот развој. Се проценува дека во светот има 27,9 милиони ХИВ позитивни, а дека до сега починале 5,8 милиони, од кои 1,4 милиони деца. Во многу од земјите во развој, СИДА-та е дополнителен товар за економскиот развој и за нивните здравствени системи. Цената на грижата за и загубите на економски активно население од помладите генерации се огромен товар врз и онака лошата економска состојба во земјите на суб-Сахарска Африка и други земји во развој. Според проценките на Светскиот извештај за развој (1993), земјите во развој потрошиле 340 милиони американски долари за пациентите со СИДА, а до 2000 година оваа вредност ќе се зголеми на 1,1 милијарди долари. Недостатокот на средства за лекување на овие пациенти е дополнително отежнат со нискиот приоритет на превенцијата на оваа болест.

Како што е кажано во Поглавје 4, појавата на “нови” заразни заболувања и повторната појава на добро познатите но сè уште нецелосно контролирани болести, претставуваат голем предизвик за јавното здравство и клиничката медицина. Проблемите на овие болести се усложнуваат со појавата на резистентни видови. Меѓу основните приоритети во контролата на заразните заболувања и натаму останува потребата од универзална имунизациона покриеност на децата, високи стандарди за исправност на храната и водата за пиење, задоволителна санитација, едукација за спречување на ширењето на ХИВ и СПБ, подобрена примарна заштита, дијагностицирање и лекување на ТБ и

маларијата и рационална употреба на антибиотските средства. Достигнувањата во последните неколку децении се навистина импресивни, но потенцијалните глобални закани од заразни заболувања не треба да нè остават рамнодушни и задоволни со досегашната работа.

За целосна контрола на ТБ, ХИВ и маларијата потребно е дополнително подобрување на технологијата, но и со расположивите техники и методи може многу да се стори на ова поле. Почетокот на 21-от век ќе биде означен со воведување нови вакцини во рутинската практика за намалување на морбидитетот и морталитетот од заразни заболувања во светски рамки. Вакцините против варичела, хепатит А и ротавирусите се веќе патентирани и полека навлегуваат во рутинската имунизација. Бројните истражувања на ХИВ и маларијата може во догледно време да резултираат во пронаоѓање нови терапевтски средства или вакцини. Се работи на пронаоѓање нови антибиотски средства, кои ќе имаат дејство врз мултирезистентните микроорганизми. Подобрувањето на прехранбената технологија е неопходно за намалување на инфекциите со ешерихија или салмонела преку храната. Клиничката медицина ќе мора да најде поефикасни начини за контрола на заразните заболувања и преку повоздржана употреба на антибиотските средства да ја избегне појавата на резистентни форми. Постигнатите резултати кон искоренувањето на поважните заразни заболувања, како вариола вера, полио, сипаници, лепра и онкоцерцијаза, влеваат надеж за нови и можеби подеднакво драматични достигнувања во новиот век, и покрај тоа што реалноста е исполнета со нерешени и нови предизвици во сферата на заразните заболувања.

### **Хронични заболувања**

Епидемиолошкото поместување од доминација на заразни заболувања кон хронични состојби, кое се јавува во индустријализираните земји во средината на 20-от век, ги пројавува своите почетоци и во земјите во развој. Во многу земји во развој, кардиоваскуларните болести, малигните заболувања, некои дегенеративни и душевни состојби и траумата се пробија меѓу водечките причини за смрт (табела 16.2). Траумата, исто така, претставува важно јавно-здравствено прашање, со сериозни индивидуални, општествени и економски последици. Во светот, од исхемично срце умираат 7,2 милиони, а од срцев удар уште 4,6 милиони луѓе. Секоја година, од повреди или труење умираат 2,7 милиони, од кои 2 милиони во земјите во развој, што резултира во огромна загуба на продуктивни години живот. Први на списокот на најчести причини за смрт се сообраќајните незгоди, по кои следуваат домашните несреќи, меѓу кои пад, изгореници, труење и давење, и тоа најчесто меѓу најмладите и постарите лица.

Болестите поврзани со пушење и прекумерна или неврамнотежена исхрана сè повеќе стануваат дел од секојдневието на земјите во развој,

и тоа меѓу средната класа и работното население. Зголемениот морталитет од коронарна срцева болест и срцев удар во земјите на поранешниот Советски Сојуз е значаен фактор кој придонесува кон високите стапки на предвремена смрт и преоптовареност на и онака сиромашниот здравствен систем. Со подобрената контрола на заразните заболувања и промените во исхраната на урбаната средна и работничка класа кон внес на повеќе месо и масти, во земјите во развој се забележува слична зачестеност на кардиоваскуларните заболувања како во индустријализираните земји. Јавно-здравствените работници треба да се подготват за ова епидемиолошко поместување, со интервенции како што се кампањи против пушењето, едукација за исхраната и други активности за унапредување на здравјето. На сличен начин, и другите области како што се душевното здравје, забоздравствената заштита и слични здравствени потреби треба да станат дел од глобалното здравствено планирање за развиените земји во транзиција.

Душевното здравје сè повеќе го свртува вниманието како глобален здравствен проблем на стотици милиони луѓе со умерена до тешка онеспособеност, не само во развиените, туку и во земјите во развој. Униполарната депресија, алкохолизмот, биполарните нарушувања и шизофренијата рапидно се искачуваат високо на списоците на причини за инвалидитет, особено кај младите луѓе на возраст 15-44 години. Овие состојби заслужуваат поголемо внимание на здравствениот систем, а особено на примарната заштита.

### **Делување при катастрофи**

За трагичните настани предизвикани од природни причини или од човечки фактор кои доведуваат до големоразмерни загуби на имот и човечки животи, неопходна е меѓународна организирана реакција за спречување поголеми штети, намалување на страдањето и враќање на нормалната состојба. Тука припаѓаат природните катастрофи: бури, поплави, суши, земјотреси или вулкански ерупции, кои имаат застрашувачки последици; исто така, во оваа категорија влегуваат и катастрофите предизвикани од човечки фактор, како на пример: војни, граѓански војни, етничко чистење и граѓански немири и репресија. Вториве може да земат силен замав и да предизвикаат големи раселувања, убиства и други форми на насилство кои ги нарушуваат нормите на цивилното општество. Јавно-здравствениот аспект на ваквите настани лежи во враќање на безбедноста, обезбедување исправна вода за пиење, засолниште, храна и вложување на сите напори за повторно воспоставување цивилизиран живот. Денес ваквите настани брзо стигаат до светската јавност преку телевизијата. Меѓународната помош е добредојдена, но честопати во несоодветна координација со затекнатите локални цивилни и безбедносни структури. Подготовката и организацијата за вакви катастрофи се важни елементи на глобалното здравје.

## Животна средина

Животната средина, исто така, е значаен дел од глобалното здравје, не само затоа што е проблем на секоја држава, туку и затоа што за нејзино одржување неопходни се здружени напори (Поглавје 9). Загадувањето на воздухот предизвикано од индустријата, термоцентралите и употребата на јаглен за затоплување е вообичаен проблем во градовите ширум светот. Во 80-тите и 90-тите години од 20-от век квалитетот на воздухот во индустриските земји е значително подобрен, но во многу земји во развој и во поранешните социјалистички земји квалитетот на воздухот е влошен поради лошиот квалитет на сировини за производство на енергија и пренаселеност на градовите. Прекумерното производство на јаглерод диоксид од согорување фосилни горива придонесува за ефектот на глобално затоплување, а хемиските средства кои се користат во индустријализираните земји предизвикуваат еколошка штета со потенцијални глобални последици.

## РАЗВОЈОТ И ЗДРАВЈЕТО

Околу 1,3 милијарди лица во земјите во развој немаат пристап до исправна вода за пиење; околу 2 милијарди немаат соодветна санитација. Сиромаштијата, ниското ниво на образование и работните квалификации, лошата исхрана, нехигиенската средина и лошите станбени услови се фактори кои придонесуваат кон бројните негативни ефекти од сите болести во земјите во развој. Домашното загадување од употреба на фосилни горива и несоодветна вентилација во земјите во развој, се причина за голем број акутни респираторни болести и смрт кај децата, како и за хронични белодробни заболувања кај постарите лица и фетални оштетувања во бременост.

Здравствениот статус и економскиот развој се меѓусебно зависни и актуелните политички и социјални тенденции имаат значително влијание врз здравјето, не само од аспект на висината на здравствените ресурси, туку и од видот на здравствен систем што ќе биде применет во една земја. И брзиот економски развој има своја цена. Трансферот на нови технологии во земјите во развој резултира со зголемено загадување на животната средина и поголем број повреди на работното место. Понатамошната деградација се јавува со тенденцијата на сиромашното селско население да мигрира во градовите каде санитацијата и другата инфраструктура се со несоодветен капацитет да ги примат новодоселените.

Мерењето на економскиот развој само преку БНП е недоволно. Распределбата на богатството во земјата е важен параметар, заедно со редица други параметри, како на пример стапката на школување. Индексот на хуманиот развој ги вклучува мерките: должина на животен век, образовно ниво и мерки за приходот (притоа, на приходите над линијата на сиромаштија им се дава помала важност, поради тоа што се



помалку важни за преживување). Индексот на хуман развој, заедно со ИЗГЖ и КЗГЖ (види глосар и Поглавја 3 и 11) се елементи на квалитетот на животот во рамките на економските показатели.

Покрај важноста на големината на средствата што се одвојуваат за здравствена заштита, значајно е и како тие се користат. Некои земји успеаја да направат значајни подобрувања во здравството и покрај нискиот БНП по жител. Некои земји се рангираат повисоко според критериумот индекс на хуман развој, отколку по критериумот БНП. Кина, со БНП по жител од 370 долари, успеа да постигне стапки на mortalитет кај новороденчиња и должина на животен век блиски до оние во земјите во развој со средно ниво на приход, главно преку обезбедување примарна здравствена заштита за бројното селско население. Шри Ланка, со БНП по жител од 500 долари, има стапка на mortalитет на новородени од 15 на 1000 живородени, што е на ниво на понапредните земји во развој. Керала во Индија има далеку повисоко ниво на индексот на хуман развој од националните стандарди, иако економски е многу под националниот просек. Од друга страна, некои земји со поголем БНП по жител имаат пониски вредности за индексот на хуман развој; на пример Кувајт и Саудиска Арабија имаат висок БНП по жител, но само неколку јавно-здравствени достигнувања во однос на други многу посиромашни земји, како на пример Куба, Костарика или Јамајка. Во некои земји ова можеби е резултат на големиот економски јаз меѓу малубројната богата владејачка класа и сиромашното мнозинство.

## ОРГАНИЗАЦИИ ЗА МЕЃУНАРОДНО ЗДРАВЈЕ

Како што беше кажано во Поглавје 1, од падот на Римската Империја во 15-от век од новата ера, Европа влегува во доба на научна репресија. Знаењето, вклучувајќи ја и медицината, паѓаат во рацете на Црквата, а грчките и римските записи, кои се зачувани на Западот, преживуваат во изолирани манастири во Ирска и Европа, како и во арапската цивилизација, каде во наредните неколку века, арапски, византиски и еврејски ученици ги преведуваат и го зачувуваат древното медицинско знаење на Европа. Во 9-от век основано е медицинско училиште во Салерно во близина на Неапол, за по него да следуваат уште голем број медицински училишта низ Европа и во арапскиот свет.

Европското колонијализаторство кое започнува во 1415 година со португалскиот напад на муслиманските населби во Северна Африка, има огромен ефект врз меѓународното здравје. Европските бродови донесуваат вариола вера и сипаници во Јужниот Пацифик и на американскиот континент, предизвикувајќи големи погроми на домородното население. Се смета дека сифилисот е донесен во Европа преку морнарите кои се враќале од патувањата во Америка. Европските авантуристи и населувачи честопати се соочувале со сериозни ендемски болести кон

кои немале речиси никаков имунитет. Исто така, трговијата со робови е начин на пренесување на некои од заразните заболувања од Африка во веќе развиените населени места во Америка.

Колонијализмот наметна речиси целосно истребување на голем дел од домородното население и влијаеше на промена на карактеристиките на многу народи, особено во Северна Америка, Австралија, Нов Зеланд, Јужна Африка и делови од Латинска Америка. Колонијалистичките влади воведуваат западна медицинска практика и организација на услугите и вршат влијание врз здравството преку концептите на причина и лекување на болеста. Масовното образование и медицинската обука се важно наследство во многу, но не во сите земји во развој, кои се стекнаа со независност во средината на 20-от век.

Развојот на санитарните мерки, а подоцна и на микробиологијата, зависи од научната и технолошка поткрепа од Индустриската револуција. Во втората половина на 19-от век постојаните епидемии на колера и други заразни заболувања во Европа претставуваат силен стимул за научниците да ги откријат причинителите и начините на пренос на најголемиот број бактериски и паразитски заболувања. Азиската колера доаѓа во Европа во 1832 година и се проширува низ целиот континент во повторливи епидемии до крајот на 19-от век. Поради ова, во Париз во 1851 година се одржува Меѓународна санитарна конференција, со последователни состаноци во 1874, 1881 и 1885 година. Во периодот 1892-1903 година, овие конференции се одржуваат многу почесто, во врска со карантинот на бродови и контрола на меѓународното ширење на колера, жолта треска и тифус. Во раните 80-ти години од 19-от век направен е пионерски чекор во меѓународното јавно здравство, кога на барање на Меѓународната комисија за колера, Роберт Кох предводи тим за истражување на појавената епидемија на колера во Египет. Крајниот резултат на оваа мисија е идентификацијата на бактеријата *Vibrio cholerae* и предлагање превентивни мерки за заштита.

Здравствената организација на Лигата на народите (1921-1946), основана во Женева, беше обид за развој на идејата за меѓународна колективна здравствена безбедност. Како дел од нејзината функција, Здравствената канцеларија формира Епидемиолошки разузнавачки сервис. Здравствената канцеларија организира бројни експертски комитети за заразни заболувања и други јавно-здравствени проблеми, вклучувајќи воведување стандарди за биолошки препарати, здравје на мајки и деца, исхрана, здравствено осигурување и медицинско образование. Оваа организација промовира и мерки за контрола на маларијата, лепрата и рабиесот, како и воведување регистри за малигни заболувања и подготовка на меѓународна класификација на болестите; се врши координација на фармакопеите, како и изработка на стандарди за домување и исхрана. Активностите на меѓународното организирано движење се прошируваат од превенција на ширење на болестите во меѓународни размери, кон контрола на болестите и подобрување на здравствената

состојба на одредени популациски групи. Нарушувањето на светскиот мир во доцните 30-ти години од 20-от век доведува до распаѓање на Лигата на народите.

Во текот на Втората светска војна, сојузничките сили формираат Агенција за помош и реконструкција при ОН, замислена да помага во згрижувањето на милионите раселени лица. Ова стана дел од иницијативата за формирање нова меѓународна здравствена организација, во рамките на Обединетите нации, со меѓународен консензус за изградба на светот и негово претворање во подобро место за живеење по војната.

## СВЕТСКАТА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА

Светската здравствена организација (СЗО) е формирана во 1948 година како агенција при ОН, во духот на соработката и идеализмот по Втората светска војна. Повелбата на ОН наведува дека едно од фундаменталните права на секој човек е “највисоки здравствени стандарди кои може да се обезбедат”, а Универзалната декларација за човекови права на Обединетите нации донесена 1948 година, вели дека “секој човек има право на стандард на живот, соодветен за неговото здравје и здравјето и добросостојбата на неговото семејство”.

Светската здравствена организација направи голем придонес за глобалното здравје. Нејзиното постоење ја задоволува потребата за единствена здружена меѓувладина организација која ги претставува сите земји и ги покрива сите здравствени сфери. СЗО се состои од земјичленки кои работат заедно и соработуваат со други организации кон постигнување на највисоко ниво на здравје коешто може да се постигне. Оваа организација ги замени претходните институции во оваа област, односно Здравствената организација при Лигата на народите и Панамериканското санитарно биро. Организацијата се разви под координација на Комисијата за техничка подготовка, и со сиот повоен оптимизам, презеде голема задача да се справува со проблемите на глобалното здравје. Нејзините насоки и координирачката функција се нејзини примарни средства, особено за дефинирање на здравствени цели и иницирање меѓународна соработка за нивно постигнување. Организацијата има ефикасни технички служби за епидемиологија, статистика, стандардизирана номенклатура на болестите и лековите и објавување сопствени публикации.

Организациската структура на СЗО се состои од седиште во Женева и регионални канцеларии во Европа (Копенхаген), Среден Исток (Александрија), Африка (Бразавил), Југоисточна Азија (Делхи), Западен Пацифик (Манила) и на западната хемисфера (Панамериканска здравствена организација (ПАЗО) со седиште во Вашингтон). Седиштето во Женева има голем број оддели кои се занимаваат со прашања од различни области (табела 16.6).

ТАБЕЛА 16.6 Поважни програми на главната канцеларија на СЗО, Женева, 1997

ХИВ и сексуално преносливи болести (ASD)	Душевно здравје и превенција на злоупотреба на материи (MSA)
Здравје и развој на децата (CHD, порано Контрола на дијарејни и акутни респираторни болести)	Незаразни заболувања (NCD)
Контрола на тропски болести (CTD)	Превенција на слепило и глувост (PBD)
Неопходни лекови (DAP)	Унапредување на хемиската заштита (IPCS)
Фармацевтски менаџмент и политика (DMP)	Унапредување на здрава ж.среда (PEH)
Кризни и хуманитарни активности (ЕНА)	Здравствена технологија (PHT)
Набљудување и контрола на новопоявени и други заразни болести (EMC)	Издавачка дејност и јазички услуги (PLL)
Храна и исхрана (FNU)	Развој на применета политика, евалуација (PPE)
UNAIDS (порано Глобална програма за СИДА)	Злоупотреба на материи (PSA)
Глобална програма за вакцини, имунизација (GPV)	Репродуктивно здравје (RHT)
Глобална програма за туберкулоза (GTB)	Мобилизација на ресурси (RMB)
Унапредување на здравјето, едукација (HPR)	Зајакнување на здр. услуги (SHS)
Развој на здр. системи (HSD)	Тропски болести (TDR)
Хумана репродукција (HRP)	Здравје на жените (WHD)
Процена на здр. состојби и трендови (HST)	Буџет и финансирање (BFI)
Систем за статистички податоци (WHOSIS)	Конференциски и општи услуги (CGS)
Меѓуагенциски работи (INA)	Персонал (PER)
Менаџмент на информацискиот систем (ISM)	Социјална медицина и медицина на трудот (SOH)
Елиминација на лепрата (LEP)	Специјални канцеларии - правен советник (LEG), информатика (AOI), внатрешна контрола (IAO), координација на истражувачката политика и стратегии (RPS), известување за здравјето во светот (WHR)

Извор: веб страница на СЗО: <http://www.who.ch/whosis/whosis.htm> (25 февруари, 1997)

забелешка: во оригиналната табела, програмите се дадени по абецеден редослед; кратенките во заградите се во изворна форма (заб. прев.)

СЗО помогна во формулирање меѓународен консензус за нови насоки во здравствената политика. Од нејзината работа произлезе стратегија која ги вклучува принципите на владина одговорност за здравјето на нејзиното население, правото на луѓето да учествуваат во подобрувањето и контролата на здравствената заштита наменета за нив и еднаквост на правото на здравје. Со нејзина помош е формулиран и е промовиран концептот дека соработката меѓу различни делови на јавниот и приватниот сектор (меѓусекторска соработка) е значајна за здравствената кауза. Концептот за соодветна технологија е исто така иницијатива на СЗО (Поглавје 15).

Но, треба да се согледаат и проблемите и ограничувањата на Светската здравствена организација. Организацијата е дел од Обединетите нации и поради тоа беше делумно предмет на политички конфликти во текот на Студената војна и во регионалните конфликти, како оној на Средниот Исток. Ова доведе до опаѓање на нејзиниот водечки и морален авторитет и неплаќање на членарините од страна на Соединетите Држави во текот на многу години. Ваквата исполитизираност ги ограничи

контактите на висококвалитетни и водечки стручни кадри на СЗО, што пак ја намали нејзината можност да биде во чекор со медицинските науки, епидемиологијата и јавно-здравствената практика. Исто така, оваа состојба доведе и до несоодветно управување во области каде реакцијата на СЗО за одредени важни прашања е во деликатна положба и може да ги повреди националните чувства и гордост. Во тоа време страдаат и епидемиолошкото следење и меѓусебното информирање.

Ако СЗО не постоеше, тогаш меѓународната заедница ќе мораше да ја создаде. Иако има политичка позадина, таа постои како меѓуна-

### РАМКА 16.1 ОБЛАСТИ НА ПОСТИГНАТ УСПЕХ ВО РАМКИТЕ НА МЕЃУНАРОДНОТО ЗДРАВСТВЕНО ДВИЖЕЊЕ

Во меѓународното здравствено движење, предводено од СЗО и УНИЦЕФ, постигнати се следните успеси и значајни иницијативи:

1. Искоренување на вариола вера;
2. Масовно зголемување на имунизациската покриеност (ППИ);
3. Контрола и можно искоренување на полиомиелитисот;
4. Намалена појава на сипаници (во доцните 90-ти години од 20-от век, сè уште над еден милион смртни случаи годишно);
5. Масовно намалување на појавата на тетанус, дифтерија и пертусис (голема кашлица);
6. Подобрена контрола и намален морталитет од дијарејните заболувања;
7. Подобрена контрола кај акутните респираторни болести (АРБ);
8. Подобрена контрола на тропските болести: онкоцерцијаза, лепра и потенцијално искоренување на дракункулијазата;
9. Промовирање на принципите на примарната здравствена заштита: влијание врз националните здравствени програми, особено во земјите во развој;
10. Подигање на јавната и политичката свест за прашања од здравствената сфера;
11. Иницијатива Здравје за сите;
12. Иницијатива за здравствени цели;
13. Движење за Здрави градови;
14. Унапредување на здравјето, повисоко рангирање на здравјето меѓу националните приоритети;
15. Подигање на свеста за потребата од здравствено информирање;
16. Меѓусекторска соработка во програмите за имунизација.

родна организација која ги претставува сите земји и се соочува со здравјето во најширока смисла. Координацијата на СЗО на Конференцијата во Алма Ата и програмата Здравје за сите 2000 претставува важен чекор кон меѓународното здравје и нејзина значајна заложба за примарна здравствена заштита (Поглавје 2).

Активностите за контрола на тропските болести маларија, биларзија, филаријаза, туберкулоза, онкоцерцијаза, лајшманијаза, шистозомијаза, цревно-паразитски и дијарејни заболувања се од особено значење во земјите во развој. Учеството на СЗО во искоренувањето на вариолата и речиси целосно постигнатото искоренување на речното слепило, онкоцерцијазата и полиомиелитот се значаен придонес кон подобрување на глобалното здравје. Иницијативите на СЗО за намалување на состојбите на недостаток во исхраната, контрола на хроничните заболувања, дефинирање на здравствените потреби на работното население и финансирање на здравствените услуги, се исто така значајни и за развиењите и за земјите во развој.

Светската здравствена организација разработува работни програми кои служат како упатства за нејзините активности, регионалните канцеларии и за земјите-членки. Осмата работна програма на СЗО за периодот 1990-1995 година дефинира 15 општи цели и одреден број посебни цели за секоја од нив. Во овие рамки е и глобалната здравствена стратегија, која вклучува и унапредување на производството и дистрибуцијата на храна, зголемување на писменоста, намалување на сиромаштијата и економски развој. Во оваа програма припаѓаат и меѓусекторската соработка, развојот на здравствените системи со особен осврт на примарната заштита и подобрувањето на менаџментот и ефикасноста, учество на заедницата, зголемување на средствата за здравствена заштита преку финансиска поддршка на владите и учество на универзитетите во едукација на здравствени кадри; потоа истражување, технологија и соработка меѓу државите, како и соодветна санитација во животната средина. Сите горенаведени активности беа дел од оваа програма. Деветтата работна програма за периодот 1996-2001 поставува нова рамка на глобалната здравствена стратегија за земјите-членки, меѓународни организации, банки, невладини организации и други институции од областа на здравството, економијата и општествениот развој.

Многу други агенции при Обединетите нации играат значајна улога во меѓународното здравје. Тука припаѓаат Фондот за деца при ОН (УНИЦЕФ), Високиот комесаријат за бегалци при ОН (УНХЦР), Развојната програма на ОН (УНДП), Меѓународната организација на трудот (ИЛО), Организацијата за храна и земјоделство (ФАО) и Меѓународната комисија за атомска енергија.

### **Фонд за деца при Обединетите нации**

По Втората светска војна, новото Генерално собрание на ОН формираше Фонд за помагање на децата во светот при ОН (United Nations

International Children's Emergency Fund, УНИЦЕФ, денес Фонд за деца при ОН или United Nations Children's Fund), за помош на децата во повоена Европа. Програмата постепено се прошири и со други активности и во други сфери, особено во земјите во развој.

Оваа агенција досега има вложено огромни средства, особено за храна и основни материјални потреби, за унапредување на здравјето на мајките и децата и за други социјални активности во светот. Покрај ова, најчесто преку партнерство со СЗО, УНИЦЕФ спроведува програми за масовна имунизација против туберкулоза и програми за контрола на маларијата. Една од главните активности на оваа агенција е планирање на семејството во земјите во развој. УНИЦЕФ игра значајна улога во промовирањето на примарната заштита и превенцијата ширум светот.

## НЕВЛАДИНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Невладиниот сектор опфаќа голем број организации низ целиот свет кои се занимаваат со различни активности. Тие се разликуваат според содржините, финансирањето, идеологијата и начинот на работење. Голем број од нив обезбедуваат поддршка за земјите во развој, најчесто онаму каде меѓународните организации не успеале да го сторат тоа, токму затоа што работат надвор од националните политички рамки. Вакви примери се среќаваат особено во кризни ситуации и подрачја на конфликти.

Првите НВО се јавуваат под закрила на црквата и разни секти. Од тоа време датираат многубројни и денес познати организации (Unitarian Services Committee, American Friends Services Committee, Catholic Relief Services, American Jewish Joint Distribution Committee, International Rotary Club, American Bureau for Medical Aid to China). Исто така, голем број невладини организации, како на пример Меѓународниот црвен крст, Лекарите без граници и други НВО со седиште во Европа, обезбедуваат директна помош за земјите во развој во кризни ситуации. Во 1999 година, на организацијата Лекарите без граници ѝ беше доделена Нобелова награда за мир, како признание за нејзиниот меѓународен придонес кон здравството.

Филантропските фондации прават огромен придонес за меѓународното здравје. Приватните фондации, како оние на Форд, Сорос и Рокфелер, во рамките на своите активности имаат програми во контекст на меѓународното здравје. Тие претставуваат значаен извор на грантови за пилот проекти и истражувања во рамките на здравствените системи. Исто така, овие фондации обезбедуваат средства за стимулирање на развојот на инвентивни програми, кои подоцна може да се применат во општата здравствена практика. Во 1999 година Фондацијата Бил Гејтс подари 100 милиони американски долари на Програмата за вакцинација на деца под раководство на УНИЦЕФ, наменети за вакцинирање против хепатит Б.

Меѓу фондациите, Рокфелеровата е најпозната во сферата на меѓународната здравствена помош. Од нејзиното основање во 1913 година,

работи на програми во речиси сите земји. Нејзиниот придонес е навистина значителен: тука припаѓаат поддршката преку програми за контрола на маларијата и жолтата треска, развој на признати центри за медицина и јавно-здравствено образование, постдипломски стипендии и развој на методи за солидно организирање и функционирање на здравствените програми.

И покрај бројните позитивни аспекти на НВО, тие може да бидат и извор на промени на здравствените услуги и во развиените и во земјите во развој. Невладините организации се фокусираат на одреден вид услуги и се многу горди на својата независност од владата, при што може да вршат притисок за воведување услуги кои се финансиски или оперативен товар врз системот. НВО или билатералната помош може да работи на промовирање на болничкото лекување во области каде веќе постојат преголеми болнички капацитети и недоволна примарна заштита. Тие може да учествуваат во примарната заштита, но да не покажат интерес за координација со основните владини програми за имунизација, заради поделба на одговорностите.

Координацијата на активностите на невладиниот сектор во една сеопфатна програма на услуги може да биде доведена во прашање од политички или меѓународни причини, што може да доведе до создавање хаос во кризни ситуации. За воспоставување рамнотежа на услугите кон населението, потребно е вклучување и координација на владиниот, невладиниот и приватниот сектор. Ова е можеби оневозможено од сегашната независност на НВО, но државните јавно-здравствени власти имаат обврска да ги следат и контролираат активностите на невладините организации, без оглед на желбата за помагање и на добронамерноста на нивните програми.

## СВЕТСКАТА БАНКА

Меѓународната банка за реконструкција и развој (ИБРД), уште позната и под името Светска банка, со седиште во Вашингтон, е основана од страна на индустријализираните земји по Конференцијата Бретон Вудс (Bretton Woods), кон крајот на Втората светска војна. Банката претставува значајна финансиска институција за обнова на повоена Европа. Оттогаш оваа институција стана главен извор на средства за развојни проекти ширум светот. Во почетокот, проектите беа главно од сферата на развој на инфраструктурни објекти, индустрија и земјоделство. Нејзината политика кон здравството се засноваше на воведување пазарни механизми и приватизација на здравството во земјите со недоволна инфраструктура. Ова доведе до непотребно фокусирање на клиничката медицина и болничкото лекување, иако програми насочени директно кон здравјето на заедницата беа далеку попотребни. Во својот извештај од 1993 година, *Извештај за светскиот развој (World Development Report)*,



Светската банка го разгледа здравствениот сектор и неговото влијание врз економскиот развој.

Во Извештајот за светскиот развој: инвестирање во здравјето (*World Development Report: Investing in Health*), каде се разгледани интеракциите меѓу здравствениот статус, здравствената политика и економскиот развој, се наведува дека, наспроти мислењата на голем број класични економисти, здравјето е суштински елемент на економскиот развој, а не товар врз економијата. Во извештајот се наведуваат четири приоди со кои владите на земјите во развој и земјите на поранешниот Советски Сојуз можат да ја подобрат здравствената состојба на населението:

1. Поттикнување економски услови, во кои секое домаќинство ќе може да го подобри своето здравје, преку зголемување на приходите на сиромашните, како и зголемување на инвестициите во општествената инфраструктура преку образование, особено на девојчињата;
2. Пренасочување на владините средства кои се користат за специјализирана заштита, кон поевтини и поефикасни активности, како на пример имунизација, програми за борба против состојбите на недостаток во исхраната и програми за контрола и лекување на заразни заболувања;
3. Поттикнување поголема разновидност во обезбедувањето здравствени услуги, преку децентрализација и поттикнување конкурентски однос кон услугите;
4. Поттикнување поголемо учество на невладините организации и приватниот сектор и регулирање на пазарот на здравствено осигурување.

### РАМКА 16.2 ЗДРАВЈЕТО И ЕКОНОМСКИОТ РАЗВОЈ

“Добро здравје...е клучен дел на добросостојбата, но распределбата на средства во здравствената сфера може да е оправдана од чисто економски основи. Подобреното здравје придонесува за економскиот развој на четири начини: намалување на производствените загуби предизвикани со боледување на работниците; употреба на природни ресурси кои биле целосно или делумно недостапни поради болест; зголемено посетување училишна настава и подобри резултати во учењето кај децата; ослободување средства за други намени кои инаку би биле употребени за лекување на болестите.”

Извор: World Bank, *World Development Report*, 1993, p.17

Помошта на Светската банка во областа на здравството континуирано се зголемува. Светската банка и СЗО заедно работат на програми како што се специјалната Програма за истражување и обука за тропски болести (ТДР), Проектот за контрола на онкоцерцијазата во Западна Африка и други. Светската банка обрнува особено внимание на здравствените трошоци и финансирањето, болниците, фармацевтиците и исхраната.

Светската банка е кредитна институција која има голема потенцијална улога во развојот на здравството во светски рамки, пред сè поради тоа што управува со големи финансиски средства и поради тоа што ја гледа својата улога во унапредување на развојот. Нејзиниот пристап кон здравјето како на инвестиција во продуктивноста, ги прави нејзиното присуство и придонес во земјите во развој и поранешните советски републики од витално значење за иднината на здравствениот сектор.

## ТРЕНДОВИ ВО ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

Денес е општо прифатено дека социоекономските услови се основна детерминанта на здравствената состојба на поединецот и населението, иако прецизно не се знаат сите придружни фактори кои влијат на оваа поврзаност. Како резултат на демографската експлозија, јужната хемисфера се соочи со хронични проблеми во образованието, исхраната и домувањето. И последниве неколку децении беа обележани со бројни акутни проблеми поврзани со конфликти, вработување, миграции, трговија и уништување на животната средина. Северната хемисфера уживаше во растечкото богатство, што предизвика видливи негативни ефекти врз јавното здравство: прекумерна исхрана, прекумерно консумирање алкохол, пушење, загадување на животната средина, незаконски дроги и сообраќајни незгоди.

Концептот на примарната здравствена заштита како основа за развој на здравствениот систем е речиси универзално прифатен, но сепак сè уште недостасуваат докази за негова широка примена. Главните проблеми се однесуваат на лошата дистрибуција на средства и недоволната насоченост на здравствените работници кон примарната заштита, како и постојаното фокусирање на терапевтските услуги. Во најголем број случаи, заедницата е недоволно информирана и недоволно свесна за улогата што треба да ја игра и честопати е спремна да го прифати притисокот за користење скапа секундарна и терциерна заштита. Се чини дека недостатокот на средства за развој на превентивни услуги и унапредување на здравјето ќе има погубен ефект врз довербата и детерминираноста на здравствените работници и заедницата кон примарната здравствена заштита.

Како резултат на растечката загриженост во светот за здравјето, се пристапи кон формулирање и анализа на политиката за здравствени

кадри (Поглавје 14). Постои консензус во однос на итната потреба од обезбедување соодветен и висококвалитетен кадар за потребите на здравствениот систем, избегнување на нееднаквостите во продукцијата на здравствени кадри, особено во однос на лекари, медицински сестри и стоматолози. Во најголемиот број земји во развој, планови за развој на здравствени кадри или воопшто не постојат, или се во процес на изработка и усвојување.

Глобалните промени во 80-тите и 90-тите години од 20-от век се голем предизвик за континуиран напредок во здравството. Прирастот на населението, стареењето на населението и зголемената појава на хронични заболувања, големите очекувања од јавноста во однос на здравствената заштита, зголемувањето на трошоците за медицинска технологија, економската рецесија и ограничените здравствени ресурси се фактори кои придонесоа за здравствени реформи кон универзална здравствена заштита. Во текот на 70-тите и 80-тите години, многу индустријализирани земји воведоа здравствени реформи со намалување на болничките капацитети, финансиски стимулативни методи за поттикнување на услугите во заедницата и комбинација на децентрализиран менаџмент и интегрирани услуги во оние земји кои веќе имаат национални здравствени програми (на пр. Велика Британија). Во земјите со национално здравствено осигурување, контролата на расположиви капацитети и нивната искористеност, особено во однос на болнички легла, е исто така една од карактеристиките на здравствените реформи за намалување на здравствените трошоци. Во САД, рапидниот пораст на здравствените трошоци доведе до нагло проширување на системите за контролирана грижа, кои беа обид да се дојде до економски исплатлива здравствена заштита, во комбинација со унапредување на здравјето заради намалување на појавата на болести и зависноста од терапевтски услуги (Поглавја 13 и 14).

Врската меѓу општеството и болеста може да се согледа во фактот што голем број од факторите кои влијаат на процесот на намалување на појавата на спречливи болести, се надвор од дофатот на генетиката, медицинската заштита, јавното здравство и унапредувањето на здравјето; тие се одредени со социјални предуслови во сферата на човековите права. Сепак, ова не значи дека владите или здравствената заедница се изземаат од императивот за примена на сите расположиви мерки на превенција и лекување, како основно право на секој човек.

## ЗАКАНА ОД ЗАРАЗНИТЕ ЗАБОЛУВАЊА

Меѓународното здравство започна како активност за превенција на ширењето на епидемии и заразни заболувања. Ова подразбираше навремено собирање и дисеминирање информации, превентивни мерки, на пр. имунизационски кампањи во контрола на ширење на болеста и сле-

дење на состојбата. Успешното искоренување на вариолата и зголемената контрола на болестите за кои постои вакцина наметнаа ентузијастички заклучок дека епидемските болести се ставени под контрола. Овој оптимизам беше засенет од проблемите со контрола на туберкулозата и маларијата, заедно со проблемите на појава на нови и повторно појавување на старите болести.

Со промената на условите на животната средина и општеството, спектарот на заразни заболувања во заедницата рапидно се менува. Прирастот на населението, пренаселеноста на градските супстандардни населби, бездомното население, масовните миграции и движењето на луѓето придонесуваат за ширење на веќе локализирани болести во светски рамки. Отпорноста кон постоечките антимикробни средства отвара нова дилема за современата медицина и јавното здравство. Синергизмот меѓу заразните заболувања, како на пример меѓу СИДА-та и туберкулозата или криптоспоридиумот уште повеќе го уништува домаќинот и продолжува да се шири како секундарна инфекција. Во медицинските кругови, “постантибиотската ера” се разгледува како сериозна закана за современото јавно здравство. Стратегиите за спречување на загубата на некои од најзначајните придобивки на 20-от век во контролата на заразни болести треба да вклучуваат нови истражувања и стратегии. Искуствата со СИДА-та укажуваат на тоа дека навременото информирање и следењето на новите закани се витални задачи на јавното здравство.

Во САД, во последно време јавно-здравственото внимание го привлекуваат одреден број нови и повторно појавени заразни болести. Тука припаѓаат ХИВ/СИДА, *E.coli* O157:H7, криптоспоридијаза, коцидиомикоза, мултирезистентна пневмококна болест, мултирезистентна туберкулоза (МДРТБ), ванкомицин-резистентни ентерококи, инфлуенца А Пекин/32/92, инфекции со ксантавируси, лајшманијаза кај ветерани од Заливската војна во 1991 година, легионерска болест и Лајмова болест.

Меѓу новите и повторно појавени болести кои на светско ниво предизikuваат значителна загриженост се ХИВ/СИДА, мултирезистентните форми на маларија, туберкулоза и колера, *Shigella dysenteriae*, дифтерија и *E.coli* O157:H7. Тропските болести, како жолтата треска и денг треската, повторно се појавуваат во Азија и Латинска Америка, а треската на долината Рифт во Египет, Ласа треската во Западна Африка, ебола вирусот во Конго (поранешен Заир), Марбурговиот вирус преку увезени мајмуни, арбовирусот и Сабија вирусот во Бразил, Јунин вирусот во Аргентина и Мачупо вирусот во Боливија претставуваат здравствена закана, бидејќи може да се пренесат од нивниот природен хабитат во други земји пред носителот да покаже симптоми на болеста.

Не може повеќе да се смета на претпоставката дека овие болести ќе останат во нивниот природен хабитат; тие може да се пренесат низ целиот свет преку човекот или животните и, во соодветни услови, да станат сериозен локален, па дури и општ јавно-здравствен проблем.

Епидемијата на ебола во 1995 година во поранешен Заир го сврте светското внимание кон реалната можност за проширување на оваа смртоносна болест. Јавноста детално беше информирана за оваа можност преку медиумите, белетристиката и филмската продукција.

Во јули 1996 година, во Јапонија се случи големоразмерна епидемија на труење со храна, во која како предизвикувач беше идентификувана *E.coli* O157:H7 (прв пат опишана во 1982 година); епидемијата предизвика преку 3.000 заболени, стотици хоспитализирани случаи поради крвава дијареја, голем број пациенти со тежок хемолитичен уремичен синдром и 7 смртни случаи. Пронаоѓањето на изворот на заразата не беше едноставна работа. Епидемии од помали размери беа забележани и во други земји, меѓу кои Австралија, Канада, САД и повеќе европски земји, поради што стравувањето од повторна појава на оваа потенцијално сериозна форма на труење со храна е постојано присутно.

Меѓународната соработка во идентификацијата на нови заразни болести или други здравствени закани заради спречување на глобални епидемии е еден од приоритетите не само на меѓународните организации, туку и на националните здравствени системи. За контрола на заразните забо-

### РАМКА 16.3 ВИРУСОТ ЕБОЛА

Вирусот на еболата прв пат е идентификуван во 1976 година во Судан и Заир, како причинител на смртоносна хеморагична треска со висок морталитет. Епидемијата на ебола вирусот во Заир во 1995 година, предизвика голема меѓународна загриженост поради високата стапка на смртност (77%) и можноста за нејзино брзо ширење. Оваа епидемија во Киквит беше ограничена на 316 случаи со 245 жртви, од кои голем број беа здравствени работници. Организмот е изолиран кај одреден вид мајмуни и утврдена е можноста за негово пренесување на човекот преку крв и секрети.

Меѓународен тим ангажиран од СЗО и ЦКБ дојде на местото на епидемијата за да му помогне на заирскиот јавно-здравствен персонал. Фокусирањето на активностите за идентификација на заболениите, лабораториска потврда, изолација и заштита на персоналот овозможија локализирање на болеста. Центарот за арбовируси при СЗО и референтната лабораторија за вирусни хеморагични трески при ЦКБ во Атланта направија значаен придонес во контролата и справувањето со оваа епидемија. Брзата меѓународна реакција и зголемената будност се должат на глобалната загриженост од новопојавените заразни заболувања, а делумно потекнуваат од претходните искуства со бавната реакција во епидемијата на СИДА-та.

Извор: WHO, *World Health Report*, 1996.

ТАБЕЛА 16.7 Стратегии за справување со новопојавените заразни заболувања

Цел/насока	Активности	Примери
I. надзор	откривање, испитување и следење на појавените патогени, болестите што тие ги предизвикуваат и факторите кои влијаат на нивната појава	следење на потенцијални места на појава, пр. банки на крв, ургентни центри, лаборатории, итн. следење на населението зголемено истражување во опасните региони локално и меѓународно дисеминирање на епидемиолошките податоци преку електр. медиуми; интернет, ПРОМЕД, итн. брза лабораториска дијагноза следење на вектор-преносливи болести
II. применета истражувачка работа	интегрирање на лабораториската работа и епидемиологијата за оптимизирање на јавно-здр. практика	подобро информирање од лабораториите и клиниките подобри лаб. дијагност. техники, генско типизирање, ДНК картирање ("отисоци"), пр. <i>E.coli</i> , колера, полио, сипаници, менингит
III. превенција и контрола	подобро ширење на ЈЗ информации за појавените болести и брза примена на стратегии за превенција	брзо допирање на здр. информации за заразните болести до лекарите, јавноста и ризичните групи унапредување на здр. едукација за превенција на заразни болести
IV. инфраструктура	зајакнување на локалната, државната и сојузната ЈЗ инфраструктура за набљудување и спроведување програми за превенција и контрола	подобро лабораториска работа, известување и обука

Извор: модифицирано од Centers for Disease Control, *Addressing Emerging Infectious Disease Threats*, Atlanta, Georgia, U.S. Public Health Service, 1994.

лувања потребни се високостручни медицински, лабораториски и епидемиолошки служби, со брза меѓусебна комуникација, информирање и координација, поддржани се разбира од високостручен персонал (табела 16.7). Примерите за меѓународни активности во контролата на заразни заболувања се многубројни. Врвно достигнување во оваа област е секако искоренувањето на вариолата. Можеби наскоро на ова достигнување ќе му се придружи и искоренувањето на полиото. Ваквите резултати може да се постигнат само со меѓународни заложби и соработка.

## НОВИ И ОБНОВЕНИ ЦЕЛИ

Од формирањето на Светската здравствена организација, светот е во постојана потрага по ефикасни начини за унапредување на меѓународното здравје. Конференцијата во Алма Ата, одржана во 1978 година,

### РАМКА 16.4 СВЕТСКИ САМИТ ЗА ДЕЦАТА 1990 - ЦЕЛИ ЗА 1995

1. Зголемување на имунизациската покриеност на најмалку 80%;
2. Елиминација на неонаталниот тетанус;
3. Намалување на појавата и морталитетот од сипаници;
4. Искоренување на полиото во клучните подрачја;
5. Зголемена употреба на ОРТ на 80% од случаите на дијарејни заболувања;
6. Приспособување на родилиштата за потребите на бебето, со особена поддршка на доењето и избегнување на вештачкото млеко;
7. Поттикнување универзално јодирање на солта;
8. Речиси целосна елиминација на состојбите на недостаток на витаминот А;
9. Речиси целосно искоренување на некои паразитски заболувања;
10. Ратификација на Конвенцијата за правата на децата во секоја земја.

спонзорирана од СЗО и УНИЦЕФ резултираше со нова агенда на националните здравствени власти, со главен фокус на примарната здравствена заштита. Ова го стимулираше зајакнувањето на активностите на ниво на примарна заштита. Овој пристап беше од голема корист за земјите во развој, кои се соочуваат со ограничени ресурси за здравствена заштита и сериозни здравствени проблеми, но искуството беше поучно и за развиените земји, кои имаат проблеми со одржувањето на постоечките високобуџетни здравствени системи што најчесто не ги задоволуваат здравствените потреби на целото население.

Осумдесеттите години на 20-от век се одликуваа со значителен напредок во здравството на развиените и земјите во развој, вклучувајќи ги и најнеразвиените земји. Во 1990 година, Светскиот самит за децата, под покровителство на СЗО, повторно посочи на постојаната потреба од ревизија на здравствените цели и мобилизирање на меѓународната јавност за постигнување на овие цели, од што целото светско население ќе има придобивки. На оваа конференција беа прифатени одреден број цели за 1995 и 2000 година (рамка 16.4), притоа земајќи предвид дека здравјето на населението во еден регион, земја или подгрупа во одредена земја зависи од следното:

1. Ниво на економски развој и распространетост на сиромаштијата;
2. Образование (особено на жените);

3. Пристап до примарна здравствена заштита;
4. Расположиви средства за здравствена заштита;
5. Организација и менаџмент на здравствената заштита;
6. Стандарди за здравствениот кадар и објекти;
7. Животна средина и санитација; и
8. Планирање на семејството и наталитет.

Според СЗО, најголем дел од овие цели се постигнати во најголемиот број земји во развој. Потхранетоста е намалена; имунизациската покриеност е одржана на исто ниво или е зголемена; стапките на смртност од сипаници се намалени за 80% од нивоата пред воведување на имунизација; голем дел од земјите во развој, вклучувајќи ја и Западната хемисфера, се безбедни од полио; за состојбите на недостаток на јод полека се наоѓаат решенија; недостатокот на витамин А е во опаѓање; употребата на ОРТ се зголемува, спасувајќи повеќе од милион животи секоја година; илјадници болници денес активно го поддржуваат и промовираат доењето; видлив е напредокот во универзално воведување на основното образование; и Конвенцијата за правата на децата е најшироко и најбрзо ратификувана конвенција во историјата.

Принципите и целите на конференцијата во Алма Ата и Светскиот самит за децата остануваат на меѓународната агенда и на почетокот на 21-от век. Секоја земја треба да развие сопствен национален акционен план за постигнување на овие цели. За овие планови, потребни се:

1. Стратешки цели;
2. Потребни средства и нивна соодветна распределба;
3. Меѓусекторска соработка;
4. Обука на персоналот;
5. Едукација на јавноста и целните групи;
6. Поддршка од заедницата.

Прифаќањето на ваквите меѓународни цели им помага на одделни земји во распределбата на ограничениите средства во приоритетните области. Предизвикот е огромен, но потенцијалите за намалување на негативните ефекти од болест и подобрување на квалитетот на живот се реални.

И покрај напредокот и оптимизмот, трагичниот биланс на смртни случаи и жртви на физички и ментален инвалидитет од спречливи различни болести или состојби на недостаток во исхраната изнесува стотици милиони. И други прашања треба да се разгледаат во рамките на меѓународното здравје, како на пример здравјето на жената, кое подразбира планирање на семејството, намалување на морбидитетот и морталитетот во мајчинство, намалување на насилството и малтретирањето на жените и подобрување на условите за образование и работа. Малтретирањето деца, детскиот труд, геноцидот врз женските деца и сексуалната злоупотреба и натаму остануваат големоразмерни проблеми на



глобалното здравје. Незаразните заболувања, кои ги зафаќаат младата и средната генерација, сè повеќе стануваат актуелно прашање на глобалното здравје; пример за ова се кардиоваскуларните заболувања, дијабетот, траумата и малигните заболувања. Грижата за населението со специјални потреби, како на пример душевно болни, физички инвалиди и постари лица (Поглавја 6 и 7), е глобален здравствен проблем со кој треба да се соочи секоја земја и заедница.

Меѓународните, националните и локалните активности се од витално значење за решавање на овие проблеми, не само во најсиромашните, туку и во развиените земји. Ефикасната примена на добро утврдените јавно-здравствени мерки може значително да ги намали негативните ефекти од овие состојби за само неколку години. Ова е предизвик од историска важност и потреба.

## ПРОШИРУВАЊЕ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ КАПАЦИТЕТИ

Идејата за санитарен кордон (*cordon sanitaire*) за заштита на националното здравје од епидемии е форма на пасивна одбрана која не е многу ефикасна во времето на големите епидемии во втората половина на 20-от век. Денес, Новото јавно здравство е дел од активната одбрана. Земјите треба да соработуваат меѓу себе и на тој начин да го зголемат меѓународниот јавно-здравствен капацитет кој треба да биде нивната прва одбранбена линија. Трагедијата на доцното откривање на СИДА-та и несоодветното и ненавремено реагирање имаа исто толку голем негативен ефект, како и лошото справување со првата фаза (1991-1996 година) во епидемијата на колера во Јужна Америка.

Изградбата на првата одбранбена линија значи зајакнување на капацитетот на секоја земја за откривање, известување и барање помош во контролата на потенцијални епидемии на сериозни болести. За вакви ситуации, помошта доаѓа од Светската здравствена организација, центрите за контрола на болестите во Атланта и неодамнешните партнери во Франција и Велика Британија, како и бројни меѓународни организации од рангот на Меѓународниот црвен крст, Лекари без граници и многу други. Обуката по епидемиологија, техники на стерилизација и лабораториски услуги може значително да ја смени насоката на развој и ширење на секоја епидемија, односно да спречи масовно ширење на болеста низ населението и меѓу пациентите во болниците.

И во индустријализираните земји се забележува потребата од зајакнување на епидемиолошкиот капацитет. Само неколку од овие земји имаат соодветни информациски системи за собирање податоци од хоспитализациите од кои може да се извлечат значајни мерки на морбидитетот и економијата на здравствените услуги. Само неколку имаат соодветен капацитет за обука на јавно-здравствени епидемиолози, еконо-

мисти, социолози, сексолози, психолози или антрополози, а уште помалку од нив имаат соодветна обука за ентомолози, генетичари и многу други професии кои се составен дел на тимот на Новото јавно здравство.

Повеќето индустријализирани земји, задоволни со својата универзална здравствена заштита и чувството дека заразните заболувања ќе исчезнат како резултат на санитацијата, вакцинацијата и антибиотиците, ја оставија својата јавно-здравствена инфраструктура да пропаѓа со ниски лични доходи, слаб систем на наградување, признание и мотивација, и намалување на капацитетите за обука на кадри. Последната деценија од 20-от век ги врати во реалноста старите и донесе нови заразни заболувања и други проблеми, како што се насилството и траумата, дрогата, срцевите и малигните заболувања. Недоволната подготовка на јавно-здравствени стручњаци и системи за поддршка значи предизвикување катастрофа - и епидемиолошка, и економска. Ниту една држава не може да си дозволи таков луксуз. За обука на јавно-здравствени стручњаци потребни се постдипломски студии по јавно здравство кои ќе дадат поголем придонес отколку прекумерниот број медицински факултети, кои се среќаваат во многу земји.

## ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И НОВОТО ЈАВНО ЗДРАВСТВО

Новото јавно здравство е засегнато од глобализацијата на здравството од неколку аспекти. Прво, ги вклучува сите здравствени активности во една земја; и второ, она што се случува во светот има директно влијание врз секоја земја, без оглед колку е таа богата, индустријализирана или изолирана. Искуствата од белодробната чума се можеби недоволно убедливи, но искуствата од ХИВ се и повеќе од тоа; идејата на Џон Дон дека “ниту еден човек не е остров за себе” дава доволно јасна претстава. Глобалното здравје значи навремено согледување и соочување со акутните инфекции и хроничните болести, пред да земат замав ширејќи се со вообичаените фактори на ризик.

На крајот на 20-от век сè поголем број од земјите во развој се соочуваат со епидемиолошко поместување кое во индустријализираните земји се случи во средината на векот. Светот е исправен пред проблемите на повторна појава на одамна познати болести и појава на нови заразни заболувања. Индустријализираните земји повторно се соочуваат со предизвиците на сериозните инфекции, вклучувајќи ги и оние увезени од земјите во развој.

Во 50-тите и 60-тите години од 20-от век се чинеше дека контролата на заразните заболувања е на завидно ниво. Вакцините и антибиотските средства беа одговор за древните инфекции. Но, во 70-тите и 80-тите се појавија нови заразни заболувања кои се ширеа од земја во земја, како

што се ширеше СИДА-та во 80-тите, колерата во Перу и дифтеријата во Русија во 90-тите и епидемијата на чума во Индија во 1994 година.

Од друга страна, хроничните болести поврзани со прекумерната исхрана и пушењето ги напаѓаат неиндустријализираните земји, токму во време кога јавното здравство успева да воспостави контрола врз заразните и детските болести. Сите земји се соочуваат со ограниченоста на здравствените ресурси и неедноставниот процес на здравствени реформи. Правните, етичките и технолошките предизвици стануваат сè позначајни во раководењето со здравствените системи.

Секој здравствен систем има обврска да се соочи со овие предизвици преку взаемно информирање, подобро следење на искористеноста на ресурсите, како и барање ефикасни начини за превенција на болестите и нивно лекување до брзо и целосно закрепнување. Сите индустријализирани земји го чувствуваат товарот на финансирање на здравствената заштита во нејзината досегашна форма, што наметнува здравствени реформи како резултат на процесот на стареење на населението, напредокот на технологијата и големите очекувања од здравствената заштита. Реформите за пренасочување на средствата од болничкото кон амбулантско лекување и примарна заштита ја потврдуваат идејата за унапредување на здравјето преку регулатива и образование.

Одговорот на прашањето за некои од досега непобедените заразни заболувања доаѓа од едноставните технолошки постапки, како на пример употребата на орална рехидрациска терапија во намалување на морбидитетот и mortalitetот од дијарејни заболувања. Повторната појава на туберкулозата и на мултирезистентни организми е успешно решена со една, исто така, едноставна постапка на директно следена терапија, што претставува метод со кој локалните здравствени работници го следат придржувањето на пациентите кон препишаната терапија, особено кај високоризичните групи. Контролата на маларијата со специјално обучени локални здравствени работници претставува уште една апликација на евтина и едноставна, но соодветна технологија.

Поедноставните технологии имаат големо влијание и врз лекувањето на хроничните заболувања. Стапките на смртност од кардиоваскуларни болести имаат опаѓачки тренд во речиси сите индустријализирани земји, како резултат на поздрав начин на живот и подобрени методи на лекување. Смртноста од траума опаѓа како резултат на задолжителни подобрувања на безбедноста на возилата и патиштата, заштитата при работа и лекувањето на болестите на зависност. Кај хронично болните, едноставниот пристап на домашно лекување им овозможува на пациентите побрзо да се вратат дома и да ја избегнат долготата, скапа и ризична хоспитализација.

Иднината на здравствената заштита ќе биде во духот на големи промени и нови начини на превенција и лекување на болестите: рекомбинантните вакцини ќе влијаат на намалување на трошоците и воведување нови вакцини за контрола на повеќе заразни заболувања, меѓу

кои и вирусните хепатити, респираторните и дијарејните болести. Вакцинската технологија за малигни заболувања и генетски нарушувања е во подем. Промените во исхраната се еден од начините за контрола на малигните заболувања, како и скринингот и намалената изложеност на канцерогени материи. Откривањето на поврзаноста меѓу инфективните агенси и хроничните заболувања, како на пример хеликобактер и пептичниот улкус, и синергизмите меѓу недостатокот на микроеlementи во исхраната и заразните заболувања, како недостатокот на фолна киселина и вродените дефекти, отвара нови хоризонти за истражување и примена на јавното здравство.

Здравје за сите значи пристап до здравствена заштита за секого. За ова е потребен добар менаџмент на финансиските и другите средства потребни во здравството, односно нивно ефикасно искористување и намалување на непотребните трошоци. Во овој контекст, потребни се општествени и природни услови кои ќе им овозможат на луѓето да ги почувствуваат благодетите на здравото и продуктивно живеење. За постигнување на овие амбициозни цели, потребни се партнерства меѓу здравствените установи, локалните здравствени работници и јавноста која е сè поинформирана и зема сè поголемо учество. Оттука, од особено значење е придржувањето кон имунизацијата, здравата исхрана на децата и деца, самогрижата во бременост и здравата исхрана на возрасното население. Патронското и доминантно однесување на лекарите кон здравствената заштита и пациентите го спречува вклучувањето на пациентот и јавноста во креирањето и подобрувањето на сопствената здравствена заштита.

За подобрување на здравствената состојба потребни се поделба на одговорностите и средствата меѓу клиничките и потребите на заедницата, како и меѓу државите. Помагањето на другите земји во развојот на персонал и инфраструктура за епидемиологија на заразните и хроничните заболувања е инвестиција во сопствените први одбранбени линии и самоодбрана. Ова е суштината на работата на меѓународните организации и билатералната помош. Во меѓународните партнерства во Европа, индустријализираните земји си помагаат една на друга; ова треба да се примени и во соработката со земјите во развој каде е потребен развој на јавно-здравствена инфраструктура.

## РЕЗИМЕ

Во 1977 година, програмата Здравје за сите звучеше како безнадежна идеалистичка желба на СЗО. Оттогаш е направен драматичен напредок во намалувањето на морталитетот и наталитетот, зголемувањето на должината на животниот век и подобрувањето на квалитетот на живеење. Глобализацијата на здравјето значи дека кој било настан во светот го засега секого и насекаде, како што всушност нè поучија

искуствата со чумата во 14-от и СИДА-та во доцниот 20 век. Во исто време, глобализацијата ги вклучува сите аспекти на здравјето на населението, поради интеракцијата на здравствената заштита, економијата и политичкиот приоритет на здравството.

Глобалната акција подразбира дека земјите мора на сите нивоа да се залагаат за здравје, вклучувајќи ги и државните и локалните влади, како и доброволните, образовните и многу други елементи на општеството. Потенцијалот е огромен, но за ова е потребна систематска организација, информираност, добро дефинирани цели, стратегија и тактика. Мерењето на болестите, и заразни и хронични, семејното здравје, специјалните групи во населението, исхраната, заштитата при работа и здравата животна средина, организацијата на јавното здравство, менаџментот на здравствената заштита во споредба со други здравствени системи, здравствениот кадар и процената на технологијата, потврдата на квалитетот, правната регулатива и етиката - сите обработени во посебни поглавја во оваа книга - се суштина на Новото јавно здравство. Заедно, тие го претставуваат секојдневието на здравствените системи.

По искоренувањето на вариолата ќе следат и други значајни успеси со големи здравствени и економски придобивки. Достигнувањата и искуствата од контролата на заразните болести ќе може да се применат и во контролата на хроничните заболувања. Новите акутни и хронични состојби ќе бидат новите предизвици; подготвувањето ќе овозможи побрзо справување со нив пред да достигнат епидемски размери. Растежниот бран на смртност од кардиоваскуларни заболувања во поранешниот Советски Сојуз и многу земји во развој има еднакво голема важност со повторната појава на туберкулозата и мултирезистентните организми.

Концепциската основа на Новото јавно здравство престава идеализиран, но применлив модел во земјите во развој. Сепак, оваа идеја оттогаш еволуира преку бројни влијанија, како унапредување на здравјето и здравствените цели. Во овој модел директно се вклучени здравствениот менаџмент, секундарната и терциерната заштита во болниците и цела низа програми или услуги кои се однесуваат на подобрување на здравјето на поединецот и општеството.

Меѓународната здравствена заедница успеа, делумно, да ја промени здравствената агенда на многу земји во насока на превенција, примарна заштита и унапредување на здравјето. Формулирањето на цели и насоки со меѓународни санкции им помага на земјите во справувањето со притисоците за распределба на најголемиот дел од здравствените ресурси во куративните, односно терциерните услуги. Меѓународните заложби за Здравје за сите добија голема поддршка во земјите-членки. Тоа им помогна на националните и регионалните здравствени власти да се справат со тешката задача на промена на приоритетите во насока на примарната здравствена заштита и современото јавно здравство.

За справување со предизвиците со кои здравствената заедница сама не може да излезе на крај, потребно е формирање на коалиции на сили.

Изолацијата на здравството од другите сектори или на здравствените сектори меѓу себе, го намалува нивниот капацитет за постигнување на заедничките цели. Соработката на меѓународните организации како СЗО, УНИЦЕФ, Светската банка, ФАО, УНДП, приватните донаторски организации, приватниот сектор и многу други е потребна за соочување со здравствените предизвици и задачи. На сличен начин, на национално, државно и локално ниво, глобализираните пристапи и соработката на повеќе организации може да придонесат за дефинирање на целите и мобилизирање на ресурсите потребни за нивно постигнување.

Соодветно е да се заврши оваа книга со Меѓународната декларација за здравствени права, усвоена од училиштата за јавно здравство во САД како лична заложба на јавно-здравствените стручњаци кои дипломираа во 1998 година:

Ние како стручњаци, се обврзуваме да ги застапуваме и унапредуваме здравствените права на секој човек.

Уживањето на највисокиот степен на здравје што може да се постигне е едно од фундаменталните права на секој човек. Тоа не претставува привилегија на оние кои имаат моќ, пари или социјален статус.

Здравјето е повеќе од едноставно отсуство на болест и вклучува превенција на болести, развој на индивидуалниот потенцијал, позитивно чувство на физичка, душевна и општествена добросостојба.

Здравствената заштита треба да се темели на дијалог и соработка меѓу граѓаните, стручните лица, заедницата и оние кои ја креираат политиката. Здравствените услуги треба да ги запазуваат принципите на еднаквост, достапност, учество на заедницата, превенција и одржливост.

Здравјето започнува со здрав развој на детето и позитивна семејна средина.

Здравјето мора да се одржува со активна улога на мажот и жената во здравјето и развојот.

Улогата на жените и нивните права треба да бидат признаени, да се почитуваат и да се унапредуваат.

Здравствената заштита за постарите лица треба да го заштитува нивниот дигнитет, да ги почитува и да внимава на квалитетот на нивниот живот, а не само едноставно да работи на продолжување на истиот.

Здравјето бара одржлива околина со балансиран прираст на населението и зачувување на културната разновидност.

Здравјето зависи од повеќе фактори, а не само од пристапот до здравствена заштита. Тоа зависи и од здравите животни услови и задоволувањето на основните човекови потреби: храна, вода, домување, образование, продуктивно вработување, превенција на загадувањето и превенција на општественото отуѓување. Здравјето зависи од заштитата од експлоатација и дискриминација на расна, верска, политичка, етничка, родова, полова и друга основа или врз основа на економскиот или општествениот статус.

Здравјето подразбира мирновременски и врамнотежен развој и соработка на сите луѓе. (UCLA School of Public Health, 1998)

Новото јавно здравство е концепциска рамка и методологија за имплементација на овие амбициозни цели. За ова се потребни здравствен менаџмент, унапредување на здравјето и превенција на болестите, со што промените во приоритетите ќе се остварат преку соодветна прераспределба на ресурсите за задоволување на здравствените потреби и на поединецот и на заедницата.

## ЕЛЕКТРОНСКИ ИЗВОРИ

- Food and Agriculture Organization, <http://www.fao.org/>  
Global Health for All Indicators, база на податоци достапна преку веб страната на СЗО (<http://www.who.int/>), може да се симне на ИБМ компатибилни компјутери.  
International infectious disease monitoring network, <http://www.promedmail.org>  
*Morbidity and Mortality Weekly Report*; табели за морбидитет и морталитет достапни на <http://www2.cdc.gov/mmwr/distmids.html>  
Organization for Economic Cooperation and Development, <http://www.oecd.org/>  
United Nations High Commission for Refugees, <http://www.unhcr.ch/>  
United Nations Children's Fund (UNICEF), <http://www.unicef.org/>  
Weekly Epidemiologic Record (WHO), <http://www.who.int/wer/>  
World Bank, <http://www.worldbank.org/>  
World Health Organization адреси на седиштето и регионалните канцеларии:  
WHO Headquarters, Avenue Appia 20, 1211, Geneva, Switzerland (postmaster@who.int)  
WHO Regional Office for Africa (AFRO), Parirenyatwa Hospital, PO Box BE 773, Harare, Zimbabwe (regafro@whoafr.org)  
WHO Regional Office for the Americas (PAHO), 525 23rd St., N.W., Washington, D.C. 20037, USA (postmaster@paho.org)  
WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO), PO Box 1517, Alexandria 21511, Egypt (postmaster@who.sci.eg)  
WHO Regional Office for Europe (EURO), 8 Scherfigsvej, DK 2100, Copenhagen, Denmark (postmaster@who.dk)  
WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO), World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi, India 110002 (postmaster@whosea.org)  
WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO), PO Box 2932, 1000 Manila, Philippines (postmaster@who.org.ph)

## ПРЕПОРАЧАНО ЧЕТИВО

- Berlinguer, G. 1992. The interchange of disease and health between the old and new worlds. *American Journal of Public Health*, 82:1407-1413.  
Doll, R. 1992. Health and the environment in the 1990s. *American Journal of Public Health*, 82:933-941.  
Center for Disease Control, Addressing Emerging Infectious Disease Threats. Atlanta, Georgia: U.S. Public Health Service, 1994.  
Eisenstein, B.I. 1990. New opportunistic infections—More opportunities. *The New England Journal of Medicine*, 323:1625-1627.  
Krause, R.M. 1992. The origin of plagues: Old and new. *Science*, 257:1073-1078.  
Morse, S. S. (editorial). 1992. Global microbial traffic and the interchange of disease. *American Journal of Public Health*, 82:1326-1327.  
Sommer, A. 1997. Vitamin A deficiency, child health and survival. *Nutrition*, 13:484-485.  
UNICEF. 1993 through 1998. *The State of the World's Children*. New York: Oxford University Press.  
Yach, D., Bettcher, D. 1998. The globalization of public health I and II: Threats and opportunities; the convergence of self interest and altruism. *American Journal of Public Health*, 88:735-741.  
Winkelstein, W. (editorial). 1992. Determinants of worldwide health. *American Journal of Public Health*, 82:931-932.

## БИБЛИОГРАФИЈА

- Basch, P.F. 1990. *Textbook of International Health*. New York: Oxford University Press.
- Center for Disease Control, Addressing Emerging Infectious Disease Threats. Atlanta, Georgia: U.S. Public Health Service, 1994.
- Garrett, L. 1994. *The Coming Plague*. New York: Penguin.
- Howson, C.P., Kennedy, E.T., Horowitz, A. [eds]. 1998. *Prevention of Micronutrient Deficiencies: Tools for Policymakers and Public Health Workers*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Institute of Medicine. 1992. *Emerging Infections, Microbial Threats to Health in the United States*. Washington, DC: National Academy Press.
- Porter, D. (ed). 1994. *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam: Rodopi V.
- Wilson, M.E., Levens, R., Spielman, A. 1994. *Disease Evolution*. New York: Academy of Sciences.
- World Health Organization. 1996. *World Health Report 1996: Fighting Disease, Fostering Development*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1997. *World Health Report 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1998. *World Health Report 1998: Life in the 21st Century, A vision for All*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1999. *World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: World Health Organization.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

## ПУБЛИКАЦИИ И СПИСАНИЈА

- Bulletin of the World Health Organization*: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- Bulletin of the Pan American Health Organization*: Pan American Health Organization Division of Vaccines & Immunization 525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. 20037 USA
- Emerging Infectious Diseases*, Centers for Disease Control and Prevention. 1600 Clifton Rd Ne #A23, Atlanta, GA, USA.
- Health for All Series*: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland, 1978-1982.
- International Agency for Research on Cancer: IARC Press, International Agency for Research on Cancer, 150 cours Albert Thomas, F-69372 Lyons cedex 08, France.
- International Digest of Health Legislation*: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- Population Reports*: Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202-4012, USA.
- Technical Report Series*: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- Weekly Epidemiologic Record*: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- World Health Forum*: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.
- World Health Statistics Quarterly*: World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland.