

16

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕТО

ЗАЩО "ГЛОБАЛИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕТО"

Събитията в една част на света могат да повлияят върху здравния статус на хора в други части на планетата. Динамиката на взаимодействия и взаимозависимостите изисква глобален подход даже за постигането на локални здравни цели. Бъдещите здравни специалисти трябва да са наясно с това, което се случва извън техните страни. Това означава не само научаване от медиите за появата на екзотични болести, но отчитане на факта, че политически, обществени и икономически събития, определящи ежедневието ни, близо до нас или на другия край на света, засягат всички нас. Даже най-отдалечените човешки общности по света се повлияват от глобалните последици на отдалечени военни преврати, граждански войни, икономически кризи или епидемии.

Предишните поколения дейци на общественото здраве са направили огромни приноси за разбирането на болестите, тяхното разпространение и въздействието им върху всички форми на живот. Направени са и грешки; *HIV* инфекцията не е била открита достатъчно рано, а последиците не са оценени преди тя да придобие пандемични измерения. XXI-ви век трябва да се охарактеризира като век на "глобализиращи се" здравни професионалисти. Здравето на всички хора е свързано глобално; ако вчера е избухнала Ебола или холера на 15 000 км., те могат да са при вас днес на терминала за пристигащи пътници в местното летище. Като се има това предвид, бъдещето на общественото здравеопазване изисква отстояване на международни стратегии в икономиката, политиката и социалната справедливост, за да може с общи усилия да се подобрява здравето по цял свят.

Колонизацията и развитието на транспорта и търговията са били отговорни за разпространението на болестите в цялата човешка история. С бързото придвижване на много хора чрез кораби, влакове, а по-късно и самолети, възможностите за предаване на болести от пътуващи се превръщат все повече в глобален здравен проблем. Незаразните заболявания също се предават между популациите чрез навлизането на рискови фактори като тютюнопушене, автомобили, западни диети с изобилие на белтъчини и мазнини в региони, където смъртността свързана с тези причини е била значително пониска. Влиянието на икономическите, демографските и епидемиологичните промени не е еднакво нито вътре, нито между отделните страни. Лошото здраве и бедността подкопават стабилността и у дома, и в чужбина. Един популярен девиз от края на XX-ти век призовава "да мислим глобално, да действаме локално"; няма по-добър начин да се изразят взаимозависимите реалности в днешното обществено здравеопазване.

В предходните глави се разглеждат демографски и епидемиологични въпроси с примери от различни страни, както и регионални и глобални тенденции. В тази глава се представят основните световни тенденции и особености на динамиката на здравето и болестта, заедно със стратегиите на здравната политика. Глобалните тенденции могат да се анализират чрез групиране на страните по географски региони, равнище на

икономическо развитие и политически, културни или етнически характеристики. Глобалното здраве изисква международните здравни организации да стимулират и улесняват обединените усилия за постигане на общи цели като предотвратяване предаването на заразни заболявания и осигуряване на здраве за всички.

ГЛОБАЛНАТА ЗДРАВНА СИТУАЦИЯ

Глобалният здравен статус включва разнообразни социални и икономически стандарти и показатели на заболяемост, инвалидност и смъртност по цял свят. Върху здравния статус влияят социално-икономически фактори, околна среда и здравни интервенции. Има големи различия между развити и развиващи се страни в това отношение, но въпреки това съществуват обща загриженост и споделени интереси за укрепване на здравето. Изследване на страните по географски принцип, като регионите на СЗО, или по икономически статус като страните от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), страните от Източна Европа и бившия Съветски съюз (ОНД), помагат да се изгради цялостна картина на демографските и епидемиологични особености. Страните се групират по икономически признаци обикновено на основата на Брутен национален продукт (БНП) на глава от населението, мярка за националната производителност, като този показател е повече от 20 пъти по-висок за развитите страни в сравнение с развиващите се.

Страни, които сега се приемат за развити, са имали в миналото характеристики на заболяемостта подобни на тези в развиващите се днес страни. Например коефициентите на детска и майчина смъртност в много днешни развиващи се страни са подобни на тези в САЩ през 20-те год. на XX-ти век. Нещо повече, в самите развити страни отделни социални, етнически или имигрантски групи са със здравен статус, характерен за развиващите се страни. В много развиващи се страни в увеличаващата се средна класа се забелязват епидемиологични тенденции, характерни за развитите страни, като например нарастваща честота на сърдечно-съдовите заболявания.

През 1999 г. населението на света надхвърли 6 млрд. Около 77 % от него живее в развиващи се и слабо развити страни. В таблица 16.1 са показани избрани данни за индикатори, свързани с демографския и здравен статус в развитите, развиващите се и слабо развитите страни. Огромните разлики в БНП на глава от населението и в раждаемостта се отразяват на почти всички индикатори на здравния статус. Растежът на населението в развиващите се страни, дължащ се на високия коефициент на плодовитост и намаляването на детската смъртност, е ключов фактор за бедността и лошия здравен статус.

Тенденциите при демографските и здравни индикатори за всички страни сочат подобрене на здравния статус: коефициентите на плодовитост и раждаемост бележат намаление за развиващите се страни, а в последно време и за слабо развитите. Грамотността сред жените нараства и в развиващите се и в слабо развитите страни. Обхватът с имунизации се е подобрил глобално, както и коефициентът на детска смъртност и общият коефициент на смъртност при съответно нарастване на средната продължителност на предстоящия живот. Все пак остават огромни различия в индикаторите на здравния статус между бедни и богати; в слабо развитите страни майчината смъртност е около 60 пъти по-висока, а детската смъртност повече от 18 пъти по-висока от развитите страни.

Въпреки факта, че индикаторите на здравния статус са се подобрили за слабо развитите страни, около 1/5 от земното население няма редовен достъп до първична здра-

вна помощ. През 1991 г. обхватът на първичната здравна помощ е 69 % за слабо развитите, 89 % за развиващите се и 100 % за развитите страни.

ТАБЛИЦА 16.1

Индикатори на здравния статус, отнесени към страни с различна степен на развитие, 1960-1997 г.

	Слабо развити	Развиващи се	Източна Европа/ОНД	Развити
БНП на глава в US\$ 1996	232	1 222	2 182	27 086
Средна продължителност на предстоящия живот				
1970	43	53	66	72
1997	51	63	68	78
Коефициент на раждаемост/1000 нас.				
1970	48	38	20	17
1997	39	25	14	12
Коефициент на обща плодовитост				
1960	6,6	6,0	3,0	2,8
1997	5,3	3,1	1,8	1,7
% Грамотност сред пълнолетните жени				
1980	24	46	н.д.	96
1995	38	62	95	н.д.
% Раждания, извършени от специалист 1990 - 1997	28	55	93	99
Майчина смъртност / 100000 живородени 1990	1 100	470	85	13
Детска смъртност /1000 новородени				
1960	171	138	76	31
1997	108	65	29	6
Смъртност при децата до 5 години / 1000				
1960	281	216	101	37
1997	168	96	35	7
% новородени с поднормено тегло 1990-1997	21	18	7	6
% на имунизации 1995-97				
Триваксина ДТК	62	80	91	90
Полиомиелит	62	81	92	89
Рубеола	60	79	89	90

Източник: UNICEF, State of the World's Children, 1998 99.

Докато пропастта между развити и развиващи се страни по отношение на здравеопазването остава голяма, то разпространението на здравните технологии има сериозни последици. Всеки може да се учи от успехите и неуспехите на другия. Една развиваща се страна може да изразходва повече здравни ресурси в централни университетски болници, като това става за сметка на първичната здравна помощ. Приемането на адекватни приоритети, включително нови ваксини и други здравни технологии, мо-

же да доведе до сериозно подобрене в здравния статус на развиващите се страни. Обратно, здравни иновации от развиващите се страни могат успешно да се прилагат и в развитите. Например, пероралната рехидратираща терапия или успешният опит на социалните здравни работници в условията на развиващите се страни, могат да се прилагат към нерешени проблеми в развитите.

ПРИОРИТЕТИ НА ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЕ

БЕДНОСТ - БОЛЕСТИ - НАСЕЛЕНИЕ - ОКОЛНА СРЕДА

Взаимодействията между бедността, растежа на населението и унищожаването на околната среда в своето съчетание оказва неблагоприятно влияние върху много развиващи се страни и върху стотици милиони хора по света. В много развиващи се страни икономическата стагнация и политическата нестабилност задълбочават проблемите и обричат и следващите поколения на лошо здраве и ранна смърт. Въпреки че последиците от ниските доходи, липсата на елементарна хигиена и пренаселеността не могат да бъдат преодоляни само със средствата на общественото здравеопазване, все пак здравните мерки могат да допринесат много за подобряване качеството на живота.

Развитите страни са решили много от тези проблеми, но все още трябва да се справят с острови на бедност, бездомни хора, насилие, превенция на заболяванията, унищожаване на околната среда и растящи цени на здравната помощ. Южното полукълбо се състои предимно от развиващи се страни със сериозни икономически и социални проблеми. Социално-икономическото разделение Север-Юг ще бъде доминиращо за глобалната здравна политика през XXI-ви век.

ТАБЛИЦА 16.2

Някои глобални причини за смъртност и заболяемост, 1997 г.

Причини за смъртта	Брой починали (в хил.)	Причини за заболяемост	Брой нови случаи годишно (в хил.)
Исхемична болест на сърцето	7 200	Диария	4 000 000
Рак (общо)	6 235	Малария	300 000-500 000
Церебрално-съдови заболявания	4 600	Професионални заболявания	467 000
Пневмония	3 745	Пневмония	395 000
Туберкулоза	2 910	Полово предавани заболявания	385 000
ХОББ	2 890	Психични смущения	122 865
Диария	2 455	Алкохолна зависимост	75 000
Малария	1500-2700	Хепатит В	67 730
СПИН	2 300	Коклюш	45 050
Преждевременна развитост	1 120	Рубеола	31 075
Хепатит В	605	Диабет	10 540
Рубеола	960	Рак	9 240
Рак на белия дроб	1 050	Туберкулоза	7 250
Самоубийства	835	HIV/СПИН	5 800
Общо	52 200		

Източник: WHO, World Health Report, 1997 -1998 г.

През 90-те год. на XX-ти век много развиващи се страни навлизат във фаза на бърз икономически растеж, като съчетават предимствата на образованата и нископлатена работна сила с пазарната икономика. Някои азиатски държави бележат бързо икономическо развитие и високи темпове на растеж. Традиционните социални и семейни структури, характерни за селските общности, започват да се разпадат паралелно с подобряването на образованието и засилването на вертикалната мобилност. Икономическата рецесия в Югоизточна Азия от 1998 г. задълбочи проблемите.

Признаването на взаимовръзката между бедността и влошеното здраве е причина през 90-те год. на XX-ти век развитите страни от Г-7 (плюс Русия) да опростят на най-бедните страни дългове в размер на \$ 118 млрд. Въпреки тази важна стъпка повечето от бедните страни плащат повече за обслужване на дългове, отколкото за здравето и образованието на своите народи.

ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

В развиващите се страни 1/3 от всички смъртни случаи са при деца под 5 г. (около 13 млн. годишно), докато в развитите страни те са общо 2,4 % от всички починали. През 1995 г. диарията е свързана със смъртта на около 2 млн. деца под 5 г., като техният брой е бил двойно по-голям през 1983 г. При масово приложение на наличните днес интервенции смъртността, свързана с диарията може за много кратко време да бъде намалена на половина.

Около 2 млн. деца умират всяка година от болести, предотвратими чрез ваксинации. През 1997 г. има 960 хил. смъртни случаи от рубеола (през 1983 г. те са били 2,5 млн.), 275 хил. от неонатален тетанус (1,1 млн. през 1983 г.) и 410 хил. от коклюш. Регистрираните случаи на клиничен полиомиелит през 1997 г. спадат до 35 хил. сравнени с 350 хил. през 1983 г. (Китай не е включен). Въпреки че са лечими и предотвратими състояния, маларията и туберкулозата продължават да са причина за смъртност, надхвърляща тази от СПИН.

През 1980 г. средният коефициент на имунизационно покритие при децата за БЦЖ (туберкуозна ваксина), триваксина ДТК (дифтерия, тетанус, коклюш), полиомиелит и рубеола е едва 20 %. През 1992 г. около 85 % от децата са били имунизирани с трета доза ваксина срещу полиомиелит преди да навършат 1 год. Масови кампании (национални имунизационни дни) по цял свят са довели почти до ликвидиране на полиомиелита. Масовото прилагане на ваксини срещу рубеола е спряло практически разпространението ѝ в Северна и Южна Америка.

Въпреки всичко, милиони деца не получават имунизация срещу основни болести, предотвратими чрез ваксиниране. Прилагането на животоспасяваща перорална рехидратираща терапия се засилва през 1988-93 г. и води до значително по-успешно третиране на случаите на диария в различни райони на Азия, Африка и Латинска Америка. Ако този прогрес се запази като трайна тенденция, това ще доведе до значително по-добро бъдеще за децата и ще се постигне овладяване и контрол на основните детски заболявания.

МАЙЧИНО ЗДРАВЕ

Около 500 хил. жени умират всяка година от свързани с бременността причини, повечето от тях предотвратими. Практически всички (99 %) смъртни случая са в развиващите се страни и най-вече (95 %) в Азия и Африка. Това се дължи на комбинация от

фактори: липса на пренатални грижи и професионална помощ при раждане, лошо хранене и желязодефицитна анемия, отсъствие на адекватни стандарти на акушерска помощ и бременности, които са твърде ранни, твърде късни или твърде близо една след друга. Показателите за майчина смъртност варират от 1 100/100 000 в най-слабо развитите страни до 13/100 000 в най-развитите (табл. 16.1).

Репродуктивното здраве на жените е важна част от националните здравни стандарти. Образованието на момичетата и жените, достъпа до модерни средства за контрол върху забременяванията, достатъчният интервал между бременностите и адекватните грижи във всички етапи на бременността са важни средства за постигането на подобрения в тази област. Непрофесионалните лица, извършващи раждания преобладават в развиващите се страни. Няма адекватни заместители на добрите пренатални медицински грижи, но работата на непрофесионалните лица може да бъде подобрена чрез програми за обучение, лицензиране и контрол. Прости и евтини мерки могат да дадат значителни резултати: прием на желязо и фолиева киселина по време на бременността, центрове за пренатални грижи (за майчино и детско здраве), родилни центрове (в болници, където е възможно), системи за откриване на високорискови случаи (виж глава 5) и ангажиране на добре обучени социални и здравни работници.

Между 1985 и 1991 г. използването на пренатални грижи в глобален мащаб нараства от 58 % на 67 %. През 1991 г. покритието с тези грижи е 99 % за развитите страни, 65 % за развиващите се и 53 % за слаборазвитите. През периода 1990-1997 г. ражданията, извършвани от обучен здравен персонал възлизат на 60 %, като варират от 28 % в слабо развитите страни до 99 % в развитите.

НАРАСТВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО

Въпреки че нарастването на населението е противоречива религиозна и политическа тема в много общества, днес в повечето части на света има спадане на раждаемостта. Развиващите се страни все повече отчитат, че високата раждаемост спъва икономическото развитие и възпроизвежда бедността, което е основна причина за лошото здраве. Традиционните схващания се основават на допускането, че увеличаването на населението е необходимо за икономическия растеж и силата на една нация. На микро-равнище в традиционните селски общности е разпространено мнението, че повече деца означава по-голяма сигурност за семейството. В последните десетилетия развитието на семейното планиране се придружава от новото разбиране, че неограниченото нарастване на населението е бариера за икономическото развитие.

В много бедни страни високите темпове на нарастване на населението обричат на бедност и лошо здраве майките и децата. Намаляването на детската смъртност и на икономическата нужда повече деца да работят селскостопански труд или да допринасят за семейните бюджети, е довело до по-ниски коефициенти на раждаемост в повечето страни. По-високото образование при жените е подобрило познанията им и използването на средства против забременяване. Религиозните забрани срещу използването на такива средства нямат вече същия ефект, така че раждаемостта спада навсякъде, като в някои страни естественият прираст на населението е стигнал отрицателни стойности.

Правителствата имат особено важна роля при семейното планиране. Разпространяването на информация и насърчаването на семейното планиране, като национална политика и приоритет, трябва да станат важна част от новите акценти върху първичната здравна помощ. В Китай през 50-те год. на XX-ти век Председателят Мао нарича

контрола над раждаемостта "нова форма на геноцид" на развитите страни срещу развиващите се. Последиците от това трагично явление са не по-малко разрушителни от религиозното заклеймяване на средствата срещу забременяване като смъртен грях. И двете имат за резултат увеличаване на раждаемостта в общества, които най-малко могат да си позволят икономическото и здравно бреме при отглеждането на голям брой деца. През последните няколко десетилетия контролът върху раждаемостта е въведен в Китай и Индия, двете страни с най-голямо население в света, но тенденцията към нарастване на населението едва ли ще бъде пресечена през следващите 20 години. Освен това китайската политика "едно семейство - едно дете" е довело до убиване на новородени момиченца, принудителни аборти и стерилизации в едно предимно селско общество, където се ценят повече момчетата.

Въпреки спада на раждаемостта в повечето региони на света, световното население прехвърли 6 млрд. И продължава да нараства с годишно темпо 1,73 % (табл. 16.3). В Азия живее над 60 % от населението на планетата, а в Европа по-малко от 10 %. В много азиатски страни раждаемостта е спаднала до показатели, близки до тези за развитите страни. За периода 1960-1992 г. общият коефициент на плодовитост спада: в Югоизточна Азия от 5,8 раждания на жена до 2,6; в Латинска Америка и Карибите от 5,8 на 3,1, и в Близкия Изток и Северна Африка от 7 на 5,1. Много страни в Субекваториална Африка ще удвоят населението си след 20 години, въпреки че и там се наблюдава начало на спад на коефициента на плодовитост.

ТАБЛИЦА 16.3

Световното население, настояще и перспектива, по икономическо развитие, 1965-2030 г., в млрд.

Равнище на развитие	1965	1973	1980	1991	2000	2030
Страни с ниски и средни доходи	2,60	3,17	3,66	4,53	5,29	7,74
Страни с високи доходи	0,67	0,73	0,77	0,82	0,86	0,92
Общо население на света	3,28	3,90	4,43	5,35	6,16	8,66

Източник: World Bank, World Development Report, 1993

Демографският преход настъпва, когато възрастовата структура на населението чувствително се изменя. При прехода на страните от развиващи се към по-развити индустриални страни се променя модела на възрастовата структура на населението. С увеличаване на очакваната продължителност на предстоящия живот и намаляване на раждаемостта се наблюдава стареене на населението. В развитите страни има бързо нарастване на тази по-зависима част от населението, т. нар. "стари" (примерно над 75 и над 85 г.). Тези тенденции са много важни за бъдещето на отделни страни, когато те ще трябва да поддържат или подобряват икономическите си и социални условия. Всички страни ще се нуждаят от население в трудоспособна възраст, достатъчно, за да поддържа зависимите групи на възрастните и подрастващите.

Високата раждаемост в развиващите се страни все още ограничава възможностите за правилни грижи и хранене на децата. Производството на храни нараства чрез подобренията в селското стопанство, но това може да се окаже недостатъчно при високи темпове на нарастване на населението. Освен това нарастващите стандарти на живот и човешки аспирации водят до допълнителен натиск върху природните ресурси и са сериозна заплаха за крехката екология на Земята.

НЕДОХРАНВАНЕ

Производството на храни се е увеличило в повечето части на света, но в Субекваториална Африка то бележи неотклонно намаление на глава от населението, паралелно с намалението на БНП. Увеличаването на производството през 60-те и 70-те год. в някои развиващи се страни забавя темповете си през 80-те год. на XX-ти век. В развиващите се страни са ограничени възможностите производството на храни да изпреварва нарастването на населението. Развитите страни, с 23 % от световното население, осигуряват повече от половината световно производство на храни. Те доминират в това производство, като имат много по-ниски темпове на нарастване на населението. Развиващите се страни могат да закупуват тези излишъци от храни, но не разполагат с необходимата твърда валута. БНП сам по себе си не е единствен измерител на богатството, то трябва да се оценява и от към капацитета за производство на храни.

Гладът, адаптацията и изтощението от недохранване са трудно измерими. Гладът е субективно явление; адаптацията е приспособяване към по-нисък енергиен прием; когато изразходваната енергия надхвърля приетата, настъпва изтощение от недохранване. Изтощението от глад може да бъде остро или хронично. Гладът и изтощението от недохранването се свързват с природни бедствия и войни, но се проявяват и хронично в региони, където производството на храни не може да върви в крак с растежа на населението. Макар че гладът и недохранването засягат всички, най-уязвими са децата, бременните жени, жените изобщо и старите хора. При мъжете основният ефект е намаляната работоспособност. Гладът в Китай от 1959-1961 г., едно от най-трагичните бедствия на XX-ти век, взема около 36 млн. жертви.

Трудно е да се установи броя на нуждаещите се от храна поради феномена на адаптацията. Статусът на едно население по отношение на храненето, по-специално при децата, се измерва обикновено чрез тегло при раждането, тегло за възрастта и височина за възрастта. Ниският за възрастта ръст е най-важният симптом за недостатъчен прием на протеини в храната. Около 40 % от всички двегодишни деца в развиващите се страни са с поднормен ръст. Обхватът на това явление достига до 65 % в Индия, около 40 % за Китай и Субекваториална Африка и над 50 % за повечето части на Азия. Според стандартите на СЗО около 780 млн. души в света страдат от недохранване или от протеинов дефицит. Това не винаги се проявява като глад, а е по-скоро неадекватно хранене, особено с оглед на протеиновия прием. Недохранването е толкова често сред децата, че родителите и здравните служби приемат летаргичността и недоразвитостта на децата като нещо нормално.

Състоянията, свързани с дефицит на микроелементи в храната засягат около 2 млрд. души в света и имат сериозни последствия като преждевременна смърт, лошо здраве, слепота, поднормен ръст, забавено умствено развитие и понижена работоспособност (*Institute of Medicine* 1999 г.). Характерен за храненето в развиващите се страни е дефицитът на йод, желязо и витамини А, В, С и D, което е неблагоприятно за здравето на цялото население, но засяга особено тежко уязвимите групи. Най-чести са желязо-дефицитните състояния, които засягат главно жени и деца (табл. 16.4), но също и мъже и стари хора. В развиващите се страни децата и жените са особено уязвими поради лошото хранене и честите раждания.

Анемията е най-често срещаното хранително-дефицитно състояние в света (виж глава 8). Тя се дължи основно на дефицит на микроелементи в храната, но често се изострия поради други дефицити (напр. на витамин С), съпътстващи паразитни инфекции

при децата и многобройни бременности при жените. В развитите страни анемията по време на бременност засяга 18 % от бременните жени, докато в Китай и Латинска Америка те са 40 %, а в Индия 88 %. Дефицитът на желязо надхвърля 50 % при жените в Русия, като добавката на желязо не се практикува редовно. Дефицитът на желязо при децата забавя растежа и интелектуалното развитие. Предоставянето на евтини желязни добавки (железен сулфат) на бременни и кърмачки може сериозно да намали това здравно бреме, засегнало (по данни на СЗО от 1997) 1,8 млрд. души.

ТАБЛИЦА 16.4

Разпространение на желязодефицитна анемия при бременни жени и общо при жените по региони

Регион	% от всички жени	% от бременните
Развити страни	13	18
Латинска Америка и Карибите	31	40
Източна Азия и Океания	37	49
Близък Изток и Северна Африка	42	52
Субекваториална Африка	44	52
Южна Азия	60	75

Източник: UNICEF, State of the World's children, 1995.

Дефицитът на йод засяга около 1,5 млрд. души на планетата, като варира от субклинични йод-недоимъчни състояния до кретенизъм и сериозно умствено изоставане. Йодът е дефицитен в почвата и водите на много части по света и недоимъчните състояния на субклинично и клинично равнище са широко разпространени. Рутинното добавяне на йод в солта е широко използвана превенция и се препоръчва от СЗО и УНИЦЕФ; то е прието като основна цел на Световния детски форум през 1990 г., заедно с елиминирането на дефицита на витамин А, засягащ над 650 млн. души (табл. 16.5). Добавките на витамин А намаляват смъртността от рубеола и предотвратяват ксерофтальмията и слепотата при децата. Това е повлияло сериозно на здравната политика по отношение на храненето в развиващите се страни, като е показало връзката между хранене и заболяемост, и значението на хранителните добавки за снижаването на заболяемостта и смъртността сред уязвимите групи от населението. Разпространението

ТАБЛИЦА 16.5

Дефицит на витамин А при деца и йод-недоимъчни състояния сред световното население

Витамин А-дефицитни състояния	Засегнато ¹ население (в млн.)	Йод-недоимъчни заболявания	Засегнато ² население (в млн.)
Сериозно увреждане на зрението	0,5	Кретенизъм	5,7
Ксерофтальмия	3,1	Мозъчни увреждания	26
Нощна слепота	13,5	Goter	655
Повишен риск от смърт от заразна болест	231	Общо ^b :	1 600
Общо ^a :	562		

Източник: UNICEF, State of the World's Children, 1995

^{1a} - Общ брой на децата под 5 год. в развиващите се страни

^{2b} - Общ брой на населението с йод-недоимъчни заболявания

на йод-недоимъчни и витамин А - дефицитни състояния е огромно, но превенцията им е напълно по силите на съвременните технологии, при това на ниска цена. Според СЗО ликвидирането на йод-недоимъчните състояния чрез добавка на йод в солта ще струва само \$ 0,05 на човек годишно. Елиминирането на дефицита на витамин А може да се постигне като се дават капсули с витамин А на деца над 6 месеца 3 пъти годишно при цена \$ 0,02 на капсула, чрез преориентиране към храни богати на витамин А и чрез подсилване на основни храни (олио, маргарин, мляко или захар).

В много региони на Африка, Югоизточна Азия и Източното Средиземноморие инфекциозните и паразитни заболявания в съчетание с недохранването продължават да бъдат основен здравен проблем. Те са сред основните причини за смъртността при новородени и деца, и за съкращаването на очакваната продължителност на предстоящия живот (виж глава 6).

ЗАРАЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Глобалното разпространение на болестите е старо като миграцията на хора и животни. През 80-те и 90-те год. на XX-ти век загрижеността се реактивира с появата на СПИН и други нови заболявания, както и с разпространението на болести, за които се смяташе, че са овладени и се намират под контрол. Туберкулозата, най-големият причинител на смърт сред инфекциозните заболявания, се увеличава с 25 % в световен мащаб между средата на 80-те и началото на 90-те год. на XX-ти век. Случаите на холера нарастват 4 пъти между 1990 и 1994 г. Отново масово се появява дифтерията и хранително-причинените зарази с *E. coli* и салмонела.

Появата на пандемията от СПИН е засегнала всички страни, независимо от равнището им на развитие. Според данните има 27,9 млн. *HIV* позитивни, а 5,8 млн. са починали, включително и 1,4 млн. деца. В много развиващи се страни СПИН е допълнително бреме за икономическия растеж и за здравната система. Цената на лечението и частичната загуба на продуктивна част от младото население, са огромен товар за нестабилните икономики на Субекваториална Африка и други развиващи се страни. Според Доклада за световно развитие от 1993 г. развиващите се страни са изразходвали \$ 340 млн. за лечение на пациенти със СПИН, като сумата ще нарасне на \$ 1,1 млрд. годишно през 2000-та г. Липсата на ресурси за лечение се усложнява и от липсата на ресурси и политика за превенция.

Както беше посочено в Глава 4, появата на "нови" инфекциозни заболявания и повторната поява на добре известни, но все още не поставени под необходимия контрол болести, са големи предизвикателства за общественото здравеопазване и медицинската помощ. Проблемите, свързани с тези заболявания, се задълбочават от появата на резистентни микробни щамове. Основни приоритети при контрола на заразните болести остават: нуждата от пълен обхват на имунизациите при децата, високи стандарти на безопасност на храни и вода, хигиена, просвета за намаляване разпространението на СПИН и болести, предавани по полов път, подобрена първична здравна помощ при диагнозата и овладяването на туберкулозата и маларията и рационално използване на антибиотиците. Постиганията през последните няколко десетилетия са наистина внушителни, но няма място за успокоение, тъй като потенциалните глобални заплахи на заразните болести остават.

Нужни са важни технологични иновации, за да могат туберкулозата, СПИН и маларията да бъдат поставени под глобален контрол, но много може да бъде направено и

със съществуващите технологии. Началото на XXI-ви век ще донесе навлизането на нови ваксини в масова употреба, като това ще намали глобалната заболяемост и смъртност от заразни болести. Важни нови ваксини срещу варицела, хепатит А и рота-вируси са вече лицензирани и навлизат в рутинните имунизационни програми. Пробиви в създаването на нови терапии и ваксини за *HIV* и малария се очакват в началото на XXI-век. Очаква се откриването и на нови антимикробни средства за третиране на различни лекарствено-резистентни организми. Подобряването на технологиите за производство на храни ще е нужно за предотвратяването на инфекции от салмонела и *E. coli*. Медицинската помощ ще трябва да подобри методите си на контрол върху заразните болести, като се избягва появата на резистентни организми чрез по-ограничено използване на антибиотици. Постиженията, довели до почти пълното ликвидиране на заразни болести като едра шарка, полиомиелит, рубеола, проказа и др. предизвикват оптимистични очаквания за нови съществени пробиви през XXI-ви век, макар и съдържани от реалистичната оценка на нерешените задачи и новите предизвикателства.

ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Епидемиологичният преход от доминирането на инфекциозни заболявания към преобладаването на хронични състояния, характерен за развитите страни от средата на XX-ти век, започва да се проявява днес и в развиващите се страни. Сърдечно-съдовите заболявания, ракът, дегенеративните състояния, психичните увреждания и травмите са вече сред главните фактори за смърт в много развиващи се страни (табл. 16.2). Травмите са и голям проблем на общественото здраве, с много сериозни индивидуални, обществени и икономически последици. По света около 7,2 млн. умират от исхемична болест на сърцето и още 4,6 млн. от мозъчен инсулт. Около 2,7 млн. годишно умират от наранявания или отравяния, като 2 млн. от тях са в развиващите се страни и водят до значителна загуба на потенциално-продуктивни години живот. На първо място са пътено-транспортните произшествия, следвани от битови инциденти като падания, изгаряния, отравяния и удавяния.

Болестите, свързани с тютюнопушене, преяждане и небалансирано хранене нарастват в развиващите се страни сред средната класа и работниците. Растящите показатели за смъртност от коронарна болест на сърцето и мозъчен инсулт в бившите страни от Съветския блок са съществени фактори за преждевременна смърт и бремене за зле финансираните им здравни системи. С по-добрия контрол на заразните болести и с промяната на храненето (повече месо и мазнини) при градската средна и работническа класа в развиващите се страни се наблюдава честота на сърдечно-съдовите заболявания, характерна за развитите страни. Здравните работници трябва да се подготвят за този епидемиологичен преход с интервенции като кампании срещу тютюнопушенето, за рационално хранене и други мерки за промоция на здравето. Освен това здравното планиране в развиващите се страни в преход трябва във все по-голяма степен да отчита необходимостта от задоволяването на психиатрични, стоматологични и други здравни нужди.

Психичното здраве все повече се признава като глобален здравен проблем, който засяга в различна степен стотици милиони хора не само в развитите, но и в развиващите се страни. Измерителите на тежестта на заболяванията включват както заболяемост и смъртност, така и *DALY* (години живот, съобразени с недееспособността). Болести като депресиите, алкохолната зависимост и шизофренията заемат водещи места сред причините за инвалидизация, особено сред лицата между 15 и 44 години. Те изискват специално внимание от здравната система, особено в първичната здравна помощ.

УПРАВЛЕНИЕ НА БЕДСТВЕНИТЕ СИТУАЦИИ

Трагични събития, причинени от природата или човека водят до мащабни загуби на живот и имущество и изискват организиран международен отговор, за да се ограничат щетите, да се намалят страданията и да се възстанови равновесието. Такива ситуации могат да се породят от природни бедствия като урагани, наводнения, суши, земетресения или вулканични изригвания със страшни последици. Те могат да бъдат и широкомащабни човешки инициативи като войни между държави, граждански войни, етнически прочиствания, граждански конфликти или репресии. Такива събития могат да придобият големи и трагични измерения и да причинят обезлюдяване, убийства и други форми на насилие, които прекъсват нормалните човешки и граждански норми на съжителство. Здравните аспекти на такива събития са в контекста на възстановяването на безопасността, осигуряването на вода, храна и подслон и на усилията за възстановяването на гражданския живот. Сега такива събития веднага фокусират вниманието на световната общност чрез телевизията. Обикновено се оказва международна помощ, но често тя е зле координирана от местните власти. Подготовката и организацията на действие при такива бедствия е важен елемент от глобалното здраве.

ОКОЛНА СРЕДА

Околната среда е глобална здравна грижа, не само защото засяга всяка страна, но и защото опазването ѝ изисква общи действия (виж глава 9). Индустриалното замърсяване на въздуха е характерно за урбанизираните райони по цял свят. Качеството на въздуха се е подобрило в развитите страни през 80-е и 90-те год. на XX-ти век, но се е влошило в много от развиващите се страни и страните от бившия Съветски блок. Повишените емисии на въглероден двуокис в атмосферата допринасят за глобалния ефект на затопляне, а химикалите, използвани в индустриалните общества, причиняват екологични вреди с потенциални сериозни глобални последици.

СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКО РАЗВИТИЕ И ЗДРАВЕ

Около 2 млрд. души в развиващите се страни нямат достъп до чиста питейна вода; почти 2 млрд. нямат необходимата канализация. Бедността, ниското образователно и професионално равнище, лошото хранене, нехигиеничната среда и лошите жилищни условия са огромно бремене, свързано с всевъзможни заболявания в развиващите се страни. Замърсяването в дома, с използването на битови горива при отсъствие на вентилация, води до висока честота на остри респираторни заболявания и смърт при децата, както и до хронични белодробни заболявания при възрастните и увреждания на плода по време на бременността.

Здравният статус и икономическото развитие са взаимозависими, а доминиращите социални и политически възгледи имат важно влияние върху здравето не само по отношение на средствата, отделяни за здравеопазване, но също и относно възприетия модел на системата за здравеопазване. Бързото икономическо развитие също има своята цена. Замърсяването на околната среда и повишеният риск от професионални заболявания съпътстват преноса на нови технологии и производства в развиващите се страни. Тенденцията бедно селско население да се премества да живее в големите градове, често при липса на основни санитарно-хигиенни и инфраструктурни условия, влошава ситуацията.

Измерването на икономическото развитие само чрез БНП е подвеждащо. Важен показател е разпределението на богатството в една страна, заедно с показатели като обхващане на децата от училищната мрежа. Индексът за човешко развитие (*HDI*) включва средната продължителност на предстоящия живот, придобитото образование и измерителите на доходи (с по-малко относителна тежест на доходите над линията на бедността, тъй като те са по-малко важни за оцеляването). Индексът за човешко развитие, заедно с *QALY* (години живот, съобразени с качеството на живот) и *DALY* (години живот, съобразени с недееспособността) (виж глава 3 и 11), допълнително определят качеството на живота, наред с обичайните икономически показатели.

Не по-малко важно от количеството пари, изразходвани за здраве, е начинът на тяхното използване. Някои страни са постигнали значително подобрение в здравния статус, като остават бедни по показателя БНП на глава от населението. Някои страни имат по-висок рейтинг по отношение на Индекса на човешко развитие отколкото е рейтингът им по БНП. Китай с БНП на глава от населението \$ 370 е успял да постигне показатели на детска смъртност и средна продължителност на предстоящия живот, характерни за развиващите се страни на средно ниво, главно чрез обхващането на големите селски райони от първичната здравна помощ. Шри Ланка, с БНП \$ 500, има детска смъртност от 15 на 1 000, сравнима с тази на напредналите развиващи се страни. Индийският щат Керала е над националните стандарти по Индекс за човешко развитие, при икономически показатели по-ниски от средните за страната. От друга страна, някои страни с висок БНП на глава от населението имат по-нисък Индекс за човешко развитие; например Кувейт и Саудитска Арабия имат много голям БНП, но по-малки успехи в здравеопазването в сравнение с много по-бедни страни като Куба, Коста Рика и Ямайка. В някои страни това може да се дължи на икономическата пропаст между малобройни много богати елити и голямо, но бедно население.

МЕЖДУНАРОДНИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗА ЗДРАВЕ

Както беше отбелязано в Глава 1, от залеза на Римската империя през V-ти век от н.е. Европа преминава през хилядолетие на подтискане на науката. Знанието, включително медицинското, преминава в ръцете на църквата. Гръцките и римски ръкописи, запазени на Запад оцеляват в изолирани манастири в Европа и в Арабската цивилизация, където през следващите няколко века арабски, византийски и еврейски учени превеждат и съхраняват античните медицински знания на Европа. През IX-ти век е основано медицинско училище в Салерно, до Неапол и медицински училища започват да се появяват в различни европейски градове и в арабския свят.

Европейската колониална експанзия, започнала през 1415 г. с португалска атака срещу мюсюлмански селища в съседна Северна Африка, е имала изключително важни последици за здравето в международен мащаб. Европейските кораби донасят едра шарка и рубеола на коренните жители на двете Америки и Океания, като намаляват десетократно това население. Счита се, че сифилисът е пренесен в Европа от завръщащи се от американския континент моряци. Европейски авантюристи и заселници са често жестоко атакувани от множество ендемични болести, срещу които са оказали слаба съпротива. Допълнително търговията с роби е докарала заразни болести от Африка в Америка.

Колониализмът доведе до почти пълно заличаване на много туземни народи по света и промени характера на популациите, най-драматично в Северна Америка, Австралия, Нова Зеландия и части на Латинска Америка. Колониалните правителства

въвеждат западен модел на медицинска организация и практика, и повлияват на здравето чрез научния подход при лечение на болестите. Образованието и медицинското обучение са важно наследство за много, но не за всички развиващи се страни, извоювали независимостта си в средата на XX-ти век.

Развитието на хигиената, а по-късно и на микробиологията, са част от последиците на научно-техническия напредък в резултат на Индустриалната революция. Във втората част на XIX-ти век няколко холерни епидемии в Европа и продължаващото бреме на други заразни болести се оказват сериозен стимул за изследователите в търсенето на агенти-причинители и начини на предаване на основните бактериални и паразитни заболявания. Азиатската холера пристига в Европа през 1832 г. и се разпространява по целия континент, с повтарящи се епидемии до края на века. Това довежда до свикването на Международната хигиенна конференция в Париж през 1851 г. с последващи конференции през 1874 г., 1881 г. и 1885 г. Тези конференции се свикват често между 1892 и 1903 г., за да обсъдят морския карантинен контрол и контрола върху международното разпространение на холера, жълта треска и тифус. Една от първите важни стъпки в международното обществено здраве датира от началото на 80-те год. на XIX-ти век, когато по молба на Международната комисия по холерата Робърт Кох оглавява изследователски екип за изучаване на холерната епидемия в Египет. В резултат на това е открит микроорганизма *Vibrio cholerae* и се формулират препоръки за превантивни мерки. Здравната организация на Обществото на народите (1921-1946 г.), основана в Женева, е опит да се реализира идеята за международна колективна сигурност по отношение на здравето. Като част от нейните функции тя организира Епидемиологична разузнавателна служба. Здравната служба организира различни експертни комитети по заразни болести и други проблеми на общественото здраве, включително стандарти за майчино и детско здраве, хранене, здравно осигуряване и медицинско образование. Регламентират се дейности за контрол на маларията, проказата и бяса, както и се учредяват регистри за рака и се подготвя международна класификация на болестите; координират се фармакопеите и се утвърждават стандарти за жилищна хигиена и хранене. Обхватът на организираната международна дейност се разширява от превенцията на международно предавани болести до контрол над заболяванията и подобряване на здравните условия за уязвими групи от населението. Избухването на войната в края на 30-те год. на XX-ти век довежда до разпускане на Обществото на народите.

По време на Втората Световна война съюзниците учредяват агенция към ООН (*Relief and Rehabilitation Agency*), за да се подпомогнат милионите бежанци. Това става част от инициативата да се основе нова международна здравна организация, като част от международния консенсус за изграждане на един по-добър свят след войната, в контекста на по-силни и координирани Обединени нации.

СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ

Световната здравна организация (СЗО) е основана през 1948 г., като агенция на ООН в духа на следвоенното сътрудничество и идеализъм. Хартата на СЗО гласи, че едно от фундаменталните права на всяко човешко същество е "най-високият постижим стандарт на здравето". Приетата от ООН през 1948 г. Универсална декларация за човешките права гласи, че "всеки има правото на стандарт на живот, гарантиращ здравето и благополучието на него и на семейството му".

Световната здравна организация има огромен принос за глобалното здраве. Тя запълва нуждата от една единна междуправителствена организация, която включва всички страни и покрива всички области на здравето. СЗО се състои от страни членки, които работят заедно и с други организации за постигането на най-високото възможно равнище на здравето. Тя заменя предишни организации, по-специално Здравната организация на Обществото на народите и Пан Американското здравно бюро. Техническа подготвителна комисия се заема с развитието на организацията и в оптимистичния дух на времето се нагърбва с огромната задача да се занимава с глобалните здравни проблеми. С нейната дейност са свързани основни постижения на организацията, особено при дефинирането на здравните цели и организирането на международно сътрудничество за тяхното постигане. Ефективни се оказват и нейните технически служби, статистиката, стандартизираните номенклатури на болестите и лекарствата и публикациите свързани с тях.

Организационната структура на СЗО включва щаб квартира в Женева и регионални офиси за Европа (Копенхаген), Близкия Изток (Александрия), Африка (Бразавил), Югоизточна Азия (Делхи), Западния Пасифик (Манила) и Западното полукълбо (Пан Американската здравна организация във Вашингтон). Главната квартира в Женева има много служби, които се занимават с различни теми (табл. 16.6)

ТАБЛИЦА 16.6

Основни програми на СЗО, Женева, 1997

HIV и полово предавани заболявания (<i>ASD</i>)	Незаразни болести (<i>NCD</i>)
Детско здраве и развитие (<i>CHD</i>)	Превенция на слепотата и глухотата (<i>PBD</i>)
Контрол на тропическите болести (<i>CTD</i>)	Промоция на химическата безопасност (<i>IPCS</i>)
Основни лекарства (<i>DAP</i>)	Здраве и околна среда (<i>PEH</i>)
Лекарствено управление и политика (<i>DMP</i>)	Здравни технологии (<i>PHT</i>)
Спешни ситуации и хуманитарни действия (<i>EHA</i>)	Публикации, езикови и библиотечни служби (<i>PLL</i>)
Наблюдение и контрол над новопоявяващи се и други заразни болести (<i>EMC</i>)	Развитие на програмна политика, оценка (<i>PPE</i>)
Храни и хранене (<i>FNU</i>)	Наркомании (<i>PSA</i>)
UNAIDS (предишна глобална програма за СПИН)	Репродуктивно здраве (<i>RHT</i>)
Глобална програма за ваксини и имунизации (<i>GPV</i>)	Мобилизиране на ресурсите (<i>RMB</i>)
Глобална програма за туберкулозата (<i>GTB</i>)	Укрепване на здравните служби (<i>SHS</i>)
Промоция на здравето, образование, комуникации (<i>HPR</i>)	Тропически болести (<i>TDR</i>)
Развитие на здравните системи (<i>HSD</i>)	Женско здраве (<i>WHD</i>)
Човешка репродукция (<i>HRP</i>)	Бюджет и финанси (<i>BFI</i>)
Оценка на здравната ситуация и тенденции (<i>HST</i>)	Конферентни и общи служби (<i>CGS</i>)
Статистическа информационна система (<i>WHOSIS</i>)	Персонал (<i>PER</i>)
Сътрудничество между агенциите (<i>INA</i>)	Социална и трудова медицина (<i>SOH</i>)
Управление на информационните системи (<i>ISM</i>)	Специални служби юридически съветник (<i>LEG</i>)
Ликвидиране на проказата (<i>LEP</i>)	Информатика (<i>AOI</i>), Вътрешен одит (<i>IAO</i>)
Психично здраве. Превенция на наркоманиите (<i>MSA</i>)	Изследователска политика и координация (<i>RPS</i>)
	Доклади за световното здраве (<i>WHR</i>)

Източник: WHO home page, <http://www.Who.ch/whoisis.htm> (February 25, 1997)

СЗО е лидер при формулирането на световен консенсус и за нова насока на здравната политика. Формулираната стратегия включва принципи на отговорност на правителствата за здравето на техните народи, правото на хората да вземат участие в развитието и контрола на здравната помощ и равенство пред здравето. СЗО формулира и утвърди концепцията, че сътрудничеството между различни части на обществените и частен сектор е необходимо за постигане на здравните цели. Концепцията за подходящите технологии е също инициатива на СЗО (виж глава 15).

Важно е да се оценят проблемите и ограниченията на Световната здравна организация. Организацията е част от системата на ООН и става обект на политически конфликти през периода на Студената война и на регионални конфликти като този в Близкия Изток. Това се оказва в ущърб на авторитета на организацията и е довело до прекратяване плащането на членски внос от страна на САЩ дълги години. Тази политическа организация ограничи контактите с най-изявените и водещи специалисти и намали възможностите за взаимодействие с авангарда на медицинската наука, епидемиология и обществена здравна практика. Това довежда също до неадекватни намеси в области, в които реакцията на СЗО по важни проблеми може да засегне националната гордост. Понякога страдат и епидемиологичният мониторинг и информационният обмен.

Ако СЗО не съществуваше, световната общност трябваше да я изобрети. Въпреки ограниченията от политическо естество организацията съществува като международно представително тяло, включващо всички страни и занимаващо се със здравето във всичките му измерения. Водещата роля на СЗО при приемането на Декларацията от Алма-Ата и "Здраве за всички - 2000" представлява важна стъпка към развитието на международното здраве, като се поставя акцента върху първичната здравна помощ (виж глава 2).

ПАНЕЛ 16.1

УСПЕШНИ ОБЛАСТИ НА РЪКООДСТВО НА МЕЖДУНАРОДНИ ЗДРАВНИ ПРОЕКТИ

Сред успешните инициативи, ръководени от СЗО и УНИЦЕФ са:

1. Ликвидиране на едрата шарка;
2. Сериозно увеличение на имунизационното покритие (*EPI*);
3. Контрол и евентуално ликвидиране на полиомиелита;
4. Намаляване заболяемостта от рубеола (все още има 1 млн. смъртни случаи годишно) в края на 90-те год. на XX-ти век;
5. Сериозно намаление на заболяемостта от тетанус, дифтерия и коклюш;
6. Подобрен контрол върху диарията и намаляване честотата на смъртните случаи;
7. Подобрен контрол на острите респираторни заболявания;
8. Подобрен контрол на тропическите болести;
9. Водеща роля при формулиране принципите на първичната здравна помощ и повлияване на националните здравни програми, особено в развиващите се страни;

10. Повишаване на общественото и политическо внимание към здравните проблеми;
11. Инициативи "Здраве за всички";
12. Инициативи за здравно планиране;
13. Движение "Здравословни градове";
14. Промоция на здравето, включване на здравето сред националните приоритети;
15. Нараснало осъзнаване на нуждите от здравна информация;
16. Сътрудничество при ваксините и имунизациите.

Работата върху контрола на тропическите болести е от особено значение за развиващите се страни. Водещата роля на СЗО при усилията за ликвидирането на едрата шарка, полиомиелита и други болести е сериозен принос към подобряване на глобалното здраве. Инициативите на организацията за намаляване на хранително-дефицитните състояния, за контрол на хроничните заболявания, за определяне нуждите от човешки здравни ресурси и за финансиране на здравните служби са важни и за развиващите се, и за развитите страни.

Световната здравна организация разработва работни програми, които дават насоките на дейност, както на регионалните офиси, така и на страните членки. Осмата работна програма на СЗО за периода 1990-95 г. определя 15 цели и множество конкретни задачи за изпълнението на всяка от целите. Тя включва глобална стратегия за здраве, насочена също и към нарастване на производството и разпределението на храни, социален прогрес в грамотността, намаляване на бедността и насърчаване на икономическия растеж. Включени са и теми като: междусекторно сътрудничество; развитие на здравните системи с ударение върху първичната здравна помощ и подобряването на управленческите умения и ефективността; ангажиране на обществеността; подобряване на човешките здравни ресурси, включително чрез финансова подкрепа от правителства и университети, участващи в обучението на здравни кадри; изследователска дейност, технологии и сътрудничество между държавите; оздравяване на околната среда. Всички те са области на практически действия в рамките на програмата. Деветата работна програма за периода 1996-2001 г. очертава новата глобална здравна политика за държавите-членки, международните организации, банките, неправителствените организации и други организации, свързани със здравето, икономическо и социално развитие.

Много други агенции на ООН и други организации играят важна роля за международното здраве. Те включват УНИЦЕФ (Детския фонд на ООН), Комисията на ООН за бежанците (*UNHCR*), Програмата за развитие на ООН (*UNDP*), Международната организация на труда (*ILO*), Организацията за прехрана и селско стопанство (*FAO*) и Международната комисия по атомна енергия (*IAEC*).

ДЕТСКИ ФОНД НА ООН

След Втората световна война Общото събрание на ООН създава УНИЦЕФ (сега Детски фонд на ООН) главно, за да помогне на децата на следвоенна Европа. Програмата постепенно разширява дейностите си и своя обхват, особено с насочването си към развиващите се страни.

Тази агенция е изразходвала големи суми, особено за храни и продоволствие, за промоция на детското и майчино здраве и за благотворителни дейности по целия свят. Освен това, обикновено в партньорство със СЗО, УНИЦЕФ провежда големи и значими програми по ваксинирането с БЦЖ и за контрол над маларията. Промоцията на семейното планиране в развиващите се страни е една от главните дейности. УНИЦЕФ играе важна роля по цял свят за насърчаване развитието на първичната здравна помощ и на различни методи за превенция.

НЕПРАВИТЕЛСТВЕНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Неправителствените организации (НПО) са многобройни и извършват специфични дейности по цял свят. Те значително се различават по своето съдържание, финансиране, идеология и начин на действие. Много от тях оказват важна подкрепа за развиващите се страни, като често успяват там, където международни агенции не могат, именно защото те работят извън националните политически институции. Това важи с особена сила при извънредни ситуации и райони на конфликти.

Сред най-ранните НПО са различни църковни мисии и организации. Сред многото могат да бъдат споменати *Unitarian Services Committee*, *American Friends Services Committee*, *Catholic Relief Services*, *American Jewish Joint Distribution Committee*, Международния Ротари клуб и Американското бюро за медицинска помощ за Китай. Международният комитет на Червения кръст, Лекарите без граници и други базирани в Европа НПО оказват директна помощ на развиващите се страни по време на кризи. През 1999 г. на Лекарите без граници беше присъдена Нобеловата награда за мир като признание за техните здравни постижения по цял свят.

Филантропските фондации продължават да имат голям принос за международното здраве. Частни фондации, като тези на Форд, Сорос и Рокфелер вършат важна международна здравна дейност в рамките на собствените си структури. Те са важни източници на финансиране на пилотни програми и изследователски проекти в здравеопазването. Освен това те допълват чрез финансово подпомагане правителствени и международни иновационни здравни програми. През 1999 г. фондацията Бил Гейтс дари \$ 100млн. на Международната програма за ваксиниране на децата, осъществена от УНИЦЕФ.

Сред фондацииите, Рокфелеровата фондация е най-известна в международното здравно подпомагане. От основаването си през 1913 г. тази фондация оперира в почти всички страни по света. Приносите ѝ са многобройни и включват: подкрепа на програми за контрол над маларията и жълтата треска, развитието на утвърдени образователни центрове по медицина и обществено здраве, аспирантски стипендии и прилагане на сериозни и ефикасни методи на организация и осъществяване на здравни програми.

Въпреки многото позитивни аспекти на НПО, те могат да са и източник на проблеми в здравната помощ и на развитието, и на развиващите се страни. Обикновено те акцентират върху определен вид здравни дейности, гордеят се с независимостта си от правителствата и могат да оказват натиск за развиване на здравни услуги, които обременяват системата на финансиране и функциониране на здравеопазването. НПО могат да акцентират върху развитието на болниците на места, където това е излишно, а първичната здравна помощ да остава недостатъчно застъпена. Могат да се насочат към конкретни първични здравни грижи, но да не желаят да се координират с важни прави-

телствени имунизационни програми, което води до размиване на отговорностите. Координацията на дейностите на НПО в рамките на една всеобхватна и ориентирана към нуждите на населението програма, може да се наруши от политически и международни фактори, което да доведе до хаос при извънредни ситуации. За да се постигне баланс при обслужване на населението е необходимо правителствените, частните организации и НПО да координират действията си. Това може да се окаже невъзможно при подчертано независими НПО, но държавните здравни власти са отговорни за контролирането дейностите на НПО, колкото и благотворителни да са каузите им, и благородни намеренията им.

СВЕТОВНАТА БАНКА

Международната банка за възстановяване и развитие, известна още като Световната банка, е със седалище Вашингтон. Тя е основана от развитите страни след конференцията в Бретън Уудс към края на Втората Световна война и изиграва важна роля като финансова институция при реконструкцията на следвоенна Европа. След това се е превърнала във важен източник за финансиране на проекти за развитие в целия свят. Обикновено тя поставя фокуса върху широкомащабни инфраструктури, индустриални и селскостопански проекти за развитие. Политиката ѝ по отношение на здравето развитие набляга на насърчаването на пазарните механизми и приватизацията на здравната помощ в страни, където липсва инфраструктура. Това слага неуместен акцент върху специализираната медицинска и болнична помощ вместо към задоволяването на основни здравни нужди на населението. Световната банка изследва здравния сектор и значението му за икономическото развитие в своя Доклад за световното развитие от 1993 г.

Докладът за световно развитие "Инвестиране в здравето", 1993 г., изследва взаимодействието между здравен статус, здравна политика и икономическо развитие и констатира, че обратно на възгледите на много от традиционните икономисти, здравето е съществено за икономическия растеж, а не е бремене за икономиката. Докладът препоръчва на правителствата подход за подобряване на здравето в развиващите се страни и бившите страни от Съветския блок в следните 4 насоки:

1. Да се стимулира икономическа среда, която ще даде възможност на домакинствата да подобряват собственото си здраве чрез повишаване доходите на бедните и чрез увеличаване на обществените инвестиции за повдигане на образователните стандарти, особено за момичетата;

2. Да се преориентират правителствените разходи от специализираната здравна помощ към нискоструващи и високоефективни дейности като имунизации, програми за борба с микроелементните дефицити в храненето, контрол и лечение на заразните болести;

3. Да се насърчават разнообразието и конкуренцията при изпълнението на здравната помощ чрез децентрализация на държавните служби и засилването на конкуренцията между доставчиците;

4. Да се поощри включването на НПО и частни организации, и да се регулира пазарът на осигуровките.

Участието на Световната банка в проекти, свързани със здравето, непрекъснато нараства. Световната банка и СЗО са работили съвместно по проекти като специалната

"Програма за изследване и обучение по тропически болести" и "Проект за контрол над онхоцеркозата в Западна Африка". Световната банка обръща специално внимание на здравните разходи и финансиране, болниците, фармацевтичните средства и храненето.

ПАНЕЛ 16.2

ЗДРАВЕ И ИКОНОМИЧЕСКО РАЗВИТИЕ

"Доброто здраве е съществена част от благополучието, но разходите за здраве имат и своята чисто икономическа обосновка. Подобреното здраве допринася за икономическия растеж по четири начина: то намалява производствените загуби, причинени от заболявания на работещите; позволява да се използват природни ресурси, които са били изцяло или почти недостъпни поради болестите; увеличава се обхващането на децата в училищата, като се подобряват възможностите им за учене; освобождават се за алтернативно използване ресурси, които биха се изразходвали за лечение на болести".

Източник: World Bank, World Development Report, 1993 г., p. 17

Световната банка е кредитна банка с потенциално много важна роля за развитието на здравето в международен мащаб, защото управлява големи финансови ресурси и вижда ролята си в подпомагането на развитието. Схващането ѝ за здравето като сектор на продуктивно инвестиране я прави важна за бъдещи програми за развитие на здравеопазването в развиващите се страни и страните от бившия Съветски блок.

ТЕНДЕНЦИИ В ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЕ

Днес е общопризнато, че общественно-икономическата среда е важна детерминанта на здравния статус на индивида и на населението, въпреки че участващите променливи трудно могат да бъдат точно изчислени. В южното полукълбо, заедно с демографската експлозия, има сериозни хронични проблеми свързани с образованието, прехраната и жилищните условия. Освен това през последните няколко десетилетия възникват сериозни ситуации свързани с конфликти, трудова заетост, миграция, търговия и замърсяване на околната среда. Северното полукълбо се радва на растящо ниво на изобилие, придружено от негативни аспекти, които влияят значително върху общественото здраве: прекомерна употреба на храни, на алкохол, тютюнопушене, замърсяване на околната среда, наркомания и пътно-транспортни произшествия.

Концепцията за първичната здравна помощ, като основа за развитието на здравната система е почти всеобщо призната, но все още няма доказателства, че практическото ѝ приложение е станало обществен приоритет. Констатираните проблеми включват неправилно разпределение на ресурси и неадекватно преориентиране на здравните работници към първичната здравна помощ, като ударението все още продължава да бъде върху лечебната медицина. Обществото все още не осъзнава достатъчно ролята си и често само приема конкуриращи се претенции за скъпо струваща вторична и третична здравна помощ. Недостигът на ресурси за развитие на превенцията и промоцията на здравето подкопават доверието на здравните работници и на обществото в първичната здравна помощ.

Формулирането и анализът на политиката по отношение на човешките здравни ресурси предизвикват все по-голяма загриженост (виж глава 14). Съществува консенсус относно нуждата да се осигурят адекватни и качествени здравни кадри, да се избегнат дисбалансите в структурата на здравния персонал, особено по отношение на лекари, медицински сестри и стоматолози. В повечето развити страни няма планове за развитието на здравните кадри.

Глобалните промени през 80-те и 90-те год. на XX-ти век са сериозно предизвикателство към продължаващия прогрес в здравеопазването. Нарастването на населението, стареенето и увеличаването честотата на хроничните заболявания, високите очаквания на обществото по отношение на здравната помощ, растящите цени и скъпите медицински технологии, икономическата рецесия и ограничените здравни ресурси оказват постоянен натиск върху здравните реформи. През 70-те и 80-те год. на XX-ти век много развити страни провеждат здравни реформи, които включват намаляване на болничните легла, финансови стимули за развитие на здравни услуги за население по места и комбинация от децентрализирано управление и интегриране на услугите в страни с национални здравни служби (напр. Великобритания). В страни с национални здравно-осигурителни системи контролът върху изпълнението и използваемостта, особено на болничните легла, е също характерен за реформите, целящи ограничаване на разходите. В САЩ бързорастящите разходи довеждат до експанзия на системите за управление на здравната помощ, като се търси разходно-ефективна здравна помощ, съчетана с промоция на здравето (виж глава 13 и 14).

Взаимоотношението между болест и общество е от такъв характер, че много от факторите, необходими за намаляване на предотвратими заболявания излизат от рамките на медицинската генетика, медицинската помощ, общественото здраве и промоцията на здравето, и са детерминирани от социални условия, които са в областта на човешките права. Това, обаче, не освобождава правителствата или здравната общност от отговорността за прилагане на известните средства за профилактика и лечение към всички, като се гарантира по този начин едно основно човешко право.

НОВИТЕ ЗАГЛАХИ НА ЗАРАЗНИТЕ БОЛЕСТИ

Международното здравеопазване започва като дейност за предотвратяване разпространението на епидемии и заразни болести. Това включва събирането и своевременното разпространение на информация, превантивни мерки като имунизационни кампании за контрол върху разпространението на болестите и последващи мерки. Успехът при ликвидирането на едрата шарка и увеличаващия се контрол над заболяванията, предотвратими с ваксини доведе до ентузиазизираните оценки, че епидемичните заболявания са овладяни. Този оптимизъм е разклатен от пробиви в контрола над маларията и туберкулозата, както и от множество други нови или наново появяващи се болести.

Спектърът на инфекциозните заболявания сред населението еволюира бързо с промените в обществото и околната среда. Нарастването на населението, пренаселените градски гета, бездомниците, масовата миграция и пътувания допринасят за международното разпространение на заболявания, които са били локални. Резистентността към съществуващите антибиотици създава нова дилема за съвременната медицина. Синергизмът на заразни болести като СПИН с туберкулоза и други болести влошава

състоянието на пациента, и води до предаване на вторични инфекции на други лица. "Постантибиотичната ера" се разглежда като сериозна заплаха за общественото здраве днес. Стратегията да запазим придобивките на XX-ти век, свързани с контрола над заразните болести, изисква нови изследвания и подходи. Сред уроците, получени от СПИН, подобряването на системите за ранно предупреждение и бдителност към новите заплахи са жизнено важни задачи пред общественото здравеопазване.

ПАНЕЛ 16.3

ВИРУСЪТ ЕБОЛА

Вирусът Ебола е установен за първи път през 1976 г. в Судан и Заир, като причина на смъртоносна хеморогична треска с висок процент на смъртност. Избухването на вируса Ебола в Заир през 1995 г. разтревожи сериозно международната общност поради високия коефициент на смъртност (77 %) и поради страха от бързо разпространение. Избухването му беше ограничено до 316 случая, от които 245 със смъртен изход, много от тях болнични служители. Този организъм е бил изолиран в някои видове маймуни и може да се предава на човека по кръвен път и чрез секреции.

На място пристига международен екип, мобилизиран от СЗО и Центъра за контрол на заболяванията и превенция (CDC), за да помогне на заирските здравни служби. Акцентирането върху откриването на случаи, лабораторно потвърждение, изолиране и защита на персонала позволиха да се ограничи разпространението на заболяването. Вирусологични центрове към СЗО и CDC изиграха важна роля при овладяването на тази епидемия. Бързият международен отговор и внимателното наблюдение са част от глобалната загриженост по отношение на новопоявяващи се заразни болести и са отчасти резултат от уроците, извлечени от бавното реагиране на епидемията СПИН.

Източник: WHO, World Health Report, 1996

В САЩ различни новопоявяващи се заразни болести предизвикват растяща обществена загриженост. Сред тях са СПИН, *E. coli* O157:H7 инфекция, криптоспориidioза, коксидиомикоза, лекарствено-резистентни пневмококови инфекции, лекарствено-резистентни ТБЦ-щамове (*MBRTB*), ванкомицин-резистентни ентерококови инфекции, грип А Пекин 32/92, хантавирусни инфекции, лайшманиоза при ветераните от войната в Залива през 1991 г., легионерска болест и лаймска болест.

Нови и нововъзвръщащи се болести, които предизвикват тревогата на международната общност включват СПИН, лекарствено-резистентни малария, туберкулоза и холера, шигелозна дезинтерия, дифтерия, *E. coli* O157:H7. Тропически болести като жълта треска и денга се появяват отново в Азия и Латинска Америка; треската *Rift Valley* в Египет, треската *Lassa* в Западна Африка, вирусът Ебола в Конго, вирусът Марбург, пренесен от маймуни, арбовирусът *Oropouche* и *Sabia* в Бразилия, вирусът *Junin* в Аржентина и вирусът *Machupo* в Боливия предизвикват сериозна загриженост, тъй като могат да се разпространят от естествената си среда на обитаване в други страни, преди носителите да проявят симптомите.

Вече не можем да разчитаме, че такива болести ще останат в естествената си среда на обитаване; те могат да се разпространяват по целия свят чрез човешки или животински преносители и при определени условия да се превърнат в сериозна заплаха. Избухването на епидемия от вируса Ебола през 1995 г. в Заир (сега Конго) предизвиква международна тревога поради реалната възможност за широко разпространение на тази смъртоносна болест. Читателите са добре запознати с такъв тип ситуации от подробни описания в медиите, книгите и филмите.

ТАБЛИЦА 16.7

Стратегии за справяне с появяващи се заразни болести

Цели/теми	Дейности	Примери
I. Наблюдение	Откриване, изучаване и мониторинг на появяващи се причинители, на болестите, които причиняват и на факторите за тяхната поява	Мониторинг чрез предпазни наблюдателни мрежи, напр. кръвни банки, спешни кабинети, лаборатории Наблюдение над населението Полеви изследвания на мястото на появата; Локално и международно разпространение на епидемиологични данни чрез електронните медии, Интернет и др.; Бърза лабораторна диагностика Мониторинг на векторните заболявания. Осигуряване на информация от наблюдаващите лаборатории и клинични центрове
II. Приложни изследвания	Интегриране на лабораторната наука и епидемиологията за оптимизиране на здравната практика	Подобряване на лабораторните диагностични техники, генотипизиране, ДНК картиране (фингърпринтинг), напр. при <i>E. coli</i> , холера, рубеола, полиомиелит
III. Превенция и контрол	Подобряване на комуникацията и здравната информация за появяващи се болести и осигуряване на бързо прилагане на стратегии за превенция	Широко и незабавно разпространение сред здравните специалисти, обществеността и рисковите групи на здравна информация за появяващи се заразни болести; Развитие на здравната просвета за превенция на разпространението на заразни болести
IV. Инфраструктура	Усилване инфраструктурите на общественото здравеопазване на местно и национално равнище за осигуряване на наблюдение и реализиране на програмите за превенция и контрол	Подобряване на лабораториите, информационните системи и обучението

Източник: Modified from Center for Diseases Control, Addressing Emerging Infectious Disease Threats. Atlanta, Georgia: U. S. Public Health Service, 1994.

През юли 1996 г. в Япония се появява голяма епидемия, причинена от хранително отравяне с *E. coli* O157:H7 (за първи път описано през 1982 г.), разпространила се чрез заразени училищни обяди и засегнала над 3 хил. души, включително и 7 смъртни случая. Откриването на източника се оказва много трудно. По-леки епидемии се появяват

в много други страни, включително Австралия, Канада и САЩ и много европейски страни, така че съществува загриженост от повторна поява на тази потенциално опасна остра форма на хранително отравяне.

Международното сътрудничество за откриване на нови инфекции или други заплахи за здравето и за предотвратяване на глобални епидемии, е важен приоритет както за международните агенции, така и за националните здравни системи по цял свят. Контролът над заразните болести изисква добре организирани медицински, лабораторни и епидемиологични разузнавателни служби, обезпечени със средства за бърза комуникация, публикации и координация, и подготвени специалисти (табл. 16.7). Примерите за международни действия при контрола на заразните болести са многобройни. Върховното постижение в тази област е ликвидирането на едрата шарка. Тази огромна победа може скоро да бъде последвана от ликвидирането на полиомиелита в международен мащаб. Такива постижения са възможни само благодарение на международно сътрудничество и всеотдайност.

НОВИ ЗАДАЧИ И ЦЕЛИ

От създаването на Световната здравна организация непрекъснато се търсят ефективни пътища за укрепване на здравето в световен мащаб. Конференцията от Алмата от 1978 г. под егидата на СЗО и УНИЦЕФ формулира нови цели пред националните здравни институции, като постави ударението върху първичната здравна помощ. Това стимулира дейностите в тази област и се оказа много полезно за развиващите се страни с техните сериозни здравни проблеми и остър недостиг на ресурси, но урокът беше важен и за развитите страни, които са притиснати от поддръжката на все по-скъпо струващи здравни системи, които са често неадекватни по отношение на някои здравни нужди на населението.

През 80-те год. на XX-ти век бяха отбелязани окуражаващи индикатори за здравен напредък и в развитите, и в развиващите се страни, включително и в най-слабо развитите. През 1990 г. организираният от СЗО Световен форум за децата обърна внимание на необходимостта постоянно да се преразглеждат здравните цели и да се мобилизират международните усилия за тяхното постигане. Тази конференция прие специфични цели за годините 1995 и 2000 г. (панел 16.4), като констатира, че здравето на населението в даден регион или страна зависи от следните фактори:

1. Равнище на икономическо развитие и равнище на бедност;
2. Образование (специално за жените);
3. Достъп до първична здравна помощ;
4. Ресурси, необходими за здравеопазването;
5. Организация и управление на здравната помощ;
6. Квалификация на здравния персонал и техническа осигуреност;
7. Околна среда и санитарно-хигиенни условия;
8. Семейно планиране и раждаемост.

СЗО констатира, че по-голямата част от тези цели са изпълнени в много от развиващите се страни. Ограничено е недохранването; имунизационните равнища се запазват или увеличават; смъртността от рубеола е намаляла с 80 % в сравнение с доимунизационните равнища; голяма част от развиващите се страни, включително цялото Западно полукълбо, са ликвидирали полиомиелита; вземат се мерки срещу йод-недоимъчните

заболявания, витамин А - дефицитът бележи намаление; нараства използването на пероралната рехидратираща терапия, което спасява над 1 млн. човешки живота годишно; хиляди големи болници сега са активни поддръжници на естественото кърмене; отбелязва се прогрес в обхвата на началното образование и Конвенцията за правата на детето е станала най-широко приетата и бързо ратифицирана конвенция в историята.

ПАНЕЛ 16.4**СВЕТОВЕН ФОРУМ ЗА ДЕЦАТА 1990 г. ЦЕЛИ ЗА 1995 г.**

1. Увеличаване на имунизационното покритие до минимум 80 %;
2. Ликвидиране на неонаталния тетанус;
3. Намаляване на смъртността и заболяемостта от рубеола;
4. Ликвидиране на полиомиелита в ключови райони;
5. Увеличаване използването на пероралната рехидратираща терапия поне до 80 % при случаите на диария;
6. По-добри условия за децата в родилните отделения, поддържане на естественото кърмене и избягване на изкуствено хранене;
7. Повсеместно добавяне на йод в солта;
8. Практическо ликвидиране на витамин А - дефицита;
9. Практическо ликвидиране на подкожния червей;
10. Ратифициране от всяка страна на Конвенцията за правата на детето.

Принципите и целите от Алма-Ата и от Световния форум за децата остават в международния здравен дневен ред и през началото на XXI-ви век. Всяка страна трябва да изработи свой национален план за действие за постигането на тези цели. Тези планове изискват:

1. Стратегически цели;
2. Необходими ресурси и тяхното правилно разпределение;
3. Междусекторно сътрудничество;
4. Обучение на персонала;
5. Просвета сред целевите групи и цялото население;
6. Обществена подкрепа.

Приемането на такива международно одобрени цели помага на отделните страни да насочат ограничените си ресурси към приоритетни области. Предизвикателството е огромно, но съществува реална възможност за намаляване на заболяемостта и за повишаване качеството на живот.

Въпреки прогреса и оптимизма, стотици милиони умират или се инвалидизират в резултат на предотвратими инфекциозни или витаминно-дефицитни състояния. Остават и други нерешени проблеми, свързани с глобалното здраве, като здравето на жените, включително семейното планиране, намаляване на майчината смъртност и заболяемост, намаляване на насилието срещу жените и подобряване на образованието и възможностите за професионална реализация. Насилието над децата, детският труд, убиването на новородени момиченца и сексуалната експлоатация остават сред глобалните здравни проблеми. Все повече неинфекциозни състояния, поразяващи млади и на

средна възраст мъже, се превръщат в глобални здравни проблеми, например сърдечно-съдови заболявания, диабет, травми и рак. Грижата за специални групи от населението, като психично болните, хората с недъзи и старите хора (виж глава 6 и 7) са глобални здравни проблеми, които изискват внимание и решение във всяка страна.

Нужни са международни, правителствени и обществени действия за решаването на тези проблеми не само в най-бедните, но също и в развитите страни. Ефективното прилагане на известните здравни мерки може чувствително да подобри положението и то за много кратък период от време. Това е предизвикателство с историческа важност и значение.

РАЗШИРЯВАНЕ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ОПАЗВАНЕ НА ЗДРАВЕТО

Идеята за санитарен кордон, който да защити здравето на нацията от нахлуващи епидемии е форма на пасивна защита, която не се оказва ефективна при основните епидемии от края на XX-ти век. Изнесената напред защита сега е част от Новото обществено здравеопазване. Страните трябва да си сътрудничат за подобряване капацитета на здравеопазването в международен мащаб като тяхна първа защитна линия. Трагичните последици от късното откриване на СПИН и неадекватната първоначална реакция, се допълва от неадекватните действия през първата фаза на холерната епидемия в Южна Америка от 1991-1996 г.

Построяването на първата защитна линия означава повишаване на капацитета на отделните страни да откриват, съобщават и изискват помощ за овладяването на потенциално сериозни болестни епидемии. Помощ оказват СЗО, Центърът за контрол на заболяванията (CDC) в Атланта и новите аналогични структури във Франция и Великобритания, както и международни организации като Червения кръст, Лекарите без граници и много други. Обучението по епидемиология, използването на стерилна техника и на лабораторни изследвания може да предотврати или да ограничи широко разпространяващи се вирусни инфекции.

Даже развитите страни се нуждаят от укрепване на протиепидемиологичните си възможности. Малко от тях разполагат с адекватни информационни системи за събиране на необходимите данни. Малко от тях имат капацитета за обучаване за нуждите на здравеопазването на епидемиолози, икономисти, социолози, сексолози, психолози или антрополози, да не говорим за ентомолози, генетици и много други професии, които образуват екипа на Новото обществено здравеопазване.

Много развити страни, които са си осигурили всеобщ достъп до лекарска и болнична помощ и смятат, че заразните болести изчезват под натиска на ваксинациите, подобрените санитарно-хигиенни условия и антибиотиците, са допуснали западане на инфраструктурата свързана с общественото здраве, където кадрите нямат достатъчно признание, мотивация и квалификация и са лошо заплатени. 90-те години на 20-ти век промениха картината с новите и новопоявяващи се заразни болести и други напасти като насилието и травмите, наркотиците, сърдечно-съдовите заболявания и рака. Неспособността да се подготвят професионалисти по обществено здраве и да се поддържа системата отваря вратата към бедствия - епидемиологични и икономически. Нито една страна не може да си позволи такава небрежност. Обучаването на специалисти по обществено здраве изисква специални факултети, които са по-необходими от съществуващите в излишък медицински факултети в повечето страни.

ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЕ И НОВОТО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Новото обществено здраве е свързано с глобализацията на здравето в няколко аспекта. Първо, то включва всички здравни дейности в една страна, и второ, това което се случва в останалата част на света пряко засяга всяка страна, независимо колко тя е богата, развита или изолирана. Уроците от бубонната чума може да не са убедителни, но уроците от СПИН със сигурност са; идеята на Джон Дън, че никой човек не е изолиран остров ясно изразява това. Глобалното здраве означава откриване и насочване към остриите инфекциозни и хронични заболявания, колкото се може най-рано, преди те да са се разпространили и засилили чрез действието на рисковите фактори.

В края на XX-ти век все повече развиващи се страни навлизат в епидемиологичен преход, който се извърши в развитите страни в средата на века. Повторната поява на отдавна известни болести и появата на нови застрашителни заплахи от инфекциозни заболявания е глобално явление. Развитите страни отново са изправени пред сериозните предизвикателства от заразни болести, включително и такива, които са внесени от развиващите се страни.

През 50-те и 60-те год. на XX-ти век контролът над заразните болести изглеждаше съвсем надежден. Изглеждаше, че ваксините и антибиотиците са дали отговора на вековни заразни болести. Но през 70-те и 80-те год. на XX-ти век се появяват нови инфекциозни микроорганизми, а също и заплашително се повиши лекарствената резистентност на микроорганизмите. Болестите се разпространяваха от страна в страна, като СПИН през 80-те, холерата в Перу и дифтерията в Русия през 90-те год. на XX-ти век и появата на чума в Индия през 1994 г.

Обратно, хроничните заболявания свързани с прехранване и тютюнопушене започват да завладяват неразвитите страни в момент, в който се подобрява контролът върху заразните и детски болести. Всички страни изпитват бремето на здравните разходи и болезнения процес на здравни реформи. Юридическите, етичните и технологични предизвикателства придобиват все по-голямо значение при управлението на здравните системи.

Всички здравни системи трябва да посрещнат тези предизвикателства чрез обмен на информация и подобро използване на ресурсите, както и чрез търсенето на ефективни начини за превенция на заболяванията и ориентиране на терапията към бързо и пълно възстановяване. Всички развити страни изпитват сериозни проблеми при финансирането на здравеопазването в неговата традиционна форма, а реформите се извършават в условията на стареене на населението, повишаване ролята на технологиите и на големи очаквания от здравната помощ. Реформите, които преместват ударението и средствата от болничната към амбулаторната и първична здравна помощ, демонстрират идеята за промоция на здравето чрез подобро управление и образование.

Някои решения относно неовладените заразни болести са свързани с прости технологии като използването на пероралната рехидратираща терапия за намаляване на заболяемостта и смъртността при диарии. Повторната поява на туберкулозата и на лекарствено-резистентни микроорганизми се овладява успешно чрез друга проста иновация, като прякото наблюдение на терапията от социални здравни работници, за да се осигури предприемане на лечение и успешното му провеждане, особено във високорисковите групи. Контролът на маларията чрез използването на специално

обучени социални здравни работници е друг пример за прилагането на проста, евтина и подходяща технология.

По-прости технологии могат да имат голям ефект и при хроничните заболявания. Коефициентите на смъртност при сърдечно-съдовите заболявания бележат спад в повечето развити страни в резултат на по-здравословен начин на живот и подобро лечение. Смъртността, причинена от травми намалява в резултат на завишени изисквания към безопасността по пътищата, на безопасните условия на труд и на лечението на наркоманиите. За хронично болните по-простата технология на здравни грижи по домовете спестява на хората продължителни, скъпо струващи и рискови хоспитализации.

В бъдеще здравеопазването ще претърпи големи промени и ще използва нови начини за превенция и управление на заболяванията: рекомбинирани ваксини ще намалят разходите и ще помогнат да се поставят под контрол все повече заразни болести, включително вирусния хепатит, респираторните заболявания, диарии. Развива се технология за ваксини срещу рака и генетичните заболявания. Вродените заболявания ще могат да се контролират чрез скрининг, просвета и подходящи интервенции. Промени в храненето, скринингът и намаляване излагането на канцерогенни вещества ще улеснят контрола над рака. Установяването на инфекциозни причинители на хронични заболявания, като хеликобактер и стомашна язва, както и на синергизма между микроелементни дефицитни състояния и инфекциозни и други заболявания, като дефицита на фолиева киселина и дефекти при раждането, отварят нови перспективи за изследванията и здравната практика.

Здраве за всички означава достъп на всеки до здравна помощ. Това изисква разумно управление на финансови и други ресурси, за да се осигурят по ефективен начин нужните услуги, като се намали тяхното дублиране и излишно разширяване. Необходимо е също и обществена и физическа среда, която да дава на хората възможности за здравословен и продуктивен живот. За да се постигнат тези високи цели трябва тясно сътрудничество между здравните служби, изпълнителите на здравна помощ и обществеността, като информираното участие на хората непрекъснато се засилва. Това е особено важно при решаването на въпроси като имунизациите, здравословното детско хранене и грижи, правилното поведение по време на бременността и здравословното хранене при възрастните. Традиционните, патерналистични подходи на лекарите, доминиращи досегашната здравна система, не допринасят за повишаване съпричастността и активността на пациентите и на общността.

Целта за постигане на по-добро здраве изисква споделяне на задачите и ресурсите както между медиците и общността, така и между отделните страни. Подпомагането на страни да развият кадри и инфраструктура в епидемиологията на заразните и хронични заболявания е инвестиция в предната линия на защитата на общественото здраве и е самозащита. Това е същината на работата извършвана от международните организации, както и при двустранната помощ. В рамките на международното сътрудничество в Европа развитите страни си помагат взаимно. Това трябва да се приложи и към развиващите се страни за укрепване на тяхната здравна инфраструктура.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здраве за всички прозвуча като безнадеждно идеалистично пожелание, когато за първи път беше провъзгласено от СЗО през 1977 г. Въпреки това беше постигнат огро-

мен прогрес в намаляване показателите за смъртност и раждаемост, увеличаване средната продължителност на предстоящия живот и подобряване качеството на живот. Глобализация на здравето означава, че това, което се случва някъде е грижа на всички навсякъде, урок, който светът научи от чумната епидемия през XIV-ти век и пандемията от СПИН в края на XX-ти век. Същевременно глобализацията означава разглеждане на всички аспекти на здравето, поради взаимодействието между здравеопазване, икономика и политически приоритети.

Глобално действие означава, че страните трябва да се ангажират със здравето на всички нива, включително централни и местни власти, образователни структури, доброволно гражданско участие и много други елементи на обществото. Потенциалните печалби са огромни и това изисква системна организация, информация и добре дефинирани цели, стратегия и тактики. Анализът на заболяванията, както заразните, така и хроничните, семейното здраве, специфичните групи от населението, храненето, безопасната околна среда и здравословните условия на труд, организацията на общественото здравеопазване, управлението на здравните системи, сравнението с другите национални системи, оценката на човешките ресурси и технологиите, осигуряването на качеството, законодателството и етиката, все теми на отделните глави в тази книга, са същината на Новото обществено здравеопазване. Всички те заедно са части от ежедневното функциониране на здравните системи.

Ликвидирането на едрата шарка ще бъде последвано от други постижения с големи здравни и икономически последици. Уменията при контрола на заразните болести ще променят и контрола на хроничните заболявания. Ще се появяват нови остри и хронични заболявания, а подготовеността за тях ще повиши възможностите за тяхното овладяване преди да достигнат епидемични измерения. Своевременното реагиране на нарастващата смъртност от сърдечно-съдови заболявания в бившия Съветски съюз и в много развиващи се страни е не по-малко важно от реагирането на повторната поява на туберкулозата или на лекарствено-резистентни заразни болести.

Концептуалната основа на Новото обществено здравеопазване предоставя един идеализиран, но практически приложим модел за развиващите се страни. Тази идея се е развила с различни плодотворни последици, включително промоцията на здравето и здравните цели. Повлияла е реалното управление на здравните системи и интегрирането на вторичните и третични здравни услуги в болниците, както и най-различни програми, свързани с подобряване здравето на индивида и на обществото.

Международната здравна общност е успяла до някъде да промени здравните приоритети в много страни към превенция, първична здравна помощ и промоция на здравето. Международното одобрение на тези здравни цели и задачи помага на отделните страни да устояват на натиска, да изразходват по-голямата част от здравните си ресурси за скъпо струващи медицински услуги. Международната ангажираност със "Здраве за всички" оказва важно влияние върху отделните страни, като им помага в трудната задача за промяна на приоритетите и поставянето на акцента върху първичната здравна помощ и модерното обществено здравеопазване.

Нужни са коалиции от сили за справяне с предизвикателства, с които здравната общност не може да се справи сама. Изолирането на здравеопазването от другите сектори, или изолирането една от друга на отделни части от здравния спектър, понижава капацитета за постигане на общите цели. Необходима е мрежа от международни агенции, включващи СЗО, УНИЦЕФ, Световната банка, ФАО, Програмата на ООН за развитие, частни фондации, частния сектор и много други, за да се посрещнат новите

здравни предизвикателства и задачи. По подобен начин, на национално и местно равнище, глобалните подходи и мрежи от организации могат да помогнат при дефинирането на целите и мобилизирането на ресурсите за тяхното постигане.

Много е подходящо тази книга да завършим с Международната декларация за здравните права, приета от училищата по обществено здраве в САЩ като персонален ангажимент на специалистите по обществено здраве от випуск 1998 г.:

"Ние като професионалисти се ангажираме да защитаваме и да действаме за утвърждаването на здравните права на всички хора.

Едно от фундаменталните права на всяко човешко същество е да се радва на най-високия постижим здравен стандарт. Това не е привилегия, запазена за тези, които имат власт, пари или обществено положение.

Здравето не е само отсъствие на болест, но включва и профилактика, развитие на потенциала на личността и позитивно чувство за физическо, психическо и социално благополучие.

Здравната помощ трябва да се основава на диалог и сътрудничество между гражданите, здравните професионали, общностите и политическите лидери. Здравните услуги трябва да се характеризират със справедливост, достъпност, участие на общността, устойчивост и ориентираност към профилактиката.

Здравето започва със здравословното развитие на детето и с благоприятната семейна среда.

Поддържането и укрепването на здравето трябва да се осъществява с активната роля на всички мъже и жени.

Ролята на жените и техните права трябва да бъдат признати, зачитани и насърчавани.

Здравната помощ за старите хора трябва да зачита достойнството им, да проявява уважение и грижа за качеството на живот, а не просто да удължава живота.

Здравето изисква устойчива околна среда с балансиран растеж на населението и запазване на културното разнообразие.

Здравето зависи не само от достъпа до здравна помощ. То зависи от здравословните условия на живот и от задоволяването на основните човешки нужди: храна, вода, жилище, образование, работа, защита от замърсяване на околната среда и защита от социално отчуждение.

Здравето зависи от предпазването от експлоатация и дискриминация с оглед на раса, религия, политически възгледи, етническа принадлежност, национален произход, пол, сексуални предпочитания или икономически и социален статус.

Здравето изисква мирно и справедливо развитие и сътрудничеството на всички хора." (UCLA School of Public Health, 1998).

Новото обществено здравеопазване предоставя концептуалната основа и методология за постигането на тези възвишени цели. То изисква управлението на здравните системи, както и промоцията на здравето и превенцията на болестите да става по такъв начин, че смяната на приоритетите да се осъществява с придружаващо пренасочване на ресурсите, за да се задоволят здравните нужди на индивидите и обществото.

ЕЛЕКТРОННИ МЕДИИ

Food and Agriculture Organisation, <http://www.fao.org/>

Global Health for All Indicators database, available via the WHO home page (<http://www.who.int/>), may be downloaded to IBM compatible computers.

International infectious disease monitoring network, <http://www.promedmail.org>

Morbidity and Mortality Weekly Report morbidity and mortality tables are available on the World Wide Web, <http://www2.cdc.gov/mmwr/distrnds.html>

Organization for Economic Cooperation and Development, <http://www.oecd.org/>

United Nations High Commission for Refugees, <http://www.unhcr.ch/>

United Nations Children's Fund (UNICEF), <http://www.unicef.org/>

Weekly Epidemiologic Record (WHO), <http://www.who.int/wer/>

World Bank, <http://www.worldbank.org/>

World Health Organization mail and email addresses for headquarters and regional offices are as follows:

WHO Headquarters, Avenue Appia 20, 1211, Geneva, Switzerland (postmaster@who.int)

WHO Regional Office for Africa (AFRO), Parirenyatwa Hospital, PO Box BE 773, Harare, Zimbabwe (regafro@whoafr.org)

WHO Regional Office for the Americas (PAHO), 525 23rd St., N. W., Washington, D.C. 20037, USA (postmaster@paho.org)

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO), PO Box 1517, Alexandria 21511, Egypt (postmaster@who.sci.eg)

WHO Regional Office for Europe (EURO), 8 Scherfigsvej, DK 2100, Copenhagen, Denmark (postmaster@who.dk)

WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO), World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi, India 110002 (postmaster@whosea.org)

WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO), PO Box 2932, 1000 Manila, Philippines (postmaster@who.org.ph)

ПРЕПОРЪЧВАНА ЛИТЕРАТУРА

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

БИБЛИОГРАФИЯ

- Basch, P. F. 1990. *Textbook of International Health*. New York: Oxford University Press.

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

ПУБЛИКАЦИИ И СПИСАНИЯ

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





НОВО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

® *Теодор Тулчински, Елена Вараваикова - автори*

® Превод от английски: СД "Офис-Маркет - Русева и сие"

® Научна редакция: доц. С. Попова, доц. И. Мирчева, доц. Н. Фесчиева

Редактор: Иванка Чаушева

Коректор: Мария Кръстева

Предпечат: "Лотос 23" - Варна

Печат: Р.И.С. - Варна

Формат 16/70/100

Тираж: 400 бр.

ISBN 0-12-703350-5

