



*Artur Gałzka*

## 50 LAT ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

*W 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) obchodzi 50-lecie swej działalności. Powstanie ŚOZ w 1948 roku było ukoronowaniem wysiłków trwających już od stuleci i mających na celu utworzenie międzynarodowej organizacji koordynującej międzynarodową współpracę w dziedzinie zdrowia. W artykule omówiono historię powstania ŚOZ, jej strukturę i funkcjonowanie, budżet, główne dziedziny działalności, osiągnięcia w zakresie zwalczania chorób zakaźnych i istniejące nadal problemy związane z tymi chorobami.*

### MIĘDZYNARODOWA WSPÓLPRACA W DZIEDZINIE ZDROWIA PRZED POWSTANIEM ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Początki polityki sanitarnej w postaci kwarantanny stosowanej w celu zapobiegania chorobom zakaźnym sięgają XIV wieku, kiedy to w 1348 roku Wenecja nie pozwoliła okrętom przybywającym z rejonów zakażonych dżumą wpłynąć do portu. W miarę rozwoju międzynarodowych podróży i handlu w następnych stuleciach, choroby mogły szerzyć się szybciej i kwarantanna była szeroko praktykowanym środkiem zapobiegającym szerzeniu się chorób zakaźnych.

W 1851 roku na pierwszej Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej w Paryżu, 5 z 12 uczestniczących tam państw podpisało międzynarodową konwencję o zasadach kwarantanny dla cholery, dżumy i żółtej gorączki. Wkrótce stało się jasne, że tylko przy międzynarodowej współpracy można skutecznie zwalczyć epidemiczne choroby. W 1907 roku, 12 państw podpisało tzw. Rzymskie Porozumienie, które następnie stało się załącznikiem Międzynarodowej Organizacji Higieny Publicznej (Office International d'Hygiene Publique, OIHP) w Paryżu (10).

Pierwszą organizacją do spraw zdrowia, która działała na rzecz kilku rządów było Międzynarodowe Biuro Sanitarne, założone w 1902 roku i przekształcone w Panamerykańskie Biuro Sanitarne (Pan American Sanitary Bureau) i następnie w Pan American Health Organization (PAHO) w Waszyngtonie.

Kiedy po I Wojnie Światowej utworzono Ligę Narodów, pod jej auspicjami zaczęła działać Organizacja Zdrowia. Organizacja ta powołała grupy ekspertów do zwalczania chorób i organizowania służb zdrowotnych, przeprowadzała szkolenia dotyczące różnych aspektów zdrowia publicznego i gromadziła epidemiologiczne dane od poszczególnych rządów. Jednakże zarówno sama Liga Narodów jak i jej Organizacja Zdrowia nie były w pełni organizacjami międzynarodowymi.

II Wojna Światowa przyniosła kres działalności Ligi Narodów i OIHP. Powojenne zniszczenia, braki żywności i olbrzymie liczby przemieszczających się ludzi leżały u podstaw powołania do życia w 1943 roku Urzędu Narodów Zjednoczonych dla Pomocy i Rehabilitacji (United Nations Relief and Rehabilitation Administration, UNRRA), która niesła medyczną pomoc i i wspierała opiekę zdrowotną w wyzwolonych krajach.

### POWOŁANIE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

W maju 1945 roku na konferencji w San Francisco na której utworzono Organizację Narodów Zjednoczonych, delegaci Brazylii i Chin zaproponowali utworzenie „światowej organizacji zdrowia” jako części ONZ. Powołano komisję przygotowawczą i w czerwcu 1946 roku Międzynarodowa Konferencja Zdrowia w Nowym Jorku zatwierdziła konstytucję nowej organizacji. Gdy 26 z 51 członków Narodów Zjednoczonych ratyfikowało konstytucję organizacji, 7 kwietnia 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia została powołana do życia. Polska należała do pierwszych członków ŚÓZ. Na pierwszym posiedzeniu zdecydowano, że cztery problemy będą stanowić priorytety ŚÓZ: walka z malarią, gruźlicą, chorobami wenerycznymi i poprawa zdrowia matek i dzieci (11). W latach 1960–1965, do ŚÓZ weszło 25 państw afrykańskich, które uzyskały niepodległość, a w latach 1991–1993 do Organizacji przystąpiły państwa powstałe po rozpadzie ZSRR, Jugosławii i Czechosłowacji. Obecnie (1 stycznia 1998 roku) do ŚÓZ należy 191 państw–członków i 2 państwa stowarzyszone, z których 48 zalicza się do najmniej rozwiniętych krajów, 96 do rozwijających się, 22 są w stanie przejściowym (tu należy Polska), a 26 krajów ma rozwiniętą gospodarkę rynkową.

### STRUKTURA I FUNKCJONOWANIE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Zgodnie z Konstytucją ŚÓZ, praca Organizacji jest kierowana przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (World Health Assembly, WHA), Radę Wykonawczą (Executive Board, EB) i Sekretariat. WHA składa się z delegatów reprezentujących poszczególne kraje i odbywa swe posiedzenia raz na rok w Genewie, zwykle w maju. Zgromadzenie to decyduje o polityce Organizacji w dziedzinie ogólnej działalności, poszczególnych programów, budżetu i innych administracyjnych spraw, oraz wybiera członków EB i Dyrektora Generalnego. Decyzje są podejmowane przez przyjęcie rezolucji i przegłosowanie przez 2/3 uczestników. W skład EB wchodzi obecnie 32 członków wybieranych co 3 lata, a co roku jedna trzecia członków jest wymieniana. Rada spotyka się dwa razy na rok, działa jako organ wykonawczy, nadzorując

wprowadzanie do życia decyzji i polityki Zgromadzenia Zdrowia. Sekretariat jest kierowany przez Dyrektora Generalnego i składa się z międzynarodowych specjalistów i pracowników technicznych, zatrudnionych na podstawie ich wiedzy i umiejętności, a także reprezentacji geograficznej (10).

Centrala ŚOZ w Genewie jest odpowiedzialna za ogólne kierownictwo i formułowanie globalnej polityki zdrowotnej i poszczególnych programów oraz za opracowanie budżetu. Oprócz Centrali, ŚOZ posiada 6 Regionalnych Biur, kierowanych przez Regionalnych Dyrektorów i Regionalne Komitety. W skład Regionalnych Komitetów wchodzi delegaci ministerstw zdrowia z danego regionu. Siedziby tych Biur znajdują się w Brazzaville w Kongo (dla Afryki), Waszyngtonie (dla obu Ameryk), Aleksandrii w Egipcie (dla regionu Wschodnio-Śródziemnomorskiego), Kopenhadze (dla Europy), New Delhi (dla regionu Południowo-Wschodniej Azji) i w Manilli, na Filipinach (dla regionu Zachodniego Pacyfiku).

Ostatnim poziomem ŚOZ są jej reprezentanci w poszczególnych krajach rozwijających się. Reprezentanci ci kierują małymi biurami krajowymi, jednak mając ograniczone możliwości i fundusze, wywierają tylko nieznaczny wpływ na politykę zdrowotną tych krajów.

ŚOZ zatrudnia 4500 pracowników na całym świecie, z tego jedną trzecią w 6 Biurach Regionalnych.

## BUDŻET ŚOZ

Finansowanie Organizacji pochodzi z dwóch źródeł: pierwsze to tzw regularny budżet, pochodzący ze składek krajów członkowskich. Udział poszczególnych krajów w tym budżecie jest nierówny, wpłaty kilku bogatych krajów stanowią znaczną część budżetu. Np. regularny budżet za dwuletni okres 1992–1993 wynosił 735 milionów dolarów, z czego 72% wpłaciło 8 krajów wysoko uprzemysłowionych (6). Trzeba jednocześnie stwierdzić, że niektóre bogate kraje spóźniają się ze swymi wpłatami, co niekiedy powoduje kłopoty w pracy ŚOZ. Według Konstytucji ŚOZ wszystkie kraje mają jednakowe prawo głosu w myśl zasady: jeden członek – jeden głos. Jest to źródłem częstych napięć między bogatymi krajami, które dużo płacą na wszystkie programy, a biednymi krajami, które mało płacą, a które decydują o tych programach (6). Budżet na dwuletni okres 1998–1999 zaplanowano na około 843 milionów dolarów.

Drugie źródło finansów pochodzi z dodatkowych funduszy budżetowych wpłacanych na wybrane programy przez bogate kraje – ofiarodawcy, bezpośrednio do ŚOZ lub za pośrednictwem innych agencji systemu ONZ. Pozwala to bogatym ofiarodawcom wpływać na programy Organizacji i kontrolować sposób wydawania pieniędzy przez ŚOZ. Udział dodatkowych funduszy budżetowych wzrósł z 20% ogólnego budżetu w 1970 roku do więcej niż 50% w 1990 roku.

W latach 1992–1993, około 35% ogólnego budżetu ŚOZ wydano na Centralę w Genewie, a 65% na poszczególne Regiony (tabela I). Regiony, oprócz Regionu Europejskiego, wydają od 48% do 78% swego budżetu na poszczególne kraje. W Regionie Europejskim tylko 6% całego budżetu regionalnego wydatkowane jest bezpośrednio na kraje.

Tabela I. Budżet Światowej Organizacji Zdrowia w 1992–1993 roku. Według (2)

Region	Liczba państw członków	Liczba mieszkańców (miliony)	Budżet 1992–1993 (w \$US)	% ogólnego budżetu ŚOZ	% wydany na kraje	\$US wydanych na głowę mieszk.
Afrykański	45	550	136	18,6	55,5	0,25
Amerykański	35	700	71	9,7	47,7	0,10
Wschodnio-Śródziem.	22	400	73	10,0	68,0	0,18
Europejski	50	850	46	6,2	5,9	0,05
Płd. Wsch. Azjatycki	11	1 358	87	11,8	78,0	0,06
Zach. Pacyfiku	23	1 500	63	8,6	59,0	0,04
Wszystkie Regiony			477	65,0	56,00	
Centrala ŚOZ			258	35,0		

### OBECNA STRUKTURA ŚOZ A ZADANIA ORGANIZACJI

Profil działania ŚOZ zmieniał się w czasie 50 lat. Głównym mandatem ŚOZ w pierwszym okresie działalności (od 1948 do początku lat 80-tych), było kierowanie i koordynacja międzynarodowych prac w dziedzinie zdrowia, a główny wysiłek skupiał się na ustalaniu międzynarodowych norm i standardów oraz na służeńiu technicznymi radami i pomocą w sprawach medycznych. Organizacja w tym czasie zyskała wysokie oceny za naukowy poziom swych ekspertyz i rad, i była uważana za politycznie neutralną organizację dysponującą świetnie przygotowanymi kadrami.

Wyniki tej pracy przyniosły ustalenie wielu wartościowych norm i ujednoczenie nazewnictwa, oraz standardów obowiązujących w całym świecie. Normy te dotyczyły różnych aspektów zdrowotnych, od jednolitych nazw dla poszczególnych immunoglobulin w surowicy krwi, standardów dla czystej wody, weryfikowanej okresowo międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD), czy też utworzenia norm i wymagań dla preparatów biologicznych takich jak szczepionki i surowice.

W 1977 roku przyjęto długofalową strategię „Zdrowie dla Wszystkich do roku 2000” (Health for All 2000). W ramach tej strategii stworzono nową funkcjonalną definicję zdrowia i planowano, że pod koniec wieku wszyscy mieszkańcy świata osiągną „poziom zdrowia, który pozwoli im prowadzić socjalnie i ekonomicznie produktywne życie” (9). Wraz z wprowadzaniem programu HFA 2000, działania Organizacji objęły nowe obszary dotyczące polityki zdrowotnej czy ekonomicznych podstaw rozwoju infrastruktury zdrowotnej. ŚOZ była pierwszą jednostką organizacyjną systemu ONZ, podkreślającą narodowe i międzynarodowe różnice w systemach i usługach zdrowotnych i popierającą międzynarodowe prawo do zdrowia (7). Organizacja zaczęła odgrywać ważną rolę w wywieraniu wpływu na międzynarodową politykę w zakresie zdrowia. W tym czasie rola Organizacji w polityce zdrowotnej była jasna, a Organizacja miała odwagę i autorytet wypowiadać się, gdy zachodziła taka potrzeba, nawet przeciwko interesom krajów z największym wkładem finansowym.

W latach 80-tych, stan zdrowia wielu społeczeństw na świecie pogorszył się i pogłębiły się różnice między bogatymi i biednymi narodami. Liczba członków–państw prawie zdwoiła się, zakres zainteresowań Organizacji poszerzył się i więcej uwagi

zaczęto poświęcać krajom rozwijającym się. Decyzje stały się upolitycznione i częściej były poddane możliwym konfliktom i konfrontacjom z różnych stron (4). Zaczęto zdawać sobie sprawę, że sama technologia już nie wystarcza i Organizacja musi zacząć pomagać krajom rozwijającym się w budowaniu ich systemów podstawowej opieki zdrowotnej. Działania Organizacji zmieniały się z orientacji nastawionej głównie na poszczególne choroby na szersze zagadnienia związane z socjalnymi i ekonomicznymi uwarunkowaniami chorób.

Obecnie, zakres działania Organizacji obejmuje bardzo szerokie obszary działań zdrowotnych kierowanych do różnych grup, od wiejskiej populacji, kobiet i dzieci – do pacjentów cierpiących na raka, osób w podeszłym wieku, czy zapobiegania i leczenia alkoholizmu lub zanieczyszczeń środowiska. Ta lista jest bardzo szeroka i obejmuje programy koordynowane z innymi wyspecjalizowanymi agencjami międzynarodowymi jak np. Food and Agricultural Organization, FAO (żywność i żywienie), United Nations Children Fund, UNICEF (szczepienia) czy United Nations Population Fund, UNFPA (planowanie rodziny).

Coraz częściej pojawiają się głosy, że ŚÓZ stała się biurokratyzowaną organizacją o przestarzałej strukturze organizacyjnej i wymaga głębokich zmian aby sprostać nowym zadaniom w XXI wieku.

Po euforii spowodowanej wielkim międzynarodowym osiągnięciem jakim była eradykacja ospy prawdziwej w 1977 roku (oficjalnie zadeklarowana w maju 1980 roku), w ostatnim dziesięcioleciu działalność Organizacji była poddawana często ostrej krytyce, a sposób jej kierowania przez Dyrektora Generalnego Dr I. Nakajimy wywoływał szereg kontrowersji. Wielu krytyków uważa, że Organizacja obecnie nie jest w stanie zaproponować przekonujących inicjatyw w konfrontacji z nowymi wyzwaniami zdrowotnymi świata, takimi jak np. wzrost populacji czy niebezpieczeństwa palenia tytoniu (4).

Krytykuje się rozbudowaną Centralę ŚÓZ w Genewie, jak i system regionalizacji uważając, że Regiony są biurokratyzowane, mało skuteczne, a proces mianowania dyrektorów regionalnych i reprezentantów krajowych wymaga zmian. Istnienie Biur Regionalnych daje tylko iluzję decentralizacji, powodując napięcia między Centralą a biurami regionalnymi i wydłuża czas potrzebny na transfer funduszy do miejsc gdzie są one potrzebne, to znaczy do krajów członkowskich (2).

Krytycy uważają, że ŚÓZ nie ma wypracowanej koncepcji pracy na poziomie krajów, a jej krajowe działania są najslabszym ogniwem w całym systemie. Reprezentanci krajowi są słabo finansowani, bez określonej strategii działania z małymi możliwościami wpływu na poprawę stanu zdrowia ludności (3). Proponuje się zniesienie Regionalnych Biur kosztem wzmocnienia reprezentantów ŚÓZ na poziomie krajów, zmianę zadań personelu na poziomie centrali i ustalenie otwartych, publicznych wyborów Dyrektora Generalnego (DG) i dyrektorów regionalnych.

Byłoby jednak niesprawiedliwie obwiniać tylko ŚÓZ oskarżeniami o obecny stan zdrowia ludności świata. Należy pamiętać, że ŚÓZ jest organizacją międzyrządową, tzn że jej działanie opiera się na współpracy z poszczególnymi ministerstwami zdrowia. Organizacja pracuje z rządami nad strategią ochrony zdrowia, wyborem priorytetów i różnorodnych programów, ale odpowiedzialność za realizację poszczególnych programów i ich skutki spoczywają na rządowych agencjach, które są odpowiedzialne przed swoimi społeczeństwami.

Duże nadzieje wiąże się z wyborem nowej DG, którą została Dr Gro Harlem Brundtland z Norwegii. W swej przemowie do ostatniego WHA w Genewie w maju 1998 (1), Dr Brundtland przedstawiła główne kierunki zmian w jakich będzie zdążać ŚOZ: istniejące programy zostaną zweryfikowane, będzie ich mniej, ich cele i metody zostaną wyraźnie określone i wzmocniona zostanie współpraca z partnerami z innych organizacji. Dr Brundtland wymieniła specyficznie dwa priorytetowe programy: walka z malarią i kampanię przeciw paleniu tytoniu. Wymieniła ona także znaczenie opieki nad matką, dzieckiem i rodziną, szczepienia, i problemy zdrowia psychicznego.

Czy Światowa Organizacja Zdrowia sprosta wyzwaniom jakie niesie XXI wiek? Czy będzie w stanie stworzyć nową wizję zdrowia w nowoczesnym świecie? Czy będzie mogła katalizować i przeprowadzać strukturalne i koncepcyjne reformy i odzyskać światowe przewodnictwo w ochronie zdrowia? Zależy to nie tylko od samej Organizacji, która z pewnością musi adaptować się do nowych, zmieniających się warunków, ale także od zmian dokonujących się poszczególnych krajach. ŚOZ jest organizacją swych członków-krajów, reprezentowanych przez odpowiednie ministerstwa zdrowia. Jednak, przyszłość tej ważnej organizacji nie może zależeć jedynie od rządów. Rządy te mogą być zbyt związane z korzyściami płynącymi ze swojego obecnego statusu aby kreować konieczny alians między krajami rozwiniętymi i rozwijającymi się, który mógłby wymóc pożądane reformy. Dużo do powiedzenia mogłyby mieć w tym względzie społeczeństwa i pozarządowe organizacje (5).

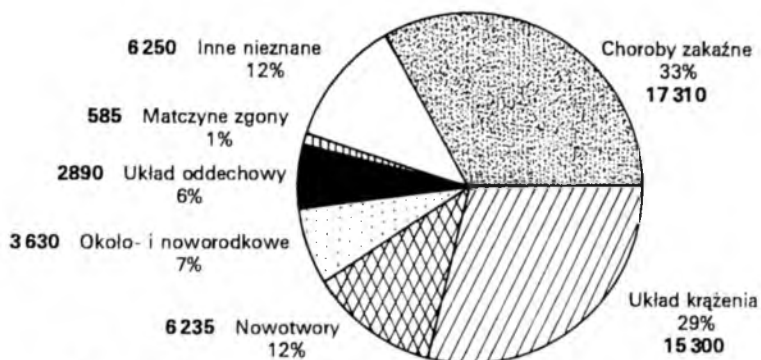
#### OSIĄGNIĘCIA W DZIEDZINIE POPRAWY ZDROWIA I ZWALCZANIA CHORÓB ZAKAŹNYCH W OSTATNIM PÓLWIECZU (10, 12)

ŚOZ monitoruje podstawowe wskaźniki zdrowotne, które stanowią podstawę programu Zdrowie dla Wszystkich do 2000 roku. Cele określone w tym programie dotyczą trzech wskaźników: spodziewana długość życia przy urodzeniu powinna wynosić powyżej 60 lat, umieralność niemowląt powinna być niższa niż 50 na 1000 żywych urodzeń, a umieralność dzieci w wieku do 5 lat nie przekraczać 70 na 1000 żywych urodzeń. W 1997 roku, prawie 3.8 miliardów ludzi (64% globalnej populacji) żyło w 106 krajach, które spełniały te wymagania. Tabela II pokazuje trendy i różnice w wskaźnikach HFA 2000 w ciągu ostatnich 20 lat. Chociaż w wielu Regionach zanotowano wydłużenie spodziewanej długości życia i zmniejszenie umieralności niemowląt i dzieci, to jednak istnieją nadal duże różnice między poszczególnymi Regionami, a sytuacja w Afryce jest wysoce niezadawalająca.

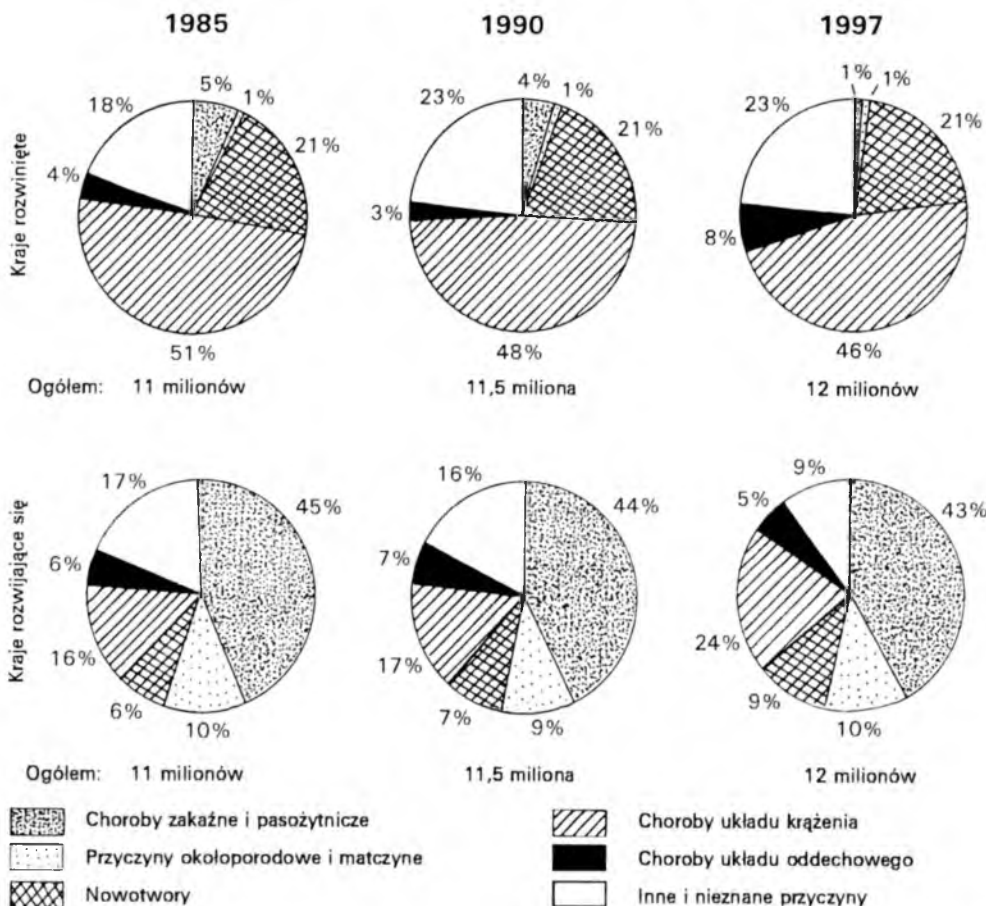
W oparciu o dostępne dane, ŚOZ szacuje, że w 1997 roku zmarło 50 milionów ludzi. Z tego około jednej trzeciej zmarło z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych (ostre choroby dolnych dróg oddechowych, gruźlica, biegunka, HIV/AIDS i malaria). Około 30% zmarło z powodu chorób układu krążenia, a 12% z powodu chorób nowotworowych (Rycina 1). W krajach rozwiniętych, zgony z powodu chorób nowotworowych utrzymują się na stałym poziomie (21%), podczas gdy odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia obniżył się z 51% do 46%. Choroby zakaźne stanowią nadal poważną przyczynę umieralności w krajach rozwijających się (43%), ale notuje się wzrastające proporcje zgonów zależnych od nowotworów (z 6% do 9%) i chorób układu krążenia (z 16% do 24%) (Rycina 2).

Tabela 11. Ludność, dochód/głowę (GNP), podstawowe wskaźniki zdrowotne w sześciu regionach świata w 1975 i 1997 roku. Według (10)

Wskaźnik	Rok	Region Afrykański	Region Amerykański	Region Wschodnio-Śródziemnomorski	Region Europejski	Region Południowo-Wschodniej Azji	Region Zachodniego Pacyfiku
Ludność w milionach w 1997 r.		612	792	473	869	1 457	1 634
Dochód na głowę w dolarach w 1995 r.		564	12 293	1 385	11 126	532	4 253
Spodziewana długość życia w latach	1975	46	67	52	70	52	64
	1997	53	73	64	72	63	70
Umieralność niemowląt na 1000 żyw. ur.	1975	125	60	127	37	124	57
	1997	89	28	69	20	68	36
Umieralność dzieci < 5 na 1000 żyw. ur.	1975	200	77	185	39	177	63
	1997	139	33	94	27	85	40



Ryc. 1. Przyczyny zgonów na świecie w 1997 roku. Liczba zgonów w tysiącach i odsetek z ogólnej liczby zgonów. Według (10)



Ryc. 2. Główne przyczyny zgonów w rozwiniętych i rozwijających się krajach w 1985, 1990 i 1997 roku. Według (10)



W czasie ostatnich dziesięcioleci dokonano znaczącego postępu w zwalczaniu kilku głównych chorób zakaźnych. Niektóre z tych chorób zniknęły lub zostały prawie całkowicie wyeliminowane jako problemy publicznego zdrowia. Do tych osiągnięć ŚOZ zalicza: globalną eradykację ospy prawdziwej ogłoszoną w 1980 roku, całkowite zniknięcie poliomyelitis z obu Ameryk (globalna eliminacja jest możliwa), znaczące zmniejszenie się zachorowań na trąd (eliminacja tej choroby jako problemu zdrowia publicznego spodziewana jest do roku 2000), zmniejszenie się globalnej groźby dżumy, zmniejszenie się epidemii duru powrotnego (choroba wywołana przez krętki z rodzaju *Borrelia*), pomyślny przebieg programu zwalczania onchoceriasis (całkowita eliminacja tej choroby jest spodziewana do 2008 roku), zaniknięcie tropikalnej frambezji (yaws – przewlekła, nienowoczesna treponematoza), zachęcające wyniki programu zwalczania filariozy (inwazyjna choroba wywołana przez nicienie).

Światowa Organizacja Zdrowia odniosła duże sukcesy w popieraniu, planowaniu i organizowaniu badań naukowych w dziedzinie zdrowia.

### CHOROBY ZAKAŻNE NADAL GROŹNE

Mimo znacznych postępów w zwalczaniu chorób zakaźnych stanowią one nadal groźbę dla zdrowia publicznego:

- Cholera nadal występuje w 80 krajach i pandemie tej choroby ogarnęły duże połacie świata w ostatnich dziesięcioleciach. Ostatni powrót cholery rozpoczął się w 1991 roku epidemią w Peru, szerzącą się szybko w Ameryce Łacińskiej i obejmującą 300 000 zachorowań w tym regionie pod koniec roku. Epidemia cholery była opisywana jako „widoczny symbol klęski systemu publicznego zdrowia w Ameryce Łacińskiej (7). W Indiach zidentyfikowano nowy szczep *Vibrio cholerae* 0139;

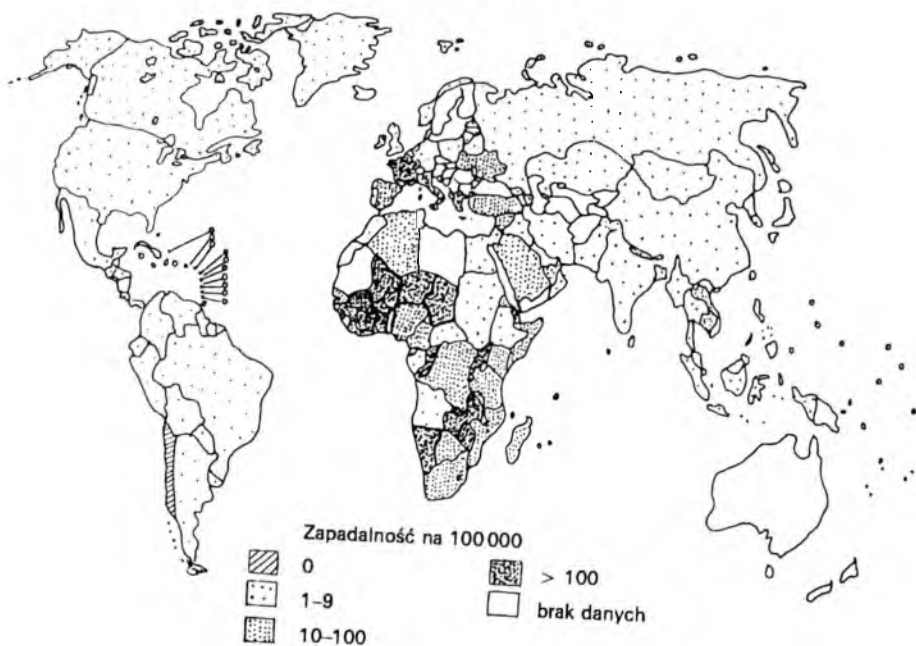
- Największa epidemia żółtej gorączki pojawiła się w Etiopii w latach 1960–1962 powodując 30 000 zgonów. W późnych latach 80-tych wystąpiły duże epidemie w Afryce i w Ameryce. Choroba jest endemiczna w 34 krajach Afryki, w tym w 14 najbardziej niebezpiecznych krajach świata, gdzie programy szczepień są bardzo słabe (Rycina 3);

- Malaria pozostaje nadal wielką groźbą zdrowotną; choroba jest endemiczna w 100 krajach, a sytuację pogorszyło pojawienie się nowych szczepów malarii opornych na szeroko używane leki. Obecnie rejestruje się od 1.5 do 2.7 milionów zgonów rocznie i 300 do 500 milionów zachorowań, z czego 90% w tropikalnych krajach Afryki;

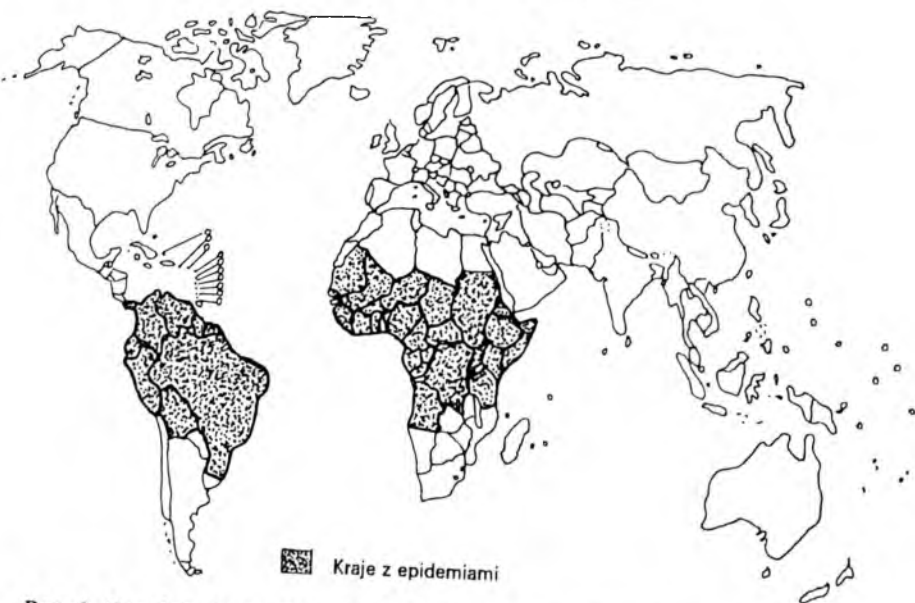
- W ostatnim trzydziestoleciu panowało błędne przekonanie, że gruźlica przestała być groźna. Doprowadziło to zaniedbań w programach zwalczania gruźlicy i nawrotu tej choroby w wielu krajach. Gruźlica zabija 2.9 miliona ludzi rocznie, a 7.3 miliona ludzi choruje corocznie. Jedna trzecia zachorowań w ostatnich 4 latach może być wiązana z współistniejącą infekcją z wirusem HIV, który osłabia system odpornościowy człowieka i usposabia do zachorowania na gruźlicę ludzi zakażonych *Mycobacterium tuberculosis*. Około 50 milionów ludzi jest zakażonych prątkami gruźlicy opornymi na jeden lub więcej leków.

- Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B jest problemem światowym. Więcej niż 2 miliardy ludzi wykazuje dowody przeszłej lub obecnej infekcji HBV, a 350 milionów jest chronicznymi nosicielami wirusa. Szczepienie jest najbardziej skuteczną metodą zapobiegania transmisji HBV i zgodnie z zaleceniami ŚOZ, 90 krajów

## ODRA, 1996

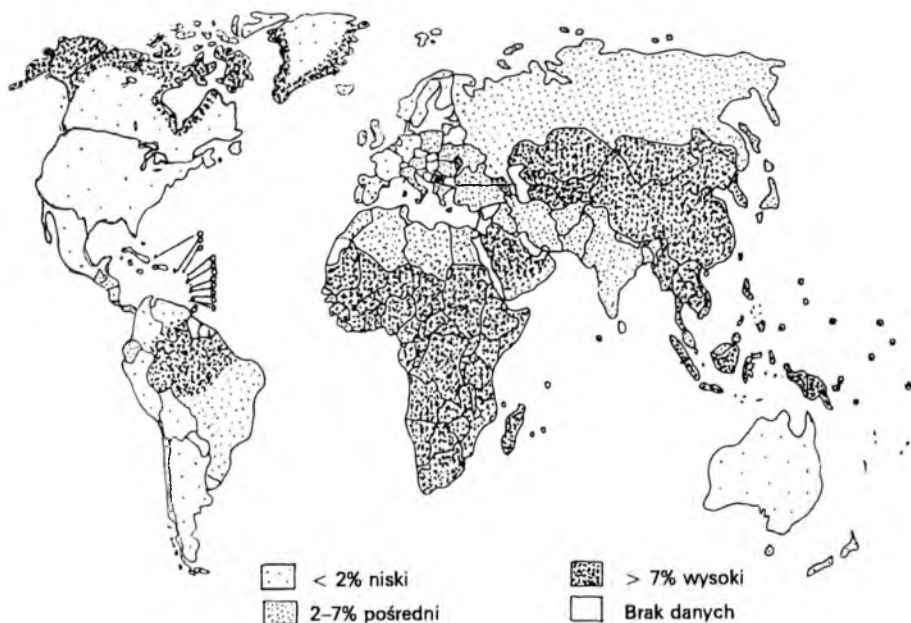


## ŻÓŁTA GORĄCZKA, 1997

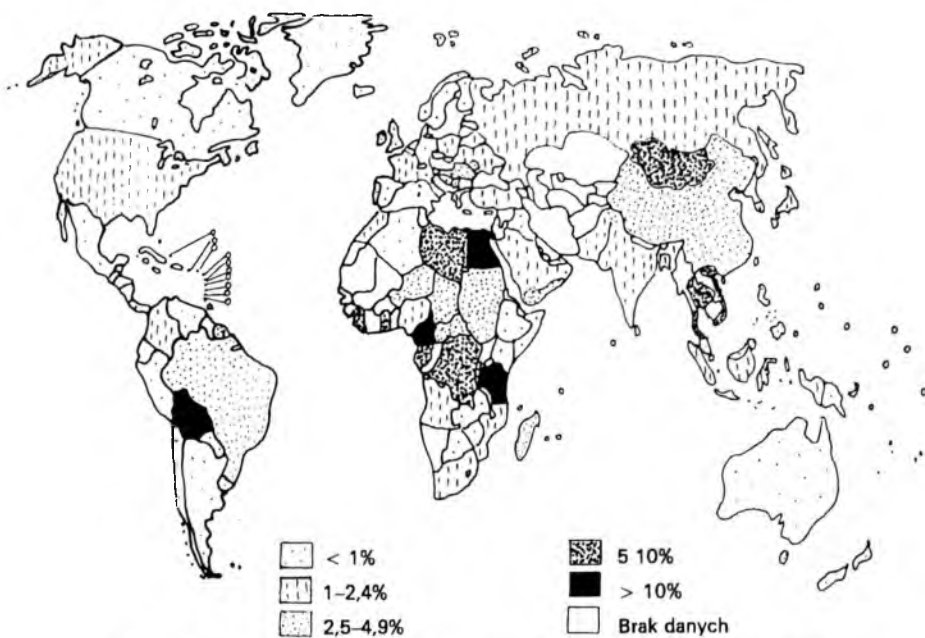


Ryc. 3. Zapadalność na odrę w 1996 roku i kraje dotknięte epidemiami żółtej gorączki w 1997 roku. Według (10)

## a) Szacunkowy odsetek nosicieli wirusa HBV w procentach w 1997 r.



## b) Szacunkowe proporcje osób zakażonych HCV w 1998 r.



Ryc. 4. Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C na świecie. Według (10)

wprowadziło do swych narodowych programów szczepienie przeciw wzv B. Celem jest obniżenie nowych nosicieli HBV u dzieci o 80% do roku 2001;

– Zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C stały się obecnie głównym problemem zdrowia publicznego. Nie jest dokładnie znana globalna zachorowalność, ale ŚOZ ocenia, że 3% populacji świata jest zakażona wirusem HCV a 170 milionów osób jest chronicznymi nosicielami (Rycina 4);

– Epidemiczne zapalenie opon mózgowych stanowi nawracający problem w Afrykańskim „pasie meningitów”, ciągnącym się od Senegalu do Etiopii. W dużej epidemii w 1996–1997 zarejestrowano przeszło 250 000 zachorowań;

– Chociaż istnieje nadzieja na eliminację odry na terenach obu Ameryk do roku 2000, choroba ta nadal zabija corocznie milion dzieci;

– Przy końcu 1997 roku pojawił się w Hong Kongu nowy wirus grypy A (H5N1)

W ostatnim dwudziestoleciu pojawiły się nowe i powracające choroby zakaźne w wielu częściach świata. Wśród nich, wirus HIV który powoduje AIDS, wywarł najgłębszy globalny wpływ. Inne choroby obejmują chorobę Legionistów, krwotoczną gorączkę Ebola, gorączkę Rift Valley, monkeypox i nowe warianty choroby Creutzfeldt-Jacoba.

W ciągu 50 lat pracy, Światowa Organizacja Zdrowia udowodniła, że jest potrzebną organizacją w pełnieniu roli technicznej organizacji doradczej i inspiratora i koordynatora prac badawczych w dziedzinie zdrowia ludzi na świecie. Jak stwierdziła dr Brundtland, świat zmienia się i ŚOZ także musi przystosować się do tych zmian aby bardziej skutecznie zwalczać choroby, kalectwo, przedwczesne zgony i promować trwałe i sprawiedliwe systemy zdrowotne we wszystkich krajach (1).

*Artur Gałązka*

## THE FIFTHIETH ANNIVERSARY OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

### SUMMARY

In the 1998, the World Health Organization celebrates its 50th anniversary. The creation of the WHO in 1948 has terminated long-lasting efforts in the development of the international organization which can promote, support and coordinate improvement in the international health. In the paper, the history of the WHO, its present structure and functions, budget, main areas of activity, achievements and problems are discussed. The WHO's contribution in the improvements in the world's public health and especially in the control of infectious diseases is essential. However, to meet new challenges of the coming XXI century, and to catalyse, encourage and support needed reforms, the WHO itself has to reorganize its structure and to discuss its strategic concepts.

### PIŚMIENICTWO

1. Brundtland GH. Przemówienie na 51 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, Genewa 13 maja 1998. Dokument WHO A 51/DIV/5.
2. Godlee F. WHO. The regions – too much power, too little effect *Brit Med J* 1994, 309: 566–570.
3. Godlee F. WHO at country level – a little impact, no strategy. *Brit Med J* 1994, 309: 1636–1639.

4. Godlee F. WHO in retreat: is it loosing its influence? *Brit Med J* 1994, 309:1491-1495.
5. Mann J. Non-governmental organisations should be catalysts for change. *Brit Med J* 1995, 310: 595-596.
6. Peabody JW. An organizational analysis of the World Health Organization: Narrowing the gap between promise and performance. *Soc Sci Med.* 1995, 40: 731-742.
7. Taylor AL. Making the World Health Organization Work: A legal framework for universal access to the conditions for health. *Amer J Law Med* 1992, 18: 301-346.
8. Vaughan JP, Mogedal S., Kruse S-E i in. Financing the World Health Organization: global importance of extrabudgetary funds. *Health Policy* 1996, 35: 229-245.
9. WHO. Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board 1973-1984, WHO Geneva 1985.
10. WHO. The World Health Report 1998. Life in the 21st century. A vision for all. Geneva 1998.
11. WHO. 1948: a new health organization is born. *World Health* 1998, 51: 4-5.
12. WHO. The 50th anniversary of WHO. *Weekly Epid Rec* 1998, 73: 145-148.

Adres autora:

Prof. dr hab. Artur Gałązka

Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa