

## Глава 7

# ИСТОРИЧЕСКИ КОРЕНИ НА ГЛОБАЛНОТО ЗДРАВЕ И СЪВРЕМЕННИ МЕЖДУНАРОДНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Терминът „глобално здраве“, възприет широко през последните две десетилетия, е предназначен да се издигне над използвания в миналото в идеологически смисъл термин „международно здраве“ за означаване на споделяното глобално възприемане и отговорност за здравето.

Глобалното здраве е насочено към здравните проблеми и на богатите, и на бедните страни. То позволява на здравните професионалисти в международен план да прилагат критичен анализ на проблемите на общественото здраве, където и да възникнат те. В по-обобщен вид, глобалното здраве се отнася до моделите и особеностите на здравето и болестта от гледна точка на взаимодействието на глобалните, националните и местните сили, процеси и условия в политическата, икономическата, социалната и епидемиологичната област.

### **Исторически корени на усилията за борба с инфекциозните заболявания**

При разглеждане на историческите корени на глобалното здраве е необходимо да потърсим отговор на следните въпроси:

Каква роля са играли международните фактори за формирането на моделите на заболяванията и болестите?

По какъв начин тези фактори са си взаимодействали със социалния опит на влошено здраве?



По какъв начин по-широкият икономически и политически контекст е оказвал влияние върху появата, разпространението, последициите и борбата срещу епидемичните заболявания?

Кои са главните предшественици на съвременното глобално здраве, започвайки с 300-годишните продължителни вълни на евразийската чума?

Какви са здравните последици от разрастването на империализма и продажбата на робите?

Какви са последиците на индустриалната революция от 19-ти век и началото на движението за санитарни реформи за глобалното здраве?

Какво означават термините „демографски преход“ и „епидемиологичен преход“ и кои са факторите, които са довели до намаляване на смъртността в целия свят и нарастването на средната продължителност на живота през миналия век?

Как са се появили и развили новите международни организации (междуправителствени и неправителствени) от средата на 19-ти до средата на 20-ти век?

Кои са основните действащи лица и организации в областта на общественото здраве на съвременния етап на развитие на обществото?

Въпреки че съвременната система за глобално здраве, включваща проследяване на заболяванията, санитарна регулация, международни организации, обмяна на информация и трансгранични дейности, е възникнала след 19 век, то някои от нейните характеристики са съществували много по-рано. Загрижеността за общественото здраве е започнала хиляди години преди това в древните китайска, египетска, персийска, гръцка, римска и други цивилизации. Всички тези общества са развивали средства за комуникации, теории за причините за заболяванията и специфични средства за справяне със здравните проблеми. Всяка от тези цивилизации е имала сложна инженерна система (както свидетелстват дворците, пирамидите и храмовете) и често развити сложни системи за снабдяване с вода (напр. артезиански кладенци и акведукти), за напояване, за отпадъци и дренаж.

Натрупаните от наблюдения умения са позволявали разработване на ботанически лекарства и хирургични техники. Тези познания са оставали предимно в конкретните общества, но също са се предавали от едно общество на друго чрез войните, завладяването на територии, търговията и проучванията. До Средновековието обаче грижите за здравето и за избухванията на заболявания рядко са надхвърляли ограничени региони, с изключение на случаите на военни инвазии и случайни заболели търговци.

### **Чумата и началото на здравно регулиране на заразните заболявания**

В по-голямата си част научните идеи, технологии и практики в средновековна Европа са изоставали от тези на другите общества, особено от ислямския свят. Претъпканите градове на средновековна Европа са имали доста по-ниски стандарти за водоснабдяване, канализация и хигиена в сравнение с древните цивилизации. Като такива те са били подходящи места за взривове на епидемични заболявания.

Средните векове са свързани с два големи взрива на чума. Първата пандемия, известна като чумата на Юстиниан, е избухнала през 542 г. и е покосила популации от Азия до Ирландия.

Втората епидемия е била голямата Черна смърт през 14-ти век, най-унищожителната епидемия в историята на човечеството. Смъртността от СПИН (като брой и относителен дял) бледнее в сравнение с тази епидемия. Започнала от дивите гризачи в равнините на Централна Азия, чумата е достигнала Черно море през 1346 г. и към 1348 г. тя се е разпространила до Британските острови на запад, до Китай и Русия и на юг до Индия. Цялата социална, политическа и икономическа структура на Европа е била разклатена до основи. Само в Европа умират над 25 милиона души, а в Източното Средиземноморие, Индия и Китай умират още десетки милиони души.

Въпреки че причините за чумната епидемия са били непознати, допусканото разпространение на чумата чрез човешки контакт е



довело до най-ранните опити за международен контрол на заболяването. Вярвайки че чумата се разпространява чрез корабите, градоначалството на Венеция е въвело през 1348 г. 40-дневен принудителен престой за влизашите плавателни съдове (наскоро след това възприето и от Генуа, Марсилия и други важни пристанища). Тази практика на карантина е била минимално ефективна в спирането на чумата. В 1403 г. Венеция въвежда първия лазарет – карантинна станция за задържане и дезинфектиране на хората и товарите.

Тъй като началото на появата на Черната смърт е предшествовало формирането на национални правителства, то санитарните мерки са предприемани и прилагани от градските управи вместо от националните правителства. Така че независимо от разпространението на чумата от едно място на друго, то опитите за справяне с нея са имали локален характер. Липсвала е официална система за уведомяване и за сътрудничество между засегнатите градове. Липсвала е официална система за уведомяване и за сътрудничество между засегнатите градове.

Макар, че вирулентността на чумата е била намалена до някаква степен към края на 14-ти и 15 век, то следващите взривове на Черната смърт са били още по-лоши. През 1630-1631 г. чумата е убила една четвърт от населението на Болоня, една трета – от Венеция, почти половината от Милано и две трети от Верона. При следващата епидемия през 1656-1657 г. загива половината от населението на Рим, Неапол и Генуа.

Чумата не е била единственото смъртоносно епидемично заболяване през Средните векове. Едрата шарка, дифтерия, морбили, туберкулоза, инфлуенца, краста, антракс и трахома са били също широко разпространени. Възможно е и проказата, съществувала в Европа векове наред, да е възникнала като епидемия през 13-ти и 14-ти век.

Въпреки стриктните санитарни мерки през годините на чумата, идеите за чистота и санитарни условия, достигнати в Римската империя повече от хилядолетие по-рано, са се установявали в европейските градове твърде бавно. Чак към 17-ти век и 18-ти европейските градове започват контрол върху хигиенните и санитарни условия.

## Първи стъпки в развитието на общественото здраве

През Средните векове класическите научни и медицински познания са поддържани от ислямските учени, които създават научни средища в Испания, Португалия, Сицилия и навсякъде в Средния Изток и Северна Африка. Контактите с Ислямския свят отварят нови перспективи за очите на европейците. Търговските стоки от изток са с висока стойност и се търсят, но традиционните пътища са такива стоки минават през Средиземноморието и италианските градове-държави. Като продължение на християнско-ислямското съперничество, отчасти заради богатства и приключения и подпомогнати от техническите подобрения в корабоплаването, западно-европейците предприемат в началото на 15-ти век редица завладявания на територии по море. Ужасни здравни последици съпровождат всяка фаза и всяко място на имперската експанзия векове преди нищетата на градската индустриализация да постави общественото здраве на дневен ред пред местните политически власти – тиф, едра шарка, холера, жълта треска и др.

Мотивите на Британската империя по отношение на здравето за включвали предимно предпазване на войниците и заселниците от заболявания, предпазни мерки за търговията, осигуряване на продуктивност на работещите, подобряване на колониалните отношения и предотвратяване на вълнения, цивилизация на колониалните популации.

Периодът на Европейската индустриализация от 17-ти век до началото на 20-ти век се характеризира с развитие на редица политически и икономически промени, както и с напредък в сферата на социалните отношения и научните дирения. Революционните движения във Франция, Северна Америка и в други части по света генерират и дисеминират идеи за правото на политическа свобода, макар че по това време са създадени най-големите колониални империи в историята.

Преходът от феодализъм към капитализъм влече след себе си големи социални и демографски промени, променяйки основно начина, по който хората живеят и умират. Между 1750 г. и 1900 г.



световното население се удвоява – от 800 млн до 1,7 милиарда. Индустрията се развива на базата на напредъка в инженерството и химията. Селското стопанство става по-ефективно и не изисква толкова много работна сила.

Здравето на населението придобива по-голяма значимост с утвърждаването на държавата като социална институция и развитието на капиталистическата система. Появяват се нови политически задължения към гражданите и стремеж за поддържане на здравето и продуктивността на работниците. Нещо повече, търговията изисква недопускане на заболявания, за да се извършва гладко и без прекъсвания. Здравето се превръща във въпрос от морален и социален порядък, както се посочва в академичното слово на баварският учен Йохан Петер Франк през 1790 г. „Мизерията на хората е майка на всички болести“ и в неговия многотомен труд „Система за пълна медицинска полиция“, публикуван в периода 1779–1827 г. и представляващ първия подробен трактат по обществено здраве.

### **Появата на холерата в началото на 19-ти век**

Холерата се среща като ендемично заболяване в течение на векове в басейна на река Ганг, но през 1818 г. тя се разпространява в Югоизточна Азия, Китай, Япония, Източна Африка, Източното Средиземноморие и Южна Русия. Десетилетие по-късно нова вълна от Индия през 1826 г. поразява Русия, където умират стотици хиляди души, и много градове в Европа. Година по-късно трансатлантически кораби донасят холерата до Ню Йорк, Нови Орлеан, Монреал и други пристанища.

Чумата или Черната смърт убива милиони хора, но мерките за предотвратяване на заболяването в широк план за пръв път се появяват в края на 18-ти и началото на 19-ти век, когато възниква общественото здраве като съвременен термин.

С епидемията от холера, която опустошава Европа между 1829 г. и 1851 г. се появява епидемиологията като наука, чийто основател се счита английският лекар Джон Сноу (1813–1858). Той из-

□ следва задълбочено появата на епидемията от холера в Лондон в периода 1952–1954 г. и достига до извода, че причината за холерата е в замърсената вода от р. Темза, която са използвали като питейна вода жителите на определени райони. Сноу приема микробната теория за заболяванията, но все още не разбира механизма, по който се предава заболяването в противовес на доминиращите дотогава схващания.

Първите обществено-здравни идеи са свързани с разкритията на френския химик и микробиолог Луи Пастър (1822–1895), който прави истински пробив в разбирането за причините и превенцията на заболяванията. В 1880 г. е създаден институтът Пастър и са открити първите ваксини срещу бяс и антракс.

Започва интензивна изследователска работа и през втората половина на 19-ти век вече са открити причинителите на много бактериални и паразитни болести. Към средата на 19-ти век натискът за създаване на някакъв вид международно споразумение по отношение на епидемичните заболявания става все по-голям.

През 1851 г. в Париж се провежда Международна санитарна конференция с участието на 12 страни с цел приемане на международна санитарна конвенция. Този опит не успява, но през 1892 г. такава конвенция, отнасяща се до холерата, е приета от Европейските страни. Пет години по-късно е приета международна конвенция за профилактичните мерки срещу чумата.

През 1902 г. във Вашингтон се създава международно санитарно бюро, което по-късно прераства в Пан Американска здравна организация.

През 1907 г. в Париж е създадено международно бюро по обществена хигиена със 12 страни-членки, девет от които европейски.

През 1919 г. се създава Лигата на Нациите, на която се възлага, освен другите задачи, и предприемане на стъпки в областта на профилактиката и контрола на заболяванията.

Следваща стъпка в развитието на международното здравно сътрудничество е ревизията на Международната санитарна конвенция през 1926 г. с включване на предпазни мерки срещу вариолата и тифа.



През 1935 г. се приема международна санитарна конвенция за въздушния транспорт.

През 1945 г. се създава Организацията на Обединените Нации (ООН) със задача да гарантира мира и сигурността на народите. Към нея се формират редица специализирани поделения, които способстват за разширяване на международното здравно сътрудничество и опазването на здравето на населението в света.

## **Съвременни международни здравни агенции, организации и дейности в областта на глобалното здраве**

### **Световна здравна организация**

Историята на СЗО започва от Международната конференция на ООН в Сан Франсиско през 1945 г., когато е одобрено единодушно предложението на Бразилия и Китай за създаване на автономна международна здравна организация и за тази цел е избран технически подготвителен комитет.

През м. юни 1946 г. в Ню-Йорк се провежда международна здравна конференция, която взема окончателно решение за създаване на СЗО и одобрява нейната конституция.

**Конституцията на СЗО е ратифицирана на 7 април 1948 г.** и оттогава този ден се отбелязва като **Световен ден на здравето**. Съгласно чл. 1 от Конституцията целта на СЗО е **„постигане от всички народи на възможно най-високо ниво на здраве“**.

Като ръководна и координираща здравна институция в системата на ООН СЗО има следните **основни задачи**: осъществяване на лидерство по проблемите на глобалното здраве; насочване на изследователската дейност в областта на здравето; разработване и въвеждане на нормативи и стандарти; формулиране на политически решения, основани на доказателства; предоставяне на техническа помощ на страните-членки и проследяване и оценка на тенденциите на здравето в глобален мащаб.

Съгласно чл. 9 от Конституцията на СЗО, организацията се ръководи от **Световна здравна асамблея, Изпълнителен комитет и Секретариат**.





Световната здравна асамблея се провежда ежегодно в Женева в Двореца на нациите с участието на делегати на всички страни-членки. Функцията на Асамблеята включва: определяне на политиката на организацията, избор на страни-членки, които имат право да назначат свой представител в Изпълнителния комитет, избор на генерален директор на СЗО. На всяка сесия на Световната здравна асамблея Генералният директор на СЗО представя доклад за здравето на населението в света, посветен на конкретно актуално направление от дейността на СЗО в съответствие с тенденциите на здравето и развитието на здравните системи.

Между сесиите на Асамблеята, СЗО се ръководи от 34-членен **Изпълнителен комитет и Секретариат**, оглавяван от **Генералния директор**.

**Изпълнителният комитет** се състои от представители на 32 страни-членки, избирани за три години (само САЩ, Великобритания, Франция, Русия и Китай имат постоянни представители). Функциите на Изпълнителния комитет включват привеждане в изпълнение на решенията и политиката на Световната здравна асамблея, действайки като неин изпълнителен орган и предприемане на спешни мерки (напр. при епидемии).

Текущата организационна работа се води от **Секретариат**, оглавяван от **Генерален директор** и технически и административен персонал.

**Генералният директор** се избира от Световната здравна асамблея и има право на два мандата по 5 години. Сегашният Генерален директор на СЗО е д-р Маргарет Чан (Китай).

СЗО включва 194 страни-членки, разпределени в 6 региона: **Африкански регион** (седалище Бразавил); **Американски регион** – (Вашингтон); **Източно-Средиземноморски** (Кайро); **Европейски** (Копенхаген), **Югоизточно Азиатски** (Ню Делхи) и **Западно тихоокеански регион** (Манила).

СЗО се ръководи от програми със средносрочни цели за период от 4-6 години. Бюджетните програми се предприемат за период от 2 години. Усилията на СЗО през първите десетилетия след съз-



даването ѝ са насочени към ликвидиране на здравните последици от Втората световна война и към широко разпространените инфекциозни заболявания. За някои от тях (вариола) е постигнато пълно ликвидиране. Други особено опасни инфекциозни заболявания (холера, чума) са останали само в някои райони. Днес голямо внимание се отделя на ваксинапредотвратимите заболявания (полиомиелит, морбили, коклюш, тетанус, дифтерия, скарлатина, туберкулоза и др.), които отнемат живота на милиони деца в развиващия се свят, както и на разработването на профилактични програми за борба с масово разпространените неинфекциозни заболявания. Основен механизъм за координация и развитие на изследователската работа се явява създаването на широка мрежа от колабориращи центрове в различните страни и региони, работещи по единни методики. Приоритетно внимание се отделя на борбата със СПИН, малария, туберкулоза и др.

### Други специализирани организации на ООН

**УНИЦЕФ** (UNICEF) – специализирана организация, създадена през 1946 г. първоначално с цел подпомагане на децата от опустошената от Втората световна война Европа. По-късно УНИЦЕФ ориентира дейността си към децата от целия свят, подпомагайки правителствата за удовлетворяване потребностите на децата, сътрудничество при особени ситуации и приоритети и подкрепя на най-слабо развитите нации. Особено внимание се отделя на причините за умирания и заболявания сред децата до 5 г. възраст. През 1965 г. УНИЦЕФ е награден с Нобелова награда за мир.

**ЮНЕСКО** (UNESCO) – организация на ООН по проблемите на образованието, науката и културата, която заедно със СЗО работи по подготовката на медицинските кадри, подобряване работата на учебните медицински заведения и по научната информация. В последните години ЮНЕСКО играе водеща роля в утвърждаване на етичните стандарти в медицинската наука и практика и в стандартизиране на обучението по медицинска етика.

□ **МОТ** (ILO) – създадена след Първата световна война през 1919 г. като клон на Лигата на Нациите със задача подобряване на условията на труд и живеене за работещите в целия свят.

**ФАО** (FAO) – създадена през 1945 г. с основни цели: подпомагане на нациите за подобряване на стандарта на живот; подобряване на храненето на населението във всички страни; повишаване ефикасността на земеделието, лесовъдството и риболова; подобряване на условията на живот в селските райони и разширяване на възможностите на хората за продуктивен живот.

**Програма за развитие към ООН** (UNDP) – създадена през 1966 г. като главен източник на фондове за техническо подпомагане. Основната ѝ цел е подпомагане на бедните нации за по-пълно развитие на техните човешки и природни ресурси. Проектите на програмата за развитие обхващат почти всички икономически и социални сектори – селско стопанство, индустрия, образование и наука, здравеопазване, социално дело и др.

**Фонд за народонаселението на ООН** (UNFPA) – международна агенция за развитие, чиято цел е да защитава правото на всеки човек на здравословен живот и равни възможности. UNFPA подкрепя страните за изграждане на политики и програми за намаляване на бедността и за гарантиране на желани бременности, безопасни раждания, предпазване на младите от СПИН и достойнство и уважение към жените.

**Програма на ООН за борба с HIV/СПИН** (UNAIDS) – съвместна програма, базирана в Женева, обединява усилията и ресурсите на 10 организации на ООН за глобален отговор на СПИН епидемията.

Непрекъснато се разширява броят на създаваните **неправителствени организации** за международно здравно сътрудничество, които имат съществена роля за обединяване на усилията на изследователите и здравните политици в решаването на най-актуалните проблеми на глобалното здраве.



## Стратегията на СЗО „Здраве за всички“

През м. май 1977 г. 30-та Световна Здравна Асамблея приема резолюция, която определя, че **„главната социална цел на правителствата и на СЗО в близките десетилетия трябва да бъде достигането от всички хора по света към 2000 година на ниво на здраве, което ще им позволи да водят продуктивен в социално и икономическо отношение живот“**.

През 1978 г. в Алма Ата се провежда **международна конференция по първичната здравна помощ**, в Декларацията на която се подчертава, че **първичната здравна помощ трябва да бъде ключът към достигане на „здраве за всички“**.

През 1979 г. Изпълнителното бюро на СЗО формулира ръководните принципи и на 32-та Световна здравна асамблея е приета глобалната стратегия **„Здраве за всички към 2000 г.“** Формулирани са **12 глобални индикатора** за оценка на реализацията на стратегията, групирани в 4 категории: *индикатори за здравна политика; социални и икономически индикатори; индикатори за обезпеченост с медицинска помощ; индикатори за здравно състояние на населението.*

Глобалната стратегия „Здраве за всички към 2000 г.“ е последвана от приемане на регионални и национални стратегии, съобразени със специфичните здравни и социално-икономически характеристики.

В резултат на усилията на страните и регионите са **постигнати редица позитивни изменения в глобалното здраве**: заболяемостта от редица инфекциозни болести е ограничена съществено в много страни; ликвидирана е вариолата; значително е снижена детската смъртност и смъртността от морбили, полиомиелит, дифтерия и други ваксинопредотвратими заболявания; нараснала е СППЖ и е намалена е разликата в СППЖ между развитите и развиващите се страни.

Въпреки това, редица **фактори забавят прогреса към пълното постигане на целите на стратегията**: недостатъчна политическа ангажираност в осъществяването на стратегията



в отделните страни; неравенство в достъпа до всички елементи на ПЗП; нарастване на неравенството в здравния статус на населението в развити и развиващи се страни и между групи вътре в страните; изразено неравенство в дейностите по промоция на здравето; продължаващ нисък статус на жените; бавно социално-икономическо развитие и трудности в междусекторното сътрудничество; небалансирано разпределение и недостатъчна подкрепа за развитие на човешките ресурси; замърсяване на въздуха, некачествена храна и недостиг на безопасна питейна вода и санитарни удобства; недостатъчно финансиране на здравните системи за поддържане на базисните функции на здравната служба в бедните страни; неподходящо използване и разпределение на ресурсите за скъпоструващи технологии; естествени и предизвикани от човека катастрофи и др.

**Едновременно с тези фактори** през последните десетилетия се проявяват **редица нови тенденции, влияещи върху здравето**: нараства абсолютната и относителна бедност; застаряване на населението и ръст на големите градове; висока честота на инфекциозните заболявания; поява на нови и завръщане на някои забравени инфекциозни болести; нарастваща честота на неинфекциозните заболявания, травмите и насилието и на рисковите фактори, свързани със стила на живот; нараства насилието в обществото (войни, етнически конфликти, улично и семейно насилие); засилва се социалната дезинтеграция и разпад на семействата; нараства травматизмът, безработицата, алкохолната зависимост и психичните нарушения; ускорено развитие на нови технологии: информатика и телемедицина; сериозен напредък в развитието на биотехнологиите; глобализация на търговията, транспорта, ценностите и идеите.

Отчитайки посочените фактори и новите тенденции, СЗО предприема по-нататъшни стъпки за мобилизиране на усилията на световната здравна общност и правителствата на всички страни за подобряване на глобалното здраве чрез стратегията „**Здраве за всички в 21-ви век**“.



## Глобална стратегия „Здраве за всички в 21-ви век“

Стратегията е приета от 51-та СЗА през май 1998 г. Тя се основава на миналите постижения, насоки на действие и политика като идентифицира новите глобални приоритети и цели за първите две десетилетия на 21-ви век.

**Четири ключови ценности** са заложиени в основата на стратегията:

- *Правото на най-висок постижим стандарт на здраве.*
- *Етика в планирането и прилагането на стратегията.*
- *Постигане на равенство в здравето между и вътре в страните.*
- *Отчитане на специфичните проблеми на мъжете и жените.*

Стратегията поставя **10 глобални цели**.

### **А. Здравни резултати:**

- 1. Повишаване на здравното равенство** – % на децата под 5-годишна възраст със забавено физическо развитие във всички страни и специфични групи към 2020 г. да бъде под 20%.
- 2. Повишаване на преживяемостта и качеството на живота:** майчината смъртност до 2020г. във всички страни да бъде под 100 на 100 000 живи раждания; смъртността под 5-год. възраст – под 45 на 1000 живородени; средната продължителност на предстоящия живот – над 70 г.
- 3. Преодоляване на глобалните тенденции на 5 основни пандемии:** до 2020г. да бъде снижена съществено тежестта на туберкулозата, СПИН, маларията, заболяванията, свързани с тютюнопушенето и насилието и травмите върху обществото чрез ефективни програми за контрол.
- 4. Ликвидиране и елиминиране на някои заболявания:** морбили и лимфна филарияоза, болестта на Чагас, проказата



и трахомата, заболяванията, свързани с недостиг на витамин А и йод.

**Б. Междусекторно сътрудничество по отношение детерминантите на здравето.**

**5. Подобряване на достъпа до питейна вода, санитарни удобства, храна и подслон.**

**6. Мерки за промоция на здравето.** До 2020 г. всички страни да въведат стратегии за здравословен начин на живот чрез законодателни, икономически, образователни, организационни програми в общността

**В. Здравни политики и системи**

**7. Разработване, прилагане и мониторинг на национални политики „Здраве за всички“.**

**8. Подобряване на достъпа до всеобхватна, основна и висококачествена здравна помощ.**

**9. Въвеждане на глобални и национални информационни системи и системи за проследяване на заболяванията.**

**10. Подкрепа на научните изследвания в областта на здравето.**