

## **GLOBALIZAREA SĂNĂTĂȚII**

### **DE CE „GLOBALIZAREA SĂNĂTĂȚII”?**

Evenimentele care au loc pe orice continent pot afecta starea sănătății persoanelor din alte părți ale globului. Între regiunile lumii există relații de interacțiune și dependență reciprocă, astfel pentru realizarea obiectivelor sanitare chiar și locale este nevoie de o abordare globală a problemelor sanitare. Generațiile viitoare de profesioniști sanitari publici trebuie să fie bine informați referitor la evenimentele care apar în afara comunității sau țării lor. Pentru aceasta nu este suficientă doar informarea din mijloacele mass-media despre izbucnirile de boli exotice, dar și de recunoașterea faptului că orice perturbație politică, socială și economică ne afectează pe toți. Chiar și cele mai îndepărtate și izolate comunități din lume nu sunt apărute de impacturile conflictelor militare îndepărtate, a războaielor civile, calamităților naturale, crizelor economice sau epidemiilor.

Generațiile precedente de profesioniști sanitari publici și-au adus contribuția majoră la stabilirea etiopatogenezei bolilor, mecanismelor de răspândire a acestora și a impactului lor asupra tuturor formelor de viață. Totodată au fost comise și greșeli: infecția HIV nu a fost depistată destul de precoce și potențialul ei periculos a fost conștientizat doar atunci când această infecție a atins nivelul unei pandemii. Secolul XXI va fi caracterizat prin „globalizarea” profesioniștilor de sănătate publică. Sănătatea tuturor oamenilor este reciproc dependentă: o izbucnire de Ebola sau holeră la 10.000 de km depărtare se poate rapid transmite prin transportul aerian în localitatea dumneavoastră. Ținând cont de această posibilitate reală, viitorul sănătății publice va necesita apărarea intereselor ei la nivel economic, politic și social,

precum și organizarea unor eforturi comune pentru îmbunătățirea sănătății tuturor oamenilor din lume.

Transportul, colonizarea și comerțul au fost tradițional responsabile de diseminarea bolilor. Odată cu dezvoltarea rapidă a transportului maritim, aerian și terestru și majorarea considerabilă a numărului de persoane care călătoresc a crescut și potențialul de transmitere a bolilor, această problemă devenind o problemă a sănătății publice globale. Epidemiologia bolilor neinfecțioase de asemenea a suferit schimbări în populații, apărând noi factori de risc cum ar fi fumatul, automobilele și dietele occidentale bogate în proteine și grăsimi și majorându-se considerabil mortalitatea de pe urma acestor cauze. Impactul schimbărilor economice, demografice și epidemiologice diferă între țări și chiar între regiunile aceluiași stat. În plan intern, cât și internațional, sănătatea precară și sărăcia afectează stabilitatea întregii populații. Deviza populară de la sfârșitul secolului XX „gândește global, acționează local” astăzi nu mai reflectă realitățile interdependente ale sănătății publice.

Capitolele anterioare au fost consacrate problemelor epidemiologice și demografice din diferite țări cu elucidarea tendințelor globale și regionale. În acest capitol sunt prezentate principalele tendințe și indici contemporani ai sănătății și bolii la nivel mondial, precum și strategiile politice orientate spre îmbunătățirea acestor indici. Tendințele globale pot fi analizate prin intermediul grupării țărilor pe regiuni geografice, după nivelul de dezvoltare socio-economică și după caracteristicile politice, culturale și etnice. Pentru protejarea sănătății globale sunt necesare organizații internaționale care să stimuleze și faciliteze eforturile comune pentru realizarea obiectivelor comune, cum ar fi prevenirea transmiterii bolilor infecțioase sau, la general, promovarea „Sănătății pentru Toți”.

## SITUAȚIA SĂNĂTĂȚII GLOBALE

Starea sănătății globale include o diversitate de standarde sociale și economice, morbiditatea, disabilitatea și mortalitatea mondială. Factorii ecologici, socio-economici și intervențiile sanitare sunt determinante ale stării sănătății. Orice stat este interesat în îmbunătățirea sănătății populației. Totuși discrepanțele ce țin de acești factori între țările în curs de dezvoltare și cele dezvoltate sunt încă majore. Studiul țărilor clasificate după criteriul geografic cum ar fi regiunile Organizației Mondiale a Sănătății (WHO) sau după starea socio-economică cum ar fi țările Organizației pentru Dezvoltare și Cooperare Economică (OECD), Țările Europei de Est (CEE) și țările fostei Uniuni Sovietice (Comunitatea Statelor Independente sau CIS) sunt utile pentru a crea un tablou general al tranziției epidemiologice și demografice din lume. Gruparea economică a țărilor este efectuată de obicei după Produsul Național Brut (GNP) la cap de locuitor care reprezintă un indice al productivității naționale, care în țările industrializate de 20 de ori depășește nivelul din țările în curs de dezvoltare.

În trecut structura bolilor din țările astăzi dezvoltate era similară cu cea din țările în curs de dezvoltare la moment. Spre exemplu, ratele curente ale mortalității infantile și materne în multe țări în curs de dezvoltare sunt similare cu cele din Statele Unite din anii 1920. Chiar și în interiorul unei țări industrializate există grupuri sociale, etnice sau de imigranți, starea sănătății cărora este caracteristică pentru țările în curs de dezvoltare. În multe țări în curs de dezvoltare creșterea vertiginoasă a clasei sociale medii duce la stabilirea unei structuri epidemiologice a bolilor similare cu cea din țările dezvoltate (spre exemplu, creșterea ratei de boli cardiace).

În 1999 numărul populației mondiale a depășit nivelul de 6 miliarde. Aproximativ 77% din această populație locuiește în țările slab dezvoltate sau în curs de dezvoltare. Datele demografice și epidemiologice din țările industrializate, în curs de dezvoltare și slab dezvoltate sunt prezentate în

Tabelul 16.1. Discrepanțele enorme între GNP la cap de locuitor și ratele natalității sunt reflectate de diferențele între majoritatea indicilor sănătății. Creșterea populației în țările în curs de dezvoltare, datorată ratelor majore ale fertilității și declinului în mortalitatea infantilă constituie un factor determinant al sărăciei și stării precare a sănătății în aceste țări.

TABELUL 16.1. Indicii stării sănătății în dependență de nivelul de dezvoltare al țării, 1960-1997.

	Slab dezvoltate	În curs de dezvoltare	CEE/CIS <sup>a</sup>	Industrializate
GNP la cap de locuitor în \$SUA 1996	232	1,2223	1,182	27,086
Durata așteptată a vieții la naștere (ani)				
1970	43	53	66	72
1997	51	63	68	78
Rata brută a natalității/1000 populație				
1970	48	38	20	17
1997	39	25	14	12
Rata fertilității totale/femei adulte				
1960	6,6	6,0	3,0	2,8
1997	5,3	3,1	1,8	1,7
% de femei cărturare				
1980	24	46	na <sup>b</sup>	96
1995	38	62	95	na
% de nașteri asistate de moașe calificate 1990-1997	28	55	93	99
Mortalitatea maternă/100.000 de nașteri de feți vii 1990	1100	470	85	13
Rata mortalității infantile/1000 de nașteri de feți vii				
1960	171	138	76	31
1997	108	65	29	6
Rata mortalității copiilor <sup>c</sup>				
1960	281	216	101	37
1997	168	96	35	7
% de noi-născuți cu deficit de masă corporală 1990-1997	21	18	7	6
% de imunizați 1995-1997				
DTP <sup>d</sup>	62	80	91	90
Poliomielită	62	81	92	89
Rujeolă	60	79	89	90

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

<sup>a</sup>CEE = țările Europei de Est; CIS = Comunitatea Statelor Independente (inclusiv Statele Baltice) sau republicile fostei Uniuni Sovietice.

<sup>b</sup>na, datele nu sunt disponibile (Not available).

<sup>c</sup>Rata mortalității copiilor = decese copiilor de până la 5 ani la 1000 de nașteri de feți vii.

<sup>d</sup>Vaccin contra difteriei, tusei convulsive, tetanosului.

Tendențele indicilor demografici și epidemiologici în țările industrializate, în curs de dezvoltare și slab dezvoltate relevă schimbări pozitive în starea sănătății populațiilor. În țările în curs de dezvoltare și cele slab dezvoltate s-au redus ratele fertilității și natalității. Nivelul de educație al femeilor în aceste țări a crescut. Acoperirea cu imunizare a populației globale s-a îmbunătățit considerabil, de rând cu ratele brute ale mortalității infantile și a copiilor, toate acestea ducând la o majorare a duratei așteptate a vieții. Totodată încă sunt persistente discrepanțele majore în indicii sănătății între săraci și bogați, în țările slab dezvoltate mortalitatea maternă și cea infantilă depășind-o de 60 de ori și, respectiv, de 18 ori pe cea din țările industrializate.

În pofida îmbunătățirii generale a indicilor sanitari din țările slab dezvoltate, după unele estimări ale Departamentului Populații al Națiunilor Unite ratele mortalității infantile în țările în curs de dezvoltare sunt aproape de 60 la 1000 de nașteri de feți vii în anul 2000. Aproape o cincime din populația de pe glob este lipsită de posibilitatea accesului regulat la serviciile medico-sanitare. În 1991, acoperirea cu asistență primară a populației în țările slab dezvoltate era de 69%, de 89% în țările în curs de dezvoltare și de 100% în țările industrializate.

Adaptarea și implementarea tehnologiei medicale are o influență majoră asupra discrepanțelor sanitare dintre țările în curs de dezvoltare și cele dezvoltate. Fiecare stat poate însuși experiența pozitivă a altor state. O țară în curs de dezvoltare poate cheltui majoritatea resurselor sanitare pentru aprovizionarea spitalelor clinice centrale, neglijând asistența primară. Adoptarea priorităților corespunzătoare, inclusiv a noilor vaccinuri și a altor tehnologii medicale poate îmbunătăți semnificativ starea sănătății populației din țările în curs de dezvoltare. Și din contra inovațiile în domeniu din țările în curs de dezvoltare pot fi cu succes aplicate în țările industrializate. Spre exemplu, practicile de terapie de rehidratare per orală și de utilizare a asistențelor sanitari comunitari, caracteristice pentru țările în curs de dezvoltare, pot fi

implementate cu succes în țările dezvoltate pentru satisfacerea necesităților sanitare crescânde ale populației.

## PRIORITĂȚILE SĂNĂTĂȚII GLOBALE

### **Sărăcia – Boala – Populația - Mediul înconjurător**

Sărăcia, sporul natural al populației și degradarea mediului ambiant exercită un efect cumulativ advers asupra numeroaselor țări în curs de dezvoltare și asupra sutelor de milioane de persoane de pe glob. În multe țări în curs de dezvoltare, stagnarea economică și instabilitatea politică agravează aceste probleme, cauzând o incapacitate a puterii statale de a aborda necesitățile sanitare umane de bază și condamnând mai multe generații la o morbiditate și mortalitate sporită. Cu toate că efectele sărăciei, lipsei sanitației și suprapopulării orașelor nu pot fi înlăturate doar prin măsuri sanitare, potențialul intervențiilor sanitare publice de majorare a calității vieții și a ratelor de supraviețuire este, totuși, major.

Țările industrializate, deși au depășit multe dintre aceste probleme, încă se mai confruntă cu sărăcia, lipsa de adăpost, violența, morbiditatea prin boli evitabile prin vaccinare, degradarea mediului și majorarea costurilor asistenței medico-sanitare. În Emisfera de Sud există o mulțime de țări în curs de dezvoltare cu necesități economice și sociale masive. Divizarea socio-economică nord-sud va fi utilizată în elaborarea politicii sanitare globale în secolul XXI.

În anii 1990 o serie de țări în curs de dezvoltare au intrat într-o perioadă de creștere economică și industrială rapidă, combinând avantajele forței de muncă calificate ieftine și cu cele ale economiei de piață. Unele țări din Asia pe parcursul ultimului deceniu au obținut rate anuale extrem de înalte de creștere economică. Dezicerea de structurile sociale tradiționale cum ar fi modul rural

de viață și familiile din mai multe generații, precum și creșterea nivelului de educație au majorat mobilitatea forței de muncă și au facilitat dezvoltarea economică a acestor țări.

TABELUL 16.2. Cauzele globale ale morbidității și mortalității, 1997.

Cauze de deces	Decese (mii)	Cauze de morbiditate	Cazuri noi anual (mii)
Cardiopatia ischemică	7200	Diareea	4000.000
Cancerul (total)	6235	Malaria	300.000-500.000
Bolile cerebro-vasculare	4600	Cauze profesionale	467.000
Pneumoniile	3745	Pneumoniile	395.000
Tuberculoza	2910	STD <sup>c</sup>	385.000
COPD <sup>a</sup>	2890	Tulburările de dispoziție	122.865
Diareea	2455	Dependența de alcool	75.000
Malaria	1500-2700	Hepatita B	67.730
HIV/SIDA <sup>b</sup>	2300	Tusea convulsivă	45.050
Prematuritatea	1120	Rujeola	31.075
Hepatita B	605	Diabetul zaharat	10.540
Rujeola	960	Cancerul	9240
Cancerul pulmonar	1050	Tuberculoza	7250
Suicidul	835	HIV/SIDA	5800
Total	52200	NA <sup>d</sup>	

Sursa: WHO, *World Health Report*, 1997, 1998.

<sup>a</sup>Bronhopneumopatia cronică obstructivă

<sup>b</sup>Virusul imunodeficienței umane/Sindromul de imunodeficiență achiziționată

<sup>c</sup>Bolile sexual transmisibile

<sup>d</sup>Date inaplicabile

Recunoașterea legăturii între sărăcie și boală a determinat țările industrializate (G-7 plus Rusia) să anuleze în anul 1999 datoriile externe de 118 miliarde de dolari SUA ale țărilor sărace. Aceasta a redus în jumătate datoriile țărilor Africii sub-sahariene. În pofida acestor pași întreprinși majoritatea țărilor sărace cheltuiesc mai mult pentru rambursarea creditelor decât pentru sănătate și învățământ.

### Sănătatea copilului

În țările în curs de dezvoltare o treime din decese survin la copiii mai mici de cinci ani (13 milioane anual), în comparație cu 2,4% (280.000) în țările dezvoltate. Un copil mai mic de 5 ani din lumea în curs de dezvoltare suferă în mediu de trei episoade de boli diareice pe an. În 1995, de pe urma acestor boli

au decedat 2 milioane de copii mai mici de 5 ani, ceea ce constituie o reducere substanțială de la 4 milioane în anul 1983. Șase procente din aceste decese survin prin asocierea bolii diareice cu rujeola. Utilizând metodele curente de intervenție mortalitatea legată de bolile diareice poate fi redusă substanțial într-un timp scurt.

Anual în lume 2 milioane de copii decedează de pe urma bolilor evitabile prin vaccinare. În 1997 de rujeolă au decedat 960.000 de copii (2,5 milioane în 1983), de tetanos neonatal – 275.000 de copii (1,1 milioane în 1983) și de tuse convulsivă - 410.000 de copii. După unele estimări în 1997 au avut loc 35.000 de cazuri clinice de poliomielită (350.000 în 1983 exclusiv China). În pofida faptului că malaria și tuberculoza sunt curabile și evitabile prin vaccinare, aceste boli rămân o sursă majoră de mortalitate care depășește mortalitatea de pe urma SIDA.

În anul 1980 acoperirea cu imunizare a populației globale cu BCG (vaccin antituberculos), DTP, poliomielită și rujeolă constituia doar 20%. Către anul 1992, după unele aprecieri, 85% din copiii de pe glob, înainte de a-și sărbători prima aniversare, erau deja imunizați cu a treia doză de vaccin antipoliomielitic. Cum se observă din Tabelul 16.1. în anii 1995-1997 acoperirea cu imunizare a populației a scăzut. Rata acoperirii cu imunizare a copiilor din țările slab dezvoltate constituia în mediu 62%, în țările în curs de dezvoltare – 79%, în țările Europei de Est și ale fostei Uniuni Sovietice – 89% și în țările industrializate – 90%. Campaniile de vaccinare suplimentară în masă (zilele naționale de imunizare) organizate în toată lumea au contribuit semnificativ la reducerea poliomielitei și la realizarea obiectivului trasat de eradicare a acestei boli. Utilizarea în masă a vaccinului antirujeolic a eliminat circulația locală a bolii în America de Nord și America de Sud, totodată în 1999 pe acest continent au apărut erupții importate ale acestei boli.

În pofida acestor realizări însemnate din ultimul timp, milioane de copii de pe glob încă nu sunt imunizați împotriva principalelor boli evitabile prin vaccinare. Practica de utilizare a soluțiilor de săruri pentru terapia de



rehidratare per orală (ORT) s-a majorat considerabil între anii 1988-1993: în Asia de Est și Pacificul de Sud de la 32% la 36% din cazurile de boli diareice, în Africa sub-sahariană de la 28% la 49% și în America Latină de la 23% la 64%. Aceste progrese în timpul apropiat vor majora semnificativ rata de supraviețuire a copiilor și vor permite stabilirea controlului asupra bolilor majore ale copilăriei.

### **Sănătatea maternă**

După unele estimări în lume anual decedează 500.000 de femei din cauze legate cu graviditatea, majoritatea din care sunt evitabile. Practic toate (99%) aceste decese survin în țările în curs de dezvoltare și majoritatea (95%) în țările Asiei și Africii. Aceasta se datorează unui cumul de factori: lipsa asistenței profesionale prenatale și intranatale, starea nutrițională precară și prevalența largă a anemiei feriprive, lipsa standardelor adecvate ale serviciilor obstetrice, graviditățile precoce, tardive sau prea frecvente. Mortalitatea maternă oscilează de la 1100 la 100.000 în țările slab dezvoltate la 13 la 100.000 de nașteri de feți vii în majoritatea țărilor industrializate (Tabelul 16.1).

Sănătatea femeii în relație cu fertilitatea este fundamentală pentru standardele naționale de sănătate. Educația fetițelor și femeilor, accesul la metodele moderne de control al natalității, planificarea gravidităților și asistența adecvată la toate etapele sarcinii sunt condiții irevocabile pentru îmbunătățirea sănătății femeii. Moașele tradiționale (TBA) în țările în curs de dezvoltare sunt principalele furnizoare de asistență obstetricală. Ele nu pot substitui în întregime practica profesională de asistență prenatală, dar pot fi perfecționate și supravegheate prin mecanisme de licențiere și certificare (Capitolul 15). Implementarea măsurilor simple și ieftine cum ar fi suplimentarea de rutină cu fier și acid folic în timpul gravidității, stațiile de asistență prenatală, maternitățile din cadrul spitalelor, identificarea gravidelor expuse unui risc major și îndreptarea lor în instituțiile specializate (vezi Capitolul 5), acordarea

asistenței preventive de către asistenții sanitari comunitari – toate acestea pot îmbunătăți semnificativ rezultatele sanitare.

Între anii 1985 și 1991 utilizarea asistenței prenatale s-a majorat de la 58 de femei asistate la 100 de nașteri de feți vii în 1985 la 67% în anul 1991. În 1991 în țările dezvoltate 99 de femei la 100 de nașteri de feți vii erau asigurate cu asistență prenatală, în cele în curs de dezvoltare această cifră constituind 65, iar în cele slab dezvoltate – 53. Acoperirea globală cu asistență obstetricală s-a majorat de la 53 la 55 la 100 de nașteri de feți vii în anii 1990-1997. În anii 1990-1997 în mediu 60% din nașteri erau asistate de personal calificat, această cifră oscilând de la 28% în țările slab dezvoltate la 99% în țările industrializate. Plus la aceasta în anii 1995-1997 în țările în curs de dezvoltare aproximativ 52% din femeile gravide au fost vaccinate cu două sau mai multe doze de anatoxină tetanică (UNICEF, 1999).

### **Creșterea populației**

În pofida faptului că în multe țări creșterea populației reprezintă o problemă religioasă și politică controversată, în majoritatea regiunilor lumii se observă o reducere a ratelor natalității. Tot mai multe țări în curs de dezvoltare recunosc faptul că ratele înalte ale fertilității compromit dezvoltarea economică, contribuie la persistența sărăciei și sunt o cauză fundamentală a sănătății precare a populației. Politica populațională era tradițional bazată pe conceptul că creșterea populației este crucială pentru dezvoltarea economică și a puterii naționale. În societățile mici, tradiționale de fermieri predomina credința că numărul mai mare de copii asigură securitatea familiei. Dezvoltarea din ultimele decenii a tehnologiilor de planificare a familiei a fost determinată de schimbarea opiniei publice și profesionale referitor la această problemă, fiind stabilit prompt faptul că creșterea nelimitată a populației este un obstacol pentru dezvoltarea economică.

În multe țări slab dezvoltate, ratele majore de creștere a populației determină sărăcia și sănătatea precară a mamelor și copiilor. Îmbunătățirea

supraviețuirii copiilor și reducerea imperativelor economice pentru impunerea la lucru a copiilor a dus în majoritatea țărilor la scăderea ratelor totale ale natalității. Majorarea nivelului de cărturărie a femeilor a favorizat cunoașterea și utilizarea mai amplă a metodelor de control a natalității. Restricțiile religioase împotriva utilizării metodelor de control a natalității nu mai pot limita utilizarea acestor procedee, astfel natalitatea scăzând pe întreg globul, iar în multe țări sporul natural al populației devenind negativ.

Statul deține un rol fundamental în planificarea familiei. Distribuirea informației și promovarea planificării familiei la nivel de politică și prioritate națională trebuie să devină o parte componentă a asistenței primare. În China în anii 1950, Mao Tse Tung a numit controlul natalității ca o nouă formă de genocid a țărilor dezvoltate împotriva celor în curs de dezvoltare. Această atitudine față de controlul natalității a fost nu mai puțin distructivă pentru sănătatea publică decât curentele religioase care considerau controlul natalității ca cel mai mare păcat. Ambele aceste concepte au favorizat creșterea nelimitată a ratelor de fertilitate în populații, care nu puteau rezista impactului sanitar și economic al numărului crescând de copii. În ultimele decenii controlul natalității este pe larg promovat în India și China, care reprezintă țări cu cea mai numeroasă populație din lume. În pofida eforturilor întreprinse sporul natural al populației continuă și probabil nu se va reduce în următorii 20 de ani. Politica de „un singur copil în familie” din China s-a soldat cu apariția cazurilor de ucidere a copiilor de către mame, cu majorarea ratelor de avort și sterilizare, acestea întâmplându-se într-o societate tradițional rurală, în care erau venerați copiii, mai ale de sex masculin.

În pofida reducerii ratelor fertilității în majoritatea regiunilor lumii numărul populației mondiale a depășit cifra de 6 miliarde și crește anual cu 1,73% (Tabelul 16.3). În Asia locuiesc aproape 60% din populația mondială, pe când în Europa doar 10%. În multe țări asiatice natalitatea a scăzut până la rate caracteristice pentru țările dezvoltate. În anii 1960-1992 s-au redus și ratele fertilității totale: în Asia de Sud-Est și Pacific de la 5,8 la 2,6 nașteri la o

femeie; în America Latină și bazinul Mării Caraibilor de la 5,8 la 3,1 nașteri la o femeie și în Orientul Mijlociu și Africa de Nord de la 7 nașteri la 5,1. În multe țări din Africa sub-sahariană populația se va dubla în următorii 20 de ani, necătând la scăderea treptată a ratelor fertilității.

TABELUL 16.3. Populația globală, actuală și cea proiectată, miliarde, după nivelul economic, 1965-2003.

Nivelul de dezvoltare	1965	1973	1980	1991	2000	2030
Țări cu venit mic și mediu	2,60	3,17	3,66	4,53	5,29	7,74
Țări cu economii dezvoltate	0,67	0,73	0,77	0,82	0,86	0,92
Populația mondială totală	3,28	3,90	4,43	5,35	6,16	8,66

Sursa: World Bank, World Development Report, 1993.

Tranziția demografică apare atunci când se schimbă structura de vârstă a populației. În țările care se află în procesul de tranziție la economii industrializate, are loc o schimbare a structurii populaționale. Odată cu majorarea duratei așteptate a vieții și declinul natalității are loc îmbătrânirea populației. În ultimele decenii în țările dezvoltate a avut loc o creștere rapidă a numărului de persoane de vârstă înaintată (peste 75 și peste 85 de ani), care sunt mult mai dependente decât cele din alte grupuri populaționale. Această tendință este de o importanță vitală pentru viitorul țărilor care depun eforturi considerabile pentru menținerea și îmbunătățirea condițiilor economice și sociale. Toate țările necesită o populație de vârstă productivă suficientă pentru a asigura grupurile populaționale dependente (vârstnicii și copiii).

Ratele încă înalte de natalitate în țările în curs de dezvoltare compromit potențialul asistenței medico-sanitare și nutriției adecvate a copilului. Aprovizionarea cu alimente a societăților s-a îmbunătățit odată cu îmbunătățirea tehnicilor agricole, dar aceste tehnici nu reușesc să îndeplinească necesitățile populației în creștere. Plus la aceasta majorarea standardelor de viață și a aspirațiilor populației creează o cerere majoră în resurse naturale, fapt ce duce la degradarea rapidă a mediului înconjurător.

## Malnutriția

Producția alimentelor s-a majorat considerabil în majoritatea regiunilor lumii. Totodată nivelul producției alimentare la cap de locuitor în țările Africii sub-sahariene treptat scade, de rând cu GNP. Avântul producției în alte țări ale lumii în curs de dezvoltare din anii 1960 și 1970 s-a încetinit în anii 1980. În țările dezvoltate o pătrime din populația de pe glob produce jumătate din produsele alimentare mondiale. Țările în curs de dezvoltare pot procura acest surplus de alimente, dar multe dintre ele nu dispun de mijloace valutare pentru a o face. Prosperitatea națiunii nu poate fi apreciată doar după produsul național brut, această prosperitate este determinată și de capacitatea de a produce alimente.

Foamea, adaptarea și inaniția reprezintă categorii dificil de apreciat. Foamea este un fenomen subiectiv; adaptarea este un proces de ajustare a necesităților persoanei la aportul insuficient de energie; când cheltuielile energetice depășesc aportul energetic atunci apare inaniția. Inaniția poate fi acută sau cronică. Foamea apare în timpul calamităților naturale și războaielor, dar poate fi și cronică în regiunile unde producția alimentelor nu poate asigura necesitățile populației în creștere. Cu toate că foamea afectează toate sexele și vârstele, cele mai vulnerabile grupuri populaționale sunt sugarii și copiii, femeile gravide și vârstnicii. Afectarea bărbaților se manifestă prin reducerea capacității de lucru. Foamea din China din anii 1959-1961 - unul din cele mai tragice evenimente ale secolului XX, a ucis peste 36 de milioane de persoane.

Aprecierea numărului real de persoane care suferă de foame este dificilă datorită adaptării. Studiul stării nutriționale a populației, în special a copiilor, se bazează de obicei pe masa la naștere, masa corpului în corespundere cu vârsta și talia în corespundere cu vârsta. Talia joasă pentru vârsta respectivă sau retardul în creștere este cel mai frecvent semn al malnutriției protein-calorice. Aproximativ 40% din copiii de 2 ani din țările în curs de dezvoltare sunt afectați de această deficiență. Prevalența retardului de creștere este de 65% în India, 40% în China și Africa sub-sahariană și peste 50% în restul Asiei. În conformitate cu standardele WHO, aproximativ 780 milioane de persoane în

lume suferă de deficit de energie sau sunt în stare de malnutriție protein-calorică (PEM). Această stare nu este determinată în mod obligator de foame, dar și de dieta inadecvată, cu conținut insuficient de proteine, necesare pentru asigurarea cu energie a organismului. Malnutriția poate fi într-atât de răspândită printre copii, încât s-ar putea ca părinții și furnizorii de asistență medico-sanitară s-o atribuie stării normale a organismului.

Stările deficitare în microelemente și vitamine afectează pe glob aproximativ 2 miliarde de persoane, fiind însoțite de sechele grave cum ar fi decesul prematur, sănătatea precară, amauroza, retardul de creștere, dereglările cognitive și reducerea capacității de muncă (Institutul de Medicină 1999). Deficiențele de iod, fier, vitamine A, B, C și D sunt cele mai răspândite dintre aceste stări care afectează preponderent femeile și copiii (vezi Tabelul 16.4), dar și bărbații și vârstnicii. În țările în curs de dezvoltare copiii și femeile reprezintă grupuri populaționale deosebit de vulnerabile, fapt determinat de frecvențele nașteri și dietele sărace.

TABELUL 16.4. Prevalența anemiei feriprive la femei, pe regiuni, 1992.

Regiunea	% din toate femeile	% din femeile gravide
Lumea industrializată	13	18
America Latină / Bazinul Mării Caraibilor	31	40
Asia de Est și Pacificul	37	49
Orientul Mijlociu / Africa de Nord	42	52
Africa sub-sahariană	44	52
Asia de Sud	60	75

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

Anemia, descrisă detaliat în Capitolul 8, este cea mai frecventă stare de deficiență nutrițională din lume. Această deficiență nutrițională este frecvent asociată cu alte stări deficitare (spre exemplu, deficiența de vitamină C) și infecții cu paraziți în special la copii și gravide. În țările dezvoltate de această afecțiune suferă 18% din gravide, în China și America Latină – 40%, iar în India - 88%. În Rusia 50% din femei sunt afectate de anemia feriprivă, iar suplimentarea de rutină cu fier nu se practică. Deficiența de fier la sugari reduce ritmul de creștere și afectează potențialul cognitiv al copilului. La adulți această

stare reduce capacitatea de muncă. Distribuirea preparatelor de fier ieftine (sulfatul de fier) femeilor gravide și celor care alimentează cu lapte matern copiii poate preveni impactul general al acestei stări, care, după estimările WHO din 1997, afectează 1,8 miliarde de persoane.

De stări deficitare de iod pe globul pământesc suferă 1,5 miliarde de persoane, severitatea acestora variind în limite largi de la forme subclinice până la cretinism și retard mental sever. În multe regiuni ale lumii concentrația iodului în sol și apă este insuficientă, din acest motiv stările de deficiență a acestui microelement sunt larg răspândite. În prezent iodarea sării, practică recomandată de WHO și UNICEF, este pe larg utilizată pentru prevenirea stărilor deficitare de iod. Această practică a devenit un obiectiv major al Întrunirii Mondiale de Vârf pe problemele Copiilor din 1990, de rând cu eliminarea deficiențelor de vitamină A care afectează 650 de milioane de persoane de pe glob (Tabelul 16.5). Suplimentarea cu vitamină A reduce mortalitatea de rujeolă și previne xeroftalmia și amauroza la copii. Această practică a fost revoluționară pentru țările în curs de dezvoltare, demonstrând cu lux de amănunte comorbiditatea nutrițională și importanța vitală a intervențiilor nutriționale pentru prevenirea morbidității și mortalității în grupurile populaționale vulnerabile. Șirul de stări patologice pe care le provoacă deficiențele de iod și vitamină A este enorm. Toate aceste stări pot fi prevenite prin utilizarea tehnologiilor curente ieftine. După estimările WHO costul eradicării deficiențelor de iod prin iodarea sării de bucătărie este de 0,05 dolari SUA pe an. Eliminarea stărilor deficitare de vitamină A poate fi obținută prin administrarea unei forme capsulare a acestei vitamine copiilor mai mari de 6 luni de trei ori pe an, costul fiecărei capsule fiind de 0,02 dolari SUA, prin modificarea regimului alimentar, fiind introduse în rația alimentară produse bogate în vitamina A și/sau prin fortificarea alimentelor de bază cu această vitamină (ulei, margarină, lapte, zahăr).

TABELUL 16.5. Deficiența vitaminei A la copii și stările deficitare de iod în populația mondială.

Stările deficitare de vitamină A (VAD)	Populația afectată (milioane)	Stările deficitare de iod (IDD)	Populația afectată (milioane)
Leziuni oculare severe	0,5	Cretinism	5,7
Xeroftalmia	3,1	Leziuni cerebrale	26
Cecitate nocturnă	13,5	Gușă	655
Risc major de deces de boli infecțioase	231	Total <sup>b</sup>	1600
Total <sup>a</sup>	562		

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

<sup>a</sup>Numărul total al copiilor mai mici de 5 ani din lumea în curs de dezvoltare.

<sup>b</sup>Populația totală afectată de IDD.

În multe țări ale Africii, Asiei de Sud-Est și regiunii Mediteraniene de Est, bolile infecțioase și parazitare, de rând cu malnutriția continuă să reprezinte un pericol sanitar public major. Aceste afecțiuni sunt cauza majoră a mortalității infantile și a copiilor de sub 5 ani, reducând semnificativ și durata așteptată a vieții (vezi Capitolul 6).

### **Bolile infecțioase**

Globalizarea răspândirii bolii este de o vârstă cu fenomenul de migrare a oamenilor, animalelor sau vectorilor bolii. În anii 1980 și 1990 acest concept a fost reînviat de răspândirea rapidă a infecției HIV, reemergența bolilor odată controlate și emergența unor noi boli – subiecte de anxietate publică majoră. Morbiditatea prin tuberculoză – cel mai mare ucigaș dintre bolile infecțioase, în anii 1980 și la începutul anilor 1990 s-a majorat cu 25%. A crescut și morbiditatea prin holeră între anii 1990-1994. În anii 1990 a reapărut difteria, s-a majorat morbiditatea prin infecții alimentare cu *E.coli* și salmonela.

Pandemia de SIDA a afectat practic toate regiunile lumii, indiferent de nivelul lor de dezvoltare. După unele estimări în prezent în lume 27,9 milioane de persoane sunt infectate cu HIV, 5,8 milioane au decedat deja, inclusiv 1,4 milioane de copii. În multe țări în curs de dezvoltare morbiditatea prin SIDA reprezintă un impact economic și sanitar major pentru societate. Costul asistenței acordate bolnavilor cu SIDA și pierderea unei porțiuni mari de forță



tânără de muncă afectează considerabil economiile țărilor din Africa subsahariană și a altor țări în curs de dezvoltare. După estimările *Raportului referitor la Dezvoltarea Mondială* din 1993 țările în curs de dezvoltare cheltuiesc 340 de milioane de dolari pentru îngrijirea pacienților cu SIDA, aceste cheltuieli către anul 2000 vor atinge 1,1 miliarde dolari. În aceste țări lipsa resurselor de tratament este complicată prin lipsa resurselor și priorităților pentru prevenție.

Cum s-a discutat în Capitolul 4, emergența „noilor” boli infecțioase și reemergența celor cunoscute, dar încă necontrolate reprezintă o sfidare majoră a sănătății publice și asistenței clinice. Aceste probleme sunt agravate de apariția culturilor de agenți microbieni rezistenți la medicamente. Prioritățile de bază ale controlului bolilor infecțioase rămân asigurarea unei acoperiri universale cu imunizare a copiilor, majorarea standardelor de securitate a produselor alimentare și apei, iluminarea sanitară pentru reducerea HIV și a STD, îmbunătățirea asistenței primare pentru diagnosticul și managementul TB și malariei, precum și utilizarea rațională a antibioterapiei. Realizările din ultimele decenii în aceste domenii sunt într-adevăr impresionante, dar sunt un subiect minor de placiditate în condițiile persistenței pericolului global al bolilor infecțioase.

Pentru stabilirea unui control global asupra TB, HIV și malariei sunt necesare noi tehnologii sanitare, totodată rezultate impunătoare pot fi obținute prin utilizarea tehnologiilor deja existente. Începutul secolului XXI va fi marcat de introducerea noilor vaccinuri în practica de imunizare, care vor reduce considerabil impactul morbidității și mortalității de pe urma bolilor infecțioase. Descoperirile revoluționare ale noilor metode de tratament și vaccinurilor eficiente pentru controlul infecției HIV și a malariei sunt așteptate deja în următorii ani. Există speranța de elaborare a noilor agenți antimicrobieni eficienți în tratamentul infecțiilor cu microorganisme polirezistente. Pentru prevenirea salmonelozelor și a infecțiilor cu *E.coli* va fi necesară îmbunătățirea tehnologiilor alimentare. Asistența medico-sanitară va trebui să-și perfecționeze

metodele de control a bolilor infecțioase pentru a evita emergența microorganismelor rezistente din cauza utilizării excesive a antibioticelor. Realizările în eradicarea unor astfel de boli importante cum ar fi variola, poliomielite, rujeola, filarioza, lepra, oncocercoza generează un optimism argumentat de apariție a noilor progrese importante în noul secol, în pofida opiniilor rezervate referitor la problemele nerezolvate și noile sfidări ale bolilor infecțioase.

### **Bolile cronice**

Tranziția epidemiologică de la predominarea bolilor infecțioase la preponderența celor cronice apărută în țările industrializate la mijlocul secolului XX, în prezent are loc și în țările în curs de dezvoltare. Bolile cardiovasculare, cancerul, stările degenerative, tulburările mentale și traumatismele reprezintă deja cauze majore de mortalitate în multe țări dezvoltate (vezi Tabelul 16.2). Traumatismele de asemenea constituie un subiect sanitar public important cu consecințe individuale, sociale și economice grave. Pe glob aproximativ 7,2 milioane de decese apar anual de pe urma cardiopatiei ischemice și alte 4,2 milioane de pe urma ictusurilor cerebrale. Aproape 2,7 milioane de persoane decedează din cauza traumatismelor și intoxicațiilor, 2 milioane dintre care survin în țările în curs de dezvoltare, fapt ce se soldează cu o pierdere considerabilă de ani de viață potențial productivi. Accidentele rutiere (MVA) ocupă primul loc în cauzalitatea deceselor și sunt urmate de accidentele habituale, inclusiv căderile, combustii, intoxicațiile și înecurile, toate acestea având loc preponderent la persoanele tinere și în vârstă.

Bolile legate de fumat, hipernutriție și dieta dezechilibrată printre clasa socială medie și populația lucrătoare sunt tot mai frecvente în țările în curs de dezvoltare. Creșterea ratelor mortalității de pe urma cardiopatiei ischemice și a ictusurilor cerebrale în țările fostei Uniuni Sovietice contribuie semnificativ la majorarea numărului de decese premature și este o sursă persistentă de suprasolicitare a sistemului sanitar și așa finanțat inadecvat. Odată cu stabilirea

unui control eficient asupra bolilor infecțioase și modificarea rației alimentare a clasei sociale medii și populației productive cu un aport excesiv de carne și grăsimi, morbiditatea prin boli cardiovasculare în majoritatea țărilor în curs de dezvoltare a crescut considerabil. Profesioniștii sanitari publici trebuie să fie pregătiți de această tranziție epidemiologică pentru a fi competenți în implementarea unor astfel de intervenții cum ar fi campaniile contra fumatului, de promovare a nutriției sănătoase etc. În mod similar trebuie anticipate impacturile afecțiunilor mentale, dentale și a altor maladii în creștere, luându-le în considerație în procesul de planificare sanitară în țările dezvoltate.

Tulburările mentale sunt tot mai mult recunoscute ca o problemă sanitară de proporții globale care afectează sute de milioane de persoane fiind o sursă majoră de disabilitate moderată sau severă atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare. În ultimul timp depresiile majore (unipolare), alcoolismul, afecțiunile bipolare și schizofrenia au devenit unele din principalele cauze care cauzează disabilitate, în special printre adulții tineri de vârstă 15-44 de ani. Aceste afecțiuni necesită o atenție specială din partea sistemului sanitar și în special a asistenței primare.

### **Managementul calamităților**

Evenimentele tragice, naturale sau provocate de om, care duc la pierderea în masă a proprietății și vieților omenesci necesită un răspuns organizat internațional cu scop de limitare a pierderilor, reducere a suferinței și de restabilire a stării normale a lucrurilor. Aceste situații pot fi reprezentate prin calamități naturale cum ar fi uraganele, inundațiile, seceta, cutremurele de pământ sau erupțiile vulcanice cu consecințe înspăimântătoare. Aceste situații excepționale pot fi create de om cum ar fi, spre exemplu, războaiele dintre țări, războaiele civile, genocidul etnic, conflictele sau persecuțiile civile. Astfel de evenimente pot căpăta proporții enorme, fiind însoțite de o refugiere în masă, omucideri și alte forme de violență care distrug normele umane și societatea civilă. Aspectele sanitare publice a unor astfel de evenimente țin de restabilirea

securității, aprovizionarea cu apă potabilă, adăpost, alimente și asigurarea necesităților vitale, precum și de restabilirea vieții civile. În prezent aceste evenimente prin intermediul televiziunii atrag imediat atenția publică a comunității mondiale. Acțiunile internaționale sunt întreprinse instantaneu, dar frecvent nu sunt coordonate cu autoritățile civile și de securitate locale. Pregătirea și organizarea acțiunilor în astfel de situații excepționale sunt elemente importante ale sănătății globale.

### **Mediul ambiant**

Mediul ambiant este un subiect de preocupare majoră a sănătății globale și nu doar din considerentele că acesta influențează orice țară, dar mai ales din cauza că protecția lui necesită acțiuni comune (Capitolul 9). Poluarea aerului cauzată de industrie, centralele electrice și încălzirea caselor cu cărbune reprezintă o problemă răspândită în lume. Calitatea aerului în țările industrializate s-a îmbunătățit considerabil în anii 1980 și 1990, dar în majoritatea țărilor în curs de dezvoltare și fostele țări socialiste aerul este poluat în continuare, fapt determinat de imperfecțiunea echipamentului centralelor termo-electrice și congestia urbană. Excesul de bioxid de carbon derivat din arderea combustibilului fosil contribuie semnificativ la agravarea efectului „de seră”, iar substanțele chimice utilizate în industriile țărilor dezvoltate prezintă un pericol ecologic major, cu un potențial serios de consecințe globale.

## **DEZVOLTAREA ȘI SĂNĂTATEA**

În țările în curs de dezvoltare aproximativ 1,3 miliarde de persoane nu au acces la o sursă de apă curată, iar aproape 2 miliarde trăiesc în condiții sanitare precare. Sărăcia, nivelul jos de educație și calificare, nutriția săracă și lipsa măsurilor de sanitație - toate acestea contribuie semnificativ la impactul major

al bolilor din țările în curs de dezvoltare. Poluarea mediului intern al locuințelor prin utilizarea combustibilului fosil pentru pregătirea bucatelor și lipsa ventilației adecvate contribuie considerabil la morbiditatea și mortalitatea majoră, în special printre copii, de pe urma bolilor respiratorii acute, fiind în aceleași timp un factor major de risc de dezvoltare a bolilor respiratorii cronice la vârstnici și afectând fătul intrauterin.

Starea sănătății și dezvoltarea economică sunt reciproc dependente. Dar nu mai puțin importantă pentru sănătate este și ideologia socială și politică predominantă, care determină nu numai volumul resurselor alocate pentru sănătate, dar și forma de furnizare a asistenței medico-sanitare. Dezvoltarea economică rapidă își are prețul său. Poluarea mediului ambiant și creșterea pericolelor sanitare profesionale sunt factori care însoțesc neapărat importarea tehnologiilor noi în țările în curs de dezvoltare. Degradarea mediului este agravată și de migrarea populației rurale spre centrele urbane, în care frecvent lipsesc facilitățile sanitare de bază și infrastructura urbană.

Aprecierea dezvoltării economice doar prin estimarea GNP este frecvent insuficientă. Distribuirea prosperității într-o țară este o variabilă importantă, de rând cu acoperirea cu învățământ școlar a copiilor. Indicele dezvoltării umane (HDI) include durata așteptată a vieții, nivelul de educație și volumul venitului personal. Indicele dezvoltării umane, de rând cu DALY și QALY (vezi Glosarul și Capitolele 3 și 11) sunt parametri de apreciere a calității vieții individului.

Pentru sistemul de finanțare a asistenței medico-sanitare este deosebit de importantă utilizarea rațională a resurselor alocate. În unele țări în domeniul sanitar au fost cu succes implementate mecanisme de piață, în pofida faptului că fiind apreciate după GNP la cap de locuitor aceste țări au rămas sărace. Alte țări după nivelul HDI sunt cu mult mai avansate decât după GNP la cap de locuitor. China cu un GNP la cap de locuitor de 370 de dolari SUA a reușit să reducă considerabil ratele mortalității infantile și să majoreze durata așteptată a vieții atingând nivele caracteristice pentru țările moderat dezvoltate, aceste

realizări fiind obținute prin asigurarea populației rurale cu asistență primară. Sri Lanka – țară cu un GNP la cap de locuitor de 500 de dolari SUA are o mortalitate infantilă de 15 la 1000 de nașteri de feți vii, nivel care este comparabil cu nivelele țărilor avansate în curs de dezvoltare. În Kerala, India, HDI depășește cu mult standardele naționale, cu toate că după indicii economici această provincie rămâne în urmă de media pe țară. Pe de altă parte unele țări cu un GNP înalt la cap de locuitor au un HDI redus, spre exemplu Kuweit și Arabia Saudită au un GNP major, dar au obținut mai puține realizări în domeniul sănătății publice decât țările mai sărace cum ar fi Cuba și Costa Rica, Jamaica. În unele țări acest fapt se datorează discrepanțelor economice majore dintre clasa socială superioară, puțin numeroasă și majoritatea săracă a populației.

## ORGANIZAȚIILE INTERNAȚIONALE DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII

Cum a fost menționat în Capitolul 1 începând cu declinul Imperiului Roman din secolul V e.n. Europa a intrat într-un mileniu de stagnare a științei. Cunoștințele, inclusiv cele medicale, au nimerit în mâinile Bisericii, iar manuscrisele grecești și romane au fost păstrate în mănăstirile izolate ale Europei de Vest și în țările lumii arabe, unde pe parcursul a câteva sute de ani au fost traduse de școlile arabe, bizantine și iudaice. În secolul IX în Salerno, lângă Neapole a fost fondată prima școală medicală, după care în întreaga Europă și lumea arabă au fost deschise școli medicale.

Expansionismul colonial european, care a început din 1415 odată cu atacul portughezilor asupra localităților musulmane din Africa de Nord, a influențat considerabil sănătatea internațională. Flota europeană a transmis băștinașilor din Pacificul de Sud și America astfel de boli ca variola și rujeola care au decimat populația acestor regiuni. Sifilisul a fost introdus în Europa de către

marinarii care s-au reîntors din America. Colonizatorii europeni frecvent erau afectați de boli la care erau slab rezistenți. Plus la aceasta comerțul cu sclavi a favorizat transmiterea bolilor infecțioase din Africa populației extrem de susceptibile din America.

Colonialismul s-a soldat cu eradicarea aproape definitivă a numeroaselor popoare băștinașe din lume și a schimbat caracterul multiplelor populații, în special din America de Nord, Australia, Noua Zelandă, Africa de Sud și America Latină. Guvernele coloniale au introdus metodele occidentale de practică medicală, respectând conceptele cauzalității bolii și tratamentului lor și influențând semnificativ sănătatea populațiilor. Odată cu căpătarea de către colonii a independenței la mijlocul secolului XX, acestea au moștenit numeroase facultăți medicale care și până astăzi funcționează în multe țări în curs de dezvoltare.

Dezvoltarea sanitației și mai târziu a microbiologiei au fost determinate de realizările științifice și tehnologice ale Revoluției Industriale. În a doua jumătate a secolului XIX epidemiile repetate de holeră din Europa și de alte boli infecțioase devastatoare au intensificat eforturile cercetătorilor de identificare a agentului cauzal și a mecanismului de transmitere a bolilor infecțioase și parazitare. Holera asiatică sosită în Europa în 1832 s-a răspândit rapid pe întreg continentul cauzând epidemii repetate pe întreg parcursul secolului XIX. Aceasta a impus necesitatea organizării în 1851 a Conferinței Internaționale pe Problemele Sanitației ce a avut loc la Paris, ulterior având loc întruniri repetate în anii 1874, 1881 și 1885. Între anii 1892 și 1903 aceste conferințe au fost mult mai frecvente și în cadrul lor s-au discutat problemele arzătoare referitor la controlul și transmiterea internațională a holerei, febrei galbene și tifosului exantematic. La începutul anilor 1880 a fost întreprinsă prima acțiune sanitară publică internațională, când la cererea Comisiei Internaționale pe Problemele Holerei, Robert Koch a format o echipă de cercetători pentru investigarea epidemiei de holeră din Egipt. Acest studiu s-a

soldat cu descoperirea microorganismului *Vibrio cholerae* și elaborarea procedurilor de prevenție.

Organizația Sănătății a Ligii Națiunilor (1921-1946), fondată la Geneva, a constituit o tentativă de promovare a ideii asigurării securității sanitare colective internaționale. Una din funcțiile acestei organizații, asigurată de Oficiul de Sănătate, consta în furnizarea Serviciului de Cercetare a Epidemiei. Oficiul de Sănătate a organizat multiple comitete de experți în bolile infecțioase și alte domenii sanitare publice, care au elaborat standarde pentru materialele biologice, sănătatea mamei și copilului, nutriție, asigurarea medicală și învățământul medical. De această organizație au fost promovate multiple activități de control a malariei, leprei și rabiei, fiind, totodată, introduse registre speciale referitor la cancer și pregătit fundamentul pentru clasificarea internațională a bolilor, elaborate standarde farmacologice și ale condițiilor de viață și nutriție. Scopul activității internaționale organizate s-a lărgit considerabil și includea prevenirea transmiterii internaționale a bolilor, controlul bolilor infecțioase și îmbunătățirea stării sănătății grupurilor vulnerabile ale populației. Izbucnirea celui de-al II-lea Război Mondial la sfârșitul anilor 1930 s-a soldat cu destrămarea Ligii Națiunilor.

În timpul celui de-al II-lea Război Mondial forțele aliate au înființat Agenția de Reabilitare și Ajutor Umanitar a Națiunilor Unite organizată cu scop de asistare a milioane de persoane refugiate. Această agenție a fost o tentativă de fondare a unei noi organizații internaționale de sănătate în conformitate cu consensul internațional de a construi o lume mai bună în perioada postbelică, în care Națiunile Unite vor fi mai puternice și vor acționa mai coordonat.

## ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII



Organizația Mondială a Sănătății (WHO) a fost fondată în anul 1948 ca agenție a Națiunilor Unite pentru promovarea în perioada postbelică a cooperării internaționale în domeniul sanitar. În statutul WHO a fost subliniat faptul că unul din drepturile fundamentale ale fiecărui om este „obținerea celui mai înalt standard de sănătate”, iar Declarația Universală a Națiunilor Unite din 1948 a stabilit că „fiecare individ are dreptul la un standard adecvat de viață întru sănătatea și prosperitatea proprie și a familiei sale”.

Contribuția Organizației Mondiale a Sănătății la sănătatea globală este enormă. Această organizație a satisfăcut necesitatea acelui moment într-o organizație interstatală în cadrul căreia ar fi fost reprezentate toate statele și care s-ar fi ocupat de toate domeniile sanitare. WHO constă din state membre care lucrează în comun și în colaborare cu alte organizații în scopul obținerii celui mai înalt nivel de sănătate. Organizația Mondială a Sănătății a înlocuit organizațiile precedente, în special Organizația Sănătății a Ligii Națiunilor și Biroul Sanitar Panamerican. Comisia de Pregătire Tehnică a elaborat structura organizatorică a WHO care, în spiritul optimist al acelor timpuri, a purces la rezolvarea problemelor sanitare arzătoare. Principalele active ale acestei organizații sunt direcțiile de dezvoltare și funcțiile de coordonare, care țin de scopurile sanitare și inițierea cooperării internaționale pentru realizarea acestora. De asemenea s-au dovedit a fi eficiente și serviciile tehnice, epidemiologice, statistice, nomenclatura standard a bolilor și medicamentelor și publicațiile acestei organizații.

Structura organizatorică a WHO include Cartierul General din Geneva și oficiile regionale europene (Copenhaga), al Orientului Mijlociu (Alexandria), Africii (Beazzaville), Asiei de Sud-est (Delhi), Pacificului de Vest (Manila) și a emisferei de vest (Organizația Panamericană a Sănătății [PAHO] cu sediul la Washington, D.C.). Cartierul general din Geneva are numeroase oficii care se ocupă cu diverse probleme medico-sanitare (Tabelul 16.6).

WHO a contribuit decisiv la crearea consensului mondial referitor la noua direcție a politicii sanitare. Ea a formulat o strategie politică care promova

responsabilitatea guvernelor pentru sănătatea popoarelor, dreptul oamenilor de a participa la dezvoltarea și controlarea asistenței medico-sanitare acordate lor și echitatea în sănătate. WHO a contribuit semnificativ la formularea și promovarea conceptului activității cooperatiste (cooperarea intersectorială) între diferite sectoare (public și privat) necesară pentru realizarea scopurilor sanitare comune. Conceptul tehnologiei corespunzătoare de asemenea este o inițiativă a WHO (vezi Capitolul 15).

TABELUL 16.6. Principalele programe ale Cartierului General al Organizației Mondiale a Sănătății, 1997.

<p>Infecția HIV și Bolile Sexual Transmisibile (STD)</p> <p>Sănătatea și Dezvoltarea Copilului (CHD, fostul program „Controlul Bolilor Diareice și Respiratorii Acute”)</p> <p>Controlul Bolilor Tropicale (CTD)</p> <p>Medicamente Esențiale (DAP)</p> <p>Managementul și Politica Medicamentelor (DMP)</p> <p>Acțiuni Urgente și Umanitare (EHA)</p> <p>Controlul și Supravegherea Bolilor Infecțioase și a celor Emergente (EMC)</p> <p>Produsele Alimentare și Nutriția (FNU)</p> <p>UNAIDS (fostul program global pe problemele SIDA)</p> <p>Programul Global pe Problemele Vaccinurilor, Imunizării (GPV)</p> <p>Programul Global pe Problemele Tuberculozei (GTB)</p> <p>Promovarea Sănătății, Iluminarea Sanitară, Comunicarea (HPR)</p> <p>Dezvoltarea Sistemelor Sanitare (HSD)</p> <p>Reproducerea Umană (HRP)</p> <p>Situația Sanitară și Evaluarea Tendințelor (HST)</p> <p>Sistemul de Informare Statistică (WHOSIS)</p> <p>Afaceri între Agenții (INA)</p> <p>Managementul Sistemelor Informaționale (ISM)</p> <p>Eliminarea leprei (LEP)</p>	<p>Sănătatea Mentală, Prevenția Abuzului de Substanțe (MSA)</p> <p>Bolile Neinfecțioase (NCD)</p> <p>Prevenția Amaurozei și Hipoacuziei (PBD)</p> <p>Promovarea Securității Chimice (IPCS)</p> <p>Promovarea Sănătății Mediului Ambiant (PEH)</p> <p>Tehnologia Sanitară (PHT)</p> <p>Publicații, Limbi și Servicii Bibliografice (PLL)</p> <p>Dezvoltarea Programelor Politice, Evaluarea (PPE)</p> <p>Abuzul de Substanțe (PSA)</p> <p>Sănătatea Reproductivă (RHT)</p> <p>Mobilizarea Resurselor (RMB)</p> <p>Fortificarea Serviciilor Medico-sanitare (SHS)</p> <p>Bolile Tropicale (TDR)</p> <p>Sănătatea Femeii (WHD)</p> <p>Buget și Finanțe (BFI)</p> <p>Conferințe și Servicii Generale (CGS)</p> <p>Personal (PER)</p> <p>Sănătatea Socială și Profesională (SOH)</p> <p>Oficii speciale – consultanță juridică (LEG), informatică (AOI), audit intern (IAO), cercetări politice și coordonare a strategiilor (RPS), raportarea sanitară mondială (WHR)</p>
--	---

Sursa: WHO home page, <http://www.who.ch/whosis/whosis.htm> (February 25, 1997).

Este important de a cunoaște și evalua problemele și dificultățile cu care se confruntă Organizația Mondială a Sănătății. Această organizație care este o parte componentă al sistemului Națiunilor Unite, a devenit de nenumărate ori subiect al conflictelor politice în timpul Războiului Rece și al conflictelor regionale cum ar fi cel din Orientul Mijlociu. Acest fapt a fost în defavoarea autorității morale și administrative a WHO ceea ce s-a soldat cu refuzul de a achita cotizațiile de membru de către Statele Unite pe parcursul a mai multor ani. Această politizare a limitat contactele WHO cu grupurile profesionale înalt calificate, reducând capacitatea acesteia de a fi în fruntea științei medicale,

epidemiologiei și practicii sanitare publice. Aceasta a dus și la un comportament inadecvat al WHO în unele situații în care acțiunile întreprinse de WHO ofensau mândria națională a unor țări. Monitorizarea epidemiologică și schimbul de informații de asemenea a avut de suferit.

*Anexa 16.1. Domenii de cooperare sanitară internațională.*

*Inițiativele și mișcările sanitare internaționale reușite conduse de WHO și UNICEF includ:*

- 1. Eradicarea variolei.*
- 2. Majorarea considerabilă a acoperirii cu imunizare (EPI).*
- 3. Controlul și eradicarea posibilă a poliomielitei.*
- 4. Reducerea incidenței rujeolei (mortalitatea la sfârșitul anilor 1990 constituia încă 1 milion de decese pe an).*
- 5. Reducerea considerabilă a incidenței tetanosului, difteriei, tusei convulsive.*
- 6. Îmbunătățirea controlului bolilor diareice (CDD) și reducerea ratelor mortalității.*
- 7. Îmbunătățirea controlului infecțiilor respiratorii acute (ARI).*
- 8. Îmbunătățirea controlului bolilor tropicale: oncocercozei, leprei, frambeziozei și eradicarea probabilă a dracunculozii.*
- 9. Elaborarea principiilor de asistență medico-sanitară primară: influențarea programelor sanitare naționale în special din țările în curs de dezvoltare.*
- 10. Majorarea conștiinței publice și politice referitor la domeniul sanitar.*
- 11. Inițiativele „Sănătate pentru Toți”.*
- 12. Inițiativele referitor la scopurile sanitare.*
- 13. Mișcarea „Orașe sănătoase”.*
- 14. Promovarea sănătății, majorarea priorității sănătății în politica națională.*
- 15. Majorarea competenței referitor la necesitățile informaționale sanitare.*
- 16. Cooperarea intersectorială în vaccinuri și imunizare.*

Dacă nu exista WHO comunitatea mondială era nevoită să-o inventeze. În pofida compromiterii politice această organizație reprezintă un organism internațional în domeniul sănătății care reprezintă toate țările și abordează toate problemele sanitare. Declarația de la Alma-Ata „Sănătate pentru Toți” inițiată de WHO, a fost un pas importat în sănătatea internațională, accentul fiind pus pe asistența medico-sanitară primară (vezi Capitolul 2).

Programul WHO de boli tropicale este preocupat de controlul unor astfel de boli ca malaria, bilharzioza, schistosomiaza, helmintozele și bolile diareice în special în țările în curs de dezvoltare. WHO a contribuit considerabil la eradicarea variolei și a filariozei, oncocercozei și poliomielitei care constituie realizări importante ale sănătății internaționale. Inițiativele WHO referitor la reducerea stărilor deficitare, controlul bolilor cronice, definirea necesităților în personal medical și finanțarea serviciilor medico-sanitare sunt de asemenea de o importanță vitală atât pentru țările dezvoltate, cât și pentru cele în curs de dezvoltare.

Organizația Mondială a Sănătății a dezvoltat programe de lucru de care se conduce în activitatea sa. Programul de Lucru VIII al WHO pentru anii 1990-1995 definea 15 obiective și o serie de sarcini pentru fiecare obiectiv. Aceste obiective țineau de strategia sanitară, inclusiv promovarea producției și distribuției produselor alimentare, progresul social și învățământul, reducerea sărăciei și creșterea economică, cooperarea intersectorială, dezvoltarea sistemelor sanitare cu accentul pe asistența primară, îmbunătățirea managementului sanitar și a utilizării resurselor sanitare, participarea comunității, sprijinul financiar al guvernelor și universităților, a agențiilor implicate în instruirea personalului medical, cercetările științifice, tehnologia, cooperarea între țări și sanitația mediului ambiant. Toate aceste acțiuni făceau parte din program. Programul de Lucru IX pentru anii 1996-2001 a stabilit o nouă strategie sanitară globală pentru statele membre, organizațiile internaționale, bănci, NGO (organizații nonguvernamentale) și alte organizații din domeniul sanitar, economic și social.

Multe alte agenții ale Națiunilor Unite și alte organizații au jucat un rol important în sănătatea internațională. Acestea includ UNICEF (Fondul Națiunilor Unite pentru Copii), Comisia Superioară a Națiunilor Unite pentru Refugiați (UNHCR), Programul de Dezvoltare al Națiunilor Unite (UNDP), Organizația Internațională a Muncii (ILO), Organizația ONU pe Problemele

Produselor Alimentare și Agriculturii (FAO) și Comisia Internațională pe Energia Atomică (IAEC).

### **Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF)**

După al II-lea Război Mondial la o nouă Adunare Generală a fost creat Fondul Internațional al Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF, astăzi Fondul Națiunilor Unite pentru Copii), obiectivul principal al acestuia fiind asistența copiilor din Europa postbelică. Programul lui s-a extins treptat și a inclus și alte activități, în special în țările în curs de dezvoltare.

Această agenție a cheltuit sume enorme pentru promovarea activităților de protecție a sănătății mamei și copilului, în special prin intermediul aprovizionării cu produse alimentare și de primă necesitate. În afară de aceasta în colaborare cu Organizația Mondială a Sănătății, UNICEF a tradus în viață importante programe cum ar fi cel de imunizare în masă cu BCG, programele de control a frambeziozei și malariei. Promovarea planificării familiei în țările în curs de dezvoltare este și astăzi una din activitățile principale ale UNICEF. Această agenție joacă un rol important în fortificarea asistenței primare și cele comunitare.

## **ORGANIZAȚII NONGUVERNAMENTALE**

Organizațiile nonguvernamentale (NGO) sunt numeroase și se ocupă cu diverse activități specializate. Modul de operare și finanțare, conținutul activităților și ideologia lor variază în limite largi. Multe din ele furnizează un ajutor prețios țărilor în curs de dezvoltare, frecvent acționând cu succes în domenii în care agențiile internaționale au suferit eșec, acest fapt datorându-se probabil, activității NGO în afara sistemului național politic. Acest potențial este deosebit de important și util în stările excepționale și conflictele militare.

Primele NGO au apărut ca misiuni bisericești și organizații sectante. Printre multiplele NGO pot fi menționate Comitetul de Servicii Unitare, Comitetul de Servicii ale Prietenilor Americani, Serviciile Catolice de Ajutorare, Comitetul de Distribuție al Evreilor Americani, Clubul Internațional Închis și Biroul American de Ajutor Medical pentru China. Comitetul Internațional al Crucii Roșii (ICRC), Medicins sans Frontieres (MSF), Terres des Hommes și alte NGO din Europa care ofereau un ajutor direct țărilor în curs de dezvoltare în timpul crizelor. În 1999 agenția Medicins sans Frontieres a fost decorată cu Premiul Nobel pentru Pace astfel fiind apreciate meritele acesteia în sănătatea globală.

Fundațiile filantropice au adus și continuă să aducă contribuții majore la sănătatea internațională. Astfel de fundații private cum ar fi Fundațiile Ford, Soros și Rockefeller efectuează activități sanitare importante, dar doar în interiorul structurii lor. Aceste fundații sunt surse majore de granturi pentru promovarea programelor pilot și cercetărilor științifice în sistemele de asistență medico-sanitară. În 1999 Fundația Bill Gates a donat 100 de milioane de dolari SUA Programului Internațional de Vaccinare a Copiilor condus de UNICEF, în special pentru vaccinarea cu vaccin contra hepatitei B.

Printre aceste organizații Fundația Rockefeller este cea mai cunoscută în domeniul asistenței internaționale în sănătate. De la momentul conceperii acesteia în 1913 această fundație a implementat programe de asistență aproape în toate țările din lume. Contribuțiile Fundației Rockefeller la sănătatea internațională sunt enorme și includ programe de control a malariei și febrei galbene, de dezvoltare a centrelor de învățământ medical și sanitar public, de finanțare a studiilor postuniversitare etc.

În pofida multiplelor aspecte pozitive ale NGO, acestea pot fi o sursă de dezorganizare a serviciilor de asistență medico-sanitară atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare. Aceste organizații, fiind independente de guvern, își concentrează eforturile asupra unui tip anumit de servicii și pot dezechilibra balanța serviciilor afectând considerabil finanțarea și furnizarea

asistenței medico-sanitare. NGO pot promova dezvoltarea spitalelor în localități unde acestea sunt deja în exces, iar asistența primară este neglijată. Aceste organizații pot furniza servicii de asistență primară, dar nu-și coordonează acțiunile cu programele guvernamentale de bază de imunizare, astfel încât responsabilitatea pentru acestea revine în exclusivitate agenției.

Coordonarea serviciilor prestate de NGO cu programele complexe de servicii populaționale poate fi compromisă de factori politici și internaționali, apăruiți în situații excepționale. Pentru menținerea echilibrului între serviciile populaționale sunt necesare eforturi coordonate ale guvernelor, NGO și serviciilor private. Pentru NGO înalt independente aceasta poate fi imposibil, din acest motiv autoritățile sanitare publice statale trebuie să supravegheze activitatea tuturor NGO, indiferent de gradul de caritate a serviciilor și noblețea intențiilor.

## BANCA MONDIALĂ

Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare (IBRD), de asemenea numită Banca Mondială, își are oficiul central în Washington, D.C. Ea a fost înființată de către țările industrializate după Conferința din Bretton Woods înainte de sfârșitul celui de-al II-lea Război Mondial. Această bancă a fost o instituție financiară importantă pentru reconstruirea Europei în perioada postbelică. De atunci Banca Mondială a devenit o sursă majoră de finanțare a diverselor proiecte din întreaga lume. Tradițional ea își concentra eforturile asupra proiectelor de dezvoltare a infrastructurii, industriei și agriculturii. Politica sanitară a Băncii Mondiale era orientată spre promovarea mecanismelor de piață și a privatizării asistenței medico-sanitare în țările în care lipsea infrastructura sanitară. Aceasta a facilitat un accent inadecvat asupra

asistenței medicale și spitalicești, fiind neglijată direcția comunitară de asistență. În *Raportul Referitor la Dezvoltarea Mondială* din 1993 Banca Mondială a examinat detaliat sectorul sanitar și importanța acestuia pentru dezvoltarea economică.

În *Raportul Referitor la Dezvoltarea Mondială: Investiții în Sănătate* din 1993, în care au fost examinate relațiile de interacțiune dintre starea sănătății, politica sanitară și dezvoltarea economică, s-a stabilit că, în pofida opiniilor tradiționale ale economiștilor, sănătatea este de o importanță esențială pentru creșterea economică și nu reprezintă un impact pentru economie. În acest raport au fost formulate direcțiile de acțiune ale guvernelor pentru îmbunătățirea sănătății în țările în curs de dezvoltare și fostele țări ale Uniunii Sovietice:

1. Crearea unui mediu economic care să faciliteze îmbunătățirea sănătății populației prin intermediul sporirii veniturilor săracilor și a investițiilor sociale, fiind majorate standardele de educație, în special a femeilor.
2. Redirecționarea resurselor sanitare statale de la asistența specializată la activități ieftine și eficiente cum sunt imunizarea, programele de combatere a deficiențelor de microelemente și măsurile de control și tratament al bolilor infecțioase.
3. Încurajarea diversificării și majorării competiției în furnizarea serviciilor medico-sanitare prin decentralizarea serviciilor guvernamentale, promovarea practicilor de contractare competitivă.
4. Majorarea participării organizațiilor nonguvernamentale (NGO) și a celor private la asistența medico-sanitară, reglarea peții de asigurări medicale.

Asistența Băncii Mondiale furnizată numeroaselor proiecte sanitare este într-o continuă creștere. Banca Mondială și WHO desfășoară împreună astfel de proiecte cum ar fi Programul de Cercetări Științifice și Instruire în Domeniul Bolilor Tropicale (TDR) și Proiectul de Control al Oncocercozei din Africa de Vest. Această instituție atrage o atenție deosebită costurilor și finanțării sanitare, spitalelor, medicamentelor și nutriției.



Banca Mondială reprezintă o bancă creditoare cu un potențial importat în dezvoltarea sănătății internaționale, acesta fiind determinat de resursele financiare enorme și orientarea acestei instituții spre promovarea dezvoltării. Perceperea domeniului sanitar ca un sector productiv de investiții a influențat major politicile sanitare din țările în curs de dezvoltare și cele ale fostei Uniuni Sovietice și reprezintă un factor de importanță vitală pentru dezvoltarea viitoare a sănătății.

#### *Anexa 16.2. Sănătatea și dezvoltarea economică.*

*„Sănătatea bună... este o parte indispensabilă a prosperității, totodată cheltuielile sanitare pot fi justificate și prin argumente economice. Îmbunătățirea sănătății contribuie la creșterea economică în următoarele moduri: aceasta permite utilizarea resurselor naturale care, în caz de boală, sunt parțial sau total inaccesibile, majorarea școlarizării copiilor și dezvoltarea capacităților cognitive ale lor, utilizarea resurselor alternative care în caz contrar sunt utilizate pentru tratamentul bolii.”*

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

## TENDINȚE ÎN SĂNĂTATEA GLOBALĂ

În prezent este pe larg recunoscut faptul că factorii socio-economici determină decisiv starea sănătății individului sau a populației, chiar dacă natura variabilelor de intervenire nu este elucidată pe deplin. Țările din Emisfera de Sud posedă o experiență tragică de persistență a problemelor socio-economice cronice care afectează în continuare educația, aprovizionarea cu alimente și condițiile de trai. În alte părți ale lumii în ultimele decenii s-au dezvoltat situații adverse acute determinate de conflictele civile și militare, șomaj, migrare și degradarea mediului ambiant. În țările Emisferei de Nord fenomenul de creștere economică este însoțit de multiple aspecte negative, inclusiv și de impactul

major asupra sănătății publice prin hipernutriție, abuz de alcool, fumat, poluarea mediului, abuz de droguri și accidente rutiere.

Conceptul asistenței medico-sanitare primare ca bază de dezvoltare a sistemului sanitar a fost practic acceptat în toată lumea, totodată publicul general încă nu este gata pentru implementarea acestuia în masă. Sunt încă persistente problemele de distribuire inadecvată a resurselor și lipsa orientării personalului medical spre asistența primară ceea ce duce la accentul primar asupra serviciilor curative. Comunitatea frecvent este inadecvat informată referitor la rolul ei în această asistență și din această cauză acceptă cererea extinderii asistenței secundare și terțiare costisitoare. Insuficiența resurselor pentru dezvoltarea serviciilor preventive și activitățile de promovare a sănătății compromit grav credibilitatea și complianța personalului medical și a comunității față de asistența medico-sanitară primară.

Necesitatea în formularea și analiza politicii resurselor umane în sănătate este un subiect de preocupare majoră a autorităților politice și sanitare publice (Capitolul 14). Consensul stabilit în acest domeniu ține de recunoașterea importanței satisfacerii rapide a necesităților unui sistem sanitar în forțe de muncă bine instruite și calificate, evitarea dezechilibrului în producerea personalului medical calificat, în special a medicilor, asistenților medicali și stomatologilor. În majoritatea țărilor în curs de dezvoltare programele de dezvoltare a resurselor sanitare umane nu există sau sunt în proces de elaborare.

Schimbările globale din anii 1980 și 1990 sfidează comunitatea internațională pentru obținerea unor noi progrese importante în domeniul sanitar. Sporul natural al populației, îmbătrânirea ei, majorarea incidenței bolilor cronice, creșterea așteptărilor publice de la asistența medico-sanitară, majorarea costurilor și avansarea tehnologiilor medicale, stagnarea economică și resursele sanitare limitate – toate acestea au impus necesitatea reformării sistemelor sanitare, dar cu menținerea accesului universal. În anii 1970 și 1980 în multe țări industrializate au fost desfășurate reforme sanitare care au inclus reducerea numărului de paturi spitalicești, stimularea financiară a dezvoltării

serviciilor comunitare de asistență, decentralizarea managementului serviciilor și integrarea lor în țările cu programe naționale de servicii de sănătate (spre exemplu, Marea Britanie). În țările cu asigurare medicală națională controlul numărului de paturi spitalicești și a utilizării lor de asemenea reprezintă o parte componentă a reformelor implementate cu scop de stăpânire a costurilor. În Statele Unite creșterea rapidă a costurilor sanitare a dus la emergența sistemelor de asistență controlată care s-au dovedit a fi eficace în asigurarea cost-eficientă a serviciilor curative și în promovarea sănătății cu scop de reducere a prevalenței bolilor și dependenței pacienților de serviciile de tratament (Capitolul 13 și 14).

Relațiile dintre societate și boală sunt de o așa natură că numeroși factori necesari pentru reducerea morbidității prin boli evitabile sunt în afara competenței asistenței medicale, sănătății publice și promovării sănătății, aceștia fiind determinați de condițiile sociale care se află în sfera drepturilor umane. Aceasta, totodată, nu împiedică statul sau comunitatea medicală de a aplica măsurile cunoscute de prevenție și servicii curative pentru satisfacerea dreptului uman de bază la sănătate.

## PERICOLUL APARIȚIEI NOILOR BOLI INFECȚIOASE

Activitățile domeniului sănătății internaționale au început cu activități de prevenire a răspândirii epidemiilor de boli infecțioase. Aceasta includea colectarea și diseminarea informației, implementarea măsurilor preventive cum ar fi campaniile de imunizare în masă pentru controlul răspândirii bolii, precum și supravegherea ulterioară. Succesele în eradicarea variolei și majorarea controlului asupra bolilor evitabile prin vaccinare s-au soldat cu un entuziasm în masă precum că bolile epidemice sunt deja sub control. Acest optimism a

fost temperat de recurența malariei și TB, de rând cu emergența și reemergența altor boli infecțioase.

### *Anexa 16.3. Virusul Ebola.*

*Virusul Ebola a fost identificat în anul 1976 în Sudan și Zair ca agent cauzal al unei febre hemoragice cu o mortalitate majoră. Izbucnirea de infecție cu virus Ebola din Zair din 1995 a avut o puternică rezonanță internațională, rata mortalității atingând 77% și persistând o stare de anxietate din cauza răspândirii rapide a bolii. Această izbucnire din Kikwit a fost limitată la 316 cazuri decedând 245 de persoane, multe dintre care erau lucrători medicali. Virusul a fost izolat la unele specii de maimuțe și poate fi transmis omului prin sânge sau secreții.*

*În timpul erupției din Zair WHO și CDC au creat o echipă internațională care a venit la fața locului să asiste personalul sanitar medical local. Concentrându-și eforturile asupra depistării cazurilor, confirmării de laborator, izolării și protecției personalului medical această echipă a reușit să limiteze răspândirea bolii. Centrul de Arbovirusi al WHO și laboratorul de referință Febre Hemoragice Virale din Atlanta au jucat un rol important în managementul acestei epidemii. Consensul internațional referitor la bolile emergente recunoaște necesitatea unui răspuns internațional rapid și a supravegherii minuțioase a bolilor, această experiență fiind însușită din exemplul tragic de târăgănare a răspunsului la epidemia de SIDA.*

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

Spectrul de boli infecțioase într-o comunitate evoluează rapid odată cu schimbarea condițiilor sociale și ale mediului ambiant. Creșterea populației, suprapopularea suburbiilor, populația fără adăpost, migrarea masivă a oamenilor și călătoriile contribuie esențial la transmiterea internațională a bolilor altădată localizate. Emergența microorganismelor rezistente la medicațiile antimicrobiene disponibile reprezintă o nouă dilemă a medicinei și sănătății publice moderne. Sinergia unor astfel de infecții cum ar fi SIDA și TB sau criptosporidioza afectează grav pacientul și se răspândește ca infecție secundară la alte persoane. „Epoca postantibiotică” constituie o serioasă problemă a sănătății publice moderne. Pentru menținerea controlului bolilor infecțioase în secolul XXI vor fi necesare noi strategii preventive și de cercetare științifică. Printre lecțiile însușite din exemplul epidemiei SIDA se numără și

necesitatea îmbunătățirii sistemelor de alertă a autorităților sanitare și publicului referitor la pericolele reale ale sănătății publice.

În Statele Unite o serie de boli infecțioase noi sau reemergente constituie subiecte de preocupare majoră a publicului general și profesional. Acestea includ HIV/SIDA, infecția cu *E.coli* O157:H7, criptosporidioza, coccidioidomicoza, pneumococozile polirezistente, tuberculoza polirezistentă (MDRTB), enterococozile rezistente la vancomicină, gripa A Beijing/32/92, infecțiile cu hantavirusuri, leishmanioza la veteranii războiului din Golf din 1991, boala Legionarilor, boala Lyme.

Bolile nou emergente sau reemergente de preocupare internațională majoră includ HIV/SIDA, malaria polirezistentă, tuberculoza, holera, dizenteria, difteria și infecția cu *E.coli* O157:H7. Bolile tropicale cum sunt febra galbenă și denga care constituie infecții reemergente în Asia și America Latină, febra din Valea Riftului care re apare în Egipt, febra Lassa – în Africa de Vest, virusul Ebola – în Congo (fostul Zair), infecția cu virusul Marburg transmis de la maimuțe importate, infecțiile cu virusurile Oropouche și Sabia – în Brazilia, cu virusul Junin – în Argentina și cu virusul Machupo – în Bolivia toate acestea sunt infecții cu un potențial periculos de răspândire din habitatele naturale în alte țări.

Nu mai este corectă afirmația că astfel de boli vor rămâne în limitele habitatelor lor naturale, acestea pot fi transmise în toată lumea prin purtători umani sau animalii și în condiții favorabile pot deveni probleme sanitare publice serioase locale sau chiar globale. În 1995 izbucnirea de infecție cu virus Ebola în fostul Zair a demonstrat posibilitatea reală de răspândire largă a acestei boli infecțioase grave. Publicul a devenit conștient de posibilitatea apariției unor astfel de situații fiind bine informat din mijloacele mass-media, novele și filme.

În iulie 1996 în Japonia a izbucnit o erupție epidemică de toxinfecție alimentară cu *E.coli* O157:H7 (pentru prima dată descrisă în 1982) care s-a răspândit rapid datorită programelor alimentare școlare cauzând peste 3000 de cazuri de boală, sute de spitalizări pentru diaree cu sânge, sindrom hemolitico-

uremic sever și 7 decese. Identificarea sursei de infecție s-a dovedit a fi foarte dificilă. Epidemii de proporții moderate au apărut în multe alte țări inclusiv Australia, Canada, Statele Unite și țările europene, fapt care determină persistența anxietății publicului pentru recurența acestei toxiinfecții alimentare severe.

Cooperarea internațională pentru identificarea infecțiilor nou emergente sau a altor pericole sanitare cu scop de prevenire a epidemiilor globale reprezintă o prioritate atât a agențiilor internaționale, cât și a sistemelor naționale de sănătate din toată lumea. Pentru un control adecvat al bolilor infecțioase sunt necesare servicii moderne de cercetări medicale, de laborator și epidemiologice, o capacitate de informare rapidă a publicului și o elaborare imediată a măsurilor coordonate de răspuns, implementate de servicii profesionale calificate (Tabelul 16.7). Există numeroase exemple de cooperare internațională în controlul bolilor infecțioase. Una din principalele realizări în acest domeniu o constituie eradicarea variolei. Acest exemplu eroic poate fi în viitorul apropiat repetat prin eradicarea internațională a poliomielitei. Astfel de succese pot fi obținute doar prin intermediul unei cooperări și compliance internaționale.

TABELUL 16.7. Strategia acțiunilor pentru controlul bolilor infecțioase emergente.

Scopuri/subiecte	Activități	Exemple
I. Supravegherea	Detectarea, investigarea promptă și monitorizarea patogenilor emergenți, a bolii pe care o cauzează și a factorilor care influențează această urgență	Monitorizarea instituțiilor santinelă, spre exemplu a stațiilor de sânge, secțiilor de urgențe medicale, laboratoarelor etc. Supravegherea în populație Intensificarea investigațiilor erupțiilor în teren Diseminarea locală și internațională a datelor epidemiologice prin intermediul mijloacelor electronice: Internet, website-ul PROMED etc. Diagnosticul de laborator rapid Monitorizarea bolilor transmise prin vectori
II. Aplicarea cunoștințelor științifice	Integrarea științei de laborator și a epidemiologiei pentru optimizarea practicilor sanitare publice	Promovarea raportării de către laboratoarele santinelă și instituțiile clinice Îmbunătățirea tehnicilor de diagnostic de laborator, identificarea genelor, stabilirea structurii DNA („dactiloscopia” DNA), spre exemplu a <i>E. coli</i> , a agenților cauzali ai holerei, poliomielitei, rujelei, meningitei
III. Prevenția și controlul	Îmbunătățirea căilor de informare a publicului referitor la bolile nou emergente și asigurarea unei implementări rapide a strategiilor de prevenție	Diseminarea pe larg și imediată a informației sanitare referitor la bolile infecțioase furnizorilor de asistență medico-sanitară, publicului general, grupurilor de risc special Promovarea educației sanitare referitor la

		prevenirea răspândirii bolilor infecțioase
IV. Infrastructura	Fortificarea infrastructurii sanitare publice locale, statale și federale pentru supravegherea și implementarea programelor de prevenție și control	Îmbunătățirea tehnicilor de laborator, de raportare și instruire

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

## SCOPURILE ȘI OBIECTIVELE NOI ȘI CELE RELUATE

Începând cu fondarea Organizației Mondiale a Sănătății și până în prezent are loc un proces continuu de căutare a căilor eficiente de promovare a sănătății internaționale. În anul 1978 în cadrul conferinței de la Alma-Ata, sponsorizată de Organizația Mondială a Sănătății și UNICEF, a fost formulată noua agendă a autorităților sanitare naționale cu accentul pe asistența medico-sanitară primară. Acest fapt a stimulat considerabil implementarea activităților de asistență primară. Această strategie s-a dovedit a fi deosebit de eficientă în țările în curs de dezvoltare care suferă de o insuficiență persistentă de resurse și se confruntă cu probleme sanitare publice severe. Acest concept a fost util și pentru țările dezvoltate în care asistența specializată extrem de costisitoare nu întotdeauna satisfacea toate necesitățile sanitare ale populației.

În anii 1980 au apărut primele semne încurajatoare de îmbunătățire a sănătății în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare, inclusiv și țările slab dezvoltate (LDC). În anii 1990 la Întrunirea Mondială de Vârf pe Problemele Copiilor, sponsorizată de WHO a fost încă odată atrasă atenția asupra necesității revizuirii scopurilor și obiectivelor sanitare pentru mobilizarea eforturilor internaționale întru realizarea acestor obiective, cu beneficii pentru toți. Această conferință a acceptat o serie de obiective preconizate pentru realizare către anul 1995 și anul 2000 (Anexa 16.4) și a recunoscut faptul că sănătatea populației dintr-o regiune sau țară depinde de următoarele:

1. Nivelul de dezvoltare economică și răspândire a sărăciei.

2. Nivelul de educație (în special al femeilor).
3. Accesul la asistența medico-sanitară primară.
4. Resursele sanitare disponibile.
5. Organizarea și managementul asistenței medico-sanitare.
6. Standardele resurselor umane și ale instituțiilor.
7. Mediul ambiant și sanitație.
8. Planificarea familiei și natalitate.

*Anexa 16.4. Întrunirea Mondială de Vârf pe Problemele Copiilor 1990 – obiective pentru anul 1995.*

1. Majorarea acoperirii cu imunizare până la cel puțin 80%.
2. Eliminarea tetanosului neonatal.
3. Reducerea morbidității și mortalității de pe urma rujeolei.
4. Eradicarea poliomielitei în regiunile cheie.
5. Majorarea utilizării ORT până la 80% din cazurile de boli diareice.
6. Crearea atmosferei „prietenoase pentru copil” în maternitățile din spitale, promovarea alimentației la sân și evitarea alimentației artificiale.
7. Adoptarea iodării sării de bucătărie ca practică universală.
8. Eliminarea deficienței de vitamină A.
9. Eradicarea filariozei.
10. Ratificarea de către toate țările a Convenției Referitor la Drepturile Copilului.

Specialiștii WHO consideră că majoritatea obiectivelor în țările în curs de dezvoltare aveau șanse reale de a fi realizate. În prezent malnutriția deja a fost redusă; ratele imunizării au fost menținute sau chiar majorate; s-a micșorat cu 80% mortalitatea de pe urma rujeolei în comparație cu nivelul de până la imunizare; regiuni întinse de pe glob, inclusiv toate țările din Emisfera de Vest au devenit libere de poliomielită; stările deficitare sunt în descreștere; tot mai mult este utilizată ORT, care anual previne peste un milion de decese; morbiditatea prin filarioză a fost redusă cu 90%, eradicarea acesteia fiind doar o problemă a timpului; mii de spitale în prezent promovează alimentarea la sân a sugarului; au fost obținute progrese în învățământul primar, iar Convenția



Referitor la Drepturile Copilului a devenit cea mai rapid implementată convenție din istorie.

Principiile și obiectivele Întâlnirii Mondiale de Vârf pe Problemele Copiilor din Alma-Ata rămân și în prezent în agenda sănătății internaționale. Fiecare țară trebuie să-și elaboreze propriul program de acțiuni pentru realizarea acestor obiective. Acest program necesită următoarele:

1. Obiective strategice.
2. Resurse necesare și alocarea oportună a lor.
3. Cooperare intersectorială.
4. Perfecționarea personalului.
5. Educația publicului general și a grupurilor-țintă.
6. Sprijinul comunității.

Adoptarea acestor obiective permite țărilor de a alocă resursele limitate în domeniile prioritare. Această strategie posedă un potențial real de reducere a impactului bolii și de majorare a calității vieții.

În pofida tuturor progreselor și pronosticurilor optimiste pe glob încă sute de milioane de persoane decedează sau suferă de pe urma bolilor infecțioase evitabile și a stărilor deficitare. Alte probleme arzătoare ale sănătății internaționale țin de sănătatea femeii, inclusiv planificarea familiei, reducerea morbidității și mortalității materne, reducerea violenței și abuzului împotriva femeii și îmbunătățirea nivelului de educație și a posibilităților de angajare la lucru. Abuzul împotriva copiilor, exploatarea muncii copiilor, maltratarea lor și abuzul sexual împotriva femeii rămân probleme serioase ale sănătății globale. Morbiditatea și mortalitatea în creștere de pe urma unor astfel de boli neinfecțioase, cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul zaharat, traumatismele și cancerul, în special printre bărbații adulți de vârstă medie sunt subiecte tot mai frecvent precăutate de sănătatea globală. Alte probleme importante ale sănătății internaționale care necesită o atenție specială din partea autorităților sanitare locale și naționale sunt asistența grupurilor populaționale cu necesități

speciale (cu afecțiuni mentale, handicap și persoanele în vârstă) (vezi Capitolul 6 și 7).

Pentru abordarea cu succes a problemelor sănătății globale sunt de o importanță vitală acțiunile comune internaționale, statale și comunitare, întreprinse nu numai în țările sărace, dar și în cele dezvoltate. În aceste condiții intervențiile sanitare publice, aplicate eficient, pot în câțiva ani reduce impactul bolilor. Acest obiectiv este de importanță istorică și de primă necesitate.

## EXTINDEREA CAPACITĂȚII SĂNĂTĂȚII NAȚIONALE

Ideea *cordonului sanitar* cu scop de protejare a sănătății națiunii de la epidemiile externe reprezintă o formă pasivă de apărare care în epidemiile majore de la sfârșitul secolului XX s-a dovedit a fi inefficientă. Noua Sănătate Publică promovează ideea apărării active. Țările trebuie să se ajute reciproc pentru a îmbunătăți potențialul sanitar public internațional. Tragedia identificării tardive a SIDA și răspunsul târăgănat inadecvat, precum și managementul inefficient al primei faze a epidemiei de holeră din anii 1991-1996 din America de Sud au demonstrat cu lux de argumente vulnerabilitatea sănătății publice internaționale.

Crearea primei linii de apărare presupune fortificarea capacității individuale a țărilor de a depista, raporta și cere ajutor pentru controlul izbucnirilor de boli infecțioase periculoase. Ajutorul poate fi primit de la Organizația Mondială a Sănătății, Centrul de Epidemiologie și Medicină Preventivă (CDC) din Atlanta noile organizații similare din Franța și Marea Britanie, precum și de la organizațiile internaționale cum sunt Crucea Roșie Internațională, *Medicins sans Frontieres* și multe altele. Perfecționarea tehnicilor epidemiologice, de sterilizare și a serviciilor de laborator sunt de o importanță decisivă pentru limitarea unor astfel de infecții virale periculoase

cum este febra galbenă și prevenirea răspândirii lor în special în instituțiile spitalicești.

Chiar și țările dezvoltate necesită fortificarea capacității epidemiologice. Puține dintre ele dispun de sisteme informaționale pentru colectarea datelor spitalicești care permit calcularea importanților indici ai morbidității și mortalității, precum și a celor economici. Puține dintre ele dispun de o capacitate adecvată de instruire a epidemiologilor, economiștilor, sociologilor, sexopatologilor, antropologilor, entomologilor, geneticienilor și a altor specialiști care intră în componența echipei Noii Sănătăți Publice.

Multe țări industrializate rămânând satisfăcute de asigurarea accesului universal la asistența medico-sanitară și de stabilirea cu ajutorul sanitației, vaccinurilor și antibioticelor a controlului asupra bolilor infecțioase, au delăsat infrastructura sanitară publică, reducând semnificativ finanțarea, remunerarea și motivația în acest domeniu. În anii 1990 această stare de placiditate a fost întreruptă de emergența și reemergența bolilor infecțioase, precum și de alte urgii cum ar fi violența, traumatismele, abuzul de droguri, bolile cardiace, cancerul și ictusurile cerebrale. Pregătirea insuficientă a profesioniștilor și a infrastructurii sanitare publice reprezintă o invitație pentru calamități, atât epidemiologică, cât și economică. Nici o țară nu-și poate permite astfel de relaxări. Pentru instruirea profesioniștilor sanitari publici sunt necesare facultăți de sănătate publică, care sunt de o importanță mult mai mare pentru sănătatea globală decât excesul de facultăți de medicină din majoritatea țărilor.

## SĂNĂTATEA GLOBALĂ ȘI NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ

Noua Sănătate Publică este legată de globalizarea sănătății în mai multe sensuri. În primul rând Noua Sănătate Publică include toate activitățile sanitare

dintr-o țară, iar în al doilea – ceea ce se întâmplă în lume influențează direct sănătatea populației unei țări indiferent de faptul cât de dezvoltată este aceasta. Exemplul pestei bubonice poate să nu fie suficient de explicit, dar cel al epidemiei HIV fără nici un dubiu – este. Ideea lui John Donne conform căreia „nu există om care să fie o insulă izolată” exprimă clar acest adevăr. Protecția sănătății globale presupune identificarea și managementul cât mai precoce al bolilor infecțioase acute și celor cronice înainte ca acestea să se răspândească pe larg sau să fie amplificate de factorii de risc.

La sfârșitul secolului XX în majoritatea țărilor în curs de dezvoltare a apărut tranziția epidemiologică, care în țările dezvoltate a avut la mijlocul secolului. Emergența unor noi boli sinistre și reemergența celor odată controlate sunt un pericol real pentru sănătatea globală. Țările industrializate din nou se confruntă cu problema bolilor infecțioase, inclusiv a celor importate din țările în curs de dezvoltare.

În anii 1950 și 1960 controlul bolilor infecțioase arăta foarte promițător. Utilizarea vaccinurilor și antibioticelor a permis stabilirea controlului asupra bolilor infecțioase tradiționale grave. Dar în anii 1970 și 1980 au apărut noi microorganisme, precum și agenți patogeni polirezistenți la medicamente. Bolile nou emergente și recurente s-au răspândit rapid (spre exemplu, HIV în anii 1980, holera în Peru și Rusia în anii 1990 și pesta în India în 1994).

Pe de altă parte țările în curs de dezvoltare, în momentul în care domeniul sanitar public aproape că a reușit să controleze infecțiile majore, au fost invadate de un val de boli cronice asociate cu hipernutriția și fumatul. În prezent toate țările se confruntă cu problemele limitării costurilor sanitare și a necesității reformării cardinale a sistemelor de sănătate. Problemele legale, etice și tehnologice sunt din ce în ce mai importante în managementul sistemelor sanitare.

Toate sistemele sanitare sunt nevoite să înfrunte aceste dificultăți prin intermediul schimbului de informații, îmbunătățirii monitorizării utilizării resurselor, precum și prin căutarea unor căi eficiente de prevenire și

management al bolilor cu scop de asigurare a unei vindecări rapide și a reîntoarcerii precoce la funcția normală. În toate țările industrializate există probleme serioase legate de finanțarea asistenței medico-sanitare, reformele sanitare impuse de îmbătrânirea populației, avansarea tehnologiei medicale și a așteptărilor în creștere ale populației de la asistența medico-sanitară.

În unele cazuri pentru managementul bolilor infecțioase încă necontrolate sunt utile măsuri sanitare publice simple și eficiente cum ar fi utilizarea terapiei de rehidratare per orală în tratamentul bolilor diareice. Recurența tuberculozei cauzată de o tulpină polirezistentă a bacilului Koch poate fi redusă cu succes prin intermediul terapiei direct observate, în special printre grupurile de risc major. Controlul malariei utilizând asistenții sanitari comunitari special pregătiți reprezintă o altă tehnologie corespunzătoare ieftină și eficientă.

Prin tehnologii simple poate fi redus, de asemenea, și impactul bolilor cronice. În rezultatul răspândirii în masă a modului sănătos de viață și îmbunătățirii metodelor de tratament mortalitatea de pe urma bolilor cardiovasculare este în descreștere în majoritatea țărilor industrializate. Mortalitatea din cauza traumelor scade ca rezultat al implementării regulamentelor obligatorii referitor la securitatea automobilelor și cea rutieră, securitatea profesională și tratamentul abuzului de substanțe. În cazul bolilor cronice alternativa simplă de asistență la domiciliu permite tratamentul pacienților în condiții casnice ceea ce evită spitalizarea îndelungată, costisitoare și însoțită de numeroase riscuri.

Viitorul asistenței medico-sanitare va fi însoțit de noi sfidări sanitare publice periculoase care vor necesita elaborarea și implementarea noilor modalități de prevenire și management al bolilor: vaccinurile recombinante vor reduce costurile, iar introducerea în programele de imunizare a noilor vaccinuri va permite controlul unor astfel de boli infecțioase astăzi necontrolate cum sunt hepatitele virale, bolile respiratorii și diareice. Tehnologia vaccinurilor de prevenire a cancerului și a afecțiunilor genetice în prezent este un domeniu de perspectivă a cercetării științifice. Afecțiunile congenitale vor fi controlate prin

intermediul măsurilor educative, screening-urilor și intervențiilor potrivite. Modificarea rațiilor alimentare va permite stabilirea controlului asupra unor forme de cancer, de rând cu screening-ul și reducerea expunerii la agenții carcinogeni. Recunoașterea etiologiei infecțioase a bolilor cronice, cum ar fi cazul infecției cu *Helicobacter pylori* și ulcerul peptic, și a acțiunii sinergice dintre stările deficitare și anumite afecțiuni, cum ar fi deficiența de acid folic și defectele de tub neural, deschide noi direcții de cercetare științifică în domeniul sănătății publice.

„Sănătate pentru Toți” înseamnă un acces universal la asistența medico-sanitară. Pentru aceasta este necesar un management adecvat al finanțelor și altor resurse pentru asigurarea serviciilor eficiente. Este necesară de asemenea crearea unui astfel de mediu social și fizic în care oamenii vor duce o viață sănătoasă prosperă și plină de satisfacții. Pentru obținerea acestor obiective distante este importantă cooperarea serviciilor sanitare și a furnizorilor de asistență comunitară, precum și participarea nemijlocită a publicului general la acest proces. Acestea sunt de o importanță decisivă în special pentru asigurarea complianței față de imunizare, a nutriției și asistenței adecvate a sugarului și copilului, a autoasistenței gravidelor și a nutriției sănătoase a adulților. Serviciile tradiționale în care doctorii dominau, atât asistența medico-sanitară, cât și pacienții nu sunt capabile să obțină nivelul necesar de participare al pacientului și comunității.

Pentru realizarea obiectivului de îmbunătățire a sănătății populației este necesară distribuirea sarcinilor și resurselor între nivelele clinic și comunitar, precum și între țări. Asistența țărilor în ce privește instruirea personalului și crearea infrastructurii epidemiologice de supraveghere a bolilor infecțioase și cronice reprezintă o investiție în prima linie de apărare a sănătății publice. Aceasta constituie o arie de activitate a organizațiilor internaționale și un subiect de ajutor bilateral. În cadrul programelor de parteneriat, țările Europei se ajută una pe alta; acest concept trebuie implementat și în țările în curs de dezvoltare pentru dezvoltarea infrastructurii sanitare publice.

## REZUMAT

„Sănătate pentru Toți” suna cam idealist la momentul promulgării de către WHO în anul 1977. De atunci au fost obținute succese considerabile în reducerea mortalității și natalității, în majorarea longevității și îmbunătățirea calității vieții. Globalizarea sănătății înseamnă că orice s-ar întâmpla oriunde este un subiect de preocupare directă a fiecăruia, adevăr însușit de omenire din experiența pestei bubonice din secolul XIV și cea a pandemiei SIDA din secolul XX. În același timp globalizarea înseamnă precăutarea tuturor aspectelor sănătății populației și a interacțiunilor dintre asistența medico-sanitară, economie și politică.

Acțiunile globale presupun implicarea în intervenții sanitare a tuturor țărilor și nivelelor de guvernare, inclusiv a autorităților locale și organizațiilor voluntare, educaționale și a multor altora din societate. Potențialul acestei cooperări este enorm și pentru realizarea lui sunt necesare sisteme organizatorice, informaționale, precum și scopuri, strategii și tactici bine definite. Bolile infecțioase și cronice, sănătatea familiei, grupurile populaționale specifice, nutriția, sănătatea mediului și cea profesională, organizarea sănătății publice, managementul sistemelor sanitare, analiza comparativă a sistemelor naționale de asistență medico-sanitară, resursele umane, evaluarea tehnologiei, asigurarea calității, legea, etica – toate aceste subiecte precăutate în această carte sunt părți componente și arii de activitate a Noii Sănătăți Publice. Toate împreună reprezintă subiecte ale activității obișnuite ale sistemelor sanitare.

Eradicarea variolei va fi în viitorul apropiat urmată de alte succese considerabile însoțite de beneficii sanitare și economice importante. Perfecționarea metodologiei de control a bolilor infecțioase va schimba cardinal

spectrul bolilor controlate. Vor apărea noi boli acute și cronice, pregătirea pentru această urgență va majora șansa de control a lor până ca ele să atingă proporții epidemice. Țările fostei Uniuni Sovietice și cele în curs de dezvoltare vor fi afectate de un aflux de mortalitate de pe urma bolilor cardiovasculare, precum și de recurența TB și a altor boli infecțioase polirezistente. Aceste tendințe vor fi exprimate, dar mai puțin, și în țările industrializate.

Baza conceptuală a Noii Sănătăți Publice reprezintă un model practic încă idealist pentru țările în curs de dezvoltare. Acest concept, totuși, este în creștere. În prezent el include managementul actual al sistemelor sanitare și integrarea serviciilor de asistență secundară și terțiară în spitale, precum și șirul întreg de programe sau servicii legate de îmbunătățirea sănătății individului și a societății.

Comunitatea sanitară internațională a reușit să modifice agenda sanitară a multor țări, oferind prioritate prevenției, asistenței primare și promovării sănătății. Elaborarea și realizarea scopurilor și obiectivelor sanitare internațional aprobate permite țărilor să reziste presiunilor de alocare preponderentă a resurselor serviciilor curative de asistență medico-sanitară secundară și terțiară. Consensul internațional „Sănătate pentru Toți” a devenit popular și important în țările membre ale WHO. El a ajutat autoritățile sanitare naționale și regionale în procesul de schimbare a priorităților sanitare cu accentul pe asistența medico-sanitară primară și sănătatea publică modernă.

Coaliția forțelor este o măsură necesară pentru înfruntarea dificultăților pe care nu le poate depăși comunitatea medicală de una singură. Izolarea domeniului sănătății de alte sectoare ale vieții sociale sau a părților componente ale spectrului sanitar diminuează considerabil capacitatea de realizare a obiectivelor comune trasate. Rețeaua de agenții internaționale inclusiv WHO, UNICEF, Banca Mondială, Organizația ONU pe Problemele Produselor Alimentare și Agriculturii, UNDP, organizațiile donatoare private, sectorul privat și multe altele dețin un rol important în înfruntarea problemelor sanitare existente. Nu mai puțin importantă pentru definirea scopurilor și mobilizarea



resurselor necesare este și colaborarea dintre autoritățile sanitare naționale, statale, și locale și abordarea holistică a problemelor sanitare.

Ar fi oportun ca această carte să se termine cu Declarația Internațională referitor la Drepturile Sanitare, adoptată de facultățile de sănătate publică din Statele Unite – contribuție personală a absolvenților acestor facultăți din anul 1998:

Noi ca profesioniști prin prezenta confirmăm consimțământul de a acționa pentru promovarea dreptului la sănătate a tuturor ființelor umane.

Asigurarea celui mai înalt standard de sănătate este unul din drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane. Acest drept nu reprezintă un privilegiu determinat de putere, bani sau poziția socială.

Sănătatea este mai mult decât absența bolii și include și prevenția stărilor morbide, dezvoltarea potențialului sanitar individual, precum și asigurarea unei senzații de prosperitate fizică, mentală și socială.

Asistența medico-sanitară trebuie să se bazeze pe dialogul și colaborarea între cetățeni, profesioniști, comunitate și politicieni, iar serviciile medico-sanitare trebuie să fie echitabile, accesibile, organizate cu participarea comunității și orientate asupra prevenției și menținerii sănătății.

Sănătatea începe de la dezvoltarea sănătoasă a copilului și atmosfera pozitivă în familie.

Sănătatea poate fi menținută doar cu participarea activă a bărbaților și femeilor la dezvoltarea domeniului sanitar.

Rolul femeii, drepturile ei, trebuie recunoscute, respectate și promovate.

Asistența medico-sanitară a vârstnicilor trebuie acordată cu respectarea demnității și a calității vieții și nu orientată doar spre prelungirea vieții pacientului.

Sănătatea necesită menținerea echilibrului dintre mediul ambiant și sporul natural al populației, precum și păstrarea diversității culturale.

Sănătatea depinde nu numai de accesul la asistența medico-sanitară. Ea se mai află în funcție de condițiile sănătoase de viață și accesul tuturor oamenilor la necesitățile esențiale: produse alimentare, apă, adăpost, educație, angajare în muncă, protecția mediului și prevenția afecțiunilor mentale.

Sănătatea depinde de protejarea oamenilor de exploatarea și discriminarea rasială, religioasă, politică, etnică, națională, în dependență de sex, orientare sexuală și starea economică sau socială.

Sănătatea necesită o dezvoltare echitabilă și pașnică și o colaborare între toți oamenii. (UCLA School of Public Health, 1998)

Sănătatea publică reprezintă o metodologie conceptuală de realizare a acestor obiective distante. Pentru aceasta este necesar un management adecvat al sistemelor sanitare și implementarea activităților oportune de promovare a sănătății, fiind schimbate prioritățile sanitare și realocate resursele pentru satisfacerea necesităților sanitare ale individului și comunității în întregime.

## SURSE ELECTRONICE

Organizația ONU pe Problemele Produselor Alimentare și Agriculturii:

<http://www.fao.org/>

Indicii Globali ai „Sănătății pentru Toți”, WHO: <http://www.who.int>

Rețeaua internațională de monitorizare a bolilor infecțioase:

<http://www.promedmail.org>

*Raportul Săptămânal al Morbidității și Mortalității:*

<http://www.cdc.gov/mmwr/distrnds.html>

Organizația pentru Dezvoltare și Cooperare Economică: <http://www.oecd.org/>

Comisia Superioară a Națiunilor Unite pentru Refugiați: <http://www.unhcr.ch/>

Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF): <http://www.who.int/wer/>

Banca Mondială: <http://www.worldbank.org/>

Adrese electronice și geografice ale filialelor Organizației Mondiale a Sănătății și Oficiilor Regionale ale WHO:

Filiala WHO, Avenue Appia 20, 1211, Geneva, Switzerland

([postmaster@who.int](mailto:postmaster@who.int))

Oficiul Regional African al WHO (AFRO), Parirenyatwa Hospital, PO Box BE 773, Harare, Zimbabwe ([regafro@whoafr.org](mailto:regafro@whoafr.org))

Oficiul Regional American al WHO (PAHO), 525, 23rd St., N.W., Washington, D.C. 20037, USA ([postmaster@paho.org](mailto:postmaster@paho.org))

Oficiul Regional al Țărilor Mediterane de Est al WHO (EMRO), PO Box 1417, Alexandria 21511, Egypt ([postmaster@who.sci.eg](mailto:postmaster@who.sci.eg))

Oficiul Regional European al WHO (EURO), 8 Scherfigsvej, DK 2100, Copenhagen, Denmark ([postmaster@who.dk](mailto:postmaster@who.dk))

Oficiul Regional al Asiei de Sud-Est (SEARO), World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi, India 110002 ([postmaster@whosea.org](mailto:postmaster@whosea.org))

Oficiul Regional al Pacificului de Vest (WPRO), PO Box 2932, 1000 Manila,  
Philippines ([postmaster@who.org.ph](mailto:postmaster@who.org.ph))

## LECTURĂ RECOMANDATĂ

- 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.

## BIBLIOGRAFIE

- 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 CP, Kennedy ET, 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/or 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.

#### PUBLICAȚII ȘI REVISTE

- 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.