Стручни и научни радови

Хроничне незаразне болести, промоција здравља, људска права и сиромаштво у глобализованом свету

*М. Петковић-Кошћал,¹ В. Дамјанов,² И. Јевтовић,³ М. Јовановић,⁴
В. Пантовић,⁵ Ј. Ристић⁶*

Chronic Noncommunicable Diseases, Health Promotion Human Rights and Poverty in a Globalized World

*Petkovic-Košćal M., M. D., BSc; Damjanov V., M.D., D.P. H., Ph.D., prof.;
Jevtovic I., M. D. Ph.D., D.P.H., prof.; Jovanovic M., M.D. Ph.D., D. P. H., prof.;
Pantovic V., M. D. Ph.D., D.P. H., prof.; Ristic J., M.D., D.P. H., B. Sc.*

Сажетак. Хроничне незаразне болести, укључујући коронарну болест, мождани удар, карцином, хроничне респираторне болести и дијабетес, односе субстанцијални део глобалног оптерећења болестима. Од пројектованих 58 милиона смрти од свих узрока у 2005. години, процењено је да 35 милиона одлази на хроничне незаразне болести, што је два пута више у односу на број умрлих од свих инфективних болести (укључујући ХИВ/АИДС, туберкулозу и маларију), матернална и перинатална стања и нутритивне дефицијенције заједно: 60 одсто од свих смртних случајева узроковано је хроничним болестима. Најсиромашније земље имају највише оболелих – 80 одсто смртних случајева услед хроничних незаразних болести одлази на неразвијене и средње развијене земље, што је највећи део света.

Промоција здравља је процес који омогућава људима да увећају контролу и тако унапреде своје здравље. Здравље је ресурс за свакодневни живот, позициониран концепт који ко-

Summary. Chronic noncommunicable diseases (NDCs), including heart disease, stroke, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes, account for a substantial portion of the global burden of disease. From a projected total of 58 million deaths from all causes in 2005, it is estimated that chronic diseases will account for 35 million, which is double the number of deaths from all infectious diseases (including HIV/AIDS, tuberculosis and malaria), maternal and perinatal conditions, and nutritional deficiencies combined: 60% of all deaths are due to chronic diseases. The poorest countries are the worst affected – 80% of chronic disease deaths occur in low and middle income countries, where most of the world's.

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. Health is a resource for everyday life, a positive concept emphasizing so-

¹ Прим. мр сц др Миланка Петковић-Кошћал, Дом здравља Ћстари град, Београд.

² Проф. др Власта Дамјанов, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу.

³ Проф. др Исидор Јевтовић, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу.

⁴ Проф. др Мирољуб Јовановић, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу.

⁵ Проф. др Весна Пантовић, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу.

⁶ Прим. мр сц др Јасна Ристић, Градски завод за јавно здравље Београд.

ји наглашава социјалне и персоналне ресурсе. Промоција здравља не захтева само одговорност здравственог сектора, већ иде даље, од здравог стила живота, ка укупној добробити.

Прва интернационална конференција о промоцији здравља (Отава, 1986) настала је на прегледу направљеном кроз Декларацију о примарној здравственој заштити (ПЗЗ) из Алма-Ате (Казахстан, 1978) и циљеве докумената Здравље за свеј Светске здравствене организације (ВХО). Шеста глобална конференција о промоцији здравља (Бангкок, август 2005) подржава стратегије које увећавају здравље, једно од фундаменталних људских права за свако људско биће без дискриминације. Људска права су универзална, рођеном стечена за свако људско биће, а њихово остваривање је могуће у присуству кроз стратегију редуције сиромаштва. Интервенције у односу на факторе стила живота, значај ПЗЗ, стратегије промоције здравља, едукација за здравље и здраве стилове живота, то су поруке шест глобалних конференција о промоцији здравља, од Отаве (1986) до Бангкока (2005).

Здравствена слика света се променила, посебно у развијеним и средње развијеним земљама. Од више него је значаја да се надоласка пандемии хроничних незаразних болести препозна, разуме и ургентно делује. Без акције у односу на узроке, смрт услед хроничних незаразних болести имаће пораст од 17 одсто између 2005. и 2015. године. Циљ је додатна редуција стопе смртности од хроничних болести широм света за два одсто годишње у току наредних десет година. То ће превентивати 36 милиона превремених смрти до 2015. године. Већ постоје научна сазнања да је тај циљ достижан.

Кључне речи: превенција хроничних незаразних болести, промоција здравља, стратегије редуције сиромаштва, људска права.

cial and personal resources. Health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.

The first International Conference on Health Promotion (Ottawa, 1986) is built on the progress made through the Declaration on Primary Health Care at Alma-Ata (Kazakhstan, 1978) and the WHO's Targets for Health for All document. The 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok (August, 2005) supports strategies that increase health, one of the fundamental rights of every human being without discrimination. Human rights are universal, the birthright of every human being and principles of human rights are based to approach to poverty reduction strategies. Lifestyle interventions, importance of primary health care, health promotion strategies, education for health and healthy lifestyles, that is the message of six global conferences on health promotion, from Ottawa (1986), to Bangkok (2005).

The disease profile of the world is changing, especially in low and middle income countries. It is vitally important that the impending chronic disease pandemic is recognized, understood and acted on urgently. Without action to address the causes, deaths from chronic diseases will increase by 17% between 2005 and 2015. The goal is an additional 2% reduction in chronic disease death rates worldwide, per year, over the next 10 years. This will prevent 36 million premature deaths by 2015. The scientific knowledge to achieve this goal already exists.

Key words: prevention of chronic noncommunicable diseases, health promotion, poverty reduction strategies, human rights.

Хроничне незаразне болести и актуелна здравствена слика света

Већ више година, у односу на укупни актуелни ниво морбидитета, морталитета и неспособности, највећи је онај ко-

ји се може приписати хроничним незаразним болестима (NCDs) и он је у непрестаном порасту. И поред тог сазнања, застрашујуће су процене и пројекције које доноси сваки нови извештај о здрављу, нпр. Светске здравствене организације (WHO), Међународне феде-

рације за дијабет (IDF) или неке друге релевантне институције. Светски извештаји о здрављу 2002. (WHR 2002 „Reducing Risks, Promoting Healthy Life“) процењује да у 2001. години на хроничне незаразне болести одлази око 60 одсто од 56 милиона укупних годишњих смртних случајева и око 47 одсто од укупног оболевања, да би у 2020. години такав пораст дао 73 одсто од укупног морталитета, односно 60 одсто од укупног морбидитета.¹ По истом извештају, 66 одсто од укупног морталитета од хроничних незаразних болести одлази на земље у развоју, које су у исто време оптерећене још увек перзистирајућим инфективним болестима, порастом менталних поремећаја и ограниченим средствима и капацитетима здравствене службе.²

Колико год ови подаци говоре за један изузетно неповољан тренд, Глобални извештај Светске здравствене организације из 2005. године, „Preventing chronic Diseases: a vital investment“, само три године касније, алармира следећим порукама:

- Хроничне незаразне болести у 2005. години односе око 25 милиона живота, укључујући све више млађих људи и оних који су у средњој животној доби;
- Укупни број умрлих од хроничних незаразних болести два пута је већи у односу на број умрлих од свих инфективних болести (укључујући HIV/AIDS, туберкулозу и маларију), матерналну и перинаталну смртност и дефицијенције у исхрани заједно;
- 80 одсто од укупног морталитета од хроничних незаразних болести одлази на неразвијене и средње развијене земље, само 20 одсто на високо развијене земље, док се половина тог броја односи на жене;
- Ако би изостала акција у односу на узроке и факторе ризика, број смртних случајева од хроничних незаразних болести имао би пораст од 17 одсто између 2005. и 2015. године.³

Најзначајније хроничне незаразне болести су: кардиоваскуларне болести, углавном коронарна болест и мождани удар, дијабетес, хронична респираторна обољења и карциноми. Постоје и друга хронична стања и обо-

љења која значајно учествују у оптерећењу које оболевање чини за индивидуу, породицу, друштво и државу. Ту спадају ментални поремећаји, поремећаји вида и слуха, болести уста, оштећења костију и зглобова и генетски поремећаји. Ментални и неуролошки поремећаји су значајна хронична стања, јединствени скуп поремећаја који ће обележити будуће декаде, па им је Светска здравствена организација посветила Светски извештај о здрављу 2001. године.⁴

За 2005. годину процењено је приближно 58 милиона смртних случајева (два милиона више него по WHO 2002). Пројектовано је да 35 милиона или 60 одсто од свих смрти има за узрок хроничне незаразне болести. Та пројекција значи да око 17 милиона смртних случајева, или 30 одсто, настаје услед инфективних болести (укључујући HIV/AIDS, туберкулозу и маларију), матернална и перинатална стања заједно. За преосталих пет милиона смртних случајева, или девет одсто од укупног броја, очекивано је да буду резултат насиља и повреда.³

Хроничне незаразне болести, поред тога што наплаћују високу цену кроз број умрлих, такође узрокују онеспособљеност деценијама присутну у животима оболелих. Да би се приказала величина проблема, у најширој употреби је композитна мера DALY, која значи године живота изгубљене због неспособности. Половина на овај начин (кроз DALY) приказаног глобалног оптерећења болестима, за све узрасте, може се приписати водећим хроничним незаразним болестима: кардиоваскуларне болести су водећи учесник међу њима са десет одсто, затим карциноми (пет одсто), хронична респираторна обољења (четири одсто), дијабетес (један одсто) и друга хронична обољења заједно (28 одсто). Заразне болести, са матерналним и перинаталним стањима заједно (39 одсто) и повреде (13 одсто), чине другу половину укупног оптерећења.³

У односу на узраст, оптерећеност хроничним незаразним болестима, такође дата кроз DALY, највећа је за одрасле особе старости од 30 до 59 година и увећава се са година-

ма старости. Приближно 86 одсто од укупног оптерећења хроничним незаразним болестима одлази на млађе од 70 година. У односу на пол, укупни терет равноправно је подељен између мушкараца и жена.³

Део конфузије која прати хроничне незаразне болести је термиолошке природе. Понекад се термин *незаразне* користи да би се изразила разлика у односу на заразне, мада извесне хроничне болести имају инфективну компоненту у свом настанку, какав је случај код цервикалног и карцинома јетре. Са стилем живота повезане болести (*lifestyle-related*) јесу оне код којих је наглашен утицај понашања на ток хроничног обољења. У ствари, и на ове болести снажно утичу услови окружења и нису резултат само индивидуалног избора, док је, опет, стил живота једнако значајан и код заразних болести.

Са друге стране, неке заједничке одлике оправдавају термин *хроничне незаразне болести*, и оне су следеће:

- хроничне незаразне болести почињу у младости, и потребне су деценије да би достигле пуни развој;
- с обзиром на дужину трајања обољења, велике су могућности за превенцију;
- захтевају дуг и систематичан приступ и третман;
- здравствена служба мора да одговори интегративно као да се ради о акутном инфективном обољењу.

Десет̄ рас̄ирос̄ирањених заблуда и реалнос̄т̄ у вези са хроничним незаразним болес̄т̄има

Данас се више не може сматрати валидном представа која је дуго владала у вези са хроничним незаразним болестима, у вези са њиховом природом, током, факторима ризика и популацијом под ризиком. Према Глобалном извештају Светске здравствене организације *Preventing Chronic Diseases: a vital investment*, управо су распрострањене погрешне представе допринеле запостављању проблема.³ Према веома поузданим доказима, нације које би занемариле овај пролем, код

којих би третман хроничних обољења био мање значајан и озбиљан у односу на извесне инфективне болести, могле би себе да осуде на нестанак.³

1. Прва заблуда јесте да хроничне незаразне болести нападају земље са високим дохотком. Према подацима Светске банке, четири петине смртних случајева од хроничних незаразних болести дешава се у земљама са ниским или средњим дохотком.

2. Друга заблуда је да земље са ниским дохотком треба најпре да контролишу заразне болести, пре него што се окрену проблему незаразних. Стварност показује да су неразвијене земље центар за оба, и за стари и за нови јавноздравствени изазов. Ако би се проблем олако делио, брзи пораст фактора ризика за хронична незаразна обољења, посебно њихов ниво у будућности у урбаној средини, у овим земљама би направио праву пустош.

3. Многи мисле да хроничне незаразне болести углавном нападају богате појединце. Истина је да у свим најнеразвијенијим земљама на свету сиромашни у много већој мери него богати развијају хроничне незаразне болести, са такође много већим ризиком да умру од њих. Штавише, хроничне незаразне болести битно узрокују финансијске последице и гурају индивидуу и породицу у сиромаштво.

4. Четврта заблуда је да хроничне незаразне болести углавном нападају старије особе. Тачно је да се хроничне незаразне болести виђају примарно код старијих, али се данас зна да око половине превремених смртних случајева, пре седамдесете године живота, настаје услед хроничних незаразних болести. Једна четвртина од свих смртних случајева насталих услед хроничних незаразних болести отпада на млађе од 60 година живота.

Прекомерна ухрањеност и гојазност код деце је растући глобални проблем. Око 22 милиона деце испод пет година је прекомерно ухрањено. У Великој Британији преваленција прекомерне ухрањености код деце до десет година подигла се са 23 одсто на 28 одсто између 1995. и 2003. године. Телесна

тежина код деце расте широм света, док извештаји о типу 2 дијабетеса код деце и адолесцената, који су у почетку били сасвим невероватни, сада дају већ јасније податке за читав свет.

5. Пета заблуда је да су извесне хроничне незаразне болести, посебно болести срца, чешће код мушкараца. Истина је да хроничне незаразне болести, укључујући и болести срца, нападају оба пола готово подједнако. Према подацима Светске банке, у 2005. години, међу умрлима од коронарне болести мушкарци чине 53 одсто, а жене 47 одсто, а то је око 3,6 милиона жена и међу њима осам од десет потиче из неразвијених земаља.

6. Шеста заблуда је да су хроничне незаразне болести резултат искључиво нездравог стила живота. Истина је да индивидуална одговорност може да има пуни ефекат само у случају да индивидуа има правичне могућности за здрав живот и подршку да начини здрав избор. Пресудна је улога коју владе имају у унапређењу здравља и постизању добробити, као и у омогућавању специјалне заштите за вулнерабилне групе. Ово је посебно значајно када су у питању деца, јер она не могу да бирају средину у којој ће живети, нити исхрану, нити могу да избегну пасивну изложеност дуванском диму, а ограничене су им могућности да схвате дуготрајне консекуенце свог понашања. Сиромашни такође имају ограничене могућности избора у односу на исхрану и услове коришћења здравствене заштите. Подржавање здравог избора, посебно помоћ онима који сами то не могу, редукује ризике и социјалне неједнакости.

7. Велика је заблуда крајње песимистички став да хроничне незаразне болести не могу да се спрече и да у вези са њима не може ништа да се уради. У ствари, познати су главни узроци хроничних незаразних болести, и уколико би се ти фактори ризика елиминисали, најмање 80 одсто свих случајева обољења срца, можданог удара и типа 2 дијабетеса и око 40 одсто случајева карцинома било би превенирано.³

8. Заблуда је да је превенција и контрола хроничних незаразних болести сувише

скупа да би била изводљива за земље са ниским дохотком. Стварност је другачија. Пун обим интервенција за хроничне незаразне болести је изводљив за све регионе света, укључујући и Суб-Сахарну Африку, и имплементација многих од тих могућности није скупа. Сматра се да би добра комбинација лекова за превенцију компликација код оболелих од исхемијске болести срца, на пример, уз учешће пацијента у редукцији фактора ризика, коштала један долар месечно.³

9. Две последње заблуде описане су као полуистине, а ове никада дугорочно не помажу да се донесе правилан став о нечему. У свакој популацији постоји извештај број особа које се не понашају типично, а такво понашање може да утиче на друге чланове заједнице. У односу на хроничне незаразне болести, ту су две групе људи: једни који носе многе факторе ризика и упркос томе дуго живе, и други који без фактора ризика, или бар без већине од тих фактора, развијају хронично обољење и умру услед компликација у млађим годинама. Такви случајеви, без сумње, постоје, али су ретки. Истина је да се велика већина хроничних незаразних обољења развија захваљујући распрострањеним факторима ризика и може да буде превенирана њиховом елиминацијом.

10. У истом домену полуистина јесте и тврдња да свако мора да умре од нечега. Тачно је да је смрт неизбежна, али не мора да буде лагана, уз патњу и пре времена, мада хронична обољења углавном не резултирају ни изненадним смртним исходом. Уз овакав став, оболели се препушта изнуривању и онеспособљавању, посебно ако болест није коректно лечена. Истина је да је смрт неизбежна, али и да превенција и контрола хроничног незаразног обољења помаже да се живи дуже и здравије.³

Промоција здравља у глобализованом свету

У деценијама у којима хроничне незаразне болести преузимају место које су имале заразне, као водећи узроци смрти и неспособ-

ности, јавноздравствена истраживања, посебно она у области превенције хроничних незаразних болести, померила су фокус са индивидуе на ужу и ширу заједницу. Препознат је значај промена на нивоу заједнице у настанку и одржавању промена понашања код појединаца.⁵ Препознат је значај одлука на нивоу заједнице, такође и визија здравља у будућности и улога лидера у свему томе.^{6,7,8}

Основне детерминанте за хронична незаразна обољења јесу: социјалне, економске, културалне, политичке и околине детерминанте.

Основне детерминанте су последица снажних промена које са собом доноси глобализација, урбанизација, старење популације и генерална политика окружења.

Глобализација упућује на повећање међусобне повезаности земаља и отвореност граница за идеје, људе и капитал. Глобализација, међутим, доводи на комплексан начин до ризика за хронична незаразна обољења, директно и индиректно. Предност глобализације у смислу здравља укључује увођење нових технологија, као што је информациона и комуникацијска технологија за здравствени систем. Негативни ефекти глобализације укључују тренд познат као нутрициона транзиција: популација у неразвијеним и земаљама у развоју конзумира храну богату енергијом, мастима, сољу и шећером. Недостатак времена и повећана производња и маркетинг за овакву храну неповољно утичу на здравствени статус. Како је значајна пропорција глобалног маркетинга циљана у односу на децју узрост, то олакшава стварање основе за нездраво понашање.

Урбанизација ствара услове у којима људи користе предности технологије, маркетинга и нездравог благостања и у којима усвајају врсте послова са мањом физичком активношћу. Непланирано урбано опуштање може да редукује ниво будуће физичке активности ако се, рецимо, не подржи ходање или вожња бицикла као активни транспорт. У многим земаљама Африке, Азије и Јужне Америке, у другој половини 20. века, удео градског становништва се повећао са 16 на 50 одсто.

Старење популације одвија се убрзано и широм света. Очекује се да ће укупни број особа са 70 и више година да се увећа са 269 милиона у 2000. години на један билион у 2050. години. Високо развијене земље ће забележити пораст старих особа (дефинисани као особе од 60 и више година) са 93 милиона на 217 милиона у овом периоду, док ће неразвијене земље забележити увећање са 174 милиона на 813 милиона, или више од 466 одсто.³

Генерална политика окружења је још једна круцијална детерминанта здравља. Политика централне или локалне владе у вези са исхраном, агрикултуром, привредом, медијском пропагандом, транспортом, урбаним планирањем и изградњом околине обликује услове у којима ће људи да направе здрав избор. У условима изостале подршке политике окружења тешко је, посебно за оне у депривираним популационим групама, да користе постојеће знање у вези са факторима ризика и превенцијом хроничних незаразних болести.³

Глобалном порасту хроничних незаразних болести државе чланице и WHO могу се супроставити само укупним превентивним и промотивним напорима у унапређењу здравља. Прва конференција о промоцији здравља, одржана новембра 1986. године, била је одговор на широм света растућа очекивања од новог јавног здравства и била је изграђена на напретку који је постигнут кроз **Декларацију о примарној здравственој заштити из Алма-Ате, уз присутни циљ WHO Здравље за све до 2000. године.**

Декларација о примарно здравственој заштити из Алма-Ате, у првој својој тачки истиче да је здравље стање комплетног физичког, менталног и социјалног благостања и фундаментално људско право. Даље, уз констатацију да постоји велика неједнакост у здрављу, наглашава се да је економски и социјални развој есенцијалан за постизање здравља за све, али и да је здравље услов да се оствари развој и мир у свету. Веза између здравља и социјално-економског развоја била је присутна и у Алма-Ати: са једне стране је условљеност нивоа здравља достиг-

нутим економским развојем, а са друге, здравље је услов за даљи економски напредак заједнице. То је била полазна основа и за протагонисте **Ивањичког програма заштите здравља становништва**.^{9,10} а сам Ивањички програм послужио је као један од модела приликом концептуализације примарне здравствене заштите.^{11,12}

Сви даљи напори утемељени су на принципима, вредностима и акционим стратегијама **Отава Повеље**, а то су:

- Изградња здраве јавне политике,
- Стварање околине која пружа подршку,
- Развој личних вештина,
- Јачање акција у заједници и
- Реоријентација здравствене службе.

Промоција здравља је дефинисана као процес који омогућава људима да увећају контролу над својим здрављем и да га унапреде, како би достигли стање потпуне физичке, менталне и социјалне добробити.^{13,14,15} Здравље се посматра као ресурс за свакодневни живот, као позитиван концепт који наглашава социјалне и персоналне ресурсе и добре физичке капацитете и зато не може да буде само ствар одговорности здравственог сектора, већ иде даље од стила живота, ка добробити. Због тога су као предуслови за здравље наглашени:

- мир,
- становање,
- едукација, образовање,
- храна,
- приходи,
- стабилан еко-систем,
- одрживи ресурси,
- социјална правда, једнакост.

Према томе, унапређење здравља захтева да се обезбеде ови фундаментални предуслови. Добро здравље је значајан ресурс за друштвени, економски и лични напредак и значајна димензија квалитета живота. Политички, економски, културални, околишки бихејвиорални и биолошки фактори могу да буду повољни по здравље или штетни за њега. Због тога здравствено-промотивне акције имају за циљ да у односу на све те услове као приоритет истакну очување здравља.

Наредне конференције о промоцији здравља (**Adelaide, South Australia, 1988. i Sundwall, Sweden, 1991.**)^{16,17} такође су се бавиле темељним принципима и стратегијама, док су четврта и пета (**Jakarta, 1998. и Mexico City, 2000.** године) потражиле њихове актере за нову еру (активан живот, здраво старење, здрави градови, промоција здравља у школама, промоција здравља на радном месту, приватни сектор).^{18,19}

Здравим окружењима или окружењима која пружају подршку („Supportive Environments“) WHO је посветила 2005. годину. У истој години одржана је и шеста конференција о промоцији здравља (**The 6th Global Conference of Health Promotion**, Бангкок, Тајланд, 11. август 2005).²⁰

Повеља донета у Бангкоку обраћа се свим владама, националним и локалним, интернационалним и другим организацијама, цивилном, приватном и здравственом сектору, и тражи од њих да оспособе заједницу и појединце да унапреде квалитет здравља и да здравље ставе у средиште развоја. У томе сваки сектор има властиту улогу и властиту одговорност, а доносиоци одлука у сукобу интереса препознају здравствени интерес као најважнији, односно, сваку одлуку унапред сагледавају кроз могуће здравствене последице. Повеља се позива на Уједињене нације које су препознале здравље као базично људско право за сваког појединца, без дискриминације. То значи и право да се достигне највиши могући ниво здравља у оквиру концепта који га види као детерминанту квалитета живота, укључујући и ментално и духовно благостање.^{21,22}

Хроничне болести, сиромаштво, људска права и право на здравље

Људска права, првобитно смештена у рцу **Повеље Уједињених нација**, била су предмет бројних касније донетих декларација. Она су:

- универзална, рођењем стечена за свако људско биће;

- циљана да осигурају неодвојиво достојанство и једнаке вредности за све;
- неотуђива (не може се од њих одустати нити се могу одузети),
- међузависна и међусобно повезана (свако људско право је тесно повезано и често зависно од другог реализованог људског права);
- артикулисана као дата права за појединца и групе, која обавезују на акцију или изостају, посебно у датим ситуацијама;
- међународно загарантована, законски заштићена.

Светска здравствена организација (WHO), својим конституисањем 1946. године и **Универзалном декларацијом о људским правима** 1948. године, омогућила је доношење и других на светском плану значајних докумената:

- Међународни споразум о економским, социјалним и културалним правима и
- Међународни споразум о цивилним и политичким правима, оба из 1966. године.

Право на највиши могући стандард омогућују:

- Међународна конвенција о елиминацији свих форми расне дискриминације (1963);
- Конвенција о елиминацији свих форми дискриминације у односу на жене (1979);
- Конвенција о правима детета (1989);
- Конвенција о правима радника миграната (сезонских) (1990).

Хронична обољења имају свој директни и индиректни утицај на економски статус. Директни трошкови јесу издвајања за лечење и лекове и, како болест напредује, доводе до кобног избора између патње без одговарајућег третмана, или све већег увлачења породице у сиромаштво. Индиректни трошкови су:

- смањење дохотка због изгубљене продуктивности услед болести или смрти;
- цена ангажовања одраслих чланова породице у вези са негом оболелог;
- редукција будућих зарада услед већ учињених продаја имовине и непредвиђених трошкова;
- изгубљене могућности млађих чланова породице који напуштају школу да би не-

говали одрасле који су болесни или да би помогли у кућном привређивању.³

Хроничне незаразне болести и сиромаштво су међусобно повезани у један зачарани круг. Најсиромашнији, у готово свим земљама, имају највећи ризик да развију хронична обољења и да пре времена умру од њих. Сиромашни су осетљивији из више разлога, укључујући већу изложеност ризицима и све мању доступност здравствене службе. Хроничне болести могу да узрокују осиромашење и појединца и породице и да их даље увлаче у једну спиралу коју чини даље погоршање болести и све веће сиромаштво. шематски приказан, пут од сиромаштва до хроничног незаразног обољења иде по следећим фазама:

1. Материјална депривација и психосоцијални стрес;
2. Ограничен избор и висок ниво бихејвиоралних фактора ризика;
3. Растући ризик од оболевања;
4. Почетак болести;
5. Редукован приступ здравственој заштити;
6. Редуковане могућности за превенцију компликација.

Због оваквог односа, за многе неразвијене земље, у борби за редукцију сиромаштва, највећу наду дају **превентивни програми за хронична незаразна обољења**. То је она тачка која повезује основне принципе људских права и право на здравље, фундаментално међу њима, са једне стране и стратегије за редукцију сиромаштва, како је и у самом наслову документа Светске здравствене организације обједињено: **Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies**.²³ Са истим намерама извршено је и усвајање **Миленијумске Декларације Уједињених нација**, септембра 2000. године. Са великим разлозима, њеним првобитним циљевима (редукција морталитета деце, унапређење здравља мајке и борба са HIV/AIDS и маларијом), додат је још један редукција морталитета од кардиоваскуларних болести и спољашњих узрока смрти: повреде, насиље и тровање (MDGs).²⁴

Уколико би глобални одговор на изазов који представљају хроничне незаразне болести остао неадекватан, умирање услед инфективних болести, матерналних и перинаталних стања и нутритивне дефицијенције заједно, у наредних десет година, према пројекцијама, опало би за три одсто годишње у току наредних десет година. У истом периоду морталитет услед хроничних незаразних болести имао би пројектовани пораст од 17 одсто годишње. То би значило да од пројектована 64 милиона смртних случајева у 2015. години 41 милион би настао услед хроничних незаразних болести. Са превентивним програмима и промоцијом здравља могао би да буде остварен реалан циљ: редукција морталитета услед хроничних незаразних болести широм света за два одсто годишње у току сваке од наредних десет година, што би спречило 36 милиона превремених смрти до 2015. године. Већ постоје и знање и научни докази да је тај циљ достижан.^{3,25}

Литература

1. WHO. The world health report 2002: Reducing risk, promoting healthy life. Geneva, World Health Organisation, 2002.
2. WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Fifty-seventh World Health Assembly (WHA 57.17). World Health Organisation, 22 May 2004.
3. WHO. Global Report. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. World Health Organisation, 2005.
4. The world health report 2001-Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organisation, 2001.
5. Navarro A.M, Voetsch K.P, Liburd G. C, Giles W, Collins J.: Charting the Future of Community Health Promotion: Recommendations From the National Expert Panel on Community Health Promotion. Prev Chronic Dis (serial online) 2007 Jul (date cited). Available from: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07-0013.htm>.
6. Mc Ginnis JM. A vision for health in new century. Am J Health Promot. 2003 Nov-Dec; 18(2):146-50.
7. Terry PE. Leadership and achieving a vision-how does a profession lead a nation? 2003 Nov-Dec; 18(2):162-7, iii.
8. Milles AE, Spencer EM. Values based decision making: a tool for achieving the goals of healthcare. HEC Forum 2005. Mar; 17(1):18-32 Riview.
9. Довијанић П.: Најважније компоненте савременог система здравствене заштите основ Ивањичког програма заштите здравља. Здравствена заштита, април 2007; 2:73-79.
10. Довијанић П. и сар.: Ивањица претеча система примарне здравствене заштите. Холдинг, Комп. Ће-лефармѐ, Београд, 2004.
11. Tomić B., Nikolić A., Tomasević V.: Ivanjica: A community conquer health. International Jurnal of health Education, 1977; 22 (suppl 2): 12-6.
12. WHO. Primary Health Care. Report of International Conference on Primary Health Care. Geneva-New York; WHO, 1978.
13. PAHO. Primary Health Care. 25 Years of the Alma-Ata Declaration. Available from: <http://www.almaata25.htm>.
14. WHO. Health for All in the 21st. Century. WHO, Geneva, 1998.
15. WHO. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986.
16. WHO. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988.
17. WHO. Tird International Conference on Health Promotion, Sundswall, Sweden, 9-15 June 1991.
18. WHO. The 4th International Conference on Health Promotion. The Jacarta declaration. WHO 1998. Available from URL: <http://www.who.ch>.
19. WHO. Fifthe Global Conference on Health Promotion. Mexico Cyti, June 5th, 2000.
20. WHO. The 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok, Tajland 11 Avgust 2005.
21. U. S. Department of Health and Human Services, Office of Public Health and Science. Healthy People 2010 Objectives: Draft for Public Comment, September 1998.
22. U. S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U. S. Government Priting Office, November 2000.
23. WHO. Human Rihgts, Health and Poverty Reduction Strategies. Health and Human Rights Publications Series. Issue No 5. 2005.
24. Rechel B, Shapo L, McKee M. Millennium Development Goals for health in Europe and Central Asia: relevance and policy implication. Washington, DC, World Bank, 2004.
25. Министарство здравља Републике Србије. Боље здравље за све у трећем миленијуму; Здравствена политика, Визија система здравствене заштите и Стратегија реформе система здравствене заштите са акционим планом. Београд, фебруар 2003.