

EXTINDEREA CONCEPTULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

INTRODUCERE

Evoluția istorică a sănătății publice din antichitate și până astăzi reprezintă a dezvoltare continuă cu salturi revoluționare periodice, în special în ultimii 200 de ani. Studiarea istoriei ajută studentul sau medicul practician să răspundă la întrebarea “De unde provenim?” și de a înțelege mai bine “Unde mergem?”. Aceste întrebări pot părea abstracte, dar sunt de o importanță vitală pentru înțelegerea mai profundă a schimbărilor radicale survenite în societate menite să accelereze dezvoltarea științei, practicii și economiei, care la sfârșitul secolului XX reprezintă forțele motrice principale pentru dezvoltarea sănătății publice și fără de care este imposibilă supraviețuirea omenirii în secolul XXI.

Tradițional sănătatea publică era privită ca o disciplină care studiază și implementează măsurile de control al bolilor infecțioase ce țin la general de sanitație și vaccinare. “Revoluția sanitară” care a avut loc cu mult înainte de dezvoltarea bacteriologiei moderne și-a adus o contribuție enormă la îmbunătățirea sănătății, totodată îmbunătățirea alimentării, instruirii și condițiilor de viață nefiind mai puțin importantă. Sănătatea mamei și copilului este un domeniu important al sănătății publice, iar asigurarea unui mediu ambiant fizic și social sănătos și promovarea modului sănătos de viață sunt condiții irevocabile pentru menținerea sănătății populației.

Sănătatea publică este un domeniu multidisciplinar care include și utilizează știința fundamentală și aplicativă, învățământul, științele sociale, economia, managementul și deprinderile de comunicare pentru a promova o viață prosperă a individului și comunității. Totodată sănătatea publică reprezintă mult mai mult decât pur și simplu suma tuturor acestor componente.

Ea mai include și politica și arta de administrare a diverselor servicii individuale și comunitare. Această viziune integrală, balanțată și echilibrată, poate reprezenta o renaștere a tradițiilor clasice grecești și ale lui Moise cu aplicarea cunoștințelor și experienței moderne ale sănătății publice.

Anexa 2.1. Aristotel despre sănătate

“Sănătatea corpului și minții sunt atât de importante pentru o viață prosperă, încât dacă considerăm că omul, ca ființă umană, are drepturi personale, atunci el are dreptul moral absolut la acea măsură de sănătate prosperă, pe care societatea poate să i-o asigure.”

Funcționarul sănătății publice este implicat atât în organizarea, cât și în asigurarea directă a asistenței medico-sanitare. Totodată fiecare profesionist din domeniul sănătății trebuie să însușească perfect subiectele precăutate de Noua Sănătate Publică, cum ele au evoluat, interacționat și cum acestea sunt organizate și finanțate în diferite țări ale lumii în scopul înțelegerii schimbărilor survenite până acum în acest domeniu.

Noua Sănătate Publică reprezintă o disciplină și un domeniu complex de activitate. Ea include toate activitățile individuale și comunitare orientate spre reducerea impactului bolilor și îmbunătățirea sănătății. Programele Noii Sănătăți Publice țin de imunizarea în masă, promovarea sănătății, asigurarea asistenței medico-sanitare a copilului, marcarea și îmbogățirea produselor alimentare, asigurarea unor servicii medico-sanitare accesibile. Planificarea, managementul și monitorizarea sistemului de sănătate sunt indispensabile pentru asigurarea asistenței medico-sanitare în condițiile unor resurse limitate și cerințe înalte. Aceasta necesită crearea unui sistem de informare bine dezvoltat care ar asigura legătura inversă și ar furniza datele necesare pentru un management sanitar reușit. Conceptul Noua Sănătate Publică include responsabilitățile și activitățile de coordonare a guvernelor de diferit rang, organizațiilor non-guvernamentale (NGOs), mijloacelor mas-media, a organizațiilor profesionale și a asociațiilor de consumatori. Nu mai puțin importantă este elucidarea clară a responsabilității individului față de propria

sănătate, precum și a furnizorului de asistență medico-sanitară pentru calitatea serviciilor profesionale acordate.

EVOLUȚIA SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Multitudinea de schimbări sociale și economice au semnalat necesitatea transformării sistemului sanitar și au creat premise pentru elaborarea conceptului de Noua Sănătate Publică. Astăzi religia, fiind încă o forță politică importantă în multe țări, nu mai reprezintă principala forță organizatorică în majoritatea societăților. Odată cu evoluția societăților de la familii și triburi extinse la societăți rurale, urbane și guvernare națională însoțită de dezvoltarea comunităților urbane și, ulterior, a sistemelor economice multinaționale, sănătatea individului a devenit mai mult decât o problemă locală. În prezent individul nu este cetățean doar al unui sat, oraș sau țări, unde locuiește, ci și a “comunității mondiale”.

Revoluțiile agrare din secolele XV-XVII din Europa care au condus la creșterea productivității în agricultură și la o majorare în producerea de alimente, mult mai târziu au fost urmate de dezvoltarea cunoștințelor în domeniul nutriției stabilind-o ca domeniu al sănătății publice. Revoluția științifică din secolele XVII-XIX a furnizat date pentru descrierea și analiza răspândirii bolilor și efectelor nocive ale revoluției industriale cum ar fi suprapopularea, condițiile deplorabile de viață în orașe, precum și poluarea mediului ambiant. La mijlocul secolului XX noua “revoluție verde” agrară s-a soldat cu creșterea șomajului în plan mondial, iar consecințele ecologice rezultate sunt subiecte de confruntare pentru generațiile viitoare.

Aceste și multe alte schimbări descrise în Capitolul I au impus sănătatea publică să-și extindă potențialul și orizonturile de activitate prin dezvoltarea bazei sale științifice și pragmatice. Sănătatea publică organizată a secolului XX s-a dovedit a fi eficace în reducerea impactului bolilor infecțioase asupra societății și a contribuit la îmbunătățirea calității și creșterea longevității vieții.

În ultima jumătate de secol în țările înalt dezvoltate și în cele în curs de dezvoltare bolile cronice au devenit cauza principală de morbiditate și mortalitate. Perfecționarea cunoștințelor științifice și epidemiologice majorează capacitatea de contracarare a acestor boli. Totodată multe aspecte ale sănătății publice pot fi influențate doar de factorii comportamentali și de risc ai individului aparte. Acest fapt necesită efectuarea unor măsuri de intervenție mult mai complexe focusate atât asupra stilului de viață al individului, cât și asupra factorilor mediului ambiant, comunitari și sociali.

Astăzi bolile cronice au ajuns în stadiul de tranziție epidemiologică. În același timp are loc o revoluție în economia și managementul sistemelor sanitare orientată spre optimizarea asistenței medico-sanitare în condițiile creșterii vertiginoase a prețurilor pentru serviciile medicale și recunoașterea pe plan mondial a dreptului tuturor la asistența medico-sanitară de calitate. Toate acestea au dus la preocuparea profesioniștilor și instituțiilor din domeniul sănătății publice de problemele managementului și economiei sistemelor sanitare. Categoriile de obiective, scopuri, priorități, cost-eficiență și evaluare au devenit o parte din agenda Noii Sănătăți Publice. Însușirea evoluției acestor categorii va ajuta viitorul furnizor sau manager de asistență medico-sanitară să se descurce în complexitatea datelor științifice și umanitare și va permite un management eficient al resurselor pentru a atinge standarde sanitare mai înalte, îl va călăuzi în procesul de elucidare și soluționare a problemelor noi care sunt specificate în scopurile Noii Sănătăți Publice pentru secolul XXI.

SĂNĂTATEA ȘI BOALA

Sănătatea poate fi definită în mai multe feluri, atât reieșind din datele reale ale mortalității și morbidității, cât și prezentând-o printr-o viziune idealistă de perfecțiune a omului și societății. Definiția operativă a sănătății este: o stare de echilibru dintre persoană și mediul biologic, fizic și social cu o abilitate funcțională maximală. Astfel sănătatea este privită ca o stare caracterizată printr-o integritate anatomică, fiziologică și psihologică însoțită de o capacitate

optimală de exercitare a rolului în familie, activitatea de lucru și mediul social (inclusiv confruntarea cu stresul asociat), o senzație de prosperitate și lipsa riscului de îmbolnăvire sau de deces prematur.

Există o mulțime de factori interdependenți în boală și în managementul ei. În 1878 Claude Bernard a descris fenomenul de adaptare și ajustare a mediului intern al organismului viu la procesele fiziologice. Acest concept este fundamental în medicină. Totodată acesta este extrem de important și pentru sănătatea publică deoarece înțelegerea spectrului de evenimente și factori ce țin de balanța boală/sănătate este baza identificării factorilor care influențează acest echilibru și a elaborării măsurilor potențiale de intervenție pentru a deplasa această balanță în folosul sănătății.

În timpurile lui Hippocrate și Galen bolile erau considerate drept rezultat al acțiunii umorilor și miasmelor sau emanațiilor din mediul ambiant. Teoria miasmelor, nefiind argumentată științific, din antichitate și până la mijlocul secolului XIX a dus la îmbunătățirea sanitației, condițiilor de viață și sociale. Teoria competitivă a germenilor dezvoltată în lucrările epidemiologilor (Pannum, Snow și Budd), savanților (Pasteur, Cohn și Koch) și a practicienilor (Lister și Semmelweiss) a dus la apariția bacteriologiei ca știință și a produs o revoluție în măsurile practice de intervenție ale sănătății publice. Aplicarea combinată a acestor două teorii a fost baza sănătății publice clasice și a contribuit enorm la controlul bolilor infecțioase.

Paradigma gazdă-agent-mediu ambiant

Conform paradigmei gazdă-agent-mediu ambiant, agentul nociv din mediul ambiant vine în contact cu gazda susceptibilă cauzând boala specifică. Acest concept a dominat gândirea sanitară publică până la mijlocul secolului XX. Gazda reprezintă o persoană care este bolnavă deja de boala specifică sau care face parte din grupul de risc de îmbolnăvire de această maladie. Agentul este organismul sau cauza nemijlocită a bolii. Prin mediu ambiant se subînțeleg factorii externi care influențează gazda sau susceptibilitatea ei față de agent,

precum și vectorii care poartă și transmit agentul din mediu la gazdă. Acest concept explică etiologia și modul de transmitere al multor boli. Vectorul reprezintă un mod de transmitere prin care agentul din mediul înconjurător ajunge la gazdă. Această paradigmă (Fig. 2.1.) în realitate reunește teoriile miasmelor și germenilor referitor la etiologia bolilor. Agentul specific, metoda de transmitere și gazda susceptibilă sunt implicate într-o interacțiune de care depinde în mare măsură virulența și severitatea bolii. Mediul ambiant poate servi drept sursă de purtători sau vectori de transmitere a agentului infecțios sau toxic, precum și poate influența susceptibilitatea gazdei (spre exemplu sărăcia, nivelul jos de educație etc.)

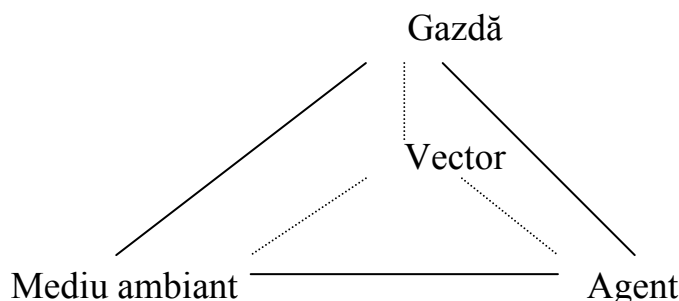


FIGURA 2.1. Paradigma gazdă-agent-mediul ambiant.

Paradigma extinsă gazdă-agent-mediul ambiant

Paradigma gazdă-agent-mediul ambiant a lărgit considerabil definiția celor trei componente (Fig.2.2.) și a rolului lor în epidemiologia atât a bolilor acute infecțioase, cât și a celor cronice non-infecțioase. În a doua jumătate a secolului XX paradigma extinsă gazdă-agent-mediul ambiant a ocupat un loc de frunte în elaborarea măsurilor de contracarare a factorilor ce țin de bolile cronice, care astăzi în țările dezvoltate au devenit principalele cauze de morbiditate și mortalitate prematură.

Măsurile de intervenție menite să schimbe factorii ce țin de gazdă, mediul ambiant și agent reprezintă esența sănătății publice. În bolile infecțioase agentul biologic poate fi neutralizat prin pasteurizarea produselor alimentare sau prin filtrarea și dezinfectia (clorurarea) apei potabile cu scop de prevenire a bolilor transmise prin apă. Gazda poate fi influențată prin imunizare cu scop de

elaborare a imunității contra microorganismului infecțios. Factorii ce țin de mediul ambiant pot fi contracarați prin distrugerea vectorilor sau a rezervoarelor bolii. O combinație a acestor măsuri de intervenție poate fi utilizată împotriva unui microorganism sau a unei boli specifice.

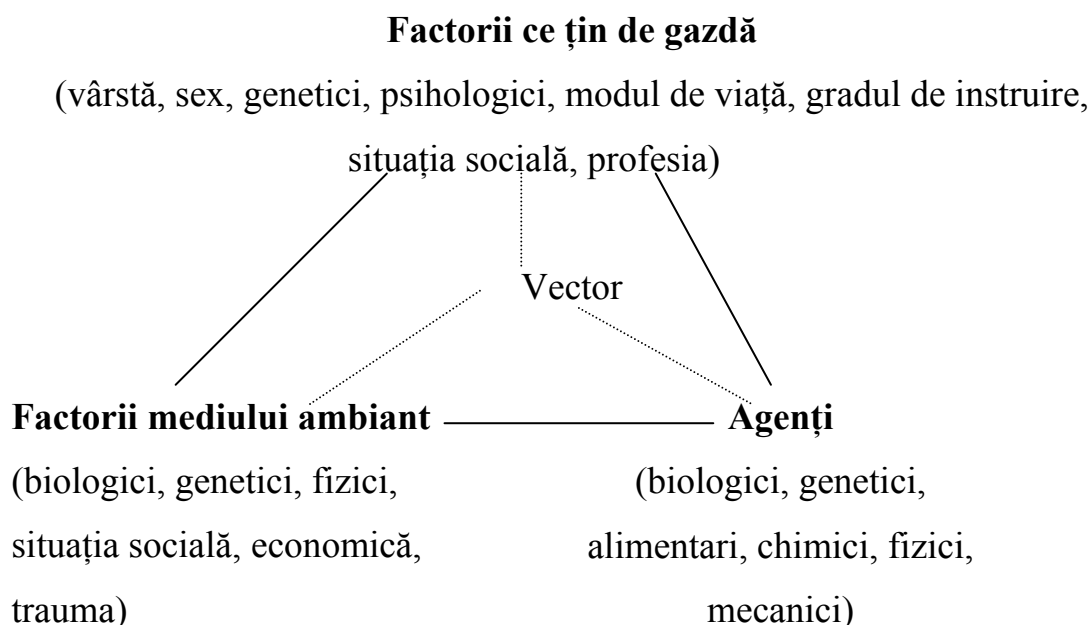


FIGURA 2.2. Paradigma extinsă gazdă-agent-mediul ambiant.

Bolile evitabile prin vaccinare pot necesita efectuarea activităților profilactice atât de rutină, cât și speciale, orientate spre fortificarea imunității populației cu scop de protecție a individului și a întregii comunități. Controlul altor boli, spre exemplu a malariei, pentru care nu există încă vaccinuri, necesită efectuarea unui șir de activități inclusiv depistarea și tratarea cazurilor de îmbolnăvire, fortificarea sănătății individuale și reducerea rezervoarelor naturale ale bolii în populație, precum și controlul asupra vectorilor prin reducerea populației de țânțari. Pentru controlul epidemiologic al tuberculozei este nevoie nu doar de identificarea și tratarea cazurilor, ci și de înțelegerea rolului contributiv al condițiilor sociale la dezvoltarea bolii, de depistarea bolilor la care se asociază tuberculoza (abuzul de droguri și SIDA), de rezolvarea problemei agenților rezistenți la tratament, precum și de luarea în

considerație a incapacității pacienților sau purtătorilor de a finaliza tratamentul fără vre-o careva supraveghere. Bolile sexual transmisibile, necontrolabile prin vaccinuri, necesită efectuarea unor măsuri combinate de intervenție pentru schimbarea comportamentului personal, educația sanitară, acordarea asistenței medico-sanitare și pentru aplicarea iscusită a intervențiilor epidemiologice.

În cazul bolilor non-infecțioase măsurile epidemiologice sunt mult mai complexe și includ acțiunea asupra factorilor comportamentali, o gamă largă de probleme legale, administrative și educaționale. Exista o mulțime de factori de risc care pot fi amplificați în diferite circumstanțe și contracararea cărora este mult mai dificilă decât cea a factorilor infecțioși. Spre exemplu, fumatul activ și pasiv reprezintă însuși un factor de risc al cancerului pulmonar, iar expunerea la fibrele de asbest are un efect de amplificare a acestui risc. Prevenirea expunerii la acțiunea fibrelor de asbest este mult mai ușoară decât interzicerea fumatului. Reducerea morbidității și mortalității prin traume este la fel problematică.

Situația de existență a unei singure cauze identificabile care provoacă boală este de o valoare științifico-practică enormă pentru sănătatea publică modernă deoarece permite elaborarea și efectuarea intervențiilor directe cum ar fi utilizarea vaccinurilor sau antibioticelor pentru a proteja sau trata indivizii de infecția cu un organism specific. Efectele cumulative ale unei totalități de factori contributivi sau de risc în etiologia bolilor sunt de asemenea de o importanță vitală pentru diferite entități nozologice în relația lor cu bolile infecțioase cum ar fi spre exemplu tuberculoza sau cu bolile cronice ori cu cele cardiovasculare.

Sănătatea individului este afectată atât de factorii de risc intrinseci ai persoanei, cât și de cei externi. Factorii intrinseci îi includ pe cei biologici moșteniți prin ereditate și deprinderile dobândite ale stilului de viață cum ar fi fumatul, hiperalimentarea sau angajarea în alt tip de comportament de risc. Printre factorii externi care afectează sănătatea individului se numără cei ai mediului ambiant, socio-economici și psihologici ai persoanei, familiei și

societății în care această persoană viețuiește. Învățământul, cultura și religia de asemenea sunt factori contributivi ai sănătății individului și societății.

Există factori legați de sănătatea individului care pot fi direct influențați de societate sau comunitate. Unul din acești factori este asigurarea asistenței medico-sanitare. Un alt factor îl reprezintă asigurarea de către serviciile comunitare a măsurilor de securitate cu scop de preîntâmpinare a leziunilor traumatiche și bolilor (spre exemplu, fluorizarea apei pentru îmbunătățirea sănătății dentare sau implementarea legii despre centura de siguranță și cască pentru prevenirea leziunilor și deceselor în urma accidentelor rutiere). Acești factori modificabili pot afecta răspunsul individului sau răspândirea epidemiei (vezi Capitolul 3). Epidemia poate fi de asemenea și de boală cronică în cazul în care acțiunea factorilor de risc comuni provoacă un exces de morbiditate prin această boală în grupul populațional susceptibil, în comparație cu nivelul morbidității prin această boală până la apariția factorului de risc sau în comparație cu un grup populațional care nu este expus acțiunii factorului de risc.

EVOLUȚIA NATURALĂ A BOLII

Boala reprezintă un proces dinamic determinat nu doar de etiologie, ci și de severitatea și efectul intervențiilor orientate spre modificarea exodului său. Cunoașterea evoluției naturale a bolii este de o importanță fundamentală pentru determinarea timpului optim și tipurilor de măsuri de intervenție care ar putea stopa sau modifica procesul patologic.

Evoluția naturală a bolii reprezintă parcurgerea bolii de la începutul său și până la exod. Această evoluție include factorii legați de inițierea procesului patologic, dinamica clinică finalizată cu rezolvarea, tratarea, continuarea bolii sau dezvoltarea sechelelor la distanță (stadiul tardiv sau de complicație a bolii), precum și factorii mediului ambiant sau intrinseci (genetici sau cei ce țin de modul de viață) și efectele lor asupra fazelor procesului patologic. Acțiunea

măsurilor de intervenție asupra oricărei faze a bolii reprezintă o parte componentă a procesului patologic (Fig.2.3).

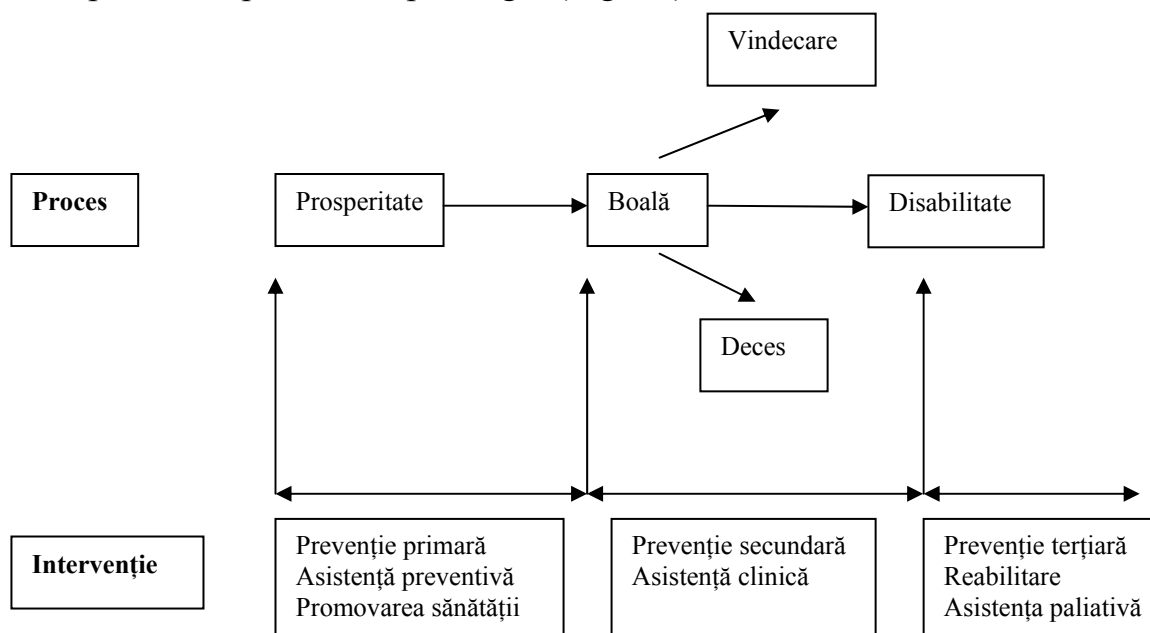


FIGURA 2.3. Procesul bolii și intervenției.

Reieșind din cele menționate mai sus boala se dezvoltă atunci când agentul, gazda și mediul ambiant interacționează și creează condiții adverse pentru sănătate. Agentul poate fi un microorganism infecțios, o expunere la acțiunea unei substanțe chimice, un defect genetic sau o stare de deficiență. Un tip anumit de comportament individual sau social poate fi cauza dezvoltării unei leziuni sau boli (conducerea imprudentă a mijloacelor auto sau comportamentul sexual de risc). Gazda poate avea imunitate sau poate fi susceptibilă în rezultatul acțiunii diverșilor factori contributivi sociali și ai mediului ambiant. Mediul ambiant este sursa de vectori (țânțarul malaric, acele contaminate utilizate de persoanele care practică abuzul de droguri, vopseaua care conține plumb sau situația abuzivă în familie).

Sfidând starea naturală de “bunăstare”, care reprezintă nu altceva decât o stare optimă a sănătății sau o senzație de prosperitate funcțională și lipsa bolii, procesul patologic poate debuta printr-o boală infecțioasă sau non-infecțioasă urmată de semne clinice caracteristice descrise de clinicieni și epidemiologi.

Evenimentele preclinice sau acele ce țin de predispoziție pot fi determinate prin analiza istoricului clinic cu evidențierea minuțioasă a riscurilor posibile. Măsurile de intervenție efectuate pe parcursul evoluției procesului patologic sunt menite să influențeze fazele mai tardive ale bolii.

Debutul clinic al bolii sau manifestările de laborator și radiologice ale sale pot fi influențate de intervenții medicale sau sanitare, ducând la vindecare sau la micșorarea numărului complicațiilor procesului patologic. Din acest motiv aceste măsuri de intervenție au devenit parte componentă a evoluției naturale a bolii. Evoluția naturală a bolii infecțioase în populație este influențată de gradul de imunizare preliminară a acestei populații sau de răspândirea acestei boli în comunitate în cadrul izbucnirilor anterioare. Majoritatea adulților posedă imunitate contra bolilor caracteristice pentru perioada de copilărie, protecție datorată imunizării sau îmbolnăvirii anterioare. Rujeola și difteria, inițial fiind boli ale copilăriei, astăzi sunt răspândite și printre adulți datorită scăderii protecției imune naturale dobândite sau imunității micșorate din cauza vaccinării inadecvate în copilărie.

În managementul bolilor cronice cheltuielile sistemului de sănătate pentru asistența medico-sanitară a pacientului sunt cu atât mai exagerate cu cât sunt mai ineficiente serviciile și managementul preventiv. Spre exemplu, progresarea complicațiilor severe ale diabetului poate fi reținută printr-un management adecvat. Starea pacientului cu bronhopneumopatie obstructivă cronică sau cu insuficiență cardiacă congestivă poate rămâne stabilă timp îndelungat cu condiția asigurării unui management eficient și a unui tratament minuțios, a imunizării contra gripei și pneumoniei și asigurării altor tipuri de necesități. Dacă toate acestea nu reușesc atunci pacientul se poate confrunta cu necesitatea unei asistențe spitalicești costisitoare și de lungă durată. Nereușita serviciilor de prevenire a bolii și profilaxie a complicațiilor se transformă în cheltuieli exagerate pentru sistemul de sănătate și duce la un impact fizic și psihologic mult mai accentuat pentru pacient.

Ca și la individ, fenomenul de boală în populație poate parcurge aceeași cale, în care se intercalează o mulțime de factori și pe parcursul căreia pot fi aplicate intervenții capabile să influențeze evoluția naturală a bolii. Structura epidemiologică a bolii infecțioase poate fi apreciată prin analiza structurii acestei boli în populație. Descrierea clasică a rujeolei de pe Insulele Faroe de către Panum de la mijlocul secolului XIX a demonstrat modul de transmitere și natura epidemică a acestei boli infecțioase, precum și efectul de protecție al imunității dobândite.

SOCIETATEA ȘI SĂNĂTATEA

Sănătatea populației, ca și de fapt sănătatea individului, depinde de factorii sociali nu mai puțin decât de factorii genetici, comportamentali de risc și serviciile medico-sanitare. Pe parcursul secolelor sănătatea publică a observat și documentat fenomenul de dependență a sănătății de inechitatea socială. În rapoartele lui Chadwick și Shattuck din anii 1840-1850 a fost menționată legătura dintre sărăcie, măsurile insuficiente de sanitație și condițiile precare de lucru cu rata înaltă de mortalitate, ceea ce a determinat apariția epidemiologiei sociale. Ideologiile politice și sociale considerau că într-un stat prosper, cu un sistem universal sanitar sau altul, vor fi eliminate diferențele sociale și geografice în starea sănătății a populației.

De la introducerea în Germania în anii 1880 a asigurării obligatorii medicale și până la tentativa nereușită de implementare în Statele Unite a sistemului național de asigurare medicală din 1995 (vezi Capitolele 1 și 13) reformele sociale menite să îndepărteze inechitatea în domeniul sanitar erau focusate pe înlesnirea accesului către serviciile medicale și spitalicești. Astfel de sisteme sanitare au fost instituite în majoritatea statelor dezvoltate după cel de-al II-lea Război Mondial fapt ce s-a soldat cu îmbunătățirea stării sănătății ca parte importantă a progresului social.

Totodată chiar și în societățile cu un acces universal la serviciile medico-sanitare, rata morbidității și mortalității prin diferite boli printre persoanele cu o stare socio-economică vulnerabilă este încă înaltă. Relevările Raportului lui Douglas Black la începutul anilor 1980 din Marea Britanie au atenționat publicul că a V-ea clasă socială (șomerii) este afectată de rate ale mortalității totale și specifice de două ori mai mari decât I-a clasă socială a populației (profesioniștii și întreprinzătorii) prin toate categoriile de boli, de la mortalitatea infantilă și până la decesele din cauza cancerului. Acest raport a șocat opinia publică deoarece se considera că toți englezii au acces liber la Serviciul Național de Sănătate încă din timpurile înființării acestuia (1948), cu o disponibilitate universală de servicii gratuite, relații apropiate cu medicii de familie și cu un acces ușor la serviciile specializate. Aceste relevări au inițiat o revizuire a factorilor sociali care anterior erau priviți ca un obiect de studii academice, medico-sociale și antropologice - domenii doar tangente cu asistența medico-sanitară.

În pofida faptului că epidemiologia bolilor cardiovasculare este direct legată cu factorii clasici de risc cum ar fi fumatul, rația alimentară săracă și inactivitatea fizică, diferențele morbidității prin boli cardiovasculare dintre diferite clase de funcționari englezi nu pot fi totalmente explicate de acești factori. Aceste diferențe sunt influențate de asemenea de factorii socio-economici și psihologici ai individului cum ar fi posibilitatea de a-și controla propria viață. Spre exemplu, în Anglia muncitorii au posibilități mai reduse de a-și gestiona propriile vieți decât funcționarii, de aici și rata mortalității prin cardiopatia ischemică este mai înaltă printre muncitori decât printre clasele sociale superioare.

Condițiile sociale afectează distribuția bolii în toate societățile. În Statele Unite și Europa de Vest o problemă reapărută a sănătății publice, mai ales în ariile urbane, o reprezintă tuberculoza, care mocnește preferențial în grupurile populaționale de risc datorat sărăciei și alienării din societate cum ar fi cazurile de lipsă de adăpost, de abuz de droguri și de infecție HIV. În Europa de Est și

fosta Uniune Sovietică creșterea recentă a nivelului morbidității prin tuberculoză este rezultatul acțiunii factorilor socio-economici de la începutul anilor 1990, inclusiv eliberarea în masă a deținuților. În ambele cazuri stabilirea diagnosticului și prescrierea tratamentului fiind inadecvate, întreaga comunitate devine un grup de risc din cauza dezvoltării culturilor de bacil tuberculos rezistent la antibiotice, care sunt lesne vehiculate de către purtătorii tratați incorect, ce acționează ca vectori umani.

Studiile stării socio-economice și a sănătății sunt aplicabile și de valoare din mai multe considerente. În circumscripția Alameda, California, diferențele mortalității de cancer între grupurile populaționale de albi și africani erau nesemnificative atunci, când erau evaluate pe clase sociale. Studiul ulterior de 30 de ani efectuat asupra populației circumscripției a determinat că familiile din California cu un venit mic au o posibilitate mai mare de a se confrunta cu probleme fizice și psihice care afectează viața de toate zilele, acestea contribuind ulterior la sărăcirea lor completă.

Studiile din Finlanda și din alte arii geografice au demonstrat că femeile cu statut socio-economic jos utilizează mult mai rar serviciile preventive cum ar fi frotiul pentru depistarea cancerului de col uterin, decât femeile cu statut socio-economic înalt, chiar dacă riscă mai mult să dezvolte cancerul cervical. Inechitatea socio-economică este direct legată de comportamentul de risc, suferința socio-emoțională, factorii profesionali cum ar fi, spre exemplu, expunerea la substanțe toxice, senzația de lipsă a posibilității de gestionare a propriei vieți și insuficiența sistemului de asistență socială a comunității.

Sănătatea și boala sunt categorii multifactoriale și factorii de risc asociați necesită precăutarea de către sistemele de asistență medico-sanitară a factorilor sociali, fizici și psihologici care limitează efectul chiar și al asistenței medicale de cea mai bună calitate. Toate acestea necesită aplicarea de către furnizorul de asistență medicală, precum și de către întregul sistem sanitar a măsurilor de intervenție – domeniu de activitate al medicinei preventive și sănătății publice. Paradigma gazdă-agent-mediu ambiant capătă în condițiile de astăzi o nouă

semnificație în care mediul socio-politic și eforturile organizate în efectuarea măsurilor de intervenție modifică evoluția clinico-epidemiologică a bolii. Sistemul de sănătate este menit să influențeze exodul bolii direct prin intermediul prevenției primare sau a tratamentului ori indirect prin reducerea factorilor de risc comunitari sau individuali.

Efectele condițiilor sociale asupra sănătății pot fi parțial abolite prin intervenții de promovare a unui mediu social sănătos, spre exemplu prin măsuri orientate spre îmbunătățirea măsurilor de sanitație sau a serviciilor medico-sanitare, utilizate eficient și accesibile pentru toți. Pentru a preveni boala sau complicațiile ei pot fi necesare schimbări în mediul ambiant fizic, cum ar fi exemplele istorice de deconectare a pompei de apă de pe *Broad Street* pentru stoparea epidemiei de holeră din Londra sau schimbarea componenței rației alimentare efectuată de Goldberger cu scop de prevenire a pelagrei. Problemele socio-economice care țin de gradul de angajare în lucru, securitatea socială, instruirea femeilor, concediile, venitul familial, costul și condițiile de viață, lipsa de adăpost sunt deosebit de importante pentru sănătatea populației. Distribuția veniturilor într-o țară prosperă poate include mari diferențe între grupurile populaționale socio-economice superioare și inferioare (cu venit înalt și jos) fapt care influențează starea sănătății. Crearea și promovarea condițiilor sociale sănătoase ține de responsabilitatea Noii Sănătăți Publice.

MODURILE DE PREVENȚIE

După ce a fost stabilit un obiectiv de prevenire a bolii, următorul pas constă în definirea metodologiei potrivite pentru atingerea lui sau a unei strategii care include obiective tactice. Această strategie sau metodologie identifică și specifică metodele de operare și resursele necesare pentru a le efectua. Metodele de intervenție în sănătatea publică sunt împărțite în cele de promovare a sănătății și de prevenție primară, secundară și terțiară.

Promovarea sănătății

Promovarea sănătății reprezintă un concept de organizare a activităților de îmbunătățire a sănătății și prosperității individului și comunității. Acest concept este orientat spre majorarea gradului de implicare a individului și comunității în menținerea sănătății proprii. Stabilind scopurile în dependență de dimensiunile problemei și posibilitățile de atingere a acestora, activitățile de promovare a sănătății sunt orientate spre ameliorarea stării sanitare și sociale și reducerea determinantelor specifice și a factorilor de risc ai bolilor care afectează sănătatea, prosperitatea și capacitatea productivă a individului sau societății.

Anexa 2.2. Modurile de prevenție.

Promovarea sănătății: propagarea standardelor comportamentale individuale și comunitare, care oferă o sănătate prosperă, prin intermediul promovării condițiilor legislative, sociale și a celor ce țin de mediul ambiant, care reduc riscurile individuale și comunitare și creează un mediu ambiant sănătos.

Prevenția primară: prevenirea apariției bolii.

Prevenția secundară: stabilirea precoce a diagnosticului și administrarea promptă a unui tratament eficient pentru a stopa progresarea, a scurta durata sau a evita complicațiile oricărui proces patologic.

Prevenția terțiară: prevenirea agravării stării sănătății la distanță sau a dizabilității în urma sechelelor bolii; recuperarea și menținerea funcției optime odată ce boala s-a instalat (recuperarea funcțională).

Promovarea sănătății este elementul cheie al Noii Sănătăți Publice. Activitățile ce țin de promovarea sănătății sunt aplicabile în comunitate, clinici sau spitale, precum și în cadrul altor servicii medico-sanitare. Unele măsuri de promovare a sănătății țin de responsabilitatea guvernelor, ca spre exemplu adoptarea legii despre utilizarea obligatorie a centurilor de siguranță în autoturisme, imunizarea copiilor până la vârsta școlară, îmbogățirea obligatorie a alimentelor de bază cu vitamine și minerale pentru a preveni deficiențele în grupurile populaționale vulnerabile și administrarea în scopuri profilactice a vitaminei K tuturor nou-născuților pentru prevenirea bolii hemoragice a nou-născutului. Stabilirea standardelor pentru alimente și medicamente și majorarea

taxelor pentru a reduce consumul produselor alcoolice și din tutun de asemenea fac parte din promovarea sănătății. În domeniul promovării sănătății activează persoane de diverse profesii, în cadrul diferitor organizații administrative.

Anexa 2.3. Elementele promovării sănătății.

- 1. Luarea în calcul a populației întregi în cadrul abordării problemelor sanitare habituale, precum și a persoanelor de risc pentru o boală specifică.*
- 2. Acționarea directă asupra factorilor de risc și cauzelor bolilor sau deceselor.*
- 3. Efectuarea activităților de cercetare și remediere a factorilor de risc care afectează sănătatea comunității.*
- 4. Promovarea factorilor care contribuie la ameliorarea stării sănătății populației.*
- 5. Inițierea măsurilor orientate împotriva pericolelor pentru sănătate prin informare, educare, elaborarea și implementarea bazelor legislative, măsurilor fiscale, modificărilor organizatorice, prin dezvoltarea comunității și organizarea activităților locale.*
- 6. Participarea comunității la definirea problemelor și la alegerea acțiunilor.*
- 7. Protecția mediului ambiant, a sănătății și promovarea politicii sociale.*
- 8. Încurajarea participării profesioniștilor din domeniul sănătății în educarea sanitară și protecția sănătății.*

Sursa: Adapted from World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO, 1986.

Pentru majorarea competenței și informării oamenilor despre sănătate și factorii de risc, precum și pentru reducerea riscurilor legate de comportamentul social este necesară instruirea tinerilor cu elucidarea pericolelor bolilor sexual transmisibile (STDs), fumatului și abuzului de alcool. Ca activitate de promovare a sănătății poate fi considerată și răspândirea informației despre alimentarea sănătoasă, necesitatea suplimentării cu acid folic a femeilor de vârstă fertilă și administrarea multiplelor vitamine vârstnicilor. Atitudinea și standardele comunitare și de grup în domeniul sanitar influențează comportamentul individului. Promovarea sănătății tinde să creeze un anturaj social de cunoștințe, atitudini, credințe și practici care ar îmbunătăți starea sănătății atât a comunității, cât și a individului.

Prevenția primară

Prevenția primară reprezintă activitățile orientate spre prevenirea bolii sau leziunii ele fiind aplicate atât unui individ în parte, cât și întregii comunități. Aceste activități pot avea ca țintă gazda, pentru majorarea rezistenței acesteia față de agentul patogen sau nociv (spre exemplu, imunizarea sau dezicerea de fumat) sau mediul ambiant pentru a reduce condițiile favorabile de existență a vectorilor bolii (spre exemplu, a țânțarilor malarici sau transmitători de denga). Există o mulțime de exemple de astfel de activități. Imunizarea copiilor previne astfel de boli ca tetanosul, tusa convulsivă și difteria. Clorurarea apei potabile previne transmiterea bolilor gastrointestinale vehiculate prin apă. Utilizarea centurilor de siguranță în automobile previne leziunile mult mai periculoase pentru viață în cadrul accidentelor rutiere. Reducerea accesibilității armelor de foc reduce leziunile și decesele prin violență intenționată, accidentală sau ocazională.

De asemenea, prevenția primară include activități intrinsece în sistemul sanitar menite să îmbunătățească sănătatea. Acestea se manifestă, spre exemplu, prin stabilirea standardelor de cunoaștere de către medici nu doar a practicilor disponibile de imunizare sau de asistență prenatală modernă, ci și a metodelor de prevenire a bolilor cerebro-vasculare, coronare și a altor boli cum ar fi cancerul pulmonar. În acest mod furnizorul de asistență medico-sanitară acționează în rol de învățător sau ghid precum și în calitate de diagnostician și terapeut. Ca și promovarea sănătății, prevenția primară nu depinde doar de medici: ambele activează în domeniile iluminării sanitare și informării în masă a populației, reducerii factorilor de risc și implementării modului sănătos de viață.

Prevenția secundară

Prevenția secundară reprezintă măsurile de diagnostic și management terapeutic precoce care au ca scop prevenirea complicațiilor bolii. Activitățile

sanitare publice de prevenire a răspândirii bolilor includ identificarea surselor bolilor și implementarea măsurilor de stopare a acestora, drept exemplu servind închiderea de către Snow a pompei de apă de pe *Broad Street* pentru contracararea epidemiei de holeră. Prevenția secundară include de asemenea măsuri de izolare și tratament a bolnavilor precum și imunizarea contactilor cu scop de prevenire a morbidității ulterioare (spre exemplu, în erupțiile de meningită și rujeolă). Programele de asigurare cu seringi getabile sau prezervative implementate în școli și colegii sunt menite să prevină bolile sexual transmisibile și SIDA.

Fiecare furnizor de asistență medico-sanitară își are rolul său în prevenția secundară (spre exemplu, asigurarea unui management adecvat al hipertensiunii arteriale previne accidentele vasculare cerebrale). Copilul cu o infecție streptococică banală netratată a faringelui riscă să dezvolte complicații severe vital periculoase cum ar fi afecțiunile reumatice care implică cordul și articulațiile, precum și glomerulonefrita poststreptococică. În cazul în care la pacient se depistează o hipertensiune arterială, aceasta poate fi ameliorată prin scăderea greutății corporale, practicarea exercițiilor fizice, dezicerea de fumat sau prin administrarea medicației corespunzătoare, toate acestea micșorând riscurile dezvoltării ictusului cerebral. În cazul leziunilor traumatiche asistența competentă de urgență, transportarea sigură și managementul adecvat al traumatismului pot reduce riscurile de deces și/sau handicap permanent. Screening-ul în masă și asistența medico-sanitară de calitate joacă un rol primordial în prevenirea complicațiilor diabetului zaharat, cum ar fi angiopatiile diabetice ale cordului, rinichilor, ochilor și vaselor periferice; aceste măsuri pot de asemenea preveni spitalizarea, amputațiile, ictusurile, toate acestea îmbunătățind calitatea vieții pacientului. Sistemele de asistență medico-sanitară trebuie să fie activ implicate în prevenția secundară nu doar ca servicii medicale aparte, ci și ca sisteme organizate de asistență medico-sanitară.

Prevenția terțiară

Prevenția terțiară include activități ce vizează gazda și mediul ambiant cu scop de asigurare a reabilitării, recuperării și menținerii funcției maxime după instalarea bolii sau a complicațiilor ei. Persoana care a suferit un accident cerebrovascular sau o traumă cranio-cerebrală necesită la un anumit timp după debutul maladiei efectuarea unei reabilitări active pentru a recupera funcțiile pierdute și pentru a preveni recurența ulterioară a complicațiilor.

Tratamentul infarctului de miocard și a fracturii de femur astăzi include o reabilitare precoce cu scop de vindecare optimă și recuperare maximă a funcției. Asigurarea cu cărucioare, facilități de toaletă, uși și rampe speciale, precum și cu servicii de transportare a paraplegicilor sunt frecvent cei mai importanți factori ai reabilitării. Agențiile de sănătate publică în cooperare cu grupurile comunitare interesate în ajutorarea categoriilor de persoane dezavantajate (cu disabilități) exercită activități orientate spre reducerea discriminării, eliminarea barierelor fizice și sociale, informarea comunității și finanțarea producerii echipamentului special sau asigurarea altor necesități ale acestor persoane. Pentru asigurarea unei îngrijiri adecvate și a unui management reușit al bolii fizice sau mentale cronice este nevoie de o asistență la domiciliu cu elaborarea unui regim optim medical care include medicația, alimentarea, gimnastica curativă și asigurarea serviciilor de îngrijire. Observarea persoanelor bolnave cronic care include supravegherea administrării medicamentelor, monitorizarea semnelor clinice, sprijinul acestor pacienți pentru a le asigura o independență maximală în activitatea de toate zilele sunt elemente esențiale ale Noii Sănătăți Publice.

TRANZIȚIA DEMOGRAFICĂ ȘI EPIDEMIOLOGICĂ

Pentru a-și atinge obiectivele sănătatea publică utilizează metoda populațională. Această metodă include definirea populației inclusiv a tendințelor de distribuție pe vârste și sex în populație. Reducerea frecvenței bolilor infecțioase, care constituiau o cauză majoră de mortalitate, cuplată cu

reducerea ratelor de fertilitate s-a soldat cu modificarea componenței de vârstă a populațiilor (tranziția demografică). Modificările demografice (a fertilității și mortalității) sunt importanți factori determinanți ai schimbărilor distribuirii vârstelor în populație, care în ultimul timp au dus la majorarea proporției de oameni care supraviețuiesc până la adânci bătrânețe. Declinul mortalității infantile, majorarea nivelului de educație a femeilor, disponibilitatea metodelor de contracepție, precum și alți factori sociali și economici au dus la modificarea indicilor fertilității și la tranziția demografică – îmbătrânirea populației – cu efecte importante asupra necesităților în serviciile medico-sanitare.

Distribuirea pe vârste și sex în populație influențează și este influențată de indicii morbidității. Modificările indicilor epidemiologici sau deviația epidemiologică reprezintă schimbări ai indicilor de bază ai mortalității și morbidității. Tranziția bolilor infecțioase manifestată prin declinul mortalității și morbidității prin aceste maladii și înlocuirea lor cu bolile non-contagioase și cronice a avut loc atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare. Declinul mortalității de boli cronice, cum ar fi cele cardiovasculare, reprezintă un stadiu nou al tranziției epidemiologice, care facilitează îmbătrânirea populației însoțită de creșterea standardelor sanitare, dar și de îmbunătățirea asistenței sociale comunitare de durată. Monitorizarea acestor modificări și elaborarea ținând cont de ele a măsurilor de intervenție este responsabilitatea primordială a sănătății publice, iar buna pregătire de a reacționa la modificările noi, locale sau generale ale indicilor epidemiologici are o importanță vitală în Noua Sănătate Publică.

Societățile nu sunt total omogene după compoziția sa, după gradele de bunăstare a populației și după alți marcheri sociali. Spre exemplu, o societate clasată ca fiind în curs de dezvoltare poate conține un număr mare de persoane venitul cărora permite o hipernutriție, de aici în structura morbidității vor apărea bolile “de excess” cum ar fi diabetul. Și din contra în societățile înalt dezvoltate există grupuri populaționale cu o structură a morbidității caracteristică pentru sărăcie, inclusiv hiponutriția și hipotrofia copiilor.

Stadiul următor al tranziției epidemiologice a început în țările industrializate în anii 1960 cu o reducere dramatică a mortalității cauzate de cardiopatia ischemică, ictusul cerebral și mai puțin de traumatisme. Interpretarea acestei tranziții încă nu este pe deplin clară. Cum această tranziție s-a dezvoltat doar în țările industrializate occidentale și nu a implicat țările fostei Uniuni Sovietice rămâne o întrebare, răspunsul la care este de o importanță vitală pentru sănătatea publică din Rusia și Europa de Est. În viitor țările în curs de dezvoltare trebuie să fie gata să se confrunte cu epidemia de boli non-infecțioase.

Astăzi toate țările întâmpină probleme noi în managementul bolilor infecțioase, legate de dezvoltarea rezistenței la antibiotice și apariția noilor agenți patogeni care sunt un obiect de anxietate majoră pentru sănătatea publică.

INTERDEPENDENȚA SERVICIILOR MEDICO-SANITARE

Pe parcursul istoriei fiecare parte componentă a serviciului medico-sanitar, fiind focalizată asupra diferitor probleme, activând ca serviciu aparte, fiind condusă de diferite administrații și sisteme finanțatoare, era într-o permanentă competiție pentru resursele medico-sanitare limitate. În această situație se acordau mai puțină atenție și resurse medicinei preventive, decât serviciilor curative. În figura 2.4 este propus un set de servicii medico-sanitare aflate într-o relație interactivă pentru asigurarea asistenței medicale a unei comunități sau populații, dar atenția se atrage în primul rând asupra dependenței reciproce a acestor servicii cu scop de utilizare cât mai eficientă a resurselor și asigurarea unei asistențe medico-sanitare echilibrate pentru pacient, populație-clientelă și comunitate.

Atât medicina clinică, cât și sănătatea publică joacă un rol primordial în prevenția primară, secundară și terțiară. Fiecare din aceste discipline sanitare poate funcționa separat, exercitându-și rolurile în comunitate, dar succesul

optimal poate fi atins doar cu condiția integrării eforturilor. Alocarea resurselor trebuie efectuată utilizând un management și o planificare care ar favoriza integrarea medicinei clinice cu cea preventivă. Există o interdependență între toate elementele serviciilor medico-sanitare care deservește o anumită populație. Aceste componente ale asistenței medicale a populației interacționează în primul rând cu pacientul, care este obiectul-clientelă al lor. Eficacitatea utilizării resurselor înseamnă că cel mai potrivit serviciu pentru îndeplinirea necesităților clientului este acela care trebuie aplicat în cazul dat. Durata îndelungată de spitalizare într-un spital de asistență spitalicească de urgență poate fi rezultatul îngrijirii insuficiente la domiciliu sau a nereușitei serviciilor de asistență socială. Aceste erori sunt irositoare și distructive pentru asistența medico-sanitară de calitate și costisitoare pentru economia sistemului de ocrotire a sănătății. Doar legătura și echilibrul între serviciile acordate pacientului și comunității asigură o utilizare eficientă a resurselor.

Organizarea și finanțarea separată a serviciilor pune piedici pentru asigurarea corespunzătoare cu servicii atât a comunității, cât și a pacientului. Interdependența serviciilor este o problemă pentru organizarea asistenței medico-sanitare din viitor. Acolo unde are loc o competiție aprigă pentru resursele limitate, frecvent prevenția terțiară este nevoită să se ocupe cu prevenirea deceselor copiilor din cauza bolilor evitabile, apărute în rezultatul insuficienței măsurilor preventive primare și secundare. Sănătatea publică trebuie privită în contextul general al asistenței medico-sanitare și trebuie să controleze efectuarea măsurilor preventive de toate nivelele - primare, secundare și terțiare. Sănătatea publică este importantă pentru serviciile clinice prin faptul că oferă metode de profilaxie și asistență sanitară comunitară ceea ce reduce impactul bolii, disabilitatea și dependența de organizațiile instituționale.

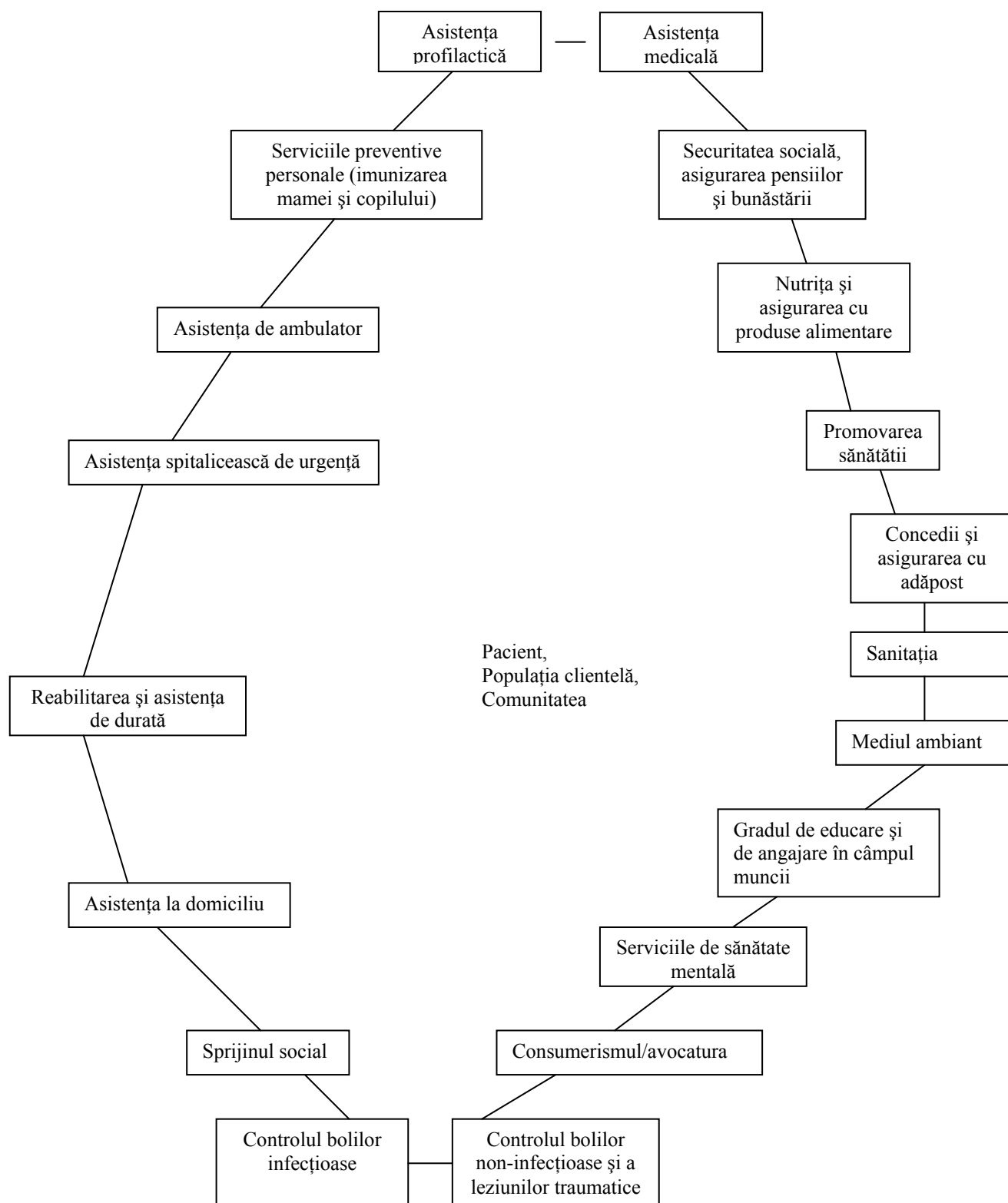


FIGURA 2.4. Sănătatea comunitară ca rețea de servicii care deservesc o anumită populație.

DEFINIREA SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Odată cu dezvoltarea științei medicale și perfecționarea experienței în domeniul sănătății publice s-au modificat și conceptele despre boli și etiologia lor. În acest capitol se va examina cum acest fapt împreună cu extinderea conceptului de sănătate au contribuit la dezvoltarea Noii Sănătăți Publice. Tradițional sănătatea era considerată drept lipsa bolii, durerii sau disabilității; treptat această definiție a fost completată cu prosperitatea fizică, mentală și socială. Definirea clară a noțiunii de sănătate și boală este de o importanță crucială pentru elaborarea măsurilor de prevenție.

În 1920, C.E.A. Winslow, profesor de sănătate publică la Universitatea din Yale, a definit sănătatea publică prin următoarele:

Sănătatea publică este o știință și artă de (1) prevenire a bolii, (2) prelungire a vieții și (3) de promovare a sănătății și eficienței prin eforturi comunitare organizate care constau în:

- (a) sanitația mediului ambiant,
 - (b) controlul bolilor infecțioase,
 - (c) educarea individului în ceea ce privește igiena personală,
 - (d) organizarea serviciilor medicale și de îngrijire pentru un diagnostic precoce și un tratament preventiv al bolii, precum și
 - (e) dezvoltarea structurii sociale responsabile pentru asigurarea unor standarde de viață adecvate pentru menținerea sănătății prospere,
- toate acestea fiind organizate în așa mod ca fiecare cetățean să poată beneficia de dreptul său la sănătate și longevitate a vieții.

Definiția complexă a lui Winslow rămâne actuală și astăzi, dar este inaplicabilă acolo unde medicina clinică și sănătatea publică funcționează aparte. Izolarea sănătății publice de sursele de finanțare și asigurare a asistenței și îngrijirii medicale condiționează confruntarea de sine stătătoare a sănătății publice cu necesitățile sanitare ale săracilor și grupurilor populaționale dezavantajate neavând la dispoziție resursele necesare.

Pe parcursul secolului trecut sănătatea publică a fost numită printr-o varietate largă de termeni cum ar fi igienă socială, medicină preventivă, medicină comunitară, medicina socială ș.a. Medicina preventivă reprezintă o combinație de elemente ale sănătății publice și medicinei clinice. Sănătatea publică, ca și furnizorii de asistență medico-sanitară, contactează cu individul (spre exemplu, programele de imunizare). Medicina clinică de asemenea

activează în domeniul profilaxiei bolilor, spre exemplu, a hipertensiunii arteriale sau diabetului și în prevenirea complicațiilor severe ale acestor maladii. Medicina preventivă își orientează eforturile asupra funcției medicale sau clinice (se mai numește asistență preventivă personală) punând accentul pe grupele populaționale de risc și programele naționale de promovare a sănătății.

Medicina socială și sănătatea comunității

Medicina socială precaută boala în context social, dar este privată de funcțiile reglatorii și cele ce țin de sănătatea mediului ambiant ale sănătății publice. Sănătatea comunității reprezintă o formă locală de intervenții sanitare, pe când sănătatea publică presupune o abordare globală a problemelor sanitare, care include acțiuni sanitare internaționale, naționale, statale și locale. Există probleme sanitare care nu pot fi rezolvate la nivel individual, familial sau comunitar și care necesită elaborarea și implementarea unor strategii și programe de intervenție globale.

Ecologia medicală

În 1961 Kerr White și colegii au definit ecologia medicală ca o cercetare a populației care stă la baza managementului calității asistenței medico-sanitare. Ecologia medicală se ocupă cu studierea populației inclusiv a membrilor acestei populații care utilizează sau nu utilizează serviciile medicale. Ea se bazează pe studii preliminare ale calității asistenței medico-sanitare, experiențe clinice randomizate, audit medical și cercetări “structură-proces-exod”. De asemenea, ecologia medicală abordează problemele calității asistenței și managementului medico-sanitar.

Acționând asupra populației - sursă de cazuri clinice, aceste domenii au influențat progresul științei medicale, fapt ce a rezultat în dezvoltarea serviciilor medicale și, mai târziu, în apariția medicinei bazate pe dovezi. Toate acestea au dus la înființarea și dezvoltarea Agenției de Politică Sanitară, Cercetări Științifice și Dezvoltare în cadrul Departamentului de Sănătate și Servicii

Umane al SUA, precum și a centrelor practice de medicină bazată pe dovezi menite să sintetizeze cunoștințele fundamentale în domeniul metodologiei “luării deciziei”, ca exemplu servind elaborarea ghidurilor, algoritmilor și programelor clinice.

Asistența medico-sanitară primară comunitar orientată

Asistența primară comunitar orientată (COPC) este un concept de asistență primară care reunește epidemiologia comunitară cu asistența medico-sanitară primară și practică o atitudine activă în îndeplinirea necesităților prioritare depistate. COPC fondată inițial în Africa și Israel de către Sidney și Emily Kark et al. în anii 1950-1960 reprezintă o organizare a serviciilor medicale în comunitate în conformitate cu necesitățile populației determinate prin analiza epidemiologică. COPC include asistența acordată persoanelor vulnerabile și dezavantajate, măsurile educative, precum și serviciile preventive și curative clinice din comunitate.

COPC își orientează eforturile asupra epidemiologiei comunitare promovând o atitudine de rezolvare activă a problemelor depistate. Asistența primară comunitar orientată diferă de planificarea pe scară largă care uneori nu ia în considerație particularitățile locale ale problemelor medico-sanitare sau a factorilor de risc. Combinând metodele epidemiologice cu cele clinice, COPC identifică intervențiile necesare și promovează implicarea comunității în rezolvarea problemelor medico-sanitare, precum și accesibilitatea asistenței medico-sanitare. Asistența primară comunitar orientată este bazată pe legătura dintre diferite servicii comunitare, totodată atrăgându-se o atenție deosebită mediului fizic și social înconjurător. Formarea unei echipe multidisciplinare, precum și implicarea serviciilor de ajutorare a păturilor social vulnerabile din comunitate sunt extrem de importante pentru desfășurarea acestui program.

Anexa 2.4. Componentele asistenței medico-sanitare primare comunitar orientate

1. *Componente esențiale*
 - a. *deprinderi clinice și epidemiologice*
 - b. *populația vizată*
 - c. *programe clare de abordare a problemelor medico-sanitare comunitare*
 - d. *participarea comunității*
 - e. *accesibilitatea asistenței medico-sanitare – reducerea barierelor geografice, fiscale, sociale și culturale*
2. *Componente suplimentare*
 - a. *integrarea/coordonarea serviciilor curative, de reabilitare și preventive*
 - b. *abordarea complexă a problemelor sanitare inclusiv a factorilor comportamentali, ai mediului ambiant și a celor sociali*
 - c. *echipă multidisciplinară*
 - d. *mobilitate și accesibilitate*
 - e. *contribuții la dezvoltarea comunității.*

Sursa: Tollman S. 1991. Community oriented primary care: Origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine*, 32:633-642.

În Statele Unite în anii 1960 conceptul COPC a influențat planificarea asistenței medico-sanitare în teritoriile sărace, în special a asigurării centrelor sanitare finanțate de guvernul federal. Ulterior acest concept a fost pe larg adoptat în SUA unde astăzi de rând cu instruirea medicilor de familie și planificarea sanitară comunitară bazată pe precăutarea factorilor de risc funcționează și sistemele de “asistență controlată”. Desigur aceste trei concepte se completează reciproc. Spre sfârșitul anilor 1990 accentul reformei medico-sanitare a fost pus pe asistența controlată. Totodată principiile de bază ale COPC vor juca în viitor un rol important în promovarea sănătății și prevenția primară, precum și în prevenția terțiară.

Conceptul COPC subliniază că toate eforturile asistenței medico-sanitare au fost deplasate spre prevenție, care este bazată pe indici sanitari comunitari apreciabili. Elementele COPC sunt parte componentă a activității habituale a furnizorilor de servicii medicale și a sistemelor de servicii comunitare, aceasta manifestându-se prin intermediul legăturilor formale și ne formale între serviciile medico-sanitare. În *Raportul despre Asistența Medico-sanitară Primară* din 1995 a Institutului de Medicină al Statelor Unite asistența primară

este definită ca “furnizare de servicii medico-sanitare accesibile și integrate de către clinicieni, care sunt responsabili de asigurarea majorității necesităților medico-sanitare personale, stabilind cu pacienții relații de parteneri și practicând în cadrul familiei și comunității”. Această formulare a fost criticată de către Asociația Americană de Sănătate Publică ca fiind privată de perspectivă sanitară publică și de posibilitatea de precăutare a sănătății individuale și comunitare. Întregirea acestor lacune ține de competența COPC.

Comunitatea, atât de nivel local, cât și național, este câmpul de acțiune pentru diverse intervenții sanitare publice. Mai mult ca atât, înțelegerea perfectă a caracteristicilor comunitare este de o importanță vitală pentru o asistență primară comunitar orientată reușită. Pe parcursul anilor 1980 în sănătatea publică au început să se dezvolte noi direcții de activitate atât în domeniul medico-curativ, cât și în cel al medicinei preventive. Șirul de activități orientate spre atingerea scopurilor generale ale sănătății publice este efectiv foarte lung și include măsuri ce țin de sistemul de asistență medico-sanitară individuală a pacientului, precum și de activitățile comunitare care în ultimă instanță și ele influențează sănătatea și prosperitatea individului. Aceste activități comunitare includ atât finanțarea și managementul sistemelor de sănătate, evaluarea stării sănătății populației, cât și pașii întreprinși în direcția îmbunătățirii calității asistenței medico-sanitare, promovării sănătății și înlăturării factorilor de risc ai mediului ambiant. COPC promovează o abordare integrală și multidisciplinară a problemelor sanitare subliniind necesitatea cooperării internaționale pentru atingerea unui progres global în sănătate.

DEFINIȚIA SĂNĂTĂȚII DUPĂ ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII

Definiția sănătății aprobată de Organizația Mondială a Sănătății ca o “stare de prosperitate fizică, mentală și socială completă “ are un caracter utopic și este inoportună pentru țările cu condiții social-economice și ecologice precare

în care se duce o luptă permanentă pentru asigurarea măcar a asistenței medico-sanitare minime populației (Anexa 2.5). În anul 1977 Organizația Mondială a Sănătății a lărgit definiția sănătății suplimentând-o cu aspectul “productivității sociale și economice”. Sănătatea și boala este un proces fiziologic dinamic, inevitabil pentru fiecare; misiunea sănătății publice este ca prin utilizarea unui spectru larg de metode să prevină boala și decesul prematur și să îmbunătățească calitatea vieții pentru prosperitatea individului și a societății.

În anii 1960 în majoritatea țărilor industrializate eforturile erau concentrate asupra acordării asistenței medico-sanitare prin intermediul schemelor naționale de asigurare. Țările în curs de dezvoltare în pofida resurselor limitate făceau tentative de a emula acest model. Organizația Mondială a Sănătății își concentra eforturile asupra eradicării variolei și malariei, precum și asupra Programului Lărgit de Imunizare și altor programe similare importante. În același timp experții WHO rămâneau îngrijorați de faptul că în țările în curs de dezvoltare prioritățile erau de partea serviciilor curative, iar cele preventive și de asistență primară nu beneficiau de atenția cuvenită.

Alma-Ata: Sănătate pentru toți

Conferința de la Alma-Ata, Kazahstan, din 1978, sponsorizată de WHO și UNICEF a fost convocată pentru a atrage atenția asupra asistenței medico-sanitare primare. Declarația de la Alma-Ata a stabilit că sănătatea este dreptul de bază al omului și că guvernele sunt responsabile de asigurarea acestui drept cetățenilor săi și de elaborarea strategiilor corespunzătoare, necesare pentru atingerea acestui scop. Această atitudine a fost pe larg acceptată de comunitatea internațională. Conferința a evidențiat dreptul și obligația oamenilor de a participa la planificarea și implementarea măsurilor de asigurare a populației cu asistență medico-sanitară. În cadrul acestei conferințe a fost invocată necesitatea utilizării tehnologiilor medicale argumentate științific și socio-economic. De asemenea, a fost subliniată necesitatea coordonării interramurale a activităților sanitare publice.

Declarația de la Alma-Ata afirmă că asistența medico-sanitară primară este metoda optimă de asigurare cu servicii medicale a tuturor celor ce le necesită. În anul 1978 această abordare a fost aprobată de către Adunarea Generală a Organizației Mondiale a Sănătății sub egida “Sănătate pentru toți până în anul 2000”. Această decizie crucială s-a soldat cu obținerea importantelor rezultate practice. În multe țări accentul a fost deplasat pe asistența medico-sanitară primară ceea ce le-a scutit de procurarea aparaturii medical costisitor. Aceste țări au introdus resursele financiare disponibile în asistența primară, inclusiv în imunizarea în masă și elaborarea programelor de alimentare rațională ceea ce a adus beneficii mult mai mari pentru sănătatea individului și a societății.

Anexa 2.5. Definiția sănătății și misiunea Organizației Mondiale a Sănătății

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea drept “stare de prosperitate fizică, mentală și socială completă și nu doar lipsa bolii sau a infirmității” (Constituția WHO, 1948).

În anul 1978 în cadrul Conferinței de la Alma-Ata pe problemele asistenței medico-sanitare primare WHO a stabilit o corelație între sănătate și “productivitatea socială și economică pentru obținerea căreia toți oamenii de pe glob trebuie să atingă un astfel de nivel de sănătate care le-ar permite să ducă o viață socială și economică productivă”. Au fost formulate trei programe generale de lucru pentru perioadele 1984-1989, 1990-1995 și 1996-2001 care au stat la baza organizării activităților sanitare naționale și internaționale.

În 1995 WHO, recunoscând schimbările demografice, epidemiologice, ecologice, politice și economice survenite în lume, și-a orientat activitatea asupra satisfacerii necesităților sanitare în țările în curs de dezvoltare și asupra managementului sanitar în țările industrializate optând pentru o colaborare internațională pentru “atingerea unor scopuri speciale care în viitor vor duce la stabilirea echității și la dezvoltarea continuă în domeniul sanitar”.

În 1999 a fost stabilit obiectivul principal al WHO – “atingerea de către toți oamenii de pe glob a celui mai înalt posibil nivel de sănătate” – obiectiv preconizat pentru atingere prin intermediul exercitării unui șir lung de funcții de asigurare tehnică, asistență guvernamentală, cooperare internațională și elaborare și implementare a standardelor.

Sursa: *New Challenges for Public Health: Report of an International Meeting*. Geneva: World Health Organization, 1996, and 1999 website: [www://who.org/about/who](http://www.who.org/about/who).

Deciziile de la Alma-Ata au stabilit o nouă direcție în politica sanitară care este aplicabilă atât țărilor în curs de dezvoltare, cât și celor dezvoltate. Pe parcursul anilor 1980 aceasta a influențat major politicile sanitare naționale în țările în curs de dezvoltare și mai puțin în țările dezvoltate. Spre exemplu, țările în curs de dezvoltare au acceptat imunizarea și controlul bolilor diareice ca probleme prioritare și prin aceasta au obținut succese remarcabile în acoperirea populațiilor de către programele de imunizare, realizându-se o creștere a ratei de imunizare de la 10 % la 75 % doar într-un deceniu.

Anexa 2.6. Declarația despre asistența medico-sanitară primară, Alma-Ata, 1978

- 1. Sănătatea este definită ca un drept fundamental uman la o stare de prosperitate fizică, mentală și socială completă și nu doar lipsa bolii sau a infirmității.*
- 2. Existența inechităților evidente în starea sănătății populațiilor, în special între țările în curs de dezvoltare și cele înalt dezvoltate, precum și între grupurile populaționale din aceeași țară devine un subiect de preocupare pentru toate țările.*
- 3. Guvernele poartă responsabilitatea pentru starea sănătății popoarelor lor. Cetățenii au dreptul și sunt obligați să participe la planificarea și implementarea asistenței medico-sanitare.*
- 4. Principalul scop al politicii sociale globale este obținerea de către oamenii de pe întreg globul pământesc către anul 2000 a unui astfel nivel de sănătate care le-ar permite să ducă o viață socială și economică productivă.*
- 5. Asistența medico-sanitară primară (PHC) reprezintă esența asistenței medicale, care se bazează pe cunoștințe practice, științifice și sociale acceptabile.*
- 6. Sistemul de asistență medico-sanitară primară constituie locul de prim contact între individ, familie și sistemul național de sănătate; deoarece această asistență constituie prima verigă a procesului de asigurare a asistenței medico-sanitare ea trebuie apropiată cât mai mult de locul de trai și de lucru al oamenilor.*
- 7. Asistența medico-sanitară primară se dezvoltă reieșind din condițiile și caracteristicile țării și comunității, ea se bazează pe aplicarea cunoștințelor științifice sociale, biomedicale și a experienței sistemului de sănătate publică.*
- 8. Asistența medico-sanitară primară este orientată spre satisfacerea necesităților sanitare de bază ale comunității, furnizând servicii de iluminare în masă, preventive, curative și de reabilitare.*

9. *Asistența medico-sanitară primară include următoarele:*
 - a. *Informarea populației în ce privește problemele sanitare prioritare și metodele de prevenire și control ale lor.*
 - b. *Promovarea suplimentării alimentare și a nutriției echilibrate.*
 - c. *Asigurarea cu apă potabilă și a măsurilor de sanitație.*
 - d. *Protecția sănătății mamei și copilului, planificarea familiei.*
 - e. *Imunizarea contra bolilor infecțioase majore.*
 - f. *Prevenirea bolilor local endemice.*
 - g. *Tratamentul adecvat al bolilor și leziunilor larg răspândite.*
 - h. *Asigurarea cu medicamente esențiale.*
 - i. *Lucrul în echipă a tuturor lucrătorilor medicali.*
10. *Toate guvernele trebuie să elaboreze politici, strategii și planuri sanitare naționale, să mobilizeze puterile politice și resursele și printr-o utilizare rațională a acestora să asigure o asistență medico-sanitară primară pentru toți cetățenii.*

Sursa: Website <http://www.who.dk.policy/almaata.htm>

În țările dezvoltate aceste principii au fost adoptate pe căi diferite. În aceste state conceptul de asistență medico-sanitară primară a dus la o dezvoltare conceptuală importantă în sistemul sanitar, inclusiv la elaborarea programului “Sănătate pentru toți până în anul 2000”, a obiectivelor și scopurilor sanitare în cadrul planificării naționale sanitare. Această abordare sistematică a sănătății individului și comunității este parte componentă a Noii Sănătăți Publice.

Interacțiunile dintre sănătatea publică comunitară, serviciile medicale personale și comportamentul ce ține de sănătate, inclusiv și managementul acestora constituie esența Noii Sănătăți Publice. Organizarea și managementul sistemului sanitar, precum și calitatea serviciilor medicale furnizate au o influență majoră asupra sănătății individului și comunității. Sistemele de informare sanitară care includ cercetările epidemiologice, economice și socio-demografice sunt de o importanță vitală pentru monitorizarea stării sănătății în comunitate și permit deplasarea priorităților asupra problemelor sanitare arzătoare. Pentru furnizarea unor servicii medico-sanitare de calitate, organizarea unui management eficient al sistemului sanitar, efectuarea cercetărilor științifice este nevoie de un personal bine calificat. Informarea sanitară, simțul de responsabilitate ajută în abordarea complexă și delicată a

problemelor sanitare ale individului și societății. Alți factori determinanți ai sănătății individului și a comunității sunt cei fizici, sociali, economici și ecologici. Cooperarea interramurală între organizațiile publice și nonguvernamentale este o condiție necesară pentru obținerea prosperității individului într-o societate sănătoasă.

În anii 1980 și 1990 aceste idei au devenit o parte componentă a Noii Sănătăți Publice care de la bun început era preocupată de problemele modificărilor epidemiologice, economiei sănătății, dezvoltării asistenței medico-sanitare controlate și plătite în avans. Cunoștințele și activitățile comunitare orientate spre reducerea riscurilor sanitare nu sunt mai puțin importante pentru Noua Sănătate Publică, decât rolul medicilor practicieni și a asistenței spitalicești. Toate acestea sunt părți componente ale abordării coerente și integre a problemelor sanitare.

ASISTENȚA MEDICO-SANITARĂ PRIMARĂ SELECTIVĂ

Conceptul de asistență medico-sanitară primară selectivă formulat în anii 1960 de Walsh și Warren este orientat spre satisfacerea necesităților sanitare în țările în curs de dezvoltare și este menit să optimizeze selectarea intervențiilor potrivite pentru îmbunătățirea sănătății luând în considerație resursele financiare limitate, cât și posibilitățile reduse ale instituțiilor specializate și ale personalului medical.

Termenul de asistență medico-sanitară primară selectivă definește prioritățile naționale bazate nu pe cauzele majore ale morbidității și mortalității, ci pe stările patologice generale de importanță epidemiologică care pot fi influențate de aplicarea măsurilor preventive simple și eficiente. Selectarea implicită sau explicită a priorităților pentru alocarea resurselor se realizează prin intermediul planificării sanitare. În asistența medico-sanitară primară selectarea obiectivelor face parte, de asemenea, din procesul de alocare a resurselor. În sănătatea publică modernă acest proces este mai explicit. O țară cu resurse limitate și natalitate sporită trebuie să-și orienteze eforturile în

primul rând asupra protecției sănătății mamei și copilului decât asupra asistenței geriatrice.

Acest concept a devenit parte componentă a microeconomiei sistemului sanitar (vezi Capitolul 11 și 15) și este pe larg utilizat în stabilirea priorităților și alocarea resurselor. Importanța intervențiilor sanitare ieftine și eficiente în sistemul de asistență medico-sanitară primară în țările în curs de dezvoltare a fost subliniată de numeroase organizații internaționale. Aceste intervenții includ iodarea sării, utilizarea terapiei de rehidratare per orală (ORT) în bolile diareice, suplimentarea obligatorie pentru toți copiii cu vitamina A, programe largite de imunizare ș.a., măsuri care anual salvează sute de mii de vieți omenești, în același timp fiind puțin costisitoare. În țările înalt dezvoltate obiectivele trasate ale sistemului de sănătate țin de reducerea accidentelor și factorilor de risc pentru bolile cardiovasculare și sunt realizate prin intervenții, de asemenea ieftine, dar care salvează vieți omenești și reduc necesitatea utilizării asistenței spitalicești.

ABORDAREA RISCULUI

Noțiunea de risc este utilizată pentru selectarea grupurilor populaționale cu o probabilitate înaltă de îmbolnăvire pentru determinarea intervențiilor sanitare prioritare orientate spre reducerea morbidității și mortalității. Conceptul de apreciere a riscului pentru sănătate asigură un anumit minimum de asistență curativ-profilactică pentru toți, dar maximum pentru cei ce într-adevăr o necesită în corespundere cu gradul de risc. În epidemiologie pentru specificarea acestor fenomene sunt utilizați termenii de “risc relativ” și “risc atributiv”.

În populația generală unele grupuri sunt supuse unui risc mai mare de îmbolnăvire de vreo boală decât altele. Programele Organizației Mondiale a Sănătății de imunizare în masă (EPI), Controlul bolilor diareice (CDD) și Infecțiile respiratorii acute (ARD) reprezintă intervenții importante de combatere a problemelor sanitare ale copiilor în țările în curs de dezvoltare.

Instituțiile de sănătate publică acordă o atenție deosebită sănătății mamei și copilului deoarece aceste perioade ale vieții sunt extrem de vulnerabile față de dezvoltarea unor probleme sanitare specifice. Asistența medico-sanitară acordată gravidelor este organizată în baza conceptului de asistență pentru toți și include o evaluare și monitorizare continuă a factorilor de risc care necesită măsuri curativ-profilactice suplimentare. Asistența prenatală facilitează identificarea factorilor de risc care afectează mama sau fătul/nou-născutul. Eforturile orientate asupra acestor grupuri speciale de risc posedă un potențial de reducere a morbidității și mortalității. Identificarea, evaluarea și managementul factorilor de risc sunt de o importanță vitală pentru un program de asistență medico-sanitară maternă reușit.

În mod analogic scopul asistenței medico-sanitare infantile nu constă doar în menținerea sănătății sugarului, ci și în depistarea cât mai precoce a semnelor de deviere de la normă și a necesității unei evaluări și intervenții ulterioare pentru prevenirea agravării stării morbide. Copiii născuți cu deficit de greutate sunt supuși unui risc major de dezvoltare a numeroaselor pericole pentru sănătate, din acest motiv acestor copii trebuie administrat un tratament special. Pentru depistarea anomaliilor congenitale cum ar fi hipotiroidismul congenital (CH) sau fenilcetonuria (PKU) este efectuat screening-ul de rutină al tuturor nou-născuților. Screening-ul de rutină este urmat de investigarea și tratarea copiilor cu stări deficitare. Toate aceste măsuri fac parte din asistența medico-sanitară infantilă și sunt de o importanță majoră, această importanță crescând de pe urma faptului că perioada sugarului (infantilă) însăși prezintă un factor de risc.

Epidemiologia modernă și-a focusat atenția asupra aprecierii riscului, utilizând screening-uri pentru depistarea factorilor genetici, sociali, nutriționali, ecologici, profesionali, comportamentali sau a altor factori care contribuie la dezvoltarea bolii. Conceptul de apreciere a riscului are avantajul de specificitate și frecvent este folosit pentru a iniția noi programe orientate asupra categoriilor speciale de necesități. Acest concept poate facilita crearea unor programe

limitate și rigide care sunt dificil de integrat într-un concept mai complex. Totodată, până la atingerea scopurilor și obiectivelor programelor universale, sunt oportune abordările selective ale problemelor sanitare. Până la obținerea unei acoperiri universale cu asistență medico-sanitară, orientarea eforturilor asupra necesităților și problemelor sanitare ale grupurilor de risc rămâne de o importanță majoră.

Procesul de atingere a unor obiective definite frecvent impune necesitatea efectuării unor alegeri dificile. Asigurarea și utilizarea unor servicii va limita disponibilitatea altor servicii. Acest fenomen reprezintă o interacțiune pozitivă sau negativă între necesitățile competitive și starea sănătății populației.

ARGUMENTE PENTRU ACȚIUNE

Sănătatea publică se ocupă cu identificarea necesităților sanitare prin aprecierea și compararea incidenței sau prevalenței unei stări morbide într-o anumită populație cu incidența și prevalența ei în grupuri populaționale comparabile, precum și cu stabilirea scopurilor orientate spre reducerea sau eliminarea riscului de îmbolnăvire. Totodată sănătatea publică determină căile de intervenire în epidemiologia naturală a bolii și implementează programe de reducere sau eliminare a bolii.

Pentru majorarea eficienței sistemului sanitar în condițiile unei interdependențe și finanțări comune a serviciilor medico-sanitare devin importante controlarea costului asistenței medico-sanitare furnizate și alocarea optimă a resurselor pentru atingerea celor mai bune rezultate. Deci, economia sănătății reprezintă fundamentul politicii sanitare. Noua Sănătate Publică se ocupă cu determinarea necesităților în asistență medico-sanitară sau în alte intervenții, aprecierea costului serviciilor medico-sanitare, asigurarea funcționării lor, precum și cu utilizarea eficientă a resurselor.

TABEL 2.1 Argumente pentru acțiune: factorii și justificarea intervenției sanitare publice

Factori etici și potențiali	Argumente
Dreptul la sănătate Avocatura publică	Așteptările publice și normele sociale A grupurilor, prin mijloacele mass-media, a individului
Necesitatea – epidemiologică și clinică	Morbiditatea, mortalitatea, disabilitatea funcțională, indicii fiziologici
Disponibilitatea tehnologiei	Eficacitatea documentată, securitatea, experiența, acceptabilitatea
„Starea precedentă a lucrurilor”	Practica sanitară publică reușită, ce s-a realizat în centrele de excelență în domeniu
Constrângeri și obligații legale	Legi și decizii judecătorești
Costuri și beneficii	Furnizori, asistență controlată și guverne Costul direct pentru sistemul sanitar; costul indirect pentru individ, familie și societate
Acceptabilitate	Opinia publică și mass-media
Conducerea	Politică și profesionistă
Calitatea vieții	Optimizarea potențialului uman

Necesitatea unor intervenții este atât de evidentă, încât nu necesită o nouă justificare, întrebarea fiind doar cum de a le efectua cel mai eficient. Spre exemplu, imunizarea sugarilor reprezintă un program rentabil de protecție a copiilor și populației întregi de bolile infecțioase evitabile prin vaccinare. Indiferent de cine efectuează această imunizare - fie un serviciu sanitar public sau un medic practician privat – este în interesul sănătății publice ca toți copiii să fie imunizați.

Un caz de erupție a unei boli diareice într-o grădiniță de copii reprezintă un argument evident de acțiune și sistemul de sănătate publică acționează în regim de urgență prin utilizarea celor mai potrivite măsuri epidemiologice. Necesitatea efectuării unei intervenții sanitare este determinată de dovezile clinice și epidemiologice, precum și de importanța acestei intervenții în viziunea publicului. Pentru efectuarea unei intervenții sanitare sunt de o importanță majoră tehnologia disponibilă, eficacitatea și securitatea ei, experiența acumulată și acceptabilitatea etică și financiară. Sunt nu mai puțin valoroase și experiențele de utilizare precedentă a acestei intervenții. Dacă această intervenție anterior s-a soldat cu reducerea riscului pentru individ și populație, acest fapt reprezintă un argument rezonabil pentru implementarea ei.

Analiza costului și beneficiilor efectuată în cadrul justificării intervenției facilitează selectarea optimă a priorităților sanitare.

În prezent devin accesibile noi medicamente, vaccinuri și echipamente medicale. Fiecare realizare tehnico-științifică trebuie examinată pentru stabilirea oportunității sau inoportunității includerii ei în prioritățile sanitare naționale. Uneori, datorită costului exagerat, o țară nu poate să-și permită utilizarea unui nou vaccin în practica de rutină. Totodată acesta poate fi introdus persoanelor supuse unui risc major de îmbolnăvire. În alte cazuri poate fi necesară procurarea de sine stătătoare a vaccinului de către pacient sau familia sa, ceea ce prezintă o problemă etică. Este indiscutabil faptul că recomandarea de a procura vaccinul contravine principiului echității și coeziunii. Pe de altă parte, neinformarea părinților despre beneficiile potențiale ale vaccinului pentru copilul lor creează alte probleme etice.

Eficacitatea programelor de screening în masă care includeau examinări fizice complexe s-a dovedit a fi redusă și acestea nu micșorau considerabil morbiditatea. În anii 1950 – 1960 examinările de rutină ale stării sănătății s-au dovedit a fi eficiente în depistarea precoce a maladiilor. Până la sfârșitul anilor 1970 a devenit pe larg răspândit și acceptat screeningul selectiv și specific. Acesta implică categorii de risc definit pentru o boală specifică și facilitează elucidarea potențialului de acțiuni de remediere. Depistarea precoce prin mamografie a cancerului mamar s-a dovedit a fi eficientă după vârsta de 35 de ani. Frotiul Papanicolau pentru depistarea cancerului de col uterin este indicat categoriilor de vârstă de risc.

În planificarea măsurilor de intervenție trebuie neapărat luat în considerație și factorul de contribuție la îmbunătățirea calității vieții. Necesitatea imunizării contra varicelei poate fi parțial argumentată prin posibilitatea reducerii mortalității și morbidității prin varicelă. Ca argument mai puternic poate servi faptul că această maladie afectează copiii pentru 2 săptămâni și mai mult, ceea ce impune părinții să stea acasă cu copilul. Aceasta rezultă în pierderi economice pentru părinți și societate. Faptul că această

imunizare previne apariția și a herpesului zoster poate, de asemenea, servi drept justificare. Necesitatea vaccinării contra hepatitei B este argumentată în baza afirmației că aceasta previne cancerul hepatic și insuficiența hepatică.

Câte cazuri de boală sunt necesare pentru justificarea unei intervenții? Un caz sau câteva de astfel de boli cum ar fi poliomielita pot fi considerate drept epidemie, în cadrul căreia fiecare caz în parte, din punct de vedere epidemiologic, prezintă un pericol deosebit. Un singur caz de poliomielită presupune infectarea a încă 100 de persoane, dar care nu au dezvoltat forme clinic evidente. Un astfel de caz reprezintă o stare sanitară publică excepțională care necesită eforturi comune ale diferitor organizații pentru a fi rezolvată. Standardele sanitare publice curente clasifică izbucnirea unei epidemii de rujeolă drept o insuficiență totală a sistemului de sănătate publică, chiar și câteva cazuri fiind percepute drept erupție epidemiologică de importanță sanitară majoră sau epidemică.

Evaluarea intervenției sanitare publice pentru prevenirea sau reducerea impactului unei boli necesită monitorizarea maladiei în populație și a impactului ei economic. Nu există o formulă simplă pentru a justifica o intervenție particulară. În prezent pentru argumentarea acesteia este absolut necesară analiza cost-beneficiu. Uneori opinia publică și puterea politică se opune punctului de vedere al profesioniștilor și chiar pot fi limitate resursele politice și financiare pentru a nu permite implementarea măsurilor sanitare. Alteori invers, grupurile profesionale pot insista asupra alocării suplimentare de resurse necesare pentru efectuarea activităților medico-sanitare. Atât grupurile profesionale ale sistemului sanitar, cât și publicul general necesită un acces liber la toată informația legată de sănătate, aceasta fiind utilă, în primul rând, pentru rezolvarea optimă a problemelor sanitare. Progresul sistemului sanitar poate fi asigurat doar prin examinarea permanentă a noilor tehnologii în vederea aprobării sau respingerii lor (Capitolul 15).

ECONOMIA POLITICĂ ȘI SĂNĂTATEA

Odată cu evoluarea conceptului de sănătate publică, îmbunătățirea asistenței medico-sanitare, progresul tehnico-științific, sănătatea devenit o arie de activități legitime bazate pe contractării colective și guvernamentale. Datorită acestui fapt a fost posibilă identificarea mai precisă a volumului resurselor necesare pentru asistența medico-sanitară controlată și a responsabilităților publice. În țările industrializate, indiferent de orientarea politică, responsabilitățile naționale referitor la accesul universal la serviciile medico-sanitare au devenit parte componentă a politicii sociale tradiționale. Odată cu aceasta, finanțarea și managementul serviciilor medico-sanitare au devenit parte componentă a conceptului de sănătate publică, iar economia, planificarea și managementul sanitar au întregit conceptul de Noua Sănătate Publică (vezi Capitolele 10-13).

Problemele sociale, etice și politice influențează semnificativ deciziile politice de care depind, în mare măsură, prioritățile naționale și nivelul de finanțare a unor sau altor programe. Investițiile în sănătatea publică reprezintă o parte integrală a dezvoltării socio-economice. Principalii furnizori de fonduri pentru dezvoltarea infrastructurii sanitare, asigurarea funcționării serviciilor medico-sanitare și a sistemului de achitări pentru serviciile sanitare sunt guvernele. Acestea joacă rolul decisiv și în dezvoltarea programelor de promovare a sănătății, de monitorizare a purității mediului înconjurător, de asigurare cu produse alimentare și medicamente esențiale pentru sănătatea comunității.

Conceptele liberale social democratice consideră sănătatea ca drept fundamental al individului. Statul poartă responsabilitatea financiară pentru asigurarea accesibilității, disponibilității și calității serviciilor medico-sanitare. În multe țări dezvoltate guvernele sunt, de asemenea, responsabile pentru organizarea unei asistențe medico-sanitare universal accesibile și de calitate. Finanțarea asistenței medico-sanitare este efectuată prin intermediul

impozitării, alocării directe a resurselor și achitarea obligatorie de către patroni a asigurării medicale pentru lucrători. Serviciile medico-sanitare pot fi furnizate de către organizații de stat sau nonguvernamentale, precum și prin servicii private. În aceste sisteme sociale pentru asigurarea asistenței medico-sanitare sunt alocate de la 6 la 14 % din Produsul național brut (GNP) și aproximativ 80 % din cheltuieli pentru sănătate sunt acoperite de către stat (în Canada și Marea Britanie).

În țările socialiste toți cetățenii au drepturi egale la asistența medico-sanitară. Sistemul de sănătate de stat este responsabil pentru organizarea cercetărilor științifice, perfecționarea personalului medical, furnizarea serviciilor medico-sanitare, autoritățile sanitare locale posedând doar o libertate operațională minimă. Acest sistem funcționa în fosta Uniune Sovietică și în țările lagărului socialist. Experiența aceasta a fost împrumutată și de către unele țări în curs de dezvoltare. În aceste sisteme (cu excepția Cubei) finanțarea sănătății este de o prioritate națională joasă cu alocarea pentru necesitățile medico-sanitare a doar 4 % din GNP. În anii 1990, odată cu trecerea la economia de piață, în aceste țări s-a înrăutățit simțitor starea sănătății populației, mai ales în perioada de tranziție de la sistemul de sănătate centralizat la cel decentralizat cu repartizare difuză a puterii și responsabilităților. Trecerea la economia de piață în țările fostei URSS poate reduce accesibilitatea asistenței medico-sanitare și crea o nouă dilemă pentru guverne.

Fostele țări coloniale, care au devenit independente în anii 1950 – 1960, au păstrat elementele sistemului sanitar format de autoritățile coloniale, totodată împrumutând și formele centralizate de organizare a asistenței medico-sanitare de la țările socialiste. În majoritatea țărilor în curs de dezvoltare finanțarea asistenței medico-sanitare este de o prioritate națională joasă, pentru aceasta alocându-se doar până la 3 % din GNP. Pe parcursul anilor 1980 în aceste țări s-a stabilit o tendință de decentralizare a serviciilor medico-sanitare și de majorare a rolului NGO în organizarea și furnizarea asistenței medicale,

totodată dezvoltându-se și medicina prin asigurare. Unele foste colonii au urmat exemplul statelor colonizatoare și au mers pe calea creării și dezvoltării serviciilor medicale specializate în centrele urbane, în același timp neglijând asistența medicală acordată populației majoritare rurale. Influența sovietică asupra fostelor țări coloniale s-a reflectat în utilizarea sistemelor de organizare a asistenței medico-sanitare gestionate în exclusivitate de stat. Deși Organizația Mondială a Sănătății promova orientarea eforturilor asupra asistenței medico-sanitare primare, accentul era plasat pe alocarea resurselor pentru dezvoltarea asistenței specializate în centrele urbane. Israelul, fostă țară colonială, a utilizat conceptul britanic de organizare a sistemului de sănătate publică în combinație cu practica Europei Centrale de folosire a fundațiilor de asigurare medicală și de protecție a sănătății mamei și copilului ca direcție principală de dezvoltare până la mijlocul anilor 1990.

În multe țări industrial dezvoltate sistemul de sănătate publică este organizat în baza neoconservatismului, care la rândul său promovează credința în forța reglatoare a economiei de piață și a individualismului și neagă valoarea ideilor liberale și socialiste. Conform acestui concept fiecare individ poartă responsabilitatea pentru sănătatea proprie (și doar pentru ea), inclusiv pentru achitarea serviciilor medico-sanitare și pretinde la o asistență medico-sanitară de calitate maximă.

Forțele de piață, competiția pentru resursele financiare și asigurarea serviciilor medico-sanitare, achitate în exclusivitate de către consumator sau companie privată de asigurare, capacitatea de plată – toate acestea au devenit părți componente ale ideologiei neoconservatismului. În conformitate cu acest concept pacientul (consumatorul) își alege serviciile medico-sanitare de cea mai bună calitate și succesul este de partea instituțiilor și profesionistului medical care reușește să îndeplinească din plin necesitățile consumatorului. Efectiv în aceste condiții statul nu trebuie să participe la asigurarea și finanțarea serviciilor medicale, exclusiv serviciile care țin de sănătatea populației întregi și protecția mediului ambiant, și nu se poate amesteca în alegerea individuală a

fiecăruia. Statul se ocupă doar cu asigurarea sistemului cu cadre medicale bine pregătite și permite mecanismelor de piață să stabilească singure prețul și repartizarea serviciilor medico-sanitare exercitând un control minim. Persoanele private și grupurile de persoane au dreptul să organizeze diferite tipuri de servicii medicale la alegerea proprie. În Statele Unite această strategie a fost modificată și implementată; astăzi 85% din populația SUA este acoperită de asigurarea medicală privată sau de stat.

Modificarea relațiilor de piață în domeniul sănătății publice este de o importanță majoră pentru societatea care tinde spre asigurarea unei asistențe medico-sanitare de calitate înaltă și spre limitarea costului serviciilor medicale. Relațiile de piață influențează semnificativ asigurarea asistenței medico-sanitare, limitând și controlând volumul diferitor servicii cum ar fi, spre exemplu numărul de paturi staționare, numărul de specialiști în diferite domenii. În mod obligatoriu sunt introduse în practică astfel de mecanisme de achitare a serviciilor prin care se obține o micșorare a duratei de spitalizare a pacientului. Asistența medico-sanitară în condițiile economiei de piață este foarte costisitoare și în final ineficientă, fapt determinat de inflația veniturilor furnizorilor de servicii medicale și utilizarea excesivă a tehnologiilor sofisticate de ultimă oră. În anul 1996 în SUA cheltuielile statale pentru sănătate au constituit 13,7% din Produsul național brut (GNP), care este cel mai înalt în lume. Totodată au fost depistate neajunsuri serioase în asigurarea cu servicii medico-sanitare a persoanelor deținătoare de asigurări medicale incomplete sau a celor neasigurați (aproximativ 30% din populație). În același timp Canada care cheltuiește pentru sănătate doar 9% din GNP (locul doi după nivelul de cheltuieli pentru sistemul sanitar) a obținut un nivel de 100% de asigurare medicală obligatorie. După nereușita programului național de sănătate propus de președintele Clinton în 1994, Congresul conservativ și oamenii de afaceri au întreprins măsuri pentru extinderea asistenței medico-sanitare controlate, fapt ce s-a soldat cu o revoluție în sistemul de asistență medico-sanitară din Statele Unite (vezi Capitolul 11 și 13).

Reformele de piață sunt implementate în multe sisteme de sănătate. Acestea sunt realizate prin intermediul introducerii factorilor de stimulare cu scop de obținere a unui progres al indicatorilor de performanță, cum ar fi, spre exemplu, imunizarea totală a populației. În alte cazuri este introdus controlul resurselor, cum ar fi, spre exemplu, numărul de paturi spitalicești sau numărul de medici licențiați toate acestea având ca scop limitarea costurilor pentru asistența medico-sanitară. Mecanismele economiei de piață sunt orientate atât asupra consumatorului, cât și asupra producătorului (furnizori de servicii medicale – medici, instituții medicale). Sistemele de achitare pentru serviciile medicale sunt menite să apere drepturile legitime ale consumatorilor și să limiteze implementarea unor factori de stimulare care ar micșora calitatea asistenței medico-sanitare. Oricum în condițiile unei răspândiri largi a serviciilor medicale private și a unor prețuri considerabile la asistența medico-sanitară, principiul echității și accesibilității universale este încălcat, ceea ce se reflectă negativ, în primul rând, asupra păturilor sociale cu venit mic și mediu. Acest tip de organizare a sistemelor sanitare influențează negativ dezvoltarea medicinei prin asigurare în țările în curs de dezvoltare și restructurarea sistemelor de sănătate în țările post-sovietice. Cea mai optimă alternativă a relațiilor de piață în sistemul de sănătate este sistemul de asistență medico-sanitară controlată care limitează practica medicală oferită contra plată și facilitează utilizarea rațională a serviciilor. Sistemul de sănătate bazat pe relații de piață afectează și planificarea sistemelor de asigurare medicală în țările în curs de dezvoltare cu sisteme de sănătate antecedent înalt centralizate, precum și restructurarea sistemelor de sănătate în țările post-sovietice.

În anii 1990 reformarea sistemului sanitar a devenit un fenomen comun pentru majoritatea țărilor indiferent de orânduirea politică și nivelul de dezvoltare, ca scop servind optimizarea raportului cost-eficacitate, îmbunătățirea calității asistenței medico-sanitare și asigurarea unei acoperiri universale. Noua paradigmă a reformelor sanitare constă în convergența diferitor sisteme de sănătate în baza unor principii comune cu trecerea finanțării

la cea de stat, repartizarea responsabilităților între autoritățile locale și implementarea asistenței medico-sanitare controlate. În țările înalt dezvoltate au fost deja aprobate și implementate sistemele de asigurare medicală. Spre exemplu, în Statele Unite guvernul este responsabil de asigurarea grupurilor de risc major cum ar fi cei vârstnici și persoanele dezavantajate, asigurarea lucrătorilor fiind lăsată pe seama companiilor de asigurări medicale private. Natura și direcția reformei sanitare care afectează nivelul de acoperire a populației cu asistență medico-sanitară este de o importanță crucială în Noua Sănătate Publică, deoarece influențează alocarea resurselor și starea sănătății populației.

SĂNĂTATEA ȘI DEZVOLTAREA

Populația sănătoasă reprezintă un factor important care influențează dezvoltarea social-economică: persoanele sănătoase tind să primească o instruire corespunzătoare, lucrează mai productiv, majorând bunăstarea proprie și a societății. Standardele înalte de viață contribuie simțitor la îmbunătățirea sănătății publice; totodată afirmația contrară nu este întotdeauna recunoscută. În multe țări investițiile în sănătate nu sunt considerate priorități naționale de primă necesitate, aceste alocări fiind considerate ca neproductive și impuse.

Problema referitor la aportul sănătății la dezvoltarea economică sau lipsa acestuia – sănătatea considerându-se drept simplu consumator de resurse ale societății, reprezintă tema fundamentală de discuție între conceptele social orientate și cele bazate pe relațiile de piață. Economia politică clasică, atât cea capitalistă, cât și cea marxistă considerau că medicina impune cheltuieli irositoare ale resurselor sociale, care ar putea fi utilizate pentru dezvoltarea producției materiale. Consecințele acestor concepte le putem observa și astăzi în țările în curs de dezvoltare unde cheltuielile pentru sănătate sunt de ultimă prioritate, iar potențialul economic al sistemului de sănătate este precăutat doar din punct de vedere al creării noilor locuri de muncă și creșterii veniturilor în

sectorul medical privat. Din acest motiv nu sunt alocate mijloace financiare pentru dezvoltarea infrastructurii sanitare și ca rezultat dezvoltarea asistenței medico-sanitare este stopată.

Conceptele social orientate consideră investițiile în sănătate și învățământ drept mod de păstrare și dezvoltare a „capitalului uman” – investiții capitale de lungă durată în economia țării. În 1993 Banca Mondială a adoptat un document de importanță crucială – *Raportul despre dezvoltarea mondială: Investiții în sănătate*, unde au fost specificate noile concepte economice în care sănătatea, de rând cu educația și dezvoltarea socială sunt considerate drept contribuții esențiale pentru dezvoltarea economică. Deși numeroși savanți din domeniul medicinei demult remarcă importanța sănătății pentru dezvoltarea socială și economică, adoptarea acestui concept de către Banca Mondială reprezintă un eveniment crucial pentru investiții în țările în curs de dezvoltare, pentru sănătate fiind oferite credite cu destinație specială.

Conceptul de „coș de servicii esențiale” discutat în acest raport stabilește prioritățile pentru țările cu venit național mic și mediu cu scop de utilizare eficientă a resurselor bazată pe analiza impactului bolii și cost-eficacitatea serviciului. Aceste priorități includ atât servicii preventive, cât și curative pentru problemele sanitare specifice. „Coșul de servicii esențiale” stabilește normele minime de asistență medico-sanitară la cap de locuitor: 1 pat spitalicesc la 1000 populație, 1 medic-terapeut și 2-4 asistente medicale la 10.000 populație, concomitent fiind reorientate cheltuielile statale pentru sănătate cu scop de asigurare a accesului echitabil la serviciile de bază de asistență medico-sanitară primară pentru persoanele dezavantajate. Alte servicii sunt definite ca „servicii facultative”, care pot fi finanțate din surse private sau publice. Acest concept este de o importanță majoră pentru sănătatea publică.

SISTEME DE SĂNĂTATE: MOTIVAȚIA REFORMEI

Odată cu orientarea asistenței medico-sanitare spre prevenție și începutul unei noi epoci a asistenței medico-sanitare controlate diferențele între sănătatea publică și medicina clinică devin tot mai mici. După cum a fost menționat mai sus, în prezent multe țări sunt angajate în reformarea propriilor sisteme de sănătate. Motivația acestui proces parțial derivă din necesitatea limitării costurilor sau extinderii acoperirii populației cu asistență medico-sanitară. În țările în care lipsește un sistem sanitar universal există inechități pregnante în distribuirea sau accesul la serviciile medico-sanitare și scopul reformelor este de a reduce aceste inechități și, prin intermediul presiunilor politice, de a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale acordate populației.

În unele cazuri sistemul medical nu reușește să meargă în pas cu dezvoltarea prevenției și medicinei clinice. Unele țări acordă o atenție deosebită dezvoltării asistenței medicale și spitalicești, neglijând importanța intervențiilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire. Procesul de reformare a sistemelor sanitare necesită elaborarea unor standarde de apreciere a stării sănătății și de menținere a balanței dintre serviciile medicale. Spre exemplu, un serviciu medico-sanitar își pune scopul de a vaccina 95 % de sugari și elaborează un program național de imunizare în masă, dar pentru aceasta este nevoie de un sistem de monitorizare a efectuării lui.

Câteodată sistemul medical nu reușește să se adapteze la modificările vertiginoase ale științei și tehnologiei medicale, precum și la noile metode de profilaxie. Ca rezultat pot apărea erori grave în alocarea resurselor cu o finanțare exagerată a asistenței spitalicești și acordarea unei atenții insuficiente asistenței medico-sanitare primare și profilaxiei. Pentru corectarea acestor erori sunt necesare mecanisme speciale bazate pe o monitorizare minuțioasă a răspândirii bolii și a altor indicatori sanitaro-epidemiologici, cum ar fi utilizarea fondului spitalicesc, volumul asistenței ambulatorii și preventive. Spre exemplu, Serviciul Național de Sănătate din Marea Britanie își reformează periodic o parte din sistem pentru îmbunătățirea eficienței serviciului. Această

reformare include schimbări organizatorice și decentralizarea prin intermediul modificării metodelor de alocare a resurselor.

Evoluția continuă a societății afectează indicii demografici și epidemiologici, iar sistemul sanitar este influențat de schimbările tehnologice, financiare și organizatorice. Problemele noi apărute și prioritățile trebuie revizuite cu scop de elaborare a unor metode eficiente de abordare a lor. Reformele pot fi cauza unor probleme neașteptate cum ar fi insatisfacția profesională sau publică, care, dacă a apărut, trebuie evaluată, monitorizată și abordată ca parte componentă a evoluției sănătății publice.

APĂRAREA INTERESELOR ȘI CONSUMERISMUL

Creșterea nivelului de instruire, libertatea presei și a altor mijloace mass-media, interesarea tot mai profundă a societății în problemele ecologice și sanitare au contribuit la constituirea sănătății publice. În anii 1780, comunitatea medicală britanică a insistat asupra limitării vânzărilor de alcool muncitorilor pentru ai proteja de alcoolism. La sfârșitul secolului XVIII și în secolul XIX în rezultatul acțiunilor unor grupuri bine organizate care au influențat opinia publică prin intermediul presei, au fost inițiate reforme în societate și implementate măsuri de sanitație a mediului înconjurător. Astfel de presiuni stimulau guvernele să acționeze în direcția îmbunătățirii condițiilor de lucru în mine și uzine. Anularea sclavagismului și persecutarea pentru comerțul cu sclavi de către Flota britanică la începutul secolului XIX a fost posibilă după inițiativele și presiunea, exercitată prin intermediul presei, din partea unor grupuri organizate de apărare a intereselor. Vaccinarea contra variolei a fost promovată de către grupuri private de cetățeni, ulterior această practică fiind preluată de autoritățile locale și guvernamentale.

Apărarea intereselor (*Advocacy*) sunt acțiuni efectuate de către indivizi sau grupuri sociale cu scop de elucidare a necesității de implementare a unui plan, de convingere a populației în utilitatea lui, de susținere a măsurilor orientate spre realizarea acestuia. Sănătatea publică contemporană s-a constituit datorită

reformelor efectuate în secolul XIX. Reformele au implicat diverse aspecte ale sistemului sanitar: restructurarea instituțiilor psihiatrice curative, îmbunătățirea nutriției marinarilor, modificarea Codului muncii, care a dus la îmbunătățirea condițiilor de lucru a femeilor și copiilor în mine și uzine, introducerea instruirii obligatorii și îmbunătățirea condițiilor de viață a populației lucrătoare. Aceste reforme au fost posibile în rezultatul acțiunilor unor grupuri de apărare a intereselor care prin intermediul presei au convins opinia publică și parlamentele diferitor țări în necesitatea luării unor decizii politice corespunzătoare. În Europa astfel de reforme au fost în mare parte motivate de frica de revoluție de la mijlocul secolului XIX și la începutul secolului XX.

Anexa 2.7. Linia Plimsoll

Samuel Plimsoll, membru al Parlamentului Britanic ales din partea districtului Derby în 1868, ducea o luptă politică de sine stătătoare pentru securitatea marinarilor. În cartea sa „Marinarii noștri” el a descris practica de ieșire a corabiilor în mare, acestea fiind într-atât de încărcate cu cărbune și fier, încât apa inunda permanent puntea. Corabiile supraîncărcate frecvent se scufundau ducând cu ele numeroase vieți de marinari. Armatorii în așa caz primeau premii de asigurare considerabile. Supraîncărcarea corabiilor Flotei britanice era cauza numeroaselor naufragii în care își pierdeau viața mii de marinari. Plimsoll a cerut ca în mod obligatoriu să fie desemnată linia de încărcare, care să corespundă cu nivelul apei în caz de încărcare completă admisibilă a corabiei. Apărându-și interesele armatorii au opus o rezistență crâncenă, dar Plimsoll a ieșit biruitor din această încăierare, obținând decizia Comisiei regale în baza căreia parlamentul a aprobat legea care-i obliga pe armatori să desemneze linia maximal admisibilă de plutire – „linia Plimsoll”, care asigura securitatea navigației maritime. O lege similară pentru corabiile comerciale a fost adoptată în SUA în 1929 de către Biroul de navigare maritimă a Statelor Unite. Este imposibil de apreciat câte vieți omenești au fost salvate în rezultatul adoptării legilor despre „linia Plimsoll”.

Sindicatele, iar înaintea lor breslele medievale, au luptat pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și limitarea timpului de lucru, precum și pentru obținerea beneficiilor sociale și sanitare pentru membrii lor. În Statele Unite printre populația lucrătoare a devenit pe larg răspândită contractarea colectivă prin intermediul sindicatelor, ceea ce a precedat apariția asigurării medicale voluntare, care a servit drept primă practică de asistență medico-

sanitară preplătită – predecesoare a organizațiilor de menținere a sănătății și de asistență medico-sanitară controlată.

Prin sensibilizarea opiniei publice referitor la diverse probleme grupurile de apărare a intereselor impun guvernele să ia decizii reglatoare în diferite domenii cum ar fi, spre exemplu, interzicerea fumatului în locurile publice și a publicității țigărilor, obligarea de utilizare a căștilor pentru motocicliști etc. Grupurile de apărare a intereselor joacă un rol important în protejarea bolnavilor cu cancer, scleroză diseminată (în plăci), talasemie; ele contribuie la promovarea modului sănătos de viață, ca exemplu servind eforturile Ligii La Leche de propagare a alimentării la sân. Unele organizații finanțează serviciile medico-sanitare, care nu sunt acoperite de asigurarea medicală. Astfel de organizații, numărul cărora într-o țară poate atinge câteva sute, se ocupă de o problemă anumită și joacă un rol important în îndeplinirea necesităților societății ce țin de asistența medico-sanitară. Grupurile de apărare a intereselor inclusiv sindicatele, grupurile profesionale, feministe, de autoajutor și multe altele își orientează eforturile asupra unei probleme specifice și aduc contribuții vitale la dezvoltarea Noii Sănătăți Publice.

Grupuri profesionale de apărare a intereselor și rezistența

Istoricul sănătății publice este strâns legat de descoperirile savanților care întâmpinau o rezistență din partea curentelor conservative ale medicinei, a autorităților locale și politicienilor. Prin eforturile adeptilor conservatismului au fost reținute implementarea unor inițiative prețioase. Ca exemplu poate servi trăgănarea implementării vaccinării lui Jenner, respingerea lui Semmelweis de către colegii din Viena, rezistența opusă lui Pasteur, Florence Nightingale ș.a. La sfârșitul secolului XIX vaccinarea lui Jenner a fost aprobată pretutindeni și adepții acestei metode de imunizare au contribuit la eradicarea globală a variolei. Fiecare realizare în domeniul medicinei care astăzi ne pare evidentă, în acele timpuri, întâmpina o rezistență înverșunată.

Grupele de apărare a intereselor frecvent colaborau cu medicii, dar rar erau susținute de autoritățile publice. David Marine din Clinica din Cleveland și David Cowie, profesor în pediatrie de la Universitatea din Michigan au propus o metodă de prevenire a gușei endemice prin iodarea sării. În lucrările sale inițial, administrând iod prin bucatele din pește, iar apoi (1917-1919) efectuând o experiență clinică printre elevi Marine a demonstrat că utilizarea iodului în alimentație previne dezvoltarea gușei endemice. David Cowie fiind sprijinit de mai mulți medici a inițiat o campanie de iodare a sării și în anul 1924 a reușit să convingă producătorul de sare să producă sare iodată, practică care s-a răspândit repede prin întreaga Americă de Nord. În mod similar iodarea sării s-a răspândit și în Europa. Acest fapt a fost obținut fără participarea organelor guvernamentale și legislative, fapt care se reflectă și astăzi printr-o incidență majoră a afecțiunilor deficitare de iod (după datele anului 1995 prezente la 1,6 miliarde de oameni în lume). La Întrunirea mondială de vârf pe problemele copiilor au fost stabilite obiectivele de eradicare a bolilor deficitare de iod (IDD) către anul 2000 în legătură cu ce WHO în 1994 a cerut iodarea obligatorie a sării în toată lumea.

Anexa 2.8. „Dușmanul poporului”

Apărarea intereselor reprezintă o funcție a sănătății publice care este importantă pentru promovarea realizărilor în domeniu ceea ce contravenea frecvent normelor și organizațiilor stabilite. Un exemplu clasic de astfel de fenomen este descris în piesa lui Henrik Ibsen „Dușmanul poporului” în care eroul principal, un tânăr doctor, descoperă că sistemul de aprovizionare cu apă a comunității este contaminat. Administrația locală în frunte cu fratele său se stăruie să ascundă această informație deoarece puteau fi afectate planurile de dezvoltare a industriei turistice în acest orașel mic norvegian de la sfârșitul secolului XIX. Tânărul medic este izgonit din localitate, fiind declarat „dușman al poporului” și pericol potențial pentru oraș. Această temă a fost oglindită ulterior mult mai sinistru în novela lui George Orwell din 1984 și utilizată de regimurile totalitariste din anii 1930 și până în prezent.

Organizațiile profesionale au jucat un rol important în îmbunătățirea sănătății copiilor și femeilor, în ameliorarea situației ecologice și majorarea securității procesului de producere. Aceasta servește drept argument

incontestabil în favoarea existenței unor astfel de organizații profesionale de forță, în cadrul cărora sunt analizate din diferite puncte profesionale de vedere problemele sănătății publice și datorită cărora este asigurat nivelul înalt de standarde față de asistența medico-sanitară. Academia Americană de Pediatrie a contribuit esențial la majorarea standardelor asigurării medico-sanitare acordate sugarilor și copiilor în Statele Unite și în toată lumea. Sistemul de acreditare a spitalelor adoptat în Statele Unite, Canada și în ultimul timp în Australia și Marea Britanie reprezintă un exemplu de contribuție a organizațiilor nonguvernamentale, cum ar fi asociațiile profesionale, la creșterea nivelului de asistență medico-sanitară în spitale. Datorită eforturilor acestor organizații au fost stabilite standarde corespunzătoare, pe parcursul deceniilor se efectua expertiza colegială sistematică a activităților spitalelor, instituțiilor de îngrijire a bolnavilor cronici și invalizilor, instituțiilor de asistență medico-sanitară primară, spitalelor psihiatrice, precum și a centrelor de asistență ambulatorie și agențiilor de sănătate publică.

Sănătatea publică trebuie protejată de efectele negative ale apărării intereselor, care uneori se bazează pe interesele proprii sau conservatismul profesional. Organizațiile profesionale pot fi și apărători ai ordinii obișnuite (status quo) în fața pericolului de modificare a sistemului existent. Astfel pe parcursul a mai multor decenii s-a constituit opoziția reprezentată de Asociația Americană Medicală și companiile de asigurare, față de proiectul statal de asigurare medicală. În unele cazuri interesele personale ale reprezentanților unei profesii pot bloca dezvoltarea legitimă a altor specialități, spre exemplu, oftalmologii au blocat pe mult timp dezvoltarea profesiei de optometrist, care la moment este acceptată.

Descoperirea efectuată de Jenner a vaccinării cu variolă bovină pentru prevenirea variolei umane a fost adoptată rapid și pe larg. Totodată grupurile organizate de oponenți ai acestei metode – antivacciniștii împreună cu medicii care se ocupau cu practica extrem de profitabilă de variolizare, au împiedicat implementarea acestei metode în unele țări pentru mai multe decenii.

Fluorizarea apei potabile - cea mai eficace metodă de contracarare a cariei dentare, întâmpină și astăzi rezistența unor grupuri de persoane care au reușit să blocheze utilizarea acestei metode în unele țări. Opoziția poate duce și la anularea măsurilor întreprinse deja de către sănătatea publică. În pofida morbidității și mortalității ridicate din cauza traumatismelor prin arme de foc în SUA, proiectele legii de limitare a vânzării armelor de foc întâmpină o rezistență bine organizată de către forțe politice puternice.

În statele în care deciziile sunt luate într-un cerc restrâns și nu prin intermediul unei discuții largi progresul în domeniul sanitar poate deveni imposibil. În prezent aceasta se întâmplă din cauza administrării statale birocratice a sectorului medical. În acest caz personalul medical nu-și poate expune părerea pentru sau contra inovației, iar conducerea organizațiilor profesionale responsabile de luarea deciziilor frecvent este de partea conservatismului. Astfel de organizații profesionale cum ar fi Asociația Americană de Sănătate Publică (APHA) se ocupă de promulgarea programelor de sănătate publică și poate influența semnificativ politica publică. La mijlocul anului 1996, prin eforturile Ministrului de Servicii Umane și Sănătate (HHS) al Statelor Unite, a fost organizată o întrunire la care au luat parte conducătorii organizațiilor de sănătate publică, precum și reprezentanți din partea Asociației Americane Medicale (AMA) și din partea centrelor medicale academice ca scop general servind depistarea ariilor de interese comune în vederea îmbunătățirii sănătății populației.

Apărarea intereselor publice poate juca un rol important în atragerea atenției asupra problemelor ecologice. În 1995 organizația Greenpeace – activist ecologic internațional – a inițiat o campanie contra poluării Mării Nordului cu produse petroliere de către turlele de foraj și a impus companiile petroliere să găsească alte alternative mai puțin periculoase pentru mediul ambiant. De asemenea, această organizație a luptat contra reluării experiențelor nucleare de către Franța în bazinul Pacificului de Sud. Protestele internaționale au dus în final la dezicerea de la majoritatea experiențelor cu arma nucleară. O

astfel de manifestare de protest s-a soldat cu interzicerea vânatului focilor și balenelor în apele canadiene. Astăzi continuă campania de protest contra tăierii pădurilor de ploi amazoniene.

Conferințele internaționale ajută la crearea unei ambiante globale de apărare a intereselor sanitare. Conferințele sanitare internaționale din secolul XIX au convenit asupra măsurilor de prevenire a epidemiilor de holeră. În secolul XX conferințele internaționale continuă să servească drept loc de apărare a intereselor sanitare la nivel global, plasându-le în fruntea priorităților naționale ale diferitor țări. WHO, UNICEF și alte organizații internaționale continuă să-și îndeplinească misiunea sa nobilă și astăzi (vezi Capitolul 16).

Consumerismul

Consumerismul reprezintă o mișcare socială care promovează interesele consumatorului de servicii și bunuri materiale. Această mișcare a luat naștere în SUA în anii 1960 din coeziunea mișcării de apărare a drepturilor civile și celei antimilitariste și ulterior s-a răspândit în întreaga lume occidentală. Atenția primordială a fost acordată problemelor ecologice și tehnicii securității, precum și dreptului consumatorilor. Tachel Carson a atras atenția opiniei publice la efectele dramatice ale DDT asupra lumii animale și mediului ambiant. În această perioadă sub influența mișcării de apărare a drepturilor civile din Statele Unite, în toată lumea au luat naștere mișcări ecologice, care în Europa de Vest s-au transformat în mișcarea „Greens” („Verzi”).

Prima manifestare a consumerismului este legată de activitatea juristului american Ralph Nader care a publicat o carte cu o puternică rezonanță socială despre pericolele circulației rutiere în SUA, dat fiind faptul că producătorii de automobile erau cointeresați în primul rând de calitățile externe ale mijloacelor auto și în ultimul rând de securitatea șoferilor. Publicațiile lui Ralph Nader au inițiat o largă campanie socială împotriva tentativelor producătorilor de a economisi din contul calității și de a profita de pe urma bunurilor materiale care pun în pericol viața consumatorilor. În cartea sa *Pericol la orice viteză* din 1965

el a accentuat faptul că în industria de automobile a Statelor Unite veniturile și stilul sunt puse mai sus de securitate. În rezultatul acestei campanii Congresul SUA în anul 1966 a promulgat Actul național de securitate a circulației rutiere în care au fost stabilite standardele de securitate și normele maxim admisibile de poluare a aerului cu gaze de eșapament. Ulterior mișcarea de apărare a drepturilor consumatorilor a luptat pentru majorarea standardelor în industria alimentară, protecția sănătății lucrătorilor mineri și din industria de extragere a gazului, precum și a populației care locuia în vecinătatea acestor întreprinderi; această mișcare a luptat și pentru reglarea utilizării pesticidelor în agricultură ș.a. În rezultatul acestei campanii au fost adoptate legi care apărau dreptul consumatorilor la informare referitor la proprietățile bunurilor comercializate care au început să fie detaliat specificate pe ambalaj.

Consumerismul a devenit o parte indispensabilă a economiei de piață; consumatorul informat, abil să-și apere drepturile, exercită o puternică influență asupra politicii prețurilor, calității și securității bunurilor materiale. În industria alimentară consumerismul a dus la îmbunătățirea calității ambalajului, indicării precise a conținutului produsului alimentar și îmbogățirea alimentelor cu vitamine și microelemente. Au apărut în vânzare un asortiment larg de produse lactate și din carne cu conținut scăzut de grăsimi, deoarece consumatorul a devenit conștient despre acțiunea nocivă a acestora asupra sănătății. Un proces analogic a avut loc și în cazul materialelor și vopselelor utilizate pentru confecționarea jucăriilor – toate acestea au început să fie drastic testate la toxicitate. La general mișcarea de apărare a drepturilor consumatorilor a dus la majorarea semnificativă a standardelor de producere și la creșterea responsabilității producătorului față de calitatea producției.

Voluntariatul și implicarea comunității

Apărarea intereselor și voluntarul pășesc cot la cot. Voluntariatul se poate manifesta în mod diferit începând cu înființarea fondurilor și colectarea mijloacelor financiare și până la implementarea programelor complexe. Astfel

pot fi constituite fonduri pentru construirea spitalelor sau clinicilor comunitare sau pentru asigurarea asistenței medico-sanitare persoanelor în vârstă și invalizilor; adolescenții pot activa în spitale în bază de voluntariat efectuând lucrul care nu intră în competența personalului medical profesional. Voluntarii pot fi implicați în măsuri de profilaxie, spre exemplu, în timpul efectuării imunizării, și în transportarea invalizilor și persoanelor vârstnice etc., activități care nu sunt incluse în coșul național de servicii, asigurat de stat, de medicina prin asigurare și de serviciile de sănătate publică. Participarea comunității ca și voluntariatul poate prelua diferite forme. Activitatea organizațiilor feministe orientate spre lichidarea analfabetismului și îmbunătățirea alimentației din America de Nord de la sfârșitul secolului XIX – începutul secolului XX a influențat semnificativ îmbunătățirea sănătății populației. Eforturile propagandiste orientate spre atragerea voluntarilor și fondurilor pentru asigurarea serviciilor necesare și efectuarea reformelor în unele cazuri impun instituțiile sanitare guvernamentale și sistemele de asigurare medicală să revizuiască practica adoptată și să elaboreze programe corespunzătoare orientate spre satisfacerea necesităților populației.

CONCEPTUL DOMENIULUI SĂNĂTĂȚII

Către anii 1970 în toată Canada funcționa sistemul de stat de asigurări medicale. Pentru aprecierea stării naționale a sănătății în condițiile creșterii vertiginoase a costurilor pentru serviciile medicale Ministrul Federal al Sănătății, Marc LaLonde a inițiat un program de evaluare a sănătății naționale care s-a încununat cu constituirea în anul 1974 a conceptului „domeniului sănătății” care definea sănătatea ca un rezultat al interacțiunii a mai multor factori majori: biologia umană, mediul ambiant, comportamentul și organizațiile de asistență medico-sanitară. Conceptul subliniază rolul determinant al factorilor sociali și al comportamentului (modului de viață) în morbiditatea și mortalitatea populației. Acest concept a fost pe larg acceptat și a

facilitat implementarea noilor inițiative orientate spre promovarea sănătății în condițiile schimbării factorilor ecologici și comportamentali.

Conceptul „domeniului sănătății” vine din timpurile când o serie de studii epidemiologice au demonstrat că particularitățile modului de viață legate de hipernutriție, hipodinamie și fumat reprezintă factori de risc pentru dezvoltarea bolilor cardio-vasculare și celor oncologice. La baza acestui concept stă ideea că particularitățile modului de viață a oamenilor trebuie să devină un subiect al politicii sociale ca parte componentă a eforturilor globale orientate spre îmbunătățirea sănătății populației. În rezultat guvernul federal al Canadei a început să considere sănătatea populației drept una din direcțiile prioritare ale politicii sale. Acest fapt s-a reflectat rapid în legislație și a fost pe larg acceptat în țările occidentale.

Anexa 2.9. Conceptul „domeniului sănătății” – Marc LaLonde

1. *Definiția: „Sănătatea este rezultatul interacțiunii factorilor ce țin de ereditate, mediul ambiant, domeniul social, modul de viață și asistența medico-sanitară. Promovarea modului sănătos de viață poate îmbunătăți sănătatea și reduce necesitatea în asistență medico-sanitară.”*
2. *Elementele:*
 - a. *Factorii genetici și biologici;*
 - b. *Modul de viață și factorii comportamentali;*
 - c. *Mediul ambiant, inclusiv factorii economici, sociali, culturali și fizici;*
 - d. *Organizarea sistemului de sănătate publică.*

Sursa: LaLonde, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, Ottawa: Information Canada.

Conceptul „domeniului sănătății” a plasat accentul practicii sănătății publice pe problemele psihologice ale atitudinii individuale a omului față de propria-i sănătate. Cu părere de rău „domeniul sănătății” s-a reflectat în conceptul „învinuirea victimelor” conform căruia persoana care se supune conștient acțiunii factorilor de risc (spre exemplu fumătorii sau pacienții cu infecție HIV) este singură responsabilă de boală și în baza acestei afirmări poate fi privată de anumite asigurări sau servicii medicale de care pot beneficia

alții. În rezultat poate apărea o abordare restrictivă a asistenței medico-sanitare ceea ce este amoral din punct de vedere al sănătății publice și probabil contravine legislației occidentale. Acest concept este utilizat pentru justificarea anulării obligațiilor federale de achitare parțială a costurilor sanitare și târăgânează reformarea sistemului național de asigurare medicală.

VALOAREA ASISTENȚEI MEDICALE ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ

În anii 1960 astfel de critici ai sistemului de asistență medico-sanitară, ca Ivan Illytch, au chestionat valoarea asistenței medico-sanitare pentru sănătatea publică. Aceasta a devenit un subiect de discuție nihilistă vis-a-vis de asistența medico-sanitară și a influențat dezvoltarea scepticismului referitor la valoarea modului biomedical de asistență medico-sanitară și apariția antagonismului față de profesiunea medicală.

În 1976 Thomas McKeown a prezentat rezultatele unei analize istorico-epidemiologice care a indicat că până în anii 1950 asistența medico-sanitară doar a limitat mortalitatea. El a demonstrat că rata brută a mortalității în Anglia între anii 1541-1750 constituia 30 la 1000 de populație, apoi a scăzut treptat până la 22 la 1000 în 1851, la 15 la 1000 în 1901 și 12 la 1000 în 1951, timp când asistența medico-sanitară a devenit într-adevăr eficientă. McKeown a conchis că îmbunătățirea sănătății populației și micșorarea mortalității în ultimele secole este rezultatul nu atât al progresului medicinei, cât al dezvoltării socio-economice – a îmbunătățirii nutriției, stării sanitare a populației, nivelului de instruire. El a preîntâmpinat despre inadmisibilitatea plasării accentului pe asistența medico-sanitară deoarece eficacitatea acesteia nu a fost demonstrată.

În 1984 Milton Roemer a remarcat că elaborarea și implementarea vaccinurilor, antibioticelor, remediilor antihipertensive și a altor preparate s-a soldat cu o îmbunătățire considerabilă a asistenței medico-sanitare acordate sugarilor și copiilor, a tratamentului bolilor infecțioase, hipertensiunii arteriale,

diabetului ș.a. Terapia continua să se dezvolte ca știință datorită activității centrelor medico-științifice din lume. Producerea vaccinurilor, remediilor medicamentoase și a echipamentului medical diagnostic a permis elaborarea noilor metode de tratament care erau mult mai avantajoase, dar și mai costisitoare, ceea ce a dus la creșterea costului asistenței medico-sanitare. Aceasta a contribuit la căutarea activă a noilor priorități sanitare și la implementarea reformelor.

Domeniile de acțiune ale sănătății publice și medicinei clinice nu sunt întotdeauna identice: sănătatea publică este eficientă în controlul bolilor infecțioase, protecția sănătății mamei și copilului, îmbunătățirea calității nutriției și a situației ecologice. Medicina clinică domină în controlarea bolilor cronice majore – hipertensiunii arteriale, diabetului zaharat, cardiopatiei ischemice etc. Totodată fără participarea organismelor guvernamentale și sociale nici sănătatea publică și nici medicina clinica nu ar fi reușit să obțină astfel de rezultate.

Medicina preventivă a fost recunoscută ca specialitate separată în SUA și alte țări dezvoltate. Ea sintetizează experiența diverselor domenii ale medicinei și se ocupă de depistarea precoce și reducerea factorilor de risc, tratamentul simptomelor precursoare ale bolilor severe, de fortificarea potențialului sănătății populației. Intervenția medicală reprezintă factorul de bază în tratamentul hipertensiunii arteriale și în prevenirea complicațiilor și micșorarea mortalității în cardiopatia ischemică. Utilizarea noilor metode curativ-profilactice duce la micșorarea mortalității în primul infarct acut de miocard. Perfecționarea metodelor de tratament al diabetului micșorează posibilitatea dezvoltării complicațiilor.

În același timp este nu mai puțin important aportul sănătății publice la îmbunătățirea rezultatelor asistenței medico-sanitare. Controlul bolilor evitabile prin vaccinare, îmbunătățirea nutriției și pregătirea femeilor pentru maternitate contribuie la ameliorarea sănătății mamei și copilului. O problemă comună a sănătății publice și medicinei clinice este reducerea acțiunii factorilor de risc de

dezvoltare a bolilor cronice. Atât medicina clinică, cât și sănătatea publică contribuie la îmbunătățirea sănătății populației și sunt părți componente ale Noii Sănătăți Publice.

SCOPURILE OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

În anii 1950 a apărut un concept, care atrăgea o atenție deosebită asupra noului management bazat pe obiective (cu destinație specială), elaborat și implementat de către Peter Drucker și dezvoltat la General Motors și asupra variantelor acestuia (alcătuirea bugetelor pornind de la zero) implementate de Departamentul Apărării al SUA. Acest concept se baza pe activitatea organizației, bugetul și scopurile acesteia și nu pe experiența anterioară de alocare a resurselor. În pofida faptului că aceste idei erau adoptate în alte domenii ele au influențat și planificarea sanitară. Ca argumentare logică a utilizării acestor idei servea necesitatea determinării scopurilor sănătății publice și, ulterior, căutarea căilor de finanțare pentru realizarea acestora. Pentru prima dată acest concept a fost utilizat în Statele Unite și concomitent de către Organizația Mondială a Sănătății. În ambele cazuri acest fapt a devenit subiectul unor discuții aprinse cu mult înainte de realizarea obiectivelor trasate. Aceste discuții au contribuit la aprobarea acestor obiective de către multe țări europene, precum și de către organizații profesionale și de consumatori. În anul 1979 în Statele Unite au fost elaborate obiectivele naționale în domeniul sănătății trasate pentru realizare până în anul 1990 și ulterior până în 2000, procesul de realizare a acestor obiective fiind supus unui control permanent, iar rezultatele acestei monitorizări fiind utilizate pentru elaborarea obiectivelor pentru anul 2010. Începând cu anul 1987 principiile generale sanitare sunt elaborate de către Oficiul Programelor Epidemiologice din componența Centrelor de Epidemiologie și Medicină Preventivă.

Acest proces necesită determinarea răspândirii la momentul actual a unei boli respective (punctul A), ceea ce presupune prezența unui sistem

corespunzător de monitorizare și control, bazat pe raportarea detaliată a cazurilor de către medicii practicieni, a datelor de laborator și a rezultatelor monitorizării epidemiologice. Determinarea obiectivelor programului (punctul B) necesită prezența unui mecanism eficient de consultare profesională, discuțiile fiind organizate cu participarea specialiștilor calificați din interiorul și exteriorul agenției responsabile. Realmente linia directă între punctele A și B nu reprezintă întotdeauna cea mai scurtă și eficientă cale și obținerea rezultatelor preconizate poate necesita abordări indirecte și complexe. Totodată determinarea clară a obiectivelor este de o importanță majoră pentru întreg procesul.

În anii 1990 au avut loc un șir de conferințe internaționale pe problemele sănătății publice. Fiecare conferință era consacrată unui subiect anumit: situației copiilor în lume (New York, 1990), creșterii numărului populației și problemelor demografice (Cairo, 1994), sărăciei în lume (Stockholm, 1995), situației femeilor din lume (Beijing, 1995). Rolul și influența acestor conferințe și declarațiilor adoptate în cadrul lor este greu de supraapreciat. Deși este ușor de a privi în mod sceptic această problemă, totuși guvernele multor țări sub influența tendinței generale de dezvoltare, optând pentru obținerea scopurilor și obiectivelor acceptate de comunitatea internațională încep să atragă mai multă atenție asistenței medico-sanitare primare în procesul de planificare sanitară și alocare a resurselor. Eradicarea variolei, creșterea acoperirii populației de către imunizare, implementarea tot mai largă a iodării sării și tentativele de eradicare a poliomielitei au demonstrat posibilitatea realizării unor astfel de obiective.

Scopurile ocrotirii sănătății din Statele Unite ale Americii

În pofida faptului că în SUA au dat faliment tentativele de dezvoltare a unui sistem de asistență medico-sanitară universal accesibilă, totuși în această țară există tradiții puternice de apărare a intereselor consumatorului în domeniul medicinei și practicii sanitare. Autoritățile federale, statale și cele locale participă activ la finanțarea și controlul calității serviciilor medicale. Odată cu

conștientizarea faptului că o mare parte a problemelor contemporane ale sănătății nu pot fi rezolvate doar prin intermediul sectorului medical în anii 1970 a fost elaborat un nou concept de idei intitulat „Scopurile-țintă naționale ale sistemului sanitar din SUA”. În anul 1979 Șeful Serviciului Medical al SUA a publicat Raportul despre promovarea sănătății și prevenția bolilor („Poporul sănătos”). În acest document au fost stabilite 5 scopuri generale pentru fiecare grup de vârstă a populației și 226 de obiective specifice care erau trasate pentru realizare până în anul 1990. Rezultatele obținute sunt prezentate în Tabelul 2.2.

TABELUL 2.2. Scopurile naționale ale sistemului sanitar din SUA pentru anii 1990 și 2000 (indicii reali pentru anii 1990 și 1996)

Indice	1987 indice real	1990 plan	1990 indice real	2000 plan	1996 indice real
Mortalitatea infantilă (la 1000 de nașteri de feți vii)	10,1	9	9,2	7	7,3
Mortalitatea printre copii (1-14 ani, la 100000)	33,7	34	30,8	28	nu s-a examinat
Mortalitatea printre adolescenți (15-24 ani, la 100000)	97,8	94	115	85	89,6
Mortalitatea printre adulți (25-64 ani, la 100000)	426,9	400	406,2	340	nu s-a examinat

Sursa: *Health United States*, 1992 and 1998.

Noile scopuri pentru anul 2000 au fost orientate în trei direcții: majorarea limitelor de viață sănătoasă, reducerea disproporțiilor în sistemul sanitar și asigurarea accesului liber la asistența preventivă pentru toți americanii. Acest scopuri au fost fortificate prin trasarea a 297 de obiective specifice în 22 de domenii sanitare prioritare, acestea fiind clasificate în patru categorii majore: promovarea sănătății, protecția sănătății, servicii preventive și sisteme de monitorizare. Aceasta a permis funcționarea sistemului de sănătate publică în baza indicatorilor care pot fi apreciați anual.

Procesul de realizare a scopurilor sanitare din SUA era structurat pe verticală – de la nivelul federal la nivelul statal și cel urban. În realizarea

acestor scopuri s-au implicat și organizațiile profesionale, organizațiile nonguvernamentale și asociațiile locale de voluntari. Statele sunt stimulate prin acordarea granturilor federale pentru elaborarea și implementarea propriilor programe sanitare și încurajează la rândul său autoritățile sanitare locale în transpunerea în viață a propriilor obiective sanitare.

Răspândirea acestui concept stimulează statul și autoritățile locale să stabilească scopuri reale pentru programele sale deoarece o astfel de concretizare permite aprecierea exactă atât a scopurilor, cât și a căilor de obținere a lor. În acest mod autoritățile sanitare statale sunt reorientate spre obținerea rezultatelor pozitive – micșorarea mortalității infantile, a frecvenței bolilor infecțioase, fiind create condiții inoportune pentru lărgirea extensivă a rețelei de spitale.

Scopurile ocrotirii sănătății în Europa

În 1995 Oficiul european regional al WHO și-a publicat scopurile în cadrul programului „Sănătate pentru toți până anul 2000” (Tabelul 2.3). Aceste scopuri au fost elaborate prin intermediul unor discuții aprinse între națiunile membre. Acești 38 de indici includ rezultate apreciabile și servesc drept direcții de orientare pentru guvernele naționale. Ca premise ale sănătății sunt considerate: lipsa pericolului de război, existența posibilităților egale pentru toți membrii societății, satisfacerea necesităților de bază (nutriția, apa curată, sanitația, prezența unui adăpost pentru fiecare, învățământul, securitatea lucrului, rolul util în societate) precum și prezența unei voințe și a unui sprijin politic.

TABELUL 2.3. Scopurile ocrotirii sănătății ale Biroului regional european al WHO pentru anul 2000

Scop	Obiective generale	Obiective specifice
Sănătate pentru toți	Reducerea inechităților între țări și în interiorul lor	-
Reducerea morbidității generale	Eliminarea unor boli	Eliminarea rujeolei, poliomielitei, tetanosului neonatal, rubeolei congenitale, difteriei, sifilisului congenital,

		malaria indigenă
Mortalitatea infantilă	Nici o țară cu o mortalitate infantilă mai înaltă de 40 la 1000	Reducerea sub nivelul de 15 la 1000 de nou-născuți
Mortalitatea maternă	Nici o țară cu o mortalitate maternă mai înaltă de 25 la 100000	Reducerea sub nivelul de 25-10 la 100000
Mortalitatea prin boli cardiovasculare și cancer	Reducerea mortalității printre persoanele sub 65 de ani	Reducerea cu 15%
Mortalitatea de pe urma accidentelor rutiere și profesionale	Reducerea accidentelor la domiciliu, rutiere și profesionale	Reducerea mortalității de pe urma accidentelor rutiere sub nivelul de 20 la 100000, de pe urma accidentelor profesionale cu 50%
Modul de viață care determină starea sănătății	Protecția mediului ambiant Propagarea modului sănătos de viață; Iluminarea în masă Crearea grupurilor de ajutor Controlul factorilor de risc specifici	Programe naționale și comunitare specifice Promovarea sănătății Îmbunătățirea nutriției Reducerea fumatului

Sursa: WHO Regional Office for Europe, 1985.

Programul european în multe țări a favorizat revizuirea și reorientarea politicilor spre medicina preventivă și promovarea sănătății. În rapoartele recente efectuate de către Oficiul european s-au remarcat utilitatea acestei atitudini față de planificarea politicii sanitare și progresele reale în procesul de realizare a acestor scopuri. Oficiul european regional al WHO a înființat o bază de date „Sănătate pentru toți” care este de asemenea accesibilă în Internet (www.who.dk) pentru monitorizarea progreselor indicilor selectați pentru toate țările membre.

Scopurile ocrotirii sănătății în Marea Britanie

În anii 1990-1991 Ministerul Sănătății al Marii Britanii a înființat o comisie specială pentru elaborarea scopurilor strategice naționale și a direcțiilor prioritare de dezvoltare a sistemului de sănătate (Tabelul 2.4). Principalul scop

strategic consta în majorarea duratei medii de viață a populației pentru realizarea căreia au fost trasate următoarele obiective:

1. Identificarea problemelor ce țin de sănătate;
2. Orientarea eforturilor asupra promovării sănătății și prevenției bolilor precum și asupra îngrijirii și reabilitării;
3. Recunoașterea faptului că sănătatea este determinată de o serie de factori (genetici, ereditari, comportamentali, circumstanțe sociale, fizici, mediul social);
4. Recunoașterea necesității unei strânse colaborări atât în interiorul Serviciului de Sănătate Publică, cât și a acestuia cu alte structuri activitatea cărora este orientată spre rezolvarea problemelor ce țin de sănătatea populației;
5. Menținerea unui echilibru optim între determinarea centralizată a priorităților strategice și luarea deciziilor tactice de către autoritățile locale, asigurarea flexibilității și stimulării inițiativelor.
6. Asigurarea repartizării optime a resurselor limitate în corespundere cu ierarhia necesităților.

TABELUL 2.4. Rezultatele realizării programului „Sănătate pentru toți până în anul 2000” în Marea Britanie

Nr.	Scopurile programului WHO „Sănătate pentru toți până în anul 2000”, Oficiul regional european	Rezultatele realizărilor din Marea Britanie
1	Reducerea disproporțiilor dintre țări și în interiorul lor	Se mențin disproporțiile în mortalitatea infantilă și generală dintre clasele sociale pe fundalul micșorării mortalității infantile în toată populația
2-4, 6	Îmbunătățirea șanselor populației în general și ale persoanelor cu handicap de a duce o viață social activă; majorarea cu 10 % a numărului de ani liberi de boală sau disabilitate	Durata medie a vieții a atins un nivel mai mare decât cel preconizat de HFA. Sunt insuficiente datele referitor la persoanele cu disabilități; schimbările moderate în morbiditate se datorează, posibil, modificării așteptărilor
5	Controlul bolilor infecțioase: lipsa cazurilor locale de rujeolă, poliomielită, tetanos al nou-născutului, difterie, tuse convulsivă, malarie și sifilisului congenital	Rezultatele pozitive: nu au avut loc cazuri spontane de poliomielită, s-a redus simțitor morbiditatea prin rujeolă odată cu adoptarea vaccinului MMR (contra rujeolei, oreionului și rubeolei), s-a redus morbiditatea prin rubeolă congenitală, sifilis congenital; în fiecare autoritate sanitară locală există un coordonator de imunizare
7-8	Reducerea mortalității infantile sub 20 la 1000 și a mortalității materne sub 15 la 100000 de nașteri de feți vii	Mortalitatea infantilă în 1989 – 8,4 la 1000 (în 1992 – 7); mortalitatea maternă în 1989 - 6 la 100000
9	Reducerea mortalității prin boli cardiovasculare cu 15% la persoanele sub 65 de ani	În anii 1980-1989 mortalitatea prin boli cardiovasculare a scăzut de la 121 la 85 la 100000 populație; mortalitatea din cauza cardiopatiei

		ischemice s-a redus cu 29% iar din cauza accidentelor cerebro-vasculare cu 32%
10	Reducerea mortalității prin cancer la persoanele sub 65 de ani cu cel puțin 15%	Mortalitatea generală de cancer printre persoanele sub 65 de ani s-a micșorat în anii 1980 cu 8%, cea de pe urma cancerului pulmonar (la bărbați) – cu 32%
11-12	Reducerea mortalității prin accidente cu 25% și mai mult; reducerea suicidului	În Marea Britanie acest tip de mortalitate este mic, pe parcursul anilor 1980 acesta s-a micșorat cu 19%; numărul de cazuri de suicid a scăzut cu 18%
13-17	Promovarea modului sănătos de viață: familia, iluminarea în masă, nutriția, limitarea întrebuințării alcoolului, reducerea fumatului, reducerea factorilor comportamentali de risc	Numărul de fumători adulți a scăzut de la 39% la 32%; produsele alimentare au devenit mai puțin saturate cu grăsimi (dar 42% din valoarea energetică este încă asigurată din conținutul grăsimilor, norma – 35%); s-a majorat participarea la activități sportive. Totodată s-a majorat consumul de alcool și utilizarea ilicită de droguri
18-25	Protecția mediului ambiant; cooperarea comunitară și internațională; controlul monitorizat al măsurilor de securitate a sistemului de asigurare cu apă; reducerea poluării râurilor, lacurilor și mărilor, prevenirea poluării aerului, contaminării produselor alimentare, utilizarea deșeurilor toxice, sănătatea caselor și a localităților	Marea Britanie corespunde cerințelor regionale în acest domeniu.: Actul referitor la apă din 1989 a îmbunătățit standardele calității apei lacurilor, râurilor și apelor de coastă; nivelul de poluare a aerului cu fum, dioxid de sulf, plumb etc. corespund normelor admisibile
26-30	Sistemul de sănătate bazat pe asistența medico-sanitară primară, secundară și terțiară; promovarea sănătății, orientarea eforturilor asupra grupelor de risc, persoanelor dezavantajate; coordonarea activităților la nivel comunitar pentru asigurarea calității asistenței medico-sanitare acordate pacientului	Funcționează sistemul de autorități sanitare locale, care coordonează toate aspectele asistenței medico-sanitare. Periodic sunt efectuate controale ale calității asistenței medicale și nivelului de acoperire cu ea a populației cu scop de asigurare a utilizării raționale a resurselor și a unor servicii medico-sanitare calitative
32-38	Dezvoltarea sistemelor științifice și informaționale orientate spre realizarea obiectivelor programului „Sănătate pentru toți până în anul 2000”; asigurarea politicii și strategiilor; planificarea, perfecționarea, învățământul postuniversitar, evaluarea tehnologiei	Progrese în managementul alocării resurselor, administrare și în baza informațională; s-au îmbunătățit standardele de învățământ postuniversitar medical, stomatologic și medical mediu

Sursa: Secretary of state for Health, The Health of the Nation. A Consultative Document for Health in England. 1991, reprinted 1995.

În societate permanent există cereri competitive în ceea ce privește alocarea mijloacelor financiare de către guvern, fapt ce facilitează utilizarea optimală a resurselor (financiare și umane) – obiectiv important pentru dezvoltarea sistemului sanitar. Subiectele cheie alese pentru precăutare sunt cardiopatia ischemică, ictusurile cerebrale, cancerul, bolile psihice, infecția HIV, sănătatea sexuală și accidentele.

Scopurile internaționale ale ocrotirii sănătății

La Întrunirea mondială de vârf pe problemele copiilor (WSC) în 1990 au participat reprezentanții a 71 de țări. Această întrunire a pus în evidență preocuparea tuturor de problemele sănătății mamei și copilului fapt reflectat în Programele naționale de acțiune (NPAs). La această întrunire s-a hotărât de a implica în realizarea acestor programe diferite organizații obștești – religioase, economice, științifice și de învățământ, inclusiv uniunile nonguvernamentale și voluntare cu scop de atingere a scopurilor strategice până în anul 2000.

Ajunsurile acestei activități sunt evidente: către anul 1990 80% de copii din țările în curs de dezvoltare au fost acoperiți de programele de imunizare, ceea ce, după aprecierea UNICEF, permite salvarea a 3 mln. de vieți de copii și protejează milioane de la bolile evitabile prin vaccinare. Mortalitatea prin boli diareice s-a redus cu aproape 1 mln. pe an datorită utilizării largi a terapiei de rehidratare per orală (ORT) care constituie una din cele mai de preț inovații medicale pe parcursul ultimilor 40 de ani.

Anexa 2.10. Întrunirea mondială de vârf pe problemele copiilor, 1990: planul de acțiune în domeniul ocrotirii sănătății

- 1. Eradicarea poliomielitei până în anul 2000.*
- 2. Eliminarea tetanosului neonatal până în anul 1995.*
- 3. Reducerea morbidității prin rujeolă cu 90% și a mortalității cu 95%.*
- 4. Majorarea acoperirii cu imunizare a copiilor primului an de viață cu 90% și imunizarea totală a femeilor de vârstă fertilă împotriva tetanosului.*
- 5. Micșorarea mortalității copiilor prin boli diareice cu 50% și reducerea cu 25% a incidenței bolilor diareice.*
- 6. Reducerea cu 33% a mortalității copiilor de pe urma infecțiilor respiratorii acute.*
- 7. Eliminarea totală a deficiențelor de vitamină A și a bolilor deficitare de iod.*
- 8. Reducerea ratei nașterilor copiilor cu deficit de masă corporală sub 10%.*
- 9. Reducerea cu 33% în raport cu nivelul anului 1990 a incidenței anemiilor feriprive la femei.*
- 10. Accesul liber al tuturor femeilor la asistența prenatală și obstetricală calificată în special pentru gravidități de risc și urgențe obstetricale.*

Implicarea sectorului privat în realizarea scopurilor sanitare la nivel mondial este exemplificată prin implicarea concernului Rotary International în programul de eradicare a poliomielitei către anul 2000. La momentul actual în America de Nord și cea de Sud nu se mai semnalează cazuri spontane de poliomielită (vezi Capitolul 4). Realizarea multor scopuri sanitare depinde de politica națională și internațională, iar implementarea programelor necesită participarea atât a comunității, cât și a indivizilor.

PARTICIPAREA INDIVIDUALĂ ȘI A COMUNITĂȚII ÎN OCROTIREA SĂNĂTĂȚII

Politica medico-sanitară națională este orientată spre îmbunătățirea sănătății și calității vieții individului. Toate conceptele domeniului sanitar descrise („domeniul sănătății”, asistența medico-sanitară primară comunitar orientată, scopurile-țintă ale sistemului sanitar și managementul eficient al sistemului sănătății) pot fi implementate în practică doar cu condiția că însăși individul este cointerestat în rezolvarea problemelor sănătății. Pentru a majora valoarea sănătății în ierarhia valorilor personale se utilizează trei mecanisme de bază – iluminarea sanitară, consultarea medico-sanitară și promovarea sănătății. (Fig.2.5).

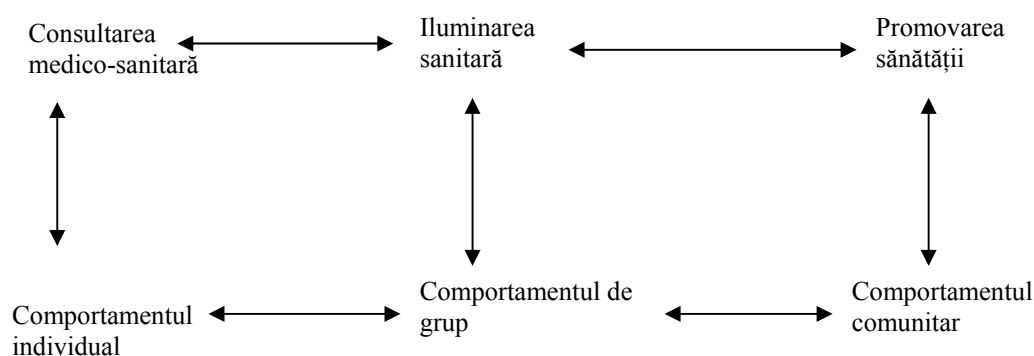


FIGURA 2.5. Paradigma consultării medico-sanitare, iluminării sanitare și promovării sănătății

Consultarea medico-sanitară referitor la problemele sănătății și bolii întotdeauna a fost o parte componentă a relațiilor de interacțiune între medic și pacient. Aceasta reprezintă de fapt o metodă de convingere a pacientului în importanța păstrării sănătății și de indicare a căilor de obținere a acestui obiectiv. Iluminarea medico-sanitară reprezintă o parte a sănătății publice care se ocupă de răspândirea cunoștințelor medico-sanitare printre grupurile populaționale țintă. Promovarea sănătății se ocupă de același lucru, dar la nivel statal, în activitățile acesteia fiind implicate atât organizații guvernamentale, cât și nonguvernamentale ca scop final servind asanarea mediului ambiant și îmbunătățirea calității vieții populației.

Consultarea medico-sanitară, iluminarea medico-sanitară și promovarea sănătății sunt printre cele mai cost-eficiente intervenții orientate spre îmbunătățirea sănătății publice. În timp ce costurile asistenței medico-sanitare cresc vertiginos, necesitatea controlului asupra acestor costuri exagerate duce la reorientarea eforturilor asupra medicinei preventive și aprobarea iluminării medico-sanitare și promovării sănătății ca părți integrale ale existenței moderne. Aceste activități trebuie efectuate în școli, la locul de muncă, în comunitate, în localurile comerciale (centrele comerciale), la recreații și necesită de a fi incluse în agenda politică a societății.

Psihologul Abraham Maslow a stabilit ierarhia necesităților personale umane, utile pentru supraviețuire. Fiecare ființă umană are necesități de bază care includ cele fiziologice în apă, hrană, căldură și adăpost. Un nivel mai înalt de necesități îl constituie recunoașterea în societate și mulțumirea de sine. Aceasta a oferit posibilitatea de a conștientiza însuși sensul procesului de conducere, în special după studierea practică a eficacității ca, spre exemplu, descrierea în anii 1920 a efectului Hawthorne de către Elton Mayo (vezi Capitolul 11).

Sănătatea publică modernă se ocupă de schimbarea stereotipurilor comportamentale umane; uneori acest proces necesită efectuarea unor modificări legislative, introducerea motivațiilor și pedepselor pentru

neîndeplinirea cerințelor înaintate. În alte cazuri sunt recomandate respectarea normelor comportamentale cum ar fi, spre exemplu, utilizarea prezervativelor pentru reducerea riscului de contractare a bolilor sexual transmisibile, inclusiv a infecției HIV sau sistarea fumatului pentru micșorarea morbidității prin cancer pulmonar la fumător și persoanele înconjurătoare. Cu timpul a fost elaborat un concept în conformitate cu care cunoștințele, atitudinile, credințele și practicile (KABP) pot fi apreciate numeric prin evaluarea unui șir de factori, care influențează comportamentul uman (vezi Capitolul 3). Frecvent există divergențe între cunoștințe și practici, spre exemplu, cunoașterea importanței conducerii sigure a mijloacelor auto nu întotdeauna este aplicată în practică.

Baza programelor de iluminare medico-sanitară în domeniul sănătății o constituie modelul convingerii în necesitatea sănătății – gradul de pregătire a individului de a duce un mod sănătos de viață este determinat de conștientizarea pericolului potențial al bolii, vulnerabilității proprii față de boală, gravității potențiale a maladiei și justeii valori a sănătății. Cunoștințele și lipsa indiferenței contribuie esențial la un mod sănătos de viață. Ca bariere pentru implementarea modului sănătos de viață pot servi diverși factori cum ar fi cei psihologici, financiari sau fizici inclusiv anxietatea, irosirea timpului și pregătirea insuficientă. Stimularea măsurilor care permit evitarea riscurilor de dezvoltare a bolilor reprezintă unul din obiectivele principale ale asistenței medico-sanitare moderne. Modelul de convingere în necesitatea sănătății joacă un rol important în orice măsură de protecție a sănătății și permite depistarea atât a barierelor emoționale și intelectuale, cât și a celorlalte obstacole în prevenirea dezvoltării bolii sau tratamentul ei.

Competența în problemele medico-sanitare la nivel individual și comunitar depinde în mare măsură de iluminarea medico-sanitară a populației. În țările în curs de dezvoltare mamele care au studii primare sau medii îngrijesc mai bine sugarii decât femeile cu un nivel de instruire mai mic. Propagarea în anii 1920 a cunoștințelor medicale printre populația săracă și analfabetă a fermierilor din America de Nord a facilitat conștientizarea importanței nutriției adecvate.

Odată cu introducerea iluminării medico-sanitare în programul școlar a devenit evidentă diferența dintre generații în ceea ce privește înțelegerea importanței alimentației echilibrate. Măsurile secundare de profilaxie, implementate în grupurile de bolnavi de diabet și cardiopatie ischemică, bazate pe educarea atitudinii conștiente referitor la necesitatea nutriției echilibrate și activității fizice, au evitat sau amânat în timp infarctul acut de miocard ulterior.

Declarația de la Ottawa referitor la promovarea sănătății (Ottawa Charter)

În anul 1986 prin eforturile WHO, în Ottawa a fost organizată I Conferință internațională pe problemele promovării sănătății. În declarația sumară a Conferinței de la Ottawa au fost stabilite cinci domenii cheie de acțiune: elaborarea unei politici de protecție a sănătății, menținerea purității mediului ambiant, fortificarea eforturilor comunitare, dezvoltarea deprinderilor personale și reorientarea serviciilor medico-sanitare. Declarația de la Ottawa invocă necesitatea de a

„plasa problemele protecției sănătății în agenda politicienilor de toate nivelele, indicând necesitatea conștientizării consecințelor în domeniul sănătății publice a deciziilor lor politice și a asumării responsabilității pentru sănătatea populației. Politica de protecție a sănătății populației conține diferite metode de abordare care se completează reciproc inclusiv măsuri legislative, politica financiară, fiscală și modificările în organizare. Aceasta reprezintă o activitate coordonată care duce la promovarea unei astfel de politici în domeniul sănătății care asigură cea mai mare echitate. Eforturile comune permit producerea unor bunuri materiale și servicii mult mai sigure și sănătoase și reducerea poluării mediului ambiant. Politica promovării sănătății necesită depistarea barierelor pentru adoptarea politicii medico-sanitare în sectoarele ce nu țin de sănătate, precum și a căilor de înlăturare a acestor obstacole. Scopul comun constă în alegerea de către politicieni a direcției politice optime care maximal corespunde obiectivelor medico-sanitare trasate și care reprezintă cea mai ușoară alegere pentru persoanele responsabile”. [Sursa: Health and Welfare Canada – World Health Organization, 1986.]

Modele de promovare a sănătății statale și comunitare

O inițiativă importantă în domeniul promovării sănătății a fost dezvoltată în Australia unde în Statul Victoria s-a decis să se utilizeze resursele provenite din impozitarea industriei tutunului pentru programele de promovare a sănătății.

Această acțiune a avut un efect dublu: din cauza majorării prețurilor la țigări s-a micșorat numărul de fumători și intensitatea fumatului și sectorul sănătății a primit resurse financiare necesare pentru contracararea eforturilor industriei tutunului de propagare a fumatului. A fost interzisă publicitatea țigărilor prin intermediul televiziunii și în timpul competițiilor sportive, autoritățile locale au primit posibilitatea de a iniția campanii proprii contra fumatului în regiunile populate și la locurile de muncă. Iluminarea medico-sanitară a persoanelor lucrătoare s-a extins și a inclus promovarea dietei sănătoase și activității fizice, precum și evitarea factorilor nocivi de producție, întrebuințării alcoolului și fumatului.

În modelul Australian promovarea sănătății nu constituie doar convingerea oamenilor să-și schimbe modul de viață, dar totodată include modificări legislative și ale mediului ambiant care asigură un mod sănătos de viață. Spre exemplu, acest model include filtrarea, clorurarea și fluorizarea apei comunitare pentru reducerea bolilor transmise prin apă sau îmbogățirea alimentelor de bază pentru prevenirea deficiențelor de microelemente. Aceste acțiuni necesită decizii politice de nivel statal sau național și sunt de o importanță vitală pentru programul de promovare a sănătății.

La nivelul comunității este posibilă implementarea unor măsuri pentru reducerea morbidității prin boli cronice și promovarea sănătății. Un astfel de program de reducere a factorilor de risc pentru bolile cardiovasculare a fost pentru prima dată implementat în Karelia de Nord în Finlanda. Acest proiect a fost inițiat în rezultatul presiunilor exercitate de populația afectată, care era conștientă de incidența majorată a mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare. Finlanda deținea primul loc în lume după incidența cardiopatiei ischemice, iar în regiunile rurale ale Kareliei de Nord acest indice era chiar mai mare decât media pe țară. În acest proiect erau implicate toate păturile societății inclusiv organizațiile voluntare și cele nonguvernamentale. Prin eforturi comune au fost întreprinse măsuri de reducere a factorilor de risc pentru cardiopatia ischemică. După 15 ani s-a înregistrat un declin substanțial al

mortalității cu o diminuare similară în provinciile vecine luate pentru comparație, totodată în Karelia de Nord acest declin a început puțin mai devreme.

În multe regiuni promovarea sănătății a devenit o strategie a activității sociale la care au aderat organizațiile nonguvernamentale și alte asociații. A fost elaborat programul „Inima sănătoasă” în cadrul căruia se ducea lupta cu bolile cardiovasculare. Această măsură a fost realizată cu ajutorul finanțării oferite de asociațiile de voluntari, școli, biserici etc. Utilizarea măsurilor de promovare a sănătății în limitele comunității a primit o răspândire mai largă atunci când a fost inițiat programul „Orașe sănătoase”.

Orașe/municipalități sănătoase

După discuțiile controversate în cadrul Comisiei pe problemele sănătății orașelor, în fruntea căreia era Edwin Chadwick, în 1844, a fost înființată Asociația pentru sănătatea orașelor. Fondatorul ei Southwood Smith era lider eminent al Mișcării sanitare și adept al reformelor sociale în Marea Britanie, unde condițiile de viață ale populației urbane erau deplorabile. Asociația pentru sănătatea orașelor lupta pentru fortificarea legislativă a normelor sanitare și contribuia la majorarea culturii sanitaro-igienice. În anii 1980 Ilona Kickbush și Trevor Hancock au renovat ideea responsabilității autorităților locale pentru introducerea problemelor sanitare în planificarea programelor de dezvoltare a localităților.

Mișcarea „Orașe sănătoase” reprezenta o abordare nouă a problemei promovării sănătății. Această mișcare a apărut în anii 1980 în rezultatul unei campanii largi de promovare a sănătății în centrele urbane (Tabelul 2.5). Măsurile întreprinse în acest domeniu includeau proiecte ecologice (spre exemplu, utilizarea deșeurilor), îmbunătățirea odihnei tineretului pentru a reduce violența și abuzul de droguri, „piețe ale sănătății” prin intermediul cărora era asigurată informarea populației referitor la problemele medico-sanitare și programe de screening pentru depistarea hipertensiunii arteriale,

cancerului mamar și a altor boli. Mișcarea combină promovarea sănătății cu consumerismul și reînvie tradițiile de acțiuni sanitare publice locale și de apărare a intereselor.

TABELUL 2.5. Caracteristicile orașului sănătos

1. Mediul ambiant pur și inofensiv.	7. Un oraș divers, viu și plin de spirit de inovație.
2. Ecosistem stabil și echilibrat.	8. Păstrarea moștenirii culturale și biologice.
3. Prezența unei comunități unite, puternice care nu admite exploatarea.	9. Proiecte compatibile cu aceste obiective.
4. Participarea activă a cetățenilor la luarea deciziilor politice, care influențează sănătatea lor.	10. Nivel optimal al sănătății publice și serviciilor medico-sanitare.
5. Satisfacerea necesităților de bază (alimente, apă, adăpost, venit, securitate, lucru) pentru toți membrii comunității.	11. Stare bună a sănătății populației, morbiditate scăzută.
6. Existența unei varietăți de experiențe și resurse pentru contact, interacțiune și comunicare.	

Mișcarea „Orașe sănătoase” apărută inițial în Canada și Europa în anii 1990 s-a extins și a provocat o puternică rezonanță publică în Statele Unite, America de Sud și alte țări. Autoritățile municipale în colaborare cu NGO contribuie la dezvoltarea programelor consultative, orientate spre îmbunătățirea condițiilor fizice și sociale în mediul urban și a stării sănătății populației. În 1995 mișcarea „Orașe sănătoase” includea 18 țări cu 375 de orașe din Europa, Canada, Statele Unite, Marea Britanie, America de Sud, Israel și Australia, iar în 1986 acest număr a crescut până la 18 țări.

Montreal participă în proiectul „Orașe sănătoase” din 1988 (Tabelul 2.6). Populația acestui oraș constă din 1,02 mln de oameni pe o arie de 177 de kilometri pătrați. Pentru 61% din populație limba natală este cea franceză. Montreal este capitala provinciei Quebec. Venitul mediu per familie constituie 26300 dolari canadieni. Orașul este divizat în raioane în care sunt întreprinse un șir de măsuri legate de proiectul „Orașe sănătoase”.

TABELUL 2.6. Programul „Orașe sănătoase” în Montreal

1. Reducerea influenței asupra mediului ambiant a minelor de piatră din localitate.	7. Crearea locurilor de recreație a tineretului.
2. Înverzirea cartierelor sărace.	8. Reconstruirea loturilor abandonate ale orașului.
3. Îmbunătățirea asigurării școlilor primare	9. Lărgirea parcurilor publice.

și medii. 4. Relații de bună vecinătate. 5. Construcția locuințelor cooperative pentru persoanele dezavantajate. 6. Depășirea barierelor comunicative între diferite grupuri etnice.	10. Încurajarea activităților comunitare și a tineretului. 11. Sădirea copacilor. 12. Profilaxia comportamentului criminal și a abuzului de droguri.
---	--

ECOLOGIA SOCIALĂ ȘI PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII

Ecologia umană, termen introdus în 1921 de către Park și Burgess, încearcă să aplice teoriile din viața animală și vegetală în comunitățile umane. Acest concept a apărut ca o ramură a demografiei și s-a dezvoltat găsindu-și aplicația în sociologie, iar ulterior și în sociologia medicală, care studiază contextul social și cultural al bolilor, riscurile pentru sănătate și comportamentul ce ține de sănătate.

Paralel cu aceasta din psihologia generală au deviat așa ramuri ca psihologia socială, comunitară și ecologică. Iluminarea medico-sanitară s-a dezvoltat ca disciplină și funcționează în prezent în cadrul sistemelor de sănătate publică în domeniul sănătății școlare, nutriției populației rurale, medicinei militare, igienei muncii și în alte domenii legate de asistența medico-sanitară orientată spre prevenție, ceea ce va fi discutat în capitolele următoare. Promovarea sănătății ca idee a evoluat parțial din conceptul domeniului sănătății al lui LaLonde și din realizările importante ale anilor 1970 în conformitate cu care accesul la asistența medico-sanitară nu este suficient pentru îmbunătățirea sănătății populației. Integrarea modelului de comportament ce ține de sănătate, a conceptelor ecologiei sociale, de adaptare a mediului înconjurător și de inginerie socială au format bazele conceptului ecologiei sociale definind și abordând problemele sanitare. (Tabelul 2.7).

TABELUL 2.7. Promovarea sănătății: modificarea comportamentului, adaptarea mediului înconjurător și ecologia socială

Modelul comportamentului ce ține de sănătate, modificări ale modului de viață	Metodologia ecologiei sociale	<i>Adaptarea mediului înconjurător la nivel național, municipal și comunitar</i>
Modificarea comportamentului	Modele de schimb cultural al sănătății	<i>Asigurarea accesului universal la asistența medico-sanitară</i>
Teoria de însușire socială	Modelul biopsihosocial al sănătății	<i>Asigurarea sănătății mediului ambiant</i>
Modelul bazat pe credința în sănătate	Evenimente stresante	<i>Igiena industrială</i>
Teoria acțiunilor argumentate	Ecologia dezvoltării umane	<i>Securitatea socială</i>
Teoria comportamentului planificat	Psihologia sănătății publice	<i>Sprijinul societății</i>
Teoria percepției riscului	Sociologia medicală	<i>Organizarea comunitară</i>
Excitația anxioasă	Etnografia	<i>Factorii umani/ergonomici</i>
Teoria protecției-motivației	Epidemiologia socială	<i>Epidemiologia de monitorizare a sănătății</i>
Comunicațiile sanitare	Ecologia socială a sănătății	<i>Planificarea urbană, arhitectura</i>
<i>Mass-media</i>	<i>Promovarea sănătății comunității Inițiative politice publice Comunități sănătoase</i>	<i>Reglarea construirii locuințelor Controlul traumatismelor și a dezastrelor Controlul alimentelor și medicamentelor Nutriția și fortificarea alimentelor</i>

Sursa: cu modificări din Stokols, D. 1996. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion* 10:282-298.

Comportamentul individual depinde de o serie de factori înconjurători, în același timp sănătatea comunității se bazează pe sănătatea individului; aceste două categorii nu pot fi dispersate una de alta. Perspectiva ecologică în promovarea sănătății constă în modificarea comportamentului oamenilor pentru îmbunătățirea sănătății. Ecologia socială ia în considerație și factorii care nu sunt legați de comportamentul individului. Acești factori sunt determinați de mediul politic, social și economic. Ecologia socială funcționează la nivel comunitar, regional și național fapt necesar pentru abordarea a astfel de probleme ale sănătății publice cum ar fi controlul infecției HIV, tuberculozei, malnutriției, maladiilor cardio-vasculare, violenței, traumatismelor și bolilor oncologice.

DEFINIREA STANDARDELOR SĂNĂTĂȚII PUBLICE

În anul 1995 Asociația Americană de Sănătate Publică (APHA) a publicat programul intitulat „Viitorul sănătății publice în America” care ulterior a fost prezentat la întrunirea anuală din 1996. APHA periodic revizuieste standardele și principiile de organizare a serviciilor de sănătate publică furnizate de guvernele federal, statal și local (Tabelul 2.8). Acest proces se reflectă în atitudinea față de domeniul sănătății publice în Statele Unite unde accesul la asistența medico-sanitară este limitat pentru o parte mare a populației fapt cauzat de lipsa sistemului de asigurare medicală universală. Sănătatea publică în Statele Unite a dat dovadă de o ingeniozitate deosebită în determinarea grupelor de risc care necesită asistență specializată și în depistarea metodelor directe și indirecte de satisfacere a acestor necesități.

TABELUL 2.8. Standardele pentru serviciile sănătății publice, Asociația Americană de Sănătate Publică, 1995

Conceptul	Oameni sănătoși în comunități sănătoase
Misiunea	Promovarea sănătății și prevenirea bolilor
Scopuri	Prevenirea epidemiilor și răspândirii bolilor Protecția de pericolele ecologice Prevenirea leziunilor Promovarea și stimularea comportamentului sănătos Acționarea în cazul dezastrelor și ajutorul oferit comunității pentru lichidarea consecințelor calamităților naturale Aprecierea stării sănătății pentru identificarea problemelor de sănătate în comunitate
Servicii esențiale	Monitorizarea stării sănătății pentru identificarea problemelor sănătății în comunitate Diagnosticul și cercetarea problemelor sănătății în comunitate Iluminarea medico-sanitară a populației Dezvoltarea politicii și planurilor care sprijină eforturile sanitare individuale și comunitare Fortificarea legilor și regulamentelor care protejează sănătatea și asigură securitatea Îndreptarea persoanelor care necesită servicii medico-sanitare personale în instituții medico-sanitare și organizarea acestei asistențe în cazul în care alternativa este imposibilă Asigurarea sistemului de sănătate publică cu cadre calificate Evaluarea eficacității, accesibilității și calității serviciilor medico-sanitare Căutarea noilor abordări ale problemelor sanitare

Sursa: American Public Health Association, The Nation's Health, March, 1995.

ABORDĂRILE INTEGRALE ALE SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Sănătatea publică include atât abordări directe, cât și indirecte. Măsurile directe includ imunizarea copiilor, asistența obstetricală modernă, depistarea hipertensiunii arteriale și a diabetului. Metodele indirecte utilizate în sănătatea publică protejează individul printr-un șir larg de măsuri comunitare cum ar fi majorarea standardelor față de securitatea mediului ambiant, asigurarea securității apei comunitare, utilizarea deșeurilor și îmbunătățirea nutriției.

În practica sănătății publice măsurile directe și indirecte sunt la fel de importante. Pentru reducerea morbidității și mortalității de pe urma bolilor diareice este necesară o aprovizionare corespunzătoare cu apă potabilă curată, precum și instruirea individuală în ceea ce privește igiena personală și a mamelor referitor la terapia de rehidratare per orală (ORT). Din acest motiv domeniul de activitate a sănătății publice include individul, familia, comunitatea, regiunea și națiunea.

Ca țintă a acțiunilor de protecție în cazul măsurilor de control al bolilor infecțioase servesc atât individul, cât și grupurile de risc. În cazul bolilor evitabile prin vaccinare, individul este protejat prin imunizare, totodată această procedură reduce și riscul de molipsire pentru persoanele neimunizate. În controlul unor boli este foarte importantă depistarea precoce a cazurilor și managementul lor, ceea ce reduce riscul îmbolnăvirii pentru alți membri ai comunității. Spre exemplu, controlul tuberculozei presupune depistarea precoce a cazurilor și asistența corespunzătoare în grupele de risc. În controlul malariei identificarea cazurilor și tratamentul lor sunt condiții esențiale împreună cu măsurile ce țin de acțiuni asupra arealului vectorilor acestei maladii pentru prevenirea transmiterii plasmodiului la o gazdă nouă.

Controlul bolilor neinfecțioase în care nu există vaccinuri pentru imunizare în masă, depinde de cunoștințele, atitudinile, credințele și practicile individului supus riscului de îmbolnăvire. În acest caz contextul social și

calitatea asistenței medico-sanitare utilizate sunt de o importanță vitală. Controlul și prevenția bolilor neinfecțioase necesită elaborarea unor strategii speciale bazate pe metode individuale și populaționale. Măsurile individuale sau clinice includ sfaturile profesioniștilor în ceea ce privește reducerea riscului de îmbolnăvire, utilizând diagnosticul precoce și tratamentul simptomatic corespunzător. Măsurile populaționale includ măsuri indirecte cum ar fi interzicerea publicității țigărilor, sau impozitarea directă a industriei tutunului. Standardele obligatorii înalte ale calității alimentelor, limitarea conținutului de grăsimi în carne, legile referitor la ambalarea și marcarea alimentelor sunt părți componente ale controlului bolilor cardio-vasculare.

Modul de viață al indivizilor este de o importanță majoră pentru reducerea morbidității prin boli neinfecțioase deoarece dezvoltarea acestora depinde în mare măsură de factorii comportamentali de risc. Schimbarea comportamentului individului presupune modificarea necesităților persoanei în cauză, totodată diferite persoane își percep necesitățile în mod diferit; un individ își apreciază necesitățile altfel decât societatea sau sistemul de sănătate. Reducerea fumatului printre femei poate fi dificilă dacă este răspândită opinia că acesta reduce pofta de mâncare și volumul de alimente consumat și ca rezultat contribuie la menținerea unei figuri zvelte. Reducerea fumatului printre adolescenți este de asemenea dificilă în cazul în care fumatul este considerat la modă, iar așa boli cum ar fi cancerul pulmonar par neverosimile. Cunoașterea modului de percepere a necesităților de către individ ajută la elaborarea programelor de influență a comportamentului asociat cu boala.

Sănătatea publică modernă interacționează cu diverse domenii iar sistemul de sănătate a fost reorientat pentru a aborda atât sănătatea populației, cât și a individului. Sănătatea publică și medicina clinică se integrează tot mai mult, abordând în comun problemele bolilor cronice, atrăgând o atenție deosebită promovării sănătății și reformei medico-sanitare. În același timp succesele ecologiei sociale manifestate prin diminuarea cauzelor majore ale morbidității, inclusiv prin boli cardiace și SIDA, realizările biomedicinii furnizează noi

tehnologii pentru prevenirea problemelor majore de sănătate inclusiv a cancerului, bolilor cardiace, afecțiunilor genetice, precum și a bolilor infecțioase.

Tehnologiile noi despre care încă câțiva ani în urmă nu se cunoștea nimic astăzi au devenit o practică uzuală, în unele cazuri ducând la majorarea semnificativă a costului asistenței medico-sanitare, iar în altele înlocuind metodele vechi și mai puțin eficiente. În același timp dezvoltarea rezistenței microorganismelor patogene importante la antibiotice și pesticide duce la modificarea profilului bolii care altădată era controlată. Totodată „bolile infecțioase nou-apărute” reprezintă un pericol real pentru sănătatea comunității întregi. Elaborarea noilor generații de antibiotice, remediilor antidepresive, antihipertensive și a altor metode de tratament modifică metodologia tratamentului multor boli. Cercetările științifice și dezvoltarea științelor biomedicale furnizează măsuri noi de prevenție și tratament, care influențează semnificativ profilul morbidității.

Revoluția tehnologică și organizatorică în domeniul sanitar este însoțită de multiple dileme etice, economice și legislative. Direcțiile prioritare în medicină includ transplantarea cordului – procedură costisitoare, dar salvatoare de vieți omenești, asigurarea cu resurse financiare și umane a programelor de imunizare a copiilor din păturile sărace ale populației, promovarea sănătății cu scop de reducere a fumatului și a altor factori de risc pentru bolile cronice. Noile metode de tratament a stărilor acute cum ar fi infarctul de miocard și ulcerul peptic reduc considerabil durata de spitalizare, îmbunătățesc pronosticul și calitatea vieții. În unele cazuri utilizarea metodelor mai puțin costisitoare se poate solda cu rezultate îmbucurătoare. Alegerea căilor de alocare a resurselor poate prezenta anumite dificultăți. Aceasta parțial depinde de nivelul de informare a publicului referitor la problemele sanitare și protecția legislativă a drepturilor pacientului. Acești factori fac parte din metodologia complexă a sănătății publice (Tabelul 2.9).

TABELUL 2.9. Metodologia Noii Sănătăți Publice

Sănătatea publică clasică	Ecologia socială	Asistența biomedicală	Organizarea și finanțarea
Sfârșitul secolului XIX			
Igiena alimentară și personală Sănătatea localităților Carantina Nutriția echilibrată Statistica vitală Epidemiologia Sanitația, teoria miasmelor Organizațiile municipale Bacteriologia, teoria germenilor Vaccinurile, imunologia Controlul bolilor infecțioase Sănătatea mamei și copilului Iluminarea medico-sanitară	Biserica și iobăgia Renașterea Revoluția agrară Îmbunătățirea nutriției Creșterea orașelor Drepturile omului Revoluția industrială Legile muncii Instruirea universală (pentru toți) Reformele sociale Revoluția politică Revoluția informațională	Științele fundamentale Științele clinice Învățământul medical Spitalele: bisericești, municipale, voluntare, universitare Specializarea Boli interne Antiseptica Vaccinurile Radiologia	Achitarea privată pentru cei bogați Doctori municipali pentru cei săraci Asistența spitalicească de caritate, bisericească, voluntară Asociații, beneficii reciproce, societăți de prietenie pentru asigurarea facilităților medicale, pensionare și funerare Asigurarea medicală națională pentru lucrători și familiile sale Fundații de asigurare medicală și asigurarea medicală voluntară
Până în anii 1980			
Tranziția epidemiologică Declinul mortalității și al natalității, îmbătrânirea populației Tranziția demografică Diminuarea bolilor infecțioase Creșterea morbidității prin boli neinfecțioase Sănătatea internațională Eradicarea variolei	Îmbătrânirea populației Majorarea așteptărilor Modul de viață și factorii de risc Inechitatea socială Securitatea socială Stat prosper Responsabilitatea guvernamentală pentru sănătate Apărarea intereselor Promovarea sănătății	Dezvoltarea științelor medicale Specializarea clinică Diagnosticul de laborator, imagistic Boli interne, antibioticele, antihipertensivele, cardiacele, psihotropice Medicina preventivă Asistența la domiciliu Asistența de lungă durată Asistența spitalicească <i>versus</i> cea comunitară Chirurgia ambulatorie	Contractarea colectivă, beneficiile sanitare Responsabilitatea guvernului Asigurarea medicală națională și serviciul național de sănătate Majorarea costului serviciilor medico-sanitare Dezechilibrul între asistența spitalicească și cea primară Organizațiile de menținere a sănătății Evaluarea cost-beneficiu Regionalizarea Reformele
Până în anul 2000 și pentru viitor – Noua Sănătate Publică			
Coordonarea politicii Evaluarea stării sănătății Promovarea sănătății Controlul alimentelor, medicamentelor, locului de muncă, agenților toxici, traumatismelor, factorilor de risc din mediul ambiant Controlul bolilor infecțioase Reducerea factorilor de risc Grupuri cu necesități speciale Sănătatea mentală Sănătatea stomatologică	Politica națională de sănătate Alocarea resurselor Dezvoltarea economică Contextul social Securitatea socială Ecologia și mediul ambiant Nutriția și politica alimentară Politică publică sănătoasă Comunități sănătoase Cooperare intersectorială Apărarea intereselor Voluntariatul	Universitățile medicale Centre de studii postuniversitare Centre de instruire în domeniul managementului medico-sanitar Sistem de expertiză colegială Acreditarea Calitatea asistenței medico-sanitare Cercetări științifice cu destinație specială Echilibru asistență spitalicească / asistență	Scopurile sanitare naționale Decentralizarea / difuzia implementării Sisteme de sănătate districtuale Sisteme de asistență medico-sanitară controlată (HMOs) Mecanisme de piață modificate, reglarea aprovizionării, stimularea, controlul asupra mijloacelor financiare, competiția, asistența controlată

Sistem de informare sanitară Sisteme epidemiologice Planificarea și managementul	Participarea comunităților	comunitară, asistență de lungă durată, asistență la domiciliu, asigurarea vârstnicilor cu adăpost, serviciile comunitare Sisteme de sănătate integrate Sisteme de asistență controlată Probleme etice	Posibilitatea evaluării managementului Evaluarea economică Sisteme de sănătate integrate
--	-------------------------------	---	--

NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ

La întrunirea WHO din noiembrie 1995 cu genericul „Noile sfidări pentru sănătate” s-a remarcat că Noua Sănătate Publică reprezintă mai mult o lărgire decât o substituție a conceptului tradițional al sănătății publice. Conceptul Noii Sănătăți Publice elucidează necesitatea eforturilor organizate ale societății pentru promovarea unei politici publice sănătoase – promovare a sănătății, pentru prevenirea bolilor și pentru asigurarea echității sociale. Noua Sănătate Publică continuă să-și îndeplinească funcțiile tradiționale de sanitație, protecție și reglare. De rând cu acestea au devenit necesare și alte funcții.

“Noua Sănătate Publică nu este atât un concept, cât o filozofie care tinde să lărgască conceptul de sănătate publică. Ea vizează, spre exemplu, sănătatea individului ca o parte a sănătății populației și caută să abordeze astfel de probleme sanitare contemporane cum ar fi accesul echitabil la serviciile medico-sanitare, starea mediului ambiant, guvernarea politică și dezvoltarea socio-economică. Noua Sănătatea Publică tinde să includă sănătatea în programul de dezvoltare pentru a asigura protecția sănătății prin intermediul politicii publice. Mai mult ca atât, Noua Sănătate Publică este un concept de acțiune, fiind nemijlocit implicată în procesul de căutare a căilor de abordare a problemelor contemporane arzătoare, totodată identificând și implementând strategiile pentru rezolvarea acestor probleme.”
[Sursa: Ncayiyen *et al.*, 1995.]

Noua Sănătate Publică este un product al sintezei multor idei și experienței practice dobândite de om în procesul de evoluție. Ea este influențată de o recunoaștere tot mai largă a inechității sociale în domeniul sănătății, prezente

chiar și în țările dezvoltate cu programe sanitare universale, precum și de nereușita serviciilor medico-sanitare gestionate de stat de a confrunta modificările dramatice ale profilului morbidității. Evaluarea de către Banca Mondială a indicelui cost-eficacitate a sănătății publice și intervențiilor medicale orientate spre reducerea impactului bolii de asemenea a determinat necesitatea de căutare a noilor abordări a problemelor sanitare. Noua Sănătate Publică reprezintă o sinteză a practicii sănătății publice tradiționale, managementului serviciilor personale și comunitare pentru elaborarea unei abordări globale a problemelor medico-sanitare.

REZUMAT

Obiectivul principal al sănătății publice, precum și al medicinei clinice este îmbunătățirea sănătății individului și populației. Sănătatea publică acționează prin metode indirecte cum ar fi protecția și asanarea mediului ambiant și prin metode directe ca asistența preventivă oferită mamelor și sugarilor. Medicina clinică își orientează eforturile direct asupra pacientului preponderent în timpul când acesta este bolnav. Dar sănătatea individului depinde de sănătatea și programele sociale ale societății în măsura în care prosperitatea ultimei depinde de sănătatea individului. Noua Sănătate Publică constă dintr-un șir larg de programe și activități care abordează atât sănătatea individului, cât și a societății.

Vechea sănătate publică se ocupa de îmbunătățirea condițiilor deplorabile sanitare din localități, cu securitatea produselor alimentare, aerului și a apei. Ea, de asemenea, precăuta cauzele infecțioase, toxice și traumatice ale mortalității printre persoanele tinere, cauze care erau simțitor agravate de sărăcie. Noua Sănătate Publică este menită să confrunte totalitatea problemelor nou-apărute referitor la creșterea longevității vieții, îmbătrânirea populației, creșterea morbidității prin boli cronice, inechitățile în accesul la serviciile medico-sanitare în țările în curs de dezvoltare, pericolele poluării mediului ambiant,

dezechilibrul ecologic. Mulți dintre factorii menționați pot fi ameliorați prin utilizarea măsurilor sociale, ecologice, de iluminare și asistență medico-sanitară.

Anexa 2.11. Definirea Noii Sănătăți Publice

Noua Sănătate Publică reprezintă un concept de protecție și asigurare a sănătății individului și societății bazat pe echilibrul sanitar, ecologic, promovarea sănătății, serviciile preventive personale și comunitare și coordonat cu o serie de servicii curative, de reabilitare și asistență medico-sanitară de lungă durată.

Noua Sănătate Publică invocă necesitatea organizării programelor guvernamentale și nonguvernamentale naționale, regionale și locale cu scop de creare a unor condiții sociale, nutriționale și ambiante sănătoase. Conținutul, calitatea, organizarea și managementul serviciilor și programelor componente sunt de o importanță vitală pentru implementarea lor reușită în practică.

Indiferent de principiile de organizare a sistemului de sănătate – centralizat sau decentralizat – pentru obținerea rezultatelor preconizate Noua Sănătate Publică are nevoie de o abordare sistemică a problemelor sanitare. Noua Sănătate Publică utilizează diferite metode pentru îmbunătățirea sănătății sociale inclusiv organizațiile sanitare statale de toate nivelele, mijloacele mass-media, grupurile de apărare a intereselor academice, profesionale și ale consumatorilor, întreprinderile de stat și cele private, sistemul de asigurare, industria farmaceutică și cea medicală, agricultura și industria alimentară, industria sportului și turismului, legislația, organele de resort ș.a.

Noua Sănătate Publică se bazează pe responsabilități și posibilități într-o populație definită, pe sisteme economice, care prin organizarea utilizării eficiente a resurselor materiale și umane contribuie la realizarea obiectivelor trasate. Pentru îmbunătățirea sănătății Noua Sănătate Publică invocă necesitatea unei monitorizări permanente a stării epidemiologice, economice și a aspectelor sociale, proces care este o parte componentă a managementului, evaluării și planificării sanitare.

Noua Sănătate Publică asigură elaborarea șabloanelor organizatorice pentru țările industrializate și cele în curs de dezvoltare, precum și pentru țările care se află în perioada de tranziție (spre exemplu, țările fostei Uniuni Sovietice). Aceste state având nivele diferite de dezvoltare economică, epidemiologică și socio-politică tind să asigure o sănătate adecvată pentru populația sa în condițiile unor resurse extrem de limitate.

Ideea Noii Sănătăți Publice a apărut încă la Alma-Ata și a fost elucidată în conceptul „Sănătate pentru toți”. La sfârșitul anilor 1970 au început a fi efectuate tentative de determinare a scopurilor-țintă ale sistemului sanitar și de

utilizare ale acestora în planificarea sanitară. Spre sfârșitul anilor 1980 și la începutul anilor 1990 discuțiile aprinse din America referitor la viitorul sănătății publice au fost determinate de faptul că profesioniștii domeniului sanitar se aflau în căutarea noilor metode și abordări ale problemelor științifice și practice ale sănătății publice. Aceasta a favorizat revizuirea principiilor fundamentale ale organizării sociale, comunitare și ale medicinei preventive. Căutarea noilor metodologii în sănătatea publică a continuat odată cu reînvierea conceptului „Sănătate pentru toți” și conștientizarea faptului că protecția sănătății individului și societății include managementul serviciilor de asistență personală și preventivă comunitară.

SURSE ELECTRONICE

American Public Health Association <http://www.apha.org/>

Declaration of Alma-Ata <http://www.who.int/hpr/docs/almaata.html>

World Health Organization <http://www.who.org/>

LECTURA RECOMANDATĂ

- Black, D. 1993. Deprivation and health. *British Medical Journal* 307:1630-1631.
- Centers for Disease Control. 1991. Consensus set of health status indicators for the general assessment of community health status. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 40:449-451.
- Editorial. 1991. What's new in public health. *Lancet*, 337:1381-1383.
- Editorial. 1994. Population health looking upstream. *Lancet*, 343:429-430.
- Green, L. W., Richard, L., Potvin, L. 1996. Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10:314-328.
- Hancock, T. 1993. The evolution, impact and significance of Healthy Cities/Healthy Communities. *Journal of Public Health Policy*, 14:5-18.
- Maiese, D. R. 1998. Data challenges and successes with Healthy People. *Healthy People 2000 Statistics and Surveillance*, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 9:1-8.
- Roemer, M. 1984. The value of medical care for health promotion. *American Journal of Public Health*, 74:243-248.

- Schmidd, T. L., Pratt, M., Howze, E. 1995. Policy as intervention: Environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular diseases. *American Journal of Public Health*, 85:1207-1211.
- Shea, S. (editorial). 1992. Community health, community risks, community action. *American Journal of Public Health*, 82:785-787.
- Smith, G. D., Egger, M. 1992. Socioeconomic differences in mortality in Britain and the United States. *American Journal of Public Health*, 82:1079-1081.
- Stokols, D. 1996. Translating social ecology theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10:282-298.
- Tollman, S. 1991. Community oriented primary care: Origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine*, 32:633-642.
- Walsh, J. A., Warren, K. S. 1979. Selective primary health care—An interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301:967-974.
- White, K., Williams, T. R., Greenberg, B. G. 1961. The ecology of medical care. *The New England Journal of Medicine*, 265:885-892.

BIBLIOGRAFIE

- American Public Health Association. 1991. *Health Communities 2000: Model Standards for Community Attainment of the Year 2000 National Health Objectives*, Third Edition. Washington, DC: APHA.
- American Public Health Association. 1995. Washington, DC: *The Nation's Health*, March 1995.
- Ashton, J. (ed). 1992. *Health Cities*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ashton, J., Seymour, H. 1988. *The New Public Health: The Liverpool Experience*. Philadelphia: Open University Press.
- Backett, E. M., Davies, A. M., Petros-Barvazian, A. 1984. *The Risk Approach in Health Care: With special Reference to Maternal and Child Health, Including Family Planning*. Public Health Papers Number 76. Geneva: World Health Organization.
- Bootery, B., Kickbusch, I. (eds). 1991. *Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications, European Series, No. 37. Copenhagen: World Health Organization.
- Downie, R. S., Fyfe, C., Tannahill, A. 1990. *Health Promotion: Models and Values*. Oxford: Oxford University Press.
- Health and Welfare Canada-World Health Organization. 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada*.
- Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kark, S. L. 1981. *Epidemiology and Community Medicine*. New York: Appleton-Century-Crofts.

- LaLonde, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Information Canada.
- Lasker, R. D. (ed). 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. New York: The New York Academy of Medicine.
- McKeown, T. 1979. *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell.
- Martin, C., McQueen, C. J. (eds). 1989. *Readings for a New Public Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Ncayiyana, D., Goldstein, G., Goon, E., Yach, D. 1995. *New Public Health and WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper*. Geneva: World Health Organization.
- Nutting, P. A. (ed). 1990. *Community-Oriented Primary Care: From Principles to Practice*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Pan American Health Organization. 1992. *The Crisis in Public Health: Reflections for the Debate*. Washington, DC: PAHO.
- Rose, G. 1993. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Secretary of State for Health. 1991. *The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England*. London: Her Majesty's Stationery Office. Reprinted 1995.
- Siegel, P. z., Frazier, E. L., Mariolis, P., Brackbill, R. M., Smith, C. 1993. Behavioral risk factor surveillance, 1991: Monitoring progress toward the nation's year 2000 health objectives. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 42:1-21.
- Smith, A., Jacobson, B. 1988. *The Nation's Health: A Strategy for the 1990s*. King Edward's Hospital Fund for London. London: Oxford University Press.
- U.S. Public Health Service. *Health United States 1992*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- U.S. Public Health Service. *Health United States 1998*. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- White, K. L. 1991. *Healing the Schism: Epidemiology, Medicine, and the Public's Health*. New York: Springer-Verlag.
- World Bank. 1993. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 1978. *Alma-Ata 1978. Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1985. *Targets for Health for All: Targets in Support of the European Strategy for Health for All*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 1994. *Information Support for New Public Health Action at the District Level*. Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series Number 845. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1994. *Ninth General Programme of Work Covering the Period 1996-2001*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, Regional Office for Europe. 1995. *Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project*, Second Edition. Copenhagen: World Health Organization, European Regional Office.