

**Acest material este oferit de Revista Română de Boli Infecțioase  
Redactor șef Prof.Dr.Ludovic PĂUN, Ed.Medicală Amaltea, București  
Director Dr.Cristian POPESCU  
Centrul de Cercetări Medicale de pe platforma Academiei de Științe Medicale, ASM Spitalul  
Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale “Dr.Victor Babeș”, București**

## **PERSPECTIVE**

### **THE NEW GLOBAL HEALTH**

Kevin M. De Cock, Patricia M. Simone, Veronica Davison, Laurence Slutsker

#### **Rezumat**

Sănătatea reflectă la nivel global realitățile aferente globalizării, inclusiv diseminarea la nivel mondial a riscurilor la adresa sănătății publice reprezentate de bolile infecțioase și non-infecțioase. Arhitectura sistemului de sănătate la nivel global este extrem de complexă, fiind necesară o coordonare mai bună între diversele organizații implicate. Există trei teme majore care se suprapun și care determină acțiunile și stabilirea priorităților în ceea ce privește sănătatea globală: *dezvoltare, securitate și sănătate publică*. Aceste teme au o legătură foarte strânsă cu schimbările de natură demografică, cu dezvoltarea socio-economică și cu urbanizarea. Bolile infecțioase rămân în continuare factori critici, fără să mai reprezinte în viitor o cauză esențială a îmbolnăvirilor și deceselor la nivel mondial. Indicatorii tradiționali de sănătate publică, cum ar fi mortalitatea infantilă și maternă, nu mai descriu societățile în ansamblul lor; această schimbare evidențiază astfel nevoia de investiții în înregistrarea și raportarea bolilor specifice. Bolile netransmisibile, afecțiunile și sănătatea mintală presupun pe viitor o atenție mult mai mare la nivel internațional. Noul sistem de sănătate la nivel global presupune o implicare mai mare a organizațiilor de sănătate din toate țările în ceea ce privește obiectivele referitoare la capitalul alocat sănătății, de accesul la sistemele de sănătate și la acoperirea acestuia pe plan mondial – ca priorități specifice programului “Millenium Development Goals”.

Sănătatea a devenit o zonă a implicării diplomatice și un subiect prioritar la nivel mondial. Finanțarea sistemelor de sănătate a atins la nivel global suma de aproximativ 30 de miliarde de dolari pe an, în condițiile în care SUA asigură cel puțin o treime (1). Cu toate acestea, în cele mai multe cazuri asistăm la o lipsă de coordonare în arhitectura complexă și insuficient organizată a sistemului de sănătate globală. În afară de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), și alte instituții precum Banca Mondială sau Fundația Bill și Melinda Gates, au devenit principalii finanțatori care influențează politicile de lucru; de asemenea, au apărut noi organizații multilaterale, precum Programul Comun al Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA, Alianța Globală pentru Vaccinare și Imunizare, UNITAID și Fondul global pentru lupta împotriva SIDA, a tuberculozei și a malariei; în același timp, grupurile care reprezintă societatea civilă, cum ar fi Médecins Sans Frontières, implementează diverse programe și fac presiuni importante la nivel politic.

Aceste progrese i-au provocat pe cei de la OMS, care, deși își menține în continuare credibilitatea unică și autoritatea de care se bucură ca instituție, este blocată într-un fel de lipsa de finanțare și de condițiile impuse de donatori, de structurile guvernamentale birocratice și inflexibile sau de dificultatea stabilirii priorităților în fața cererilor nerealiste. Multe decizii sunt luate acum în afara forului conducător al OMS, cel mai reprezentativ forum de dezbateri privind sănătatea globală. Noile instituții intrate în peisajul sănătății mondiale sunt considerate de cele mai multe ori mult mai concentrate asupra ideii de performanță și de responsabilitate.

În condițiile în care la nivel global accentul se pune pe austeritate, există o nevoie mai mare ca oricând de asistență bilaterală și multilaterală coordonată pentru un efect maxim, pentru a evita duplicarea și decalajele, dar și pentru a ne îndrepta atenția spre rezultate ce pot fi cuantificate. Diversitatea agențiilor multilaterale din domeniul sănătății abat atenția de la principiile de bază pe care le-am așteptat de la acest sector: estimarea cerințelor financiare și urmărirea programelor de finanțare; îndrumări normative, identificarea și coordonarea reacțiilor la urgențele complexe și la amenințările globale la adresa sănătății sau monitorizarea și comunicarea tendințelor din sfera sănătății. O primă cerință, inclusiv pentru partenerii bilaterali, este aceea de a se ajunge la un acord referitor la ce anume înseamnă sănătatea globală și ce agenții îndeplinesc cel mai bine un anumit rol.

Prezentul raport abordează natura în continuă evoluție a sănătății globale și prioritățile sale. Progresele presupun analiza situațiilor din țările industrializate și din cele în curs de dezvoltare – mai bogate sau mai sărace. Disparitățile care caracterizează în prezent sistemul sanitar sunt unele extreme, atât în ceea ce privește situația din diferite țări, cât și pe cea din interiorul aceleiași țări. O perspectivă mult mai utilă este aceea că sănătatea globală presupune o implicare bazată pe sinergie din partea tuturor țărilor, într-o lume interdependentă, înlocuind modelul donatorilor și al primitorilor care a caracterizat până acum asistența medicală la nivel internațional.

## **Sănătatea la nivel global**

Termenul „sănătate globală“ a înlocuit medicina tropicală și sănătatea la nivel mondial, discipline legate de istoria colonialismului, de epoca de după cucerirea independenței de către fostele colonii europene și experiența asistenței în dezvoltare (2,3). Sănătatea globală este o zonă multidisciplinară, cuprinzând și alte elemente în afară de dezvoltare. Ea presupune coordonarea mai multor părți – și nu neapărat conducerea de către o singură organizație sau disciplină. Complexitatea din ce în ce mai mare a sănătății globale, în care sunt implicați atât de mulți actori, inclusiv organizații caritabile sau religioase, este reflectată în amploarea acesteia, care acoperă diverse boli, dar care se ocupă în același timp și de problemele legate de sistemele de sănătate și de finanțare.

Sănătatea la nivel global reflectă realitatea globalizării, în special a circulației din ce în ce mai mari a persoanelor și serviciilor și, în consecință, diseminarea globală a riscurilor la adresa sănătății publice reprezentate de bolile infecțioase și neinfecțioase. Sănătatea globală are drept obiectiv protejarea întregii comunități la nivel global, nu numai a celor mai sărace segmente, ci și împotriva amenințărilor la adresa sănătății, prin oferirea unor servicii clinice eficiente din punct de vedere al costurilor. Un principiu fundamental este acela că nicio țară nu poate asigura sănătatea propriei populații izolat de restul lumii, așa cum a fost el formulat de Strategia de Sănătate Globală realizată de Departamentul de Sănătate al SUA (4). Această viziune reflectă realitatea din domeniul sănătății din zilele noastre, dar a pornit de la câteva puncte de cotitură, de exemplu Raportul de Dezvoltare Durabilă din 1993 (Investiții în sănătate) (5), Raportul din anul 2000 al Comisiei de Macroeconomie și Sănătate (6) și investițiile foarte mari în HIV/SIDA care au început la începutul acestui secol (7).

## Dezvoltare, securitate și sănătate publică

Trei teme care se suprapun determină planul de acțiune privind sănătatea la nivel global: dezvoltarea, securitatea și sănătatea publică. Aceste teme oferă fundamentul umanitar și politic pentru angajarea țărilor bogate în problemele de sănătate existente la nivel internațional: în ceea ce privește dezvoltarea, pentru a promova sănătate în vederea stabilității, prosperității și a unor relații internaționale mai bune; în ceea ce privește securitatea, pentru a proteja populația împotriva amenințărilor interne și externe; în ceea ce privește sănătatea publică, pentru a salva vieți, indiferent de loc. În ciuda cerințelor diferite, organizațiile și agențiile implicate trebuie să se adapteze la tendințele globale în dezvoltarea socio-economică, fertilitate, populație și urbanizare.

### Nivel de dezvoltare

Din cele 214 țări incluse într-un clasament realizat de Banca Mondială, doar 36 (17%) au fost considerate țări sărace (cu un venit brut pe cap de locuitor în 2011 mai mic de 1.025 de dolari pe an), 26 dintre ele aflându-se în Africa (8). Grație dezvoltării economice, unele țări intră în categoria cu venituri medii, așa că unele dintre cele mai importante dezechilibre apar acum mai degrabă în interiorul unei țări decât între ele. Odată cu dezvoltarea socio-economică, indicatorii principali privind sănătatea se îmbunătățesc și, în același timp, și capacitatea țărilor respective de a suporta o parte mai mare din cheltuielile aferente sănătății. Câteva țări din categoria celor cu venituri medii, de exemplu BRICS (Brazilia, Rusia, India, China, Africa de Sud), dar și țările a căror economie se bazează pe extragerea țițeiului, sunt capabile să ofere asistență statelor mai sărace.

Există o corelație clară între produsul intern brut al țărilor și indicatorii de sănătate, cum ar fi rata mortalității la copiii sub 5 ani (mai mare în țările cu venituri mici) sau speranța de viață (mai mare în țările cu venituri mari). Dezvoltarea atrage după sine creșterea nivelului de trai, dar și îmbunătățirea serviciilor de bază din sfera sănătății, cum ar fi nutriția sau siguranța alimentară, accesul la apă potabilă și la serviciile de salubritate, intervențiile în sănătatea mamei și a copilului, inclusiv planificarea familială, dar și educația de bază, în special pentru femei. Responsabilitatea fundamentală pentru agențiile de dezvoltare și cea mai importantă contribuție pentru sănătate este eradicarea sărăciei.

Deși planificarea familială și maternală și sănătatea copilului rămân o prioritate pe agenda dezvoltării, tendințele demografice se modifică rapid. Din 1980, populația la nivel mondial a crescut cu aproape 60%; se prognozează că, de la aproape 7 miliarde de oameni în prezent, numărul va crește la 9,3 miliarde de persoane în 2050 și 10,1 miliarde în anul 2100 (9). Tendința de scădere a fertilității în Africa subsahariană urmează acum o traiectorie similară cu celelalte regiuni de pe planetă. La sfârșitul secolului XXI, populația Africii va crește cu 2.6 miliarde, comparativ cu 432 de milioane în Asia. Republica Democrată Congo, Etiopia și Nigeria vor fi noii giganți demografici; se prognozează că în 2010, Nigeria va avea o populație de 730 de milioane de persoane (9). Până în 2025, peste jumătate din populația lumii va trăi în mediul urban, cu zeci de metropole cu peste 10 milioane de locuitori, multe dintre ele inclusiv în Africa (9), toate confruntându-se cu nevoia de servicii și de infrastructură.

O tendință binevenită a intrat din nou în atenție, în sensul că s-au redus numărul deceselor care puteau fi evitate în rândul copiilor. Diminuarea ratei mortalității la copii înseamnă că, din 1980, decesele în rândul adulților le-au depășit pe cele ale copiilor. Estimări recent publicate referitoare la rata mortalității la copiii sub 5 ani arată că există cca 7,2-7,6 milioane de decese pe an în rândul copiilor comparativ cu cca 12 milioane acum două decenii (10-12). Din 1990, decesele materne au scăzut de la 526.000 la 274.000 (11).

Șase țări, fiecare cu peste 200.000 de decese anual în rândul copiilor sub 5 ani, totalizează aproape 50% din decesele în rândul copiilor la nivel global; peste 50% dintre aceste decese au loc în Africa subsahariană. Dat fiind faptul că au o populație numeroasă, India și China contribuie substanțial la aceste decese, așa cum se întâmplă și în cazul țărilor mai mari cu indicatori precari în ceea ce privește sănătatea, cum ar fi Nigeria, Republica Democrată Congo, Pakistan și Etiopia. Șapte țări cu peste 10.000 de decese materne pe an totalizează peste 50% din rata mortalității materne la nivel mondial. Cele mai mari rate ale acestui indicator se regăsesc în Africa subsahariană, în special în Africa de vest – aspect care corespunde unei rate opuse a supraviețuirii copiilor. Pakistan și Afghanistan sunt țări cu indicatori nefavorabili din acest punct de vedere. Pentru ca pe viitor rata mortalității în rândul mamelor și al copiilor să scadă, este nevoie de o atenție specială acordată țărilor cu cifre foarte mari la acești indicatori.

## **Securitatea în domeniul sănătății**

Pornind de la perspectiva anterioară a ONU, care considera starea de sănătate precară ca una dintre principalele amenințări la adresa siguranței umanității și a bunăstării, securitatea în domeniul sănătății surprinde nevoia de acțiune la nivel colectiv, astfel încât să fie redusă vulnerabilitatea la amenințările la adresa sănătății publice, care nu ține cont de granițe (13). Optimismul din perioada de început, care prevedea eradicarea bolilor infecțioase, a fost înlocuit de recunoașterea amenințării la adresa sănătății globale pe care o aduc bolile infecțioase și rezistența larg răspândită la medicația antimicrobiană (14). Pandemia de HIV/SIDA, focarele repetate de infecții cu virusurile Ebola și Marburg, diseminarea rapidă la nivel mondial a sindromului acut respirator sever (SARS) și a gripei pandemice, răspândirea internațională a agenților patogeni care au legătură cu alimentele și transmiterea intenționată a antraxului ilustrează în mod convingător vulnerabilitatea globală. Și alte aspecte ale globalizării afectează în mod negativ securitatea sănătății, inclusiv traficul de droguri și persoane, dar și mișcarea populației ca urmare a conflictelor și instabilității.

Cadrul global pentru securitatea în sănătate este cuprins în Regulamentul Internațional de Sănătate, care a fost revizuit în anul 2005 și adoptat de Adunarea Generală a OMS, dar a cărui implementare a depășit data limită, și anume 2012 (15). Caracterul divers al amenințărilor la adresa sănătății a dus la implicarea și a altor sectoare, precum cel al apărării și al diplomației, dar și la legătura cu alte acorduri internaționale, de exemplu cu cele legate de controlul armelor chimice, biologice și nucleare.

Capacitatea de supraveghere și de laborator, asigurată de institutele naționale de sănătate publică, reprezintă niște componente esențiale ale funcționării sistemelor de sănătate – baza securității în sănătate. Asigurarea capacității de a detecta, de a investiga, de a diagnostica și de a cuprinde imediat evenimentele din sfera sănătății publice, indiferent de locul în care apar, presupune angajamentul față de dezvoltarea unor sisteme performante de sănătate în toate țările, dar și rețele de sănătate publică bine puse la punct, care să ofere toată asistența necesară (16).

## **Sănătatea publică**

Programele desfășurate în ultimele decenii pentru HIV/SIDA, malarie și tuberculoză, prin intermediul unor inițiative precum Global Fund, Planul de Urgență a Președinției Statelor Unite pentru SIDA și Inițiativa Președinției împotriva Malariei au dus la progrese substanțiale legate de aceste boli. Alianța Globală pentru Vaccinuri și Imunizare a avut o contribuție majoră în ceea ce privește accesul la vaccinare.

Aceste experiențe au evidențiat totuși relativa neglijare a altor zone și au condus la diverse critici, conform cărora programele targetate, verticale nu au reușit să consolideze sistemele de sănătate (17).

Prin urmare, atenția a fost din nou îndreptată către celelalte scopuri referitoare la sănătate din Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (Millennium Development Goals – MDG), în special cele referitoare la sănătatea copiilor și a mamelor (MDG4, respectiv MDG5). Aceste percepții au contribuit la formularea, în 2009, a Inițiativei Globale pentru Sănătate, de către guvernul Statelor Unite (18), care aborda toate obiectivele MDG referitoare la sănătate și unele boli tropicale neglijate, într-un mod mult mai integrat.

Tensiunea de lungă durată creată pornind de la abordarea verticală versus cea orizontală este acum mai bine înțeleasă, punându-se un accent mai mare pe integrarea eforturilor (19). Inițiativelor de consolidare a sistemelor de sănătate le-au lipsit specificitatea și au fost bazate pe diverși indicatori, fiind astfel mult mai dificil să apară rezultate măsurabile și să iasă în evidență integrarea și relația cu alte servicii. Agențiile de sănătate publică au un rol major în întărirea domeniilor specifice ale sistemelor de sănătate, cum ar fi, de exemplu, sistemele de informare și supraveghere, capacitatea laboratoarelor, abilitățile personalului calificat, cercetarea operațională și evaluarea sau capacitatea de implementare a programelor (20).

Institutede naționale de sănătate publică și ministerele de resort au principala responsabilitate în ceea ce privește definirea politicilor, a scopurilor și obiectivelor și a asigurării îndrumării tehnice, a supervizării, a implementării programelor, a evaluării și a responsabilizării (21). Deși epidemiologia rămâne la baza acestor activități, complexitatea din ce în ce mai mare a combinațiilor de intervenții din sfera sănătății publice a evidențiat utilitatea modelării matematice pentru a contribui la luarea deciziilor și la stabilirea politicilor.

Agențiile de sănătate publică trebuie să aibă o acoperire globală în încercarea de a-și îndeplini obligațiile pe care le au la nivel național. Prin prisma credibilității pe care le-o conferă expertiza lor tehnică, aceste agenții joacă un rol esențial în diplomația sănătății și în dezvoltarea unor sisteme de sănătate performante. Deși agențiile de dezvoltare se concentrează nevoile populației sărace, agențiile de sănătate publică interacționează cu toate țările pentru a rezolva provocări comune. Consolidarea sistemelor de sănătate, amenințările reprezentate de bolile transmisibile și netransmisibile, siguranța și calitatea dotărilor și accesul la sistemele de sănătate sunt deopotrivă de provocatoare pentru ministerele de resort, institutede de sănătate publice și organizațiile multilaterale, care trebuie să funcționeze într-o rețea globală foarte bine pusă la punct.

### **O problemă nerezolvată: prioritatea reprezentată de bolile infecțioase**

Estimările recente privind incidența globală a diverselor maladii sugerează că bolile infecțioase sunt reprezentate de aproximativ 19% din decesele pe plan mondial (22). În Africa, 76% dintre decese sunt în continuare atribuite cauzelor transmisibile, nutriționale, materne și neonatale, comparativ cu 25% la nivel mondial; condițiile relevante pentru MDG 4, 5 și 6 sunt responsabile pentru 42% dintre anii de viață pierduți. Atenția acordată bolilor infecțioase rămâne esențială dacă se dorește prevenirea răspândirii lor globale sau a reapariției, salvarea vieților omenești, dezvoltarea economică și perfecționarea sistemelor de sănătate.

Un raport din 1993 al Băncii Mondiale referitor la investițiile în sănătate evidențiază mai întâi de toate rolul copleșitor al HIV/SIDA, al tuberculozei și al malariei în Africa (5), însă abia în ultimul deceniu au crescut substanțial investițiile și eforturile susținute, ceea ce a permis un progres măsurabil în rezolvarea problemelor declanșate de bolile infecțioase. Aceste progrese trebuie să continue astfel încât să fie îndeplinite toate obiectivele ambițioase din domeniul sănătății și să fie implementate toate aceste

descoperiri revoluționare recente – în condițiile în care trebuie să facem față și austerității economice cu care ne confruntăm.

Există o presiune din ce în ce mai mare pentru utilizarea resurselor în intervenții biomedicale ținând cont în primul rând de criteriul eficienței. Eforturile depuse pentru o generație în care să nu existe SIDA sunt centrate în jurul tratamentului disponibil, al prevenirii transmiterii de la mamă la copil (inclusiv terapia antiretrovirală imediată și pe termen lung pentru toate femeile gravide infectate cu SIDA), circumcizia medicală, testarea contra HIV și consilierea, dar și atenția acordată populațiilor infectate cu HIV pe scară largă (23). Principala problemă din cercetarea curentă în HIV/SIDA constă în folosirea optimă a terapiei antiretrovirale pentru sănătatea individului și pentru prevenirea răspândirii bolii în rândul populației și în a stabili dacă începerea terapiei imediat după diagnosticare ar oferi cele mai mari beneficii (24,25). Angajamentul față de eliminarea virtuală a infecției HIV la copii (26) ar putea face o legătură utilă între noile inițiative și programele de sănătate tradiționale adresate mamei și copilului, oferite prin finanțarea cercetării și dezvoltării.

Incidența tuberculozei scade în toate regiunile din lume, deși în unele locuri mai lent decât ne-am fi așteptat (27). În Statele Unite, 63% dintre toate cazurile de tuberculoză apar acum la persoane născute în alte țări, indicând posibilă achiziție a infecției din exteriorul Statelor Unite (28). Răspândirea tuberculozei rezistente la tratament și a celei extrem de rezistente la tratament (la rifampin, isoniazid, quinolone și medicamente injectabile antituberculoză) evidențiază vulnerabilitatea la nivel global și relația cu sistemele de sănătate și provocările cu care se confruntă. Progresele științifice importante au legătură cu o înțelegere mai bună a rolului și utilizării terapiei antiretrovirale pentru persoanele bolnave de tuberculoză și infectate simultan cu HIV, noi metode de diagnosticare cu potențial de a identifica mai rapid cazurile respective și, mai puțin surprinzător, noi medicamente.

Instrumentele pentru combaterea malariei (plase pentru pat impregnate cu insecticid, sprayuri speciale de interior, terapii prin combinații bazate pe astemisinin și terapie preventivă intermitentă pentru femeile însărcinate) au nevoie de perfecționare. Asemenea instrumente pot duce însă la dezvoltarea rezistenței din partea vectorului sau parazitului, existând dovezi că plasele pot fi mai puțin durabile decât se presupune (26,29). În ciuda provocărilor, eliminarea malariei a devenit o problemă prioritară în ultimii ani.

Bolile care au drept cauză sărăcia, cum ar fi cele 17 maladii categorisite drept boli tropicale neglijate, au beneficiat și ele de investiții mai mari, în special cele pentru care administrarea de medicamente în masă oferă o strategie de control (30, 31). Una dintre temeri trebuie să fi fost reprezentată de faptul că unele dintre principalele cauze de îmbolnăvire și deces, de exemplu leishmanioza viscerală și tripanosomiaza africană umană rămân în continuare nerezolvate.

Două grupe de boli care merită atenție la nivel global sunt cele care se pot transforma în epidemii sau cele care pot fi prevenite prin campanii de vaccinare, inclusiv gripa. Pandemia de gripă (AH1N1) din anul 2009 a demonstrat natura globală a acestei amenințări, dar și nevoia de a lua în considerare strategii pentru aprovizionarea cu stocuri de vaccinuri a tuturor țărilor (32). Febra Dengue și febra galbenă sunt două infecții virale răspândite de țânțari, ambele ilustrând conceptul infecțiilor emergente promovate de diverși factori, precum urbanizarea, creșterea populației, igiena necorespunzătoare de mediu și rezistența vectorilor la substanțele insecticide. În ultimii ani, focare mari care implică un arbovirus specific, virusul chikungunya, au afectat coasta de est a Africii și insulele din Oceanul Indian, transmis și în Europa.

Deceniul al doilea din acest secol a fost desemnat deceniul vaccinurilor (33). Există oportunitatea prevenirii anuale prin vaccinare a aproximativ 2,5 milioane de decese infantile, inclusiv pentru rotavirus și infecții pneumococice, prin îmbunătățirea serviciilor de rutină. Vaccinarea împotriva meningitei meningococice de tip A în regiunea africană Sahel și împotriva virusului hepatitic B și a Papillomavirusului uman ilustrează posibilități nelimitate în ceea ce privește controlarea epidemiilor

care până acum provocau foarte multe decese sau cancere induse de visururi. O prioritate majoră rămasă nerezolvată este eradicarea poliomielitei; acest scop este pus în pericol în principal de lipsa finanțării și a răspândirii permanente a acestei boli în Pakistan, Afghanistan și în Nigeria, locuri de unde infecția a fost transmisă și în alte țări în care boala fusese eliminată (34).

Lipsa accesului la apă potabilă și la salubritate evidențiază una dintre cele mai mari inechități în ceea ce privește sănătatea la nivel global. Aproximativ 1 miliard de persoane din întreaga lume nu au apă potabilă și cca 2,5 miliarde sunt nevoiți să își facă nevoile în aer liber, ceea ce reprezintă un afront la adresa demnității umane (35). Epidemiile mari provocate de boli care au legătură cu apa de băut apar și în prezent, un exemplu relevant fiind epidemia de holeră din Haiti (36). Este dificil de explicat de ce investițiile alocate curățării apelor de fecale, în vederea obținerii de apă potabilă – baza revoluției din sfera sănătății publice din secolul al XIX-lea din Europa și America de Nord – nu a fost o prioritate politică în statele cu resurse precare.

### **Bolile netransmisibile**

Întâlnirea la nivel înalt pe probleme referitoare la bolile netransmisibile, cu ocazia Adunării Generale a ONU din 2011, a doua asemenea întâlnire dedicată sănătății, a pus accentul pe modul în care aceste boli domină acum sănătatea la nivel mondial (37). Peste 60% dintre decesele din întreaga lume, care puteau fi prevenite, sunt atribuite în prezent bolilor netransmisibile (afecțiuni cardiovasculare, cancer, diabet și boli respiratorii cronice); în țările cu venituri mici și medii, 48% dintre aceste decese apar la persoane de peste 70 de ani, comparativ cu procentul de 26% din țările cu venituri mari (38). Incidența acestor afecțiuni crește într-un ritm alert în țările africane – o regiune în care urbanizarea și creșterea populației sunt extreme.

Factorii de risc pentru bolile netransmisibile sunt asociați cu urbanizarea și stilul de viață necorespunzător, în special cu obiceiuri precum fumatul, lipsa de exerciții fizice, poluarea aerului, dietă nesănătoasă și consumul excesiv de alcool. Hipertensiunea, obezitatea și creșterea nivelului colesterolului sunt indicatori măsurabili care prognozează rezultate nefavorabile, iar infecțiile cronice specifice, cum ar fi cele cu virusul hepatitic B și cu Papillomavirusul uman, sunt legate de anumite tipuri de cancere. Sănătatea mentală a fost o problemă omisă de pe agenda ONU din 2011, în ciuda creșterii incidenței afecțiunilor aferente; în fiecare an, în întreaga lume peste 5 milioane de decese apar în urma vătămării și a violenței (39), iar aproximativ 1,3 milioane sunt cauzate de accidente rutiere. Bolile mentale și comportamentale sunt considerate principala cauză de dizabilitate (22).

Finanțarea globală pentru bolile netransmisibile este minimă, iar coordonarea este una limitată, deși există oportunități pentru integrarea abordărilor referitoare deopotrivă la bolile transmisibile și netransmisibile. Implementarea supravegherii pentru evaluarea incidenței și a nevoilor, alături de intervențiile de natură politică pentru rezolvarea acestora, vor avea un efect foarte bun pe termen scurt, la costuri foarte mici. Iată câteva exemple de asemenea politici: restricționarea comercializării produselor din tutun, creșterea accizelor la tutun, limitarea consumului de alcool, obligativitatea motocicliștilor de a purta cască de protecție, purtarea imperativă a centurii de siguranță sau reducerea procentului de sare și de grăsimi saturate din produsele alimentare comercializate pe piață. Pentru a încuraja țările să acționeze în acest sens, OMS definește țintele la nivel de populație în ceea ce privește bolile netransmisibile și factorii de risc asociați pentru implementarea programelor (37). Experiența cu tratamentul HIV/SIDA poate oferi lecții utile în ceea ce privește o abordare standardizată pentru managementul hipertensiunii și a diabetului, îmbunătățind, prin urmare, raportul cost-eficiență, pentru facilitarea supervizării, monitorizării și a evaluării și asigurarea răspunderii.

## Concluzii

Creșterea populației, a speranței de viață la nivel mondial și scăderea ratei mortalității pe grupe la copii și la adulții tineri, în special în ceea ce privește bolile infecțioase, au contribuit la modificarea peisajului sănătății globale. Noul sistem global de sănătate abordează problemele legate de sănătate din toate țările și are ca scopuri eradicarea sărăciei, siguranța medicală și asigurarea unor servicii clinice și de sănătate publică adecvate, inclusiv în ceea ce privește creșterea prevalenței bolilor netransmisibile.

Echitatea, acoperirea universală a domeniului sănătății și accesul la acesta, dar și corectitudinea în ceea ce privește finanțarea lui, reprezintă aspirații globale puse în discuție atunci când vine vorba despre ceea ce se va întâmpla după 2015, conform datei limită stabilită prin MDG (Millennium Development Goal). Problemele rămase nerezolvate legate de bolile infecțioase vor rămâne o prioritate, însă vor trebui puse în discuție și bolile netransmisibile, reglementarea comerțului în domeniul tehnologiei medicale și al produselor farmaceutice, finanțarea sănătății și consolidarea sistemelor. Un subiect de extremă importanță va fi supravegherea în vederea diminuării efectelor asociate de schimbările climaterice și de mediu.

Supravegherea va trebui să fie intensificată la nivel global, astfel încât să se urmărească expunerea la factorii de risc în ceea ce privește principalele cauze de dizabilitate și deces. Transformările epidemiologice din trecut și din prezent înseamnă că, în multe țări, indicatorii clasici privind sănătatea la nivel mondial (rata mortalității infantile, a copiilor sub cinci ani și a mortalității materne) nu mai oferă o perspectivă clară asupra stării de sănătate a populației. În plus, există o nevoie urgentă de sisteme de înregistrare corecte și de o raportare exactă a cauzelor mortalității pentru toate grupele de vârstă.

Nu trebuie să uităm provocările cu care se confruntă în prezent țările cu venituri mici, nevoile populațiilor fără drept de vot, societățile amenințate de conflicte și de urgențe umanitare, dar și condițiile de trai precare din mediul urban și rural din interiorul unor categorii de populație bogate. Cu toate acestea, practicile de sănătate la nivel global trebuie să fie adaptate la globalizare și la evoluția rapidă din sistemul de sănătate la nivel internațional. Pentru țările donatoare, acest lucru va presupune o definire clară a așteptărilor asociate cu asistența oferită și a modului în care aceasta diferă de alte forme de implicare globală în sănătate, în special în ceea ce privește securitatea sanitară și bolile netransmisibile. Modul în care se poate realiza o coordonare adecvată, tipul de leadership dorit și felul în care se poate asigura împărțirea responsabilității în sfera finanțării, dincolo de donatorii tradiționali reprezintă unele probleme importante. Conectarea la nivel global înseamnă să ne preocupăm de starea de sănătate a tuturor oamenilor de pe planetă, indiferent de granițele naționale. Implicarea în sistemul global de sănătate nu este o simplă temere umanitară, ci o prioritate pentru starea noastră de bine colectivă, în vederea utilizării eficiente a resurselor și a asigurării propriului viitor.

## Mulțumiri

Le suntem recunoscători dlui Thomas R. Frieden și dlui Nils Daulaire pentru comentarii și discuții.

Dr. Kevin M. De Cock este director al Centers for Disease Control and Prevention din Nairobi, Kenya. Interesele sale din sfera cercetării cuprind diverse aspecte ale sănătății globale și a bolilor infecțioase, în special HIV/SIDA și tuberculoza.



## Referințe

1. **Murray C.J., Anderson B., Burstein R., Leach-Kemon K., Schneider M., Tardif S.**, Development assistance for health: trends and prospects. *Lancet*. 2011; 378:8-10. DOI:PubMed
2. **Koplan J.P., Bond T.C., Merson M.H., Reddy K.S., Rodriguez M.H., Sewankambo N.K.**, Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009; 373:1993-5. DOI:PubMed
3. **De Cock K.M.** Trends in global health and CDC's international role, 1961-2011. *MMWR Surveill Summ*. 2011; 60(Suppl 4):104-11. PubMed
4. **Department of Health and Human Services.** The global health strategy of the US Department of Health and Human Services. Washington (DC): The Department; 2011.
5. **The World Bank. World Development Report 1993.** Investing in health. New York: Oxford University Press; 1993.
6. **Sachs J.D.** Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, 2001 [cited 2103 May 16].  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>
7. **Ravishankar N., Gubbins P., Cooley R.J., Leach-Kemon K., Michaud C.M., Jamison D.T.**, Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*. 2009; 373:2113-24. DOI:PubMed
8. **The World Bank.** Country and lending groups [cited 2013 May 16].  
<http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>
9. **United Nations, Department of Economic and Social Affairs.** World population prospects, the 2010 revision [cited 2013 May 16]. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
10. **You D., Jones G., Wardlaw T.** for the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality report 2011 [cited 2013 May 23].  
[http://www.childinfo.org/files/Child\\_Mortality\\_Report\\_2011.pdf](http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2011.pdf)
11. **Lozano R., Wang H., Foreman K.J., Rajaratnam J.K., Naghavi M., Marcus D.R.**, Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2011; 378:1139-65. DOI:PubMed
12. **Rajaratnam J.K., Marcus J.R., Flaxman A.D., Wang H., Levin-Rector A., Dwyer L.**, Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet*. 2010; 375:1988-2008. DOI:PubMed
13. **Aldis W.** Health security as a public health concept: a critical analysis. *Health Policy Plan*. 2008;23:369-75. DOI:PubMed
14. **Lederberg J., Shope R.E., Oaks S.C.**, editors. Emerging infections. Microbial threats to health in the United States. Washington (DC): Institute of Medicine. National Academy Press; 1992.
15. **Ijaz K., Kasowski E., Arthur R.R., Angulo F.J., Dowell S.F.** International health regulations – what gets measured gets done. *Emerg Infect Dis*. 2012; 18:1054-7. DOI:PubMed
16. **Frieden T.R., Henning K.J.** Public health requirements for rapid progress in global health. *Glob Public Health*. 2009; 4:323-37. DOI:PubMed
17. **El-Sadr W.M., De Cock K.M.** Health systems exist for real people. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;52 (Suppl 1): S1-2. DOI:PubMed
18. **US Global Health Initiative** [cited 2013 May 16]. <http://www.ghi.gov>
19. **Schuchat A., De Cock K.M.** The value of science in integration of services. *J Infect Dis*. 2012; 205(Suppl 1): S1-3. DOI:PubMed
20. **Bloland P., Simone P., Burkholder B., Slutsker L., De Cock K.M.** The role of public health institutions in global health system strengthening efforts: the US CDC's perspective. *PLoS Med*. 2012; 9:e1001199. DOI:PubMed
21. **Frieden T.R., Koplan J.P.** Stronger national public health institutes for global health. *Lancet*. 2010; 376:1721-2. DOI:PubMed
22. **Lozano R., Naghavi M., Foreman K., Lim S., Shibuya K., Aboyans V.**, Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2095-128. DOI:PubMed
23. **PEPFAR Blueprint.** Creating an AIDS-free generation. Office of the Global AIDS Coordinator, 2012. [cited 2103 May 16]. [www.pepfar.gov/documents/organization/201386.pdf](http://www.pepfar.gov/documents/organization/201386.pdf)
24. **De Cock K.M., El-Sadr W.M.** When to start ART in Africa – an urgent research priority. *N Engl J Med*. 2013; 368:886-9. DOI:PubMed
25. **Granich R.M., Gilks C.F., Dye C., De Cock K.M., Williams B.G.** Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet*. 2009; 373:48-57. DOI:PubMed

26. **UNAIDS.** Countdown to zero. Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015. 2011 [cited 2013 May 16].  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf)
27. **World Health Organization.** Global tuberculosis report 2012 [cited 2013 May 16].  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502_eng.pdf)
28. **Centers for Disease Control and Prevention.** Trends in tuberculosis – United States, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2013; 62:201-5. PubMed
29. **World Malaria Report WHO.** 2010. [cited 2013 May 16].  
[http://www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2010/worldmaliareport2010.pdf](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmaliareport2010.pdf)
30. **World Health Organization.** 2010. World malaria report 2012 [cited 2013 May 16].  
[http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2012/report/en/index.html](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/report/en/index.html)
31. **World Health Organization.** Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. First WHO report on neglected tropical diseases [cited 2103 May 16].  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HTM\\_NTD\\_2010.2\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HTM_NTD_2010.2_eng.pdf)
32. **Kasowski E.J., Garten R.J., Bridges C.B.** Influenza pandemic epidemiologic and virologic diversity: reminding ourselves of the possibilities. *Clin Infect Dis.* 2011; 52(Suppl 1):S44-9. DOI:PubMed
33. **Cochi S.L.** The future of global immunization. Will the promise of vaccines be fulfilled? Washington (DC): Center for Strategic and International Studies; 2011.
34. **World Health Organization Executive Board Resolution 130.R10.** Poliomyelitis: intensification of the global eradication initiative [cited 2013 May 16].  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_DIV3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_DIV3-en.pdf)
35. **World Health Organization / UNICEF.** Progress on sanitation and drinking-water: 2010 update. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2013 May 23].  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956\\_eng\\_full\\_text.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956_eng_full_text.pdf)
36. **Tappero J.W., Tauxe R.V.** Lessons learned during public health response to cholera epidemic in Haiti and the Dominican Republic. *Emerg Infect Dis.* 2011; 17:2087-93. DOI:PubMed
37. **Angell S.Y., Danel I., De Cock K.M.** Global health. Global indicators and targets for noncommunicable diseases. *Science.* 2012; 337:1456-7. DOI:PubMed
38. **World Health Organization.** 2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [cited 2013 May 16].  
[www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)
39. **World Health Organization.** Injuries and violence: the facts. Geneva: The Organization; 2010.
40. **Gilks C.F., Crowley S., Ekpini R., Gove S., Perriens J., Souteyrand Y.,** The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *Lancet.* 2006; 368:505-10. DOI:PubMed

Sursa: Emerging Infectious Diseases, vol. 19, nr. 8, august 2013  
 Traducere: Dorina Oprea