

Magdalena PodnieśńskaUniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Humanistyczny

Wykluczeni z życia

From life excluded

Streszczenie: Artykuł poświęcono problematyce zdrowia i umieralności na świecie. Przedstawiono dane dotyczące oczekiwanej długości życia dla różnych grup ludności w poszczególnych krajach i wyjaśniono przyczyny dysproporcji między nimi. Opisano także systemy opieki zdrowotnej w niektórych regionach świata i wskazano drogę do ich poprawy.

Słowa kluczowe: zdrowie, umieralność, oczekiwana długość życia, dobrobyt, nierówności społeczne

Abstract: This article is dedicated to the issues of health and mortality rates in the world. It presents data on life expectancy for different groups in different countries and explained the reasons for disparities between them. Article also describes the health systems in some regions of the world and pointed out the way to improve them.

Keywords: health, mortality, life expectancy, welfare, inequality

Obecnie świat jest miejscem zdrowszym niż w przeszłości. Wydłużył się czas życia, ludzie są silniejsi, a dzieci rzadziej chorują i umierają. Lepsze zdrowie przekłada się na lepsze życie. Możemy więcej osiągnąć, efektywniej pracować i więcej zarabiać oraz spędzać czas z bliskimi. Zdrowie jest zagadnieniem złożonym, można być wyjątkowo sprawnym fizycznie, ale nie słyszeć, można być wolnym od chorób somatycznych, ale cierpieć na ciężką depresję. Zdrowie jest wielowymiarowe i nie da się go zdefiniować za pomocą uniwersalnego wyznacznika. Jest jednak jeden aspekt zdrowia, który łatwo zmierzyć i ma on najważniejsze znaczenie: fakt bycia żywym lub nie. Z punktu widzenia jednostki, informacja „tak, żyje pani” może być niewystarczająca, ale w ocenie zdrowia całej populacji czy ich podgrup (kobiety i mężczyźni, dzieci i osoby starsze itd.) kategoria życia i śmierci jest bardzo ważna. Powszechnie znaną miarą życia i śmierci jest informacja o oczekiwanej długości życia. Przy założeniu, że warto żyć, lepiej jest żyć dłużej.

W krajach należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wszystkie narodziny oraz zgony są rejestrowane przez odpowiednie instytucje państwowe. Najmłodszy otrzymują świadectwa urodzenia, a po czyjejś śmierci lekarz wystawia świadectwo zgonu, które zawiera wszystkie ważne szczegóły, takie jak płeć, wiek, a także przyczynę śmierci. Dzięki te-

mu państwo ma do dyspozycji szczegółowe dane na temat narodzin i śmierci. Potrzebne są również informacje na temat ras, płci i wieku w społeczeństwie, aby móc precyzyjnie określić stosunek liczby zgonów do całości danej grupy. Dane te uzyskuje się z przeprowadzonych regularnie spisów powszechnych (większość krajów przeprowadza je mniej więcej co dziesięć lat). Jednym z pierwszych państw, które wprowadziło kompletny system rejestracji narodzin i zgonów była Szwecja, dysponująca danymi już od XVII wieku. W Londynie oficjalne rejestry zaczęto prowadzić w 1639 roku, a we wszystkich stanach USA dopiero w 1933 roku. Amerykańska Agencja ds. Rozwoju Międzynarodowego (USAID) finansuje tzw. sondaże demograficzne i zdrowotne. W ich ramach zbiera omawiane informacje dla biednych państw, gdzie rejestry narodzin i zgonów nie istnieją lub istnieją tylko w teorii, a są ignorowane w praktyce.

W Stanach Zjednoczonych oczekiwana długość życia wzrosła z 47 lat w 1900 roku (dane tylko z tych stanów, w których prowadzono rejestry przed 1933 rokiem) do 78 lat w 2006 roku. Zwykle kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, było tak w całym XX wieku. Średnia długość życia kobiet rosła o rok w ciągu każdego dziesięciu lat, a mężczyzn o rok w ciągu każdego pięciu lat. Różnice w umieralności między mężczyznami a kobietami nie są jeszcze w pełni wytłumaczone. W okresie całego życia, na całym świecie, ryzyko przedwczesnej śmierci w przypadku mężczyzn jest wyższe niż w przypadku kobiet, dotyczy to także okresu przed narodzinami. Nie jest to jedyna forma nierówności między różnymi grupami. W 2006 roku oczekiwana długość życia wśród Afroamerykanów była mniejsza o sześć lat niż w przypadku białych mężczyzn, różnica ta wśród kobiet wynosiła 4 lata. Na początku XX wieku różnica ta wynosiła ponad 15 lat. Nierówności między poszczególnymi grupami etnicznymi i rasowymi w kwestii umieralności nie są jeszcze do końca wyjaśnione, ale nie ulega wątpliwości, że ogromne znaczenie ma nierówny dostęp do opieki medycznej.

Chwilowy, ostry spadek oczekiwanej długości życia miał miejsce pod koniec pierwszej wojny światowej podczas epidemii grypy. W 1918 roku oczekiwana długość życia była o 12 lat niższa niż w 1917 roku, a rok później, czyli w 1919 roku, znów wzrosła o 16 lat. W czasie wspomnianej epidemii na świecie zmarło 50 milionów ludzi. Chociaż później nie wydarzyła się już żadna katastrofa zdrowotna podobnej wielkości, to wystąpiło wiele mniejszych, ale dostatecznie poważnych fal chorób, które wpłynęły na oczekiwaną długość życia całej populacji. W latach 1900-1950 dużym zagrożeniem były choroby zakaźne. Wówczas najczęstszymi przyczynami śmierci były grypa, gruźlica, biegunka, zapalenie płuc i odra. Istotną przyczyną było także palenie tytoniu, które skutkowało śmiercią w wyniku chorób serca i raka płuc. Spowolnienie wzrostu

oczekiwanej długości życia w latach 50. i 60. XX wieku u mężczyzn spowodowane było również wzrostem liczby palących w latach wcześniejszych. Mężczyźni zaczęli palić dużo wcześniej niż kobiety, palenie tytoniu przez kobiety przez wiele lat nie było społecznie akceptowane.

Mimo, że Stany Zjednoczone przeznaczają na opiekę zdrowotną prawie dwukrotnie więcej niż wiele innych krajów, ich mieszkańcy wcale nie żyją najdłużej. Nieco dłużej żyją Brytyjczycy, Holendrzy, a jeszcze większą przewagą mogą pochwalić się Szwedzi. Na przykładzie tego kraju można zobrazować, jak czas zmienił ryzyko śmierci w pierwszych dniach życia oraz w okresie starości. W 1751 roku w Szwecji życie noworodka było o wiele bardziej zagrożone niż życie osiemdziesięciolatka, mniej więcej jedna trzecia dzieci umierała przed skończeniem piątego roku życia. Obecnie w Szwecji prawie wszyscy umierają dopiero w podeszłym wieku. Umieralność niemowląt jest niższa niż 1% (trzy na tysiąc), a ryzyko śmierci w wieku 80 lat jest ponadsześciokrotnie wyższe. W dzisiejszych czasach na całym świecie wzrosła umieralność między 15. a 34. rokiem życia, a główną przyczyną nie są choroby, ale wypadki, samobójstwa i zabójstwa.

Przez setki tysięcy lat cała ludzkość była łowcami i zbieraczami. Dziś na świecie pozostało już tylko kilka grup łowiecko-zbierackich żyjących w Arktyce czy na pustyniach, więc może wydawać się, że taki sposób życia nie wpływa na nasze zdrowie. Tymczasem łowiecko-zbieracki styl życia kształtował nas przez kilkaset tysięcy lat. Nasze ciała i umysły zostały do niego przystosowane. Współczesny sposób życia osiadłych rolników i mieszkańców miast liczy sobie tylko kilka tysięcy lat. Łowcy-zbieracze, tropiąc zwierzynę, przechodzili około 15-25 kilometrów dziennie. Podstawą ich diety były głównie warzywa i owoce, które zdobyć było dużo łatwiej, niż upolować zwierzę. Większość prac podejmowano grupowo, w ramach wspólnot i rodzin. Brzmi to jak przestrzeganie zasad większości lekarzy: dużo ruchu, więcej błonnika i mniej tłuszczu oraz spędzanie czasu w gronie najbliższych. W porównaniu ze standardami współczesnych, ubogich krajów, dzietność była stosunkowo niska. Statystycznie kobieta rodziła w ciągu życia czworo dzieci. Około 20% dzieci umierało przed pierwszymi urodzinami. Wedle współczesnych standardów to dużo, ale już niewiele więcej niż w obecnie zamożnych krajach w XVII i XIX wieku, nie wspominając o krajach najbiedniejszych. Grupy łowiecko-zbierackie składały się przeważnie z trzydziestu do pięćdziesięciu osobników. Zasoby w ramach grupy dzielone były równo. Jedną z przyczyn był fakt, że większość grup nie mogła przechowywać pożywienia, więc łowca po najedzeniu się dzielił się swym łupem z resztą. Społeczeństwa łowiecko-zbierackie były egalitarne i radziły sobie bez władców. Brak przywódców wiązał się z brakiem efektywnego

systemu prawa i porządku, co z kolei wiązało się z przemocą. Wewnętrzne walki przyczyniały się do wysokiej śmiertelności wśród osób dorosłych. Łowcy-zbieracze rzadko padali ofiarą chorób zakaźnych, ale poważnym problemem były choroby odzwierzęce. Średnia oczekiwana długość życia w społecznościach łowców-zbieraczy wynosiła około 20-30 lat. W odniesieniu do współczesnych standardów to niewiele, ale w normie w porównaniu z niedawną sytuacją w krajach najuboższych.

Przenieśmy się teraz kilka tysięcy lat do przodu, do czasów, kiedy ludzie zaczęli już gromadzić dane na temat umieralności. Przed rokiem 1750 były one zamieszczane w księgach parafialnych, w których zapisywano śluby, narodziny i zgony. Zaskakujące jest, że w Anglii w latach 1550-1750 oczekiwana długość życia arystokracji była podobna, a nawet nieco niższa od oczekiwanej długości życia reszty populacji. Zwykle ludzie bogatsi, o wyższym statusie społecznym cieszyli się lepszym zdrowiem niż ludzie prości i ubodzy. Fenomen ten, zwany gradientem zdrowia, występował już w starożytnym Rzymie, ale jak się okazuje nie jest on zjawiskiem uniwersalnym. Brytyjscy arystokraci mieli większy dostęp do pożywienia niż zwykli ludzie. Wartość energetyczna pożywienia dworzan króla Henryka VIII wynosiła od 4,5 do 5 tysięcy kalorii dziennie, zaś pozostała część społeczeństwa cierpiała niedostatek. Jednak większa ilość jedzenia nie chroniła przed bakteriami i wirusami wywołującymi dżumę czy ospę. Z kolei brak odpowiednich urządzeń sanitarnych przyczyniał się do wysokiej śmiertelności dzieci. Po 1850 roku oczekiwana długość życia całej populacji zaczęła wzrastać, a proces ten trwa do dziś. W momencie narodzin oczekiwana długość życia wzrosła od 40 lat w 1850 roku do 45 lat w 1900 roku, a w 1950 do niemal 70 lat. Przez te lata ludzie zaczęli szukać szczęścia i osobistego spełnienia. Zaczęto kwestionować ustalone sposoby postępowania, także posłuszeństwo Koronie i Kościołowi. W okresie oświecenia poszukiwano sposobów poprawy warunków życia, zarówno w kwestii posiadania, jak i zdrowia. Efektem posługiwania się własnym rozumem był rozwój medycyny i sposobów zwalczania chorób dzięki nowym lekom i kuracjom. Ze względu na koszty i dostępność, początkowo tylko niewielu mogło sobie na nie pozwolić. Te nierówności były także sygnałem, że nadchodzi okres powszechnych zmian. W społeczeństwie było coraz więcej ludzi wykształconych, leki taniały, a kolejne odkrycia przyczyniały się do poprawy sytuacji ogółu populacji.

Pod koniec XIX i na początku XX wieku odnotowano wzrost oczekiwanej długości życia w Anglii, Walii, Portugalii, Belgii, Holandii oraz we Włoszech i Francji. Największy poziom zagrożenia życia był wśród niemowląt i małych dzieci. Jeżeli komuś udawało się przeżyć dzieciństwo, to mógł mieć nadzieję na dłuższą przyszłość. Tendencja ta uległa zmianie pod koniec XX wieku. W tym

czasie za przyczyny złego stanu zdrowia zaczęto uważać „choroby” bardziej ogólnej natury, takie jak ubóstwo i nędza. Uważano, że poprawa materialnych warunków życia jest ważniejsza niż polityka zdrowotna. Wraz z początkiem rewolucji agrarnej rósł dochód i pojawiła się szansa permanentnej poprawy poziomu odżywiania. Lepiej odżywieni ludzie byli wyżsi, silniejsi i zdrowsi, co zaś przekładało się na wzrost produktywności i nakręcało spiralę sukcesu. Oba zjawiska napędzały się wzajemnie. Publiczne działania, mające na celu kontrolę chorób, objawiały się głównie troską o warunki sanitarne i dostęp do czystej wody. Odkryto, a po dyskusjach także zaakceptowano teorię, że drobnoustroje powodują choroby i że mogą być one przenoszone przez zakażoną wodę. Niestety, chociaż budowa bezpiecznych ujęć wody kosztuje mniej niż budowa oczyszczalni ścieków, to wciąż nie jest tania, a dodatkowo wymaga wiedzy inżynierskiej oraz ciągłego monitorowania stanu wody w celu upewnienia się, czy rzeczywiście nie jest zakażona. Wymagane są pieniądze oraz kompetencje państwa i sprawnych urzędników. Jeszcze sto lat temu takie możliwości nie były powszechnie dostępne, a w wielu zakątkach świata nie są dostępne także dziś. W krajach zamożnych niemal każdy obecnie uczy się w szkole, czym są drobnoustroje i jak się przed nimi bronić (np. myć ręce, dezynfekować określone przedmioty, odpowiednio obchodzić się z żywnością czy bezpiecznie pozbywać odpadów). Jednak pod koniec XIX wieku wiedza ta nie była jeszcze znana. Na przykład, w hotelach, w Stanach Zjednoczonych nie zmieniano pościeli po wymeldowaniu się gości, nie sterylizowano przyrządów lekarskich przy badaniu kolejnych osób itp. Teoria dotycząca drobnoustrojów to tylko jeden z licznych przykładów, że rozwój nauki i technologii jest jednym z najważniejszych czynników prowadzących do poprawy warunków życia. Rewolucja przemysłowa i powiązany z nią proces urbanizacji skutkowały potrzebą rozwoju naukowego, ale także stworzyły sprzyjające warunki do tego rozwoju.

Dla tych, którzy nie mieli tyle szczęścia i nie urodzili się w krajach bogatych, wojna z chorobami zakaźnymi na dobre zaczęła się dopiero w 1945 roku. Jednak wiedza o drobnoustrojach pozwoliła znacznie szybciej przeprowadzić część zmian, które zajęły całe stulecie w krajach rozwiniętych. Obecnie Indie mają dochód *per capita* na poziomie Wielkiej Brytanii w 1860 roku, ale oczekiwana długość życia w Indiach jest dłuższa niż w Szkocji w 1945 roku. Pokazuje to, jaką potęgę ma wiedza i jak może przyspieszyć historię. Stosunkowo szybka redukcja umieralności dzieci w krajach biednych spowodowała eksplozję demograficzną (od 2,5 miliarda w 1950 roku do 7 miliardów ludzi w 2011 roku), która obecnie stopniowo opada. Po drugiej wojnie światowej oczekiwana długość życia w krajach ubogich powoli doganiała wyniki dla krajów bo-

gaty, tendencja ta zatrzymała się dopiero w latach 90. XX wieku, kiedy w Afryce wybuchła epidemia AIDS.

Niestety, na świecie wciąż jest wiele krajów, gdzie umieralność dzieci jest wysoka (ponad 30 państw, w których ponad 10% dzieci nie dożywa piątych urodzin). Nie umierają one wcale na choroby nowe, jak AIDS, czy na egzotyczne choroby tropikalne, na które jeszcze nie ma leków. Przyczyną ich śmierci są choroby, które w Europie zabijały dzieci w XVII i XVIII wieku, m.in. infekcje dróg oddechowych i układu pokarmowego oraz malaria, czyli choroby, które umiemy leczyć już od dawna. Dzieci te przeżyłyby, gdyby urodziły się w Japonii, Kanadzie, Wielkiej Brytanii czy Francji, lecz umierają dlatego, że przyszły na świat w takim, a nie innym miejscu na Ziemi. Nawet w Indiach, gdzie umieralność znacząco spadła, duża liczba dzieci cierpi z powodu niedożywienia. Są one zdecydowanie chudsze i niższe niż to wskazane w ich wieku, a dorośli Hindusi to jedni z najniższych ludzi na Ziemi. Mimo, że Indie obecnie należą do najszybciej rozwijających się krajów, wciąż zatrważająca liczba Hindusów żyje w nędzy lub ubóstwie, będącymi spuścizną po rewolucji neolitycznej.

Po drugiej wojnie światowej w regionach mniej rozwiniętych nadal umierała duża liczba noworodków i małych dzieci. Chodzi tu m.in. o kraje Azji Południowej, Azji Południowo-Wschodniej i Afryki Subsaharyjskiej. Bank Światowy oszacował, że w 41 krajach na początku lat 50. XX wieku ponad jedna piąta (w kilku krajach nawet dwie piąte) dzieci umierała przed ukończeniem piątego roku życia. Taka sytuacja np. w Wielkiej Brytanii występowała dwieście lat wcześniej. Na szczęście nadchodziły wielkie zmiany. Mniej więcej od 1950 roku, przez kolejną dekadę, wiele krajów (m.in. Jamajka, Malezja, Sri Lanka czy Mauritius) notowało roczny wzrost oczekiwanej długości życia o ponad rok. W Sri Lance wzrosła ona o czternaście lat w okresie 1946-1953, a na Mauritiuisie od 33 lat w okresie 1942-1946 do 51 lat w okresie 1951-1953. Zmiany te były w dużym stopniu skutkiem wprowadzenia na rynek penicyliny, która pierwszy raz dostępna była podczas wojny, oraz wprowadzenia nieco dłużej znanych sulfonamidów. Prawdopodobnie największe znaczenie miało jednak ograniczenie, za pomocą środków chemicznych, ilości owadów przenoszących choroby, przede wszystkim komarów *Anopheles*, przenoszących malarię. Zwycięstwo nad malarią było ogromne, ale niestety chwilowe. Komary uodporniły się na używane środki, a stosowanie DDT, jednego z najskuteczniejszych środków owadobójczych, zostało zakazane z powodu negatywnego wpływu na środowisko.

W 1965 roku UNICEF (agenda ONZ zajmująca się zdrowiem i warunkami życia dzieci) otrzymał pokojową nagrodę Nobla za swoje działania na ca-

łym świecie. Zaraz po drugiej wojnie światowej organizacja ta zorganizowała w całej Europie szczepienia dzieci przeciw gruźlicy, a w kolejnych latach rozpoczęła ogólnoswiatową akcję zwalczania malarii, gruźlicy, trądu, jaglicy i malinicy. UNICEF wspierał również działania na rzecz poprawy warunków sanitarnych i dostępności czystej wody. W 1974 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała Rozszerzony Program Szczepień (EPI), który propagował szczepienia na tężec, krztusiec i błonicę (wszystkie te choroby obejmuje szczepionka DTP) oraz na gruźlicę, polio i odrę. W 2000 roku stworzono Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień, który miał na celu ożywienie i wspomaganie programu EPI. Inną istotną innowacją, pomagającą podtrzymać spadek umieralności, było opracowanie wyjątkowo prostej, ale skutecznej doustnej terapii nawadniającej (ORT), którą w 1973 roku zastosowano w czasie epidemii cholery w obozach dla uchodźców w Indiach i Bangladeszu. Przyjmowany doustnie roztwór soli i glukozy w wodzie skutecznie zapobiegał odwodnieniu, które powodowało śmierć części dzieci cierpiących na biegunkę. Terapia ta jest bardzo tania, jedna dawka to koszt zaledwie kilku centów. Tego typu innowacje techniczne i medyczne udało się wprowadzić w życie nawet w miejscach, gdzie lokalne możliwości były mocno ograniczone. Opryski przeciw komarom organizowali zagraniczni fachowcy lub wynajęci do tego wykonawcy, kampanie szczepień były kierowane przez WHO z Genewy jako krótkie operacje, w których lokalni sanitariusze wykonywali tylko zastrzyki. Zamawiane hurtowo przez WHO lub UNICEF szczepionki były tanie i uratowały życie milionów ludzi. Warto wymienić także inne tego typu inicjatywy m.in. zorganizowaną wspólnie przez WHO, Bank Światowy, organizację Center Center i firmę Merck kampanię walki ze ślepotą rzeczną, efektywną eliminację ospy na całym świecie czy ciągle trwające, mimo że dalekie od ostatecznego sukcesu, próby wyeliminowania polio.

W pozytywnych zmianach ogromną rolę odegrał również lepszy poziom edukacji i wyższe dochody. Stopa wzrostu ekonomicznego od czasów drugiej wojny światowej pozostaje na historycznie wysokim poziomie. Chociaż nie wszędzie, to w wielu krajach zdecydowanie poprawiła się edukacja. Kobiety są obecnie znacznie częściej wykształcone niż w przeszłości. W Indiach w latach 1986-1996 odsetek dziewcząt uczęszczających do szkoły wzrósł z 43% do 62%. Szkoły nierzadko mają niski poziom, ale nawet słabo wykształcone dziewczęta będą w przyszłości bezpieczniejszymi i lepszymi matkami niż te bez żadnego wykształcenia. Wyniki badań przeprowadzanych w Indiach i innych krajach pokazują, że potomstwo lepiej wykształconych kobiet rzadziej umiera, a później lepiej radzi sobie finansowo. Zwykle też lepiej wykształcone kobiety mają mniej dzieci, a więc mogą poświęcić każdemu z nich więcej środków

i czasu. Dla samych matek niższa rodność także jest lepsza, redukuje ryzyko związane z ciążą i porodem oraz pozwala kobietom na lepsze wykorzystanie życiowych możliwości. W krajach o niskich dochodach poprawę w dziedzinie edukacji można uznać za najważniejszą przyczynę współczesnego polepszenia stanu zdrowia. Dzięki wzrostowi ekonomicznemu więcej pieniędzy mają rodziny oraz władze lokalne i centralne, które dysponują środkami na poprawę warunków sanitarnych i jakości wody pitnej oraz na zwalczanie przenoszących choroby szkodników.

W większości dystryktów w Indiach w 2001 roku ponad 60% gospodarstw domowych miało dostęp do dostarczonej przez sieć wodociągową wody. Dwie dekady wcześniej sytuacja wyglądała dużo gorzej. ONZ donosi, że w mniej rozwiniętych regionach w okresie od lat 1950-1955 do 1965-1970 doszło do wzrostu oczekiwanej długości życia o jedenaście lat – od 42 do 53. W latach 2005-2010 nastąpił kolejny wzrost o trzynaście lat – do 66. W wyżej rozwiniętych regionach oczekiwana długość życia również rosła, ale w dużo wolniejszym tempie. Kraje północnej Europy (Dania, Estonia, Finlandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania i Wyspy Normandzkie) rozpoczęły wzrost z poziomu 69 lat w 1950 roku, aby osiągnąć poziom o dziesięć lat wyższy na początku XXI wieku. Azja Wschodnia, Azja Południowo-Wschodnia, Azja Południowa, Afryka Subsaharyjska, Ameryka Łacińska i Karaiby w tym czasie zyskały więcej niż dziesięć lat, dzięki czemu różnica między nimi a północną Europą zmaleła. Regiony, w których najwięcej pozostaje do zrobienia, to Afryka oraz w nieco mniejszym stopniu Azja Południowa. W Afryce Subsaharyjskiej jeszcze przed wybuchem epidemii AIDS oczekiwana długość życia rosła wolniej niż w każdym innym regionie, a epidemia wywołała dodatkowo większe opóźnienie. Według ONZ w ostatnim okresie, dzięki zmianom w zachowaniach ludzi oraz pojawieniu się leków antyretrowirusowych, oczekiwana długość życia na terenie Afryki znów zaczęła wzrastać. Niestety w większości krajów dotkniętych AIDS utracono cały postęp, który nastąpił po drugiej wojnie światowej. Wielkie epidemie zabijają miliony ludzi (według danych WHO od końca 2001 roku liczba ofiar AIDS wyniosła 34 miliony) i najwyraźniej po wielkiej epidemii grypy z lat 1918-1919 nie zniknęły z powierzchni Ziemi i nic nie wskazuje także na to, aby w przyszłości nie miały się pojawiać.

Aby lepiej zrozumieć współczesną umieralność, należy zanalizować umieralność na całym świecie, czyli poznać przyczyny śmierci ludzi w krajach o różnych poziomach rozwoju gospodarczego, a później zastanowić się, w których przypadkach można by śmierci ludzi zapobiec przy obecnym stanie wiedzy. Gdy ludzie umierają na nieuleczalne, egzotyczne choroby, to znaczy, że potrzebne są nowe terapie i leki. Natomiast jeśli ludzie umierają na dobrze już

znane choroby, które w rozwiniętych regionach już dawno nie występują, to trzeba postawić pytanie: dlaczego ludzie ciągle umierają z powodów, którym od dawna umiemy zapobiegać? Oczywiście zawsze potrzebne są lepsze leki i nowe terapie, ale podstawowy problem polega na tym, że ogromna liczba dzieci umiera na choroby, które bardzo łatwo leczyć.

Tabela 1. Umieralność na świecie w 2008 r., kraje najbiedniejsze i najbogatsze

Wyszczególnienie	Świat	Kraje o niskich dochodach	Kraje o wysokich dochodach
Procent zgonów (procent populacji)			
Od 0 do 4 lat	14,6 (9)	35,0 (15)	0,9 (6)
60 lat i starsi	55,5 (11)	27,0 (6)	83,8 (21)
Rak	13,3	5,1	26,5
Choroby układu sercowo-naczyniowego	30,5	15,8	36,5
Miliony zgonów			
Infekcje dróg oddechowych	3,53	1,07	0,35
Śmierć okołoporodowa dzieci	1,78	0,73	0,02
Choroby związane z biegunką	2,60	0,80	0,04
HIV/AIDS	2,46	0,76	0,02
Gruźlica	1,34	0,40	0,01
Malaria	0,82	0,48	0,00
Choroby wieku dziecięcego	0,45	0,12	0,00
Deficyty	0,42	0,17	0,02
Niedożywienie	0,36	0,16	0,00
Wszystkie przyczyny	56,89	9,07	9,29
Całość populacji	6737	826	1077

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia, *Global Health Observatory Data Repository* (dostęp: 3.02.2013).

UWAGA. Do chorób układu sercowo-naczyniowego zaliczono także udary. Infekcje dróg oddechowych to przede wszystkim infekcje dolnych dróg oddechowych (dotyczące części poniżej strun głosowych: zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc oraz grypa, która atakuje również górne drogi oddechowe). Śmierć okołoporodowa dzieci odnosi się do śmierci w czasie porodu lub bezpośrednio po nim (do tej kategorii zalicza się śmierć wcześniaków, dzieci umierające zaraz po porodzie z powodu infekcji i dzieci o zbyt niskiej wadze urodzeniowej). Choroby wieku dziecięcego to: polio, odra, błonica krztusiec i tężec. Około dwóch trzecich przypadków śmierci z niedożywienia to rezultat niewystarczającej ilości białka lub energii, jedną trzecią powoduje anemia.

W tabeli 1 przedstawiono dane WHO dotyczące umieralności w 2008 roku. Umieralność na całym świecie pokazana jest w kolumnie drugiej, w krajach o niskim poziomie dochodów w trzeciej, a w krajach o wysokim poziomie dochodów w czwartej. Podział ten został przeprowadzony na podstawie da-

nych Banku Światowego. Aż dwadzieścia siedem z trzydziestu pięciu najbiedniejszych krajów to państwa afrykańskie. Reszta to Nepal, Mjanma (Birma), Tadżykistan, Afganistan, Kambodża, Haiti i Bangladesz. Do siedemdziesięciu najbogatszych państw zaliczono większość krajów Europy, Australazji i Ameryki Północnej oraz Japonię, kilka małych krajów produkujących ropę naftową i kilka państw wyspiarskich. Część górna tabeli przedstawia podział umieralności ze względu na wiek oraz odsetek śmierci spowodowanej przez dwie najistotniejsze grupy chorób niezakaźnych – nowotwory i choroby układu sercowo-naczyniowego, które obejmują m.in. śmierć z powodu udarów mózgu, zawałów serca, chorób serca i naczyń krwionośnych. W nawiasach uwzględniono odsetek populacji w konkretnym przedziale wiekowym. W części dolnej znajdują się dane (w milionach) dotyczące bezpośredniej liczby zgonów, rozłożone na najpowszechniejsze przyczyny śmierci w krajach o niskich dochodach. Na samym dole znajduje się łączna liczebność populacji w poszczególnych regionach. Warto zauważyć, że kraje o niskich dochodach są o wiele młodsze niż kraje bogate. Ludzie mają tam więcej dzieci i każde pokolenie jest liczniejsze niż poprzednie, a co za tym idzie średnia wieku jest niższa. W krajach o najwyższych dochodach osób starszych jest trzykrotnie więcej niż najmłodszych. Ponad połowa zgonów na świecie dotyczy osób w wieku 60 lat i starszych, 15% - niemowląt i małych dzieci. Jednak średnia ta wygląda inaczej w krajach biednych i bogatych. W tych biednych powyżej jednej trzeciej zgonów dotyczy dzieci przed ukończeniem piątego roku życia, natomiast w bogatych ponad 80% zgonów dotyczy ludzi w wieku 60 lat lub starszych. Wraz z rozwojem ekonomicznym pojawia się zjawisko „starzenia się” śmierci. Następuje przejście od umierania podczas dzieciństwa do umierania w podeszłym wieku. Wiąże się to również ze zmianą podstawowych powodów śmierci z zakaźnych chorób na choroby przewlekłe.

Odsetek ludzi umierających z powodu chorób serca, udarów czy raka jest trzykrotnie większy w krajach bogatych niż w biednych. Uogólniając można stwierdzić, że dzieci umierają zwykle na choroby zakaźne, a osoby starsze na przewlekłe. Najczęstsze przyczyny śmierci w krajach najuboższych były niegdyś głównymi „zabójcami” w krajach obecnie bogatych. Są to gruźlica, biegunka, infekcje dolnych dróg oddechowych oraz nazwane przez WHO chorobami wieku dziecięcego: odra, krztusiec, polio, błonica i tężec. Każdego roku powodują one niemal osiem milionów zgonów. Inne ważne przyczyny śmierci to AIDS (którego leczenie ciągle nie jest w pełni skuteczne) i malaria, powikłania przy porodzie, okołoporodowa śmierć matek oraz nierówności dotyczące odżywiania (głównie niedobory wartości energetycznych lub białka) i anemia (związana z niewystarczającą ilością żelaza). Gdyby nie liczyć zapalenia płuc,

które w krajach bogatych co roku zabija około 350 tysięcy ludzi w starszym wieku, to można stwierdzić, że w zasadzie nikt nie umiera na te choroby w krajach o wysokich dochodach. Działania w dziedzinie zdrowia publicznego prawie całkowicie wyeliminowały gruźlicę, zapalenie płuc i biegunkę jako przyczyny śmięci dzieci. Malaria w dzisiejszych czasach także nie stanowi zagrożenia w krajach bogatych, a leki antyretrowirusowe i zmiana zachowań seksualnych znacząco zredukowały umieralność na AIDS. Powszechne szczepienia dzieci wyeliminowały umieralność na choroby wieku dziecięcego, a umieralność okołoporodową ograniczyła opieka medyczna nad kobietami w ciąży i po porodzie. Prawie nikt w krajach bogatszych nie umiera także z powodu braku pożywienia czy szerokiego braku mikroelementów. Analogicznie jak w kontekście historycznym niedożywienie, biegunkę, gruźlicę czy infekcje układu oddechowego postrzegamy obecnie jako choroby wynikające z biedy, natomiast rak, udary mózgu czy choroby serca uważane są za choroby krajów bogatych. Nawet podział w tabeli sugeruje, że podstawową rolę odgrywają tu dochody. Jest to jednak myślenie niekompletne, a skupienie się wyłącznie na poziomie finansowym może prowadzić do błędnych wniosków.

Analizując to, co zdarzyło się w Indiach i Chinach, możemy wiele się nauczyć. Bank Światowy przestał już zaliczać wymienione kraje do grupy o niskim dochodzie. Indie są obecnie krajem o średnim dochodzie poniżej przeciętnej, a Chiny o średnim dochodzie powyżej przeciętnej. W ostatnich latach oba kraje doświadczają okresu szybkiego wzrostu gospodarczego, mimo że należały do najbiedniejszych na świecie jeszcze w latach 50. XX wieku. W Chinach i Indiach łącznie żyje ponad jedna trzecia ludzkości, więc istotne jest zrozumienie procesów tam zachodzących. W obu krajach przeprowadzono reformy ekonomiczne, które poskutkowały większym tempem wzrostu. W Chinach w 1970 roku wzrosły ceny produktów rolnych, więc rolnicy mogli produkować i sprzedawać w większych ilościach. Z kolei po roku 1990 Indie ostatecznie pożegnały się z zasadami i prawem Indii Brytyjskich. Spadek umieralności w Chinach czasowo został zatrzymany przez okres wielkiego głodu, podczas którego zmarła jedna trzecia pełnej kohorty urodzeniowej, ale nie licząc tego okresu można zaobserwować szybki spadek umieralności do około 1970 roku i o wiele wolniejszy po tej dacie. Jest to dokładne przeciwieństwo oczekiwań przy założeniu, że wzrost ekonomiczny powoduje spadek umieralności dzieci. Byłoby tak, gdyby zgony dzieci były bezpośrednią konsekwencją ubóstwa. Jednak kiedy władze przede wszystkim skupiły się na kwestii wzrostu gospodarczego, prawie całe zasoby zostały przeniesione tam, gdzie pracowały na pomnażanie pieniędzy, w efekcie zmniejszono nakłady m.in. na opiekę zdrowotną i zdrowie publiczne. Nawet osoby odpowiedzialne za kontrolowa-

nie liczebności populacji komarów zajęły się uprawą roli, żeby w jakimś stopniu przyczynić się do wzrostu gospodarczego. Komunistyczna Partia Chin wcześniej przykładła dużą wagę do zagadnień związanych ze zdrowiem publicznym, ale priorytety uległy zmianie po wprowadzeniu reform. Oczywiście nie były one złe, ponieważ wzrost ekonomiczny pozwolił wyjść z nędzy oraz prowadzić lepsze życie milionom ludzi. Należy jednak pokazać, że nie przyczynia się on automatycznie do polepszenia tej części dobrobytu, o której decyduje zdrowie. Władze w Chinach wspierając jeden aspekt dobrobytu, poświęciły drugi. W Indiach sprawy szły wolniej i w mniej spektakularny sposób. Wzrost nie był tak szybki, a zmiany sytuacji po reformach mniej wyraźne. Choć dochód *per capita* wcześniej był wyższy w Indiach, to po 2000 roku wynosił mniej niż połowę tego co w Chinach. Jednak w Indiach spadek umieralności niemowląt był stały i konsekwentny, niezależny od tempa wzrostu gospodarczego. Nadal urodzenie się w Indiach wiąże się z większym ryzykiem, ale ochrona zdrowia w tym kraju nie jest już dużo gorsza niż w Chinach. Warto również dodać, że Indie sukces odniosły bez stosowania przymusu i ograniczania wolności związanego z chińską polityką jednego dziecka. Już teraz zdecydowanie lepiej niż Chiny radzą sobie niektóre regiony południowych Indii. Oczywiście to zaledwie dwa kraje i nie można zakładać, że to, co okazało się prawdą w odniesieniu do nich, będzie prawdziwe w każdym innym miejscu. Wzrost ekonomiczny może być decydującym czynnikiem poprawy zdrowotnej sytuacji w Afryce czy w krajach biedniejszych niż obecne Chiny i Indie. Nie ma jednak wielu dowodów na szybszy spadek umieralności niemowląt i dzieci w krajach, w których wzrost ekonomiczny jest szybszy.

Skoro bieda nie jest przyczyną tego, że w krajach ubogich umiera tak duża liczba dzieci i jeżeli wzrost gospodarczy automatycznie nie powoduje spadku umieralności, to dlaczego nadal dzieci umierają z powodów, którym dzięki współczesnej wiedzy medycznej i naukowej umiemy już zapobiegać? W przypadku malarii, gruźlicy, infekcji dolnych dróg oddechowych czy chorób związanych z biegunką konieczna jest zmiana środowiska. Niezbędne są: poprawa warunków sanitarnych, dostęp do czystej wody i lepsza kontrola nad liczebnością szkodników przenoszących choroby. Zmiany te wymagają wspólnych działań, organizowanych przez władze centralne i lokalne. Same działania na linii lekarz - pacjent, czyli system bezpośredniej opieki zdrowotnej niewiele zdziała. Choroby te są nie tylko problemami zdrowia jednostek, ale zdrowia publicznego. Poprawa warunków życia nie jest bez znaczenia, ale sam ten element to także za mało. Odpowiednią opieką przed- i poporodową można zapobiec śmierci okołoporodowej dzieci i matek oraz chorobom wieku dziecięcego. Wystarczy tylko we właściwy sposób doradzać matkom w ciąży i po

urodzeniu dziecka oraz zapewnić odpowiednią infrastrukturę medyczną w razie komplikacji czy nagłych przypadków, a także przychodnie i pielęgniarki przygotowane do opieki nad małymi dziećmi, kontrolujące prawidłowy rozwój i pilnujące kalendarza szczepień. W najbiedniejszych krajach dzieci są narażone szczególnie na zdrowotne problemy po odstawieniu od piersi, zmieniają wtedy dietę z bezpiecznego, bogatego i zawierające wszystkie niezbędne substancje mleka matki na niebezpieczne, niezróżnicowane i w niewystarczającej ilości pożywienie. Odpowiednio przygotowane matki, pielęgniarki, lekarze i cała medyczna infrastruktura mogą pomóc dzieciom przejść przez ten najbardziej niebezpieczny i najtrudniejszy okres. Niestety, duża liczba krajów wydaje za małe sumy na system opieki zdrowotnej, a żaden nie działa wiele dysponując stoma dolarami na osobę (suma ta obejmuje zarówno wydatki publiczne, jak i prywatne), jak w typowym kraju Afryki Subsaharyjskiej. Bank Światowy szacuje, że w roku 2010 Zambia na ochronę zdrowia wydała 90 dolarów na mieszkańca, Mozambik – 94, Senegal – 108, a Nigeria – 124. Dla porównania w Stanach Zjednoczonych suma ta wynosiła 8362 dolary, a w Wielkiej Brytanii – 3470.

Nie zawsze rządy działają na rzecz poprawy dobrobytu i zdrowia swoich obywateli. Nawet w demokratycznych państwach, chociaż władze i politycy zgadzają się, że trzeba działać na rzecz poprawy zdrowia, to środki, jakimi należy realizować ten cel bywają przedmiotem politycznych sporów. Tymczasem na świecie wiele krajów nie jest rządzonych w sposób demokratyczny, a wiele rządów nie działa w interesie obywateli. Sytuacja ta panuje wszędzie tam, gdzie totalitarne rządy wykorzystują służby specjalne lub wojsko do kontrolowania ludności albo gdzie władzę dzierżą reżimy wojskowe. Bywa tak, że rządy dystryktów w Indiach czerpią duże dochody ze sprzedaży zasobów naturalnych (zwłaszcza ropy naftowej czy surowców mineralnych) i nie zależy im na zbieraniu podatków, bo jak wiadomo „kto płaci, ten wymaga”. Swoje przychody rządy wykorzystują do protekcji własnych interesów i tworzenia całego systemu nepotyzmu, a na zdrowiu i dobrobycie obywateli im zwyczajnie nie zależy. W skrajnych przypadkach, szczególnie w Afryce, w taki sposób wykorzystuje się również pomoc międzynarodową, dzięki której dostarcza się środki finansowe rządowi, ale nie motywuje się ich w żaden sposób, aby wykorzystywały je zgodnie z przeznaczeniem. Darczyńcy nie są w stanie zapobiec opisanym sytuacjom, mimo dobrej woli całego świata.

Za taki stan nie można jednak winić wyłącznie rządów. W niektórych miejscach ludzie nie rozumieją, że mogliby być zdrowi albo że władze dysponują środkami, które mogłyby w tym pomóc. W ramach ogólnoswiatowych badań instytutu Gallupa, w Afryce regularnie zadaje się ludziom pytania, na ja-

kich działaniach powinny skoncentrować się władze. Okazuje się, że aspekty związane ze zdrowiem wcale nie znajdują się wśród najpopularniejszych odpowiedzi, najczęściej plasują się w tyle za tematami związanymi z zapewnieniem pracy i redukcją ubóstwa. Możliwe więc, że rządy stawiające na tworzenie nowych, nawet bezużytecznych, miejsc pracy w administracji państwowej robią właśnie to, czego elektorat od nich oczekuje. Podczas badań w Udaipur w Radżastanie okazało się, że mieszkańcy są świadomi swojego ubóstwa i chociaż cierpieli na wiele chorób, uważali, że z ich stanem zdrowia wszystko jest w porządku. Dużo łatwiej jest dostrzec na świecie ludzi bogatszych od siebie, trudniej zaobserwować, że są oni także zdrowsi i mniej zagrożeni przedwczesną śmiercią. Kwestie te nie rzucają się w oczy aż tak jak zamożność, towary konsumpcyjne czy warunki mieszkaniowe.

W Afryce ewolucja mikroorganizmów i ludzi przebiegała współzależnie, więc można powiedzieć, że choroby towarzyszyły człowiekowi przez całą jego historię. Dopiero niedawno nastąpiła ucieczka od chorób i przedwczesnej śmierci, a nadal wielu ludzi może nie rozumieć, że ta ucieczka jest w ogóle możliwa, a drogą do wolności jest dobra opieka medyczna. Regularnie badania Gallup World Poll wykazują, że w krajach bogatych i biednych odsetek osób, które uznają swój stan zdrowia za zadowalający, mimo ogromnych różnic w realistycznie ocenianej sytuacji zdrowotnej, jest taki sam. W wielu krajach na świecie, mimo kiepskich wyników i niskich nakładów, mieszkańcy w pełni ufają lokalnemu systemowi opieki zdrowotnej. W Stanach Zjednoczonych mamy do czynienia z odwrotną sytuacją: mimo ogromnych pieniędzy przeznaczanych na system opieki zdrowotnej, Amerykanie mu nie ufają. W jednym z badań pod tym względem Stany Zjednoczone znalazły się na 88. miejscu na 120 krajów, a ustąpiły miejsca m.in. Indiom, Wietnamowi i Kubie. Do największych skandali związanych z państwową opieką zdrowotną należy fakt, że w wielu krajach lekarze i pielęgniarki często nie pojawiają się w pracy. Badania na temat absencji pracowników służby zdrowia w pracy prowadził Bank Światowy. Okazało się, że w wielu regionach jest to bardzo poważny problem, który dotyczy także sfery edukacji. Często pracownicy ci nie są odpowiednio opłacani i funkcjonuje tam niepisana zasada: „Oni udają, że pracują, a rząd udaje, że im płaci”. Ale powody są też inne. Pracownicy są nieobecni, kiedy ludzie mają małe wymagania i niczego nie oczekują od służby zdrowia. Na szczęście nie wszędzie tak jest, w indyjskim stanie Kerala, który znany jest z obywatelskiego zaangażowania i aktywizmu, dochodzi do ostrych protestów, gdy jakaś klinika nie pracuje, i dlatego absencja pracowników służby zdrowia w Kerali to rzadkość.

Prowadzący prywatne praktyki lekarze często prosperują świetnie w ubogich krajach, bo ich działalność uzupełnia niedostatki czy braki państwowego systemu opieki zdrowotnej. Jednak sektor prywatny ma też swoje problemy. Dostawca usług medycznych więcej zarobi, jeżeli wybierze usługi bardziej dochodowe lub wykona ich więcej. Z tego powodu firmy medyczne często oferują pacjentom to, co ci uznają za potrzebne, nawet jeśli naprawdę tego nie potrzebują. W Indiach lekarze prywatni regularnie podają pacjentom antybiotyki, często w formie zastrzyków i sprawiają, że ludzie chwilowo czują się lepiej i są zadowoleni. Kroplówki są również bardzo popularne i podobnie jak np. w Stanach Zjednoczonych zaleca się masowo badania obrazowe oraz badania na antygen prostaty (PSA). W Indiach dużą popularnością cieszą się także różnego rodzaju szarlatani, z których wielu nie ukończyło nawet szkoły średniej. Lekarze pracujący w publicznych szpitalach nie przepisują antybiotyków czy kroplówek „na żądanie”, ale z kolei nie mają czasu na przeprowadzanie badań, żeby dowiedzieć się, czego dokładnie potrzebuje pacjent. Wybór między publiczną służbą zdrowia a lekarzem prywatnym nie jest zatem prosty. Tak naprawdę publiczna służba zdrowia powinna być godna zaufania, a sektor prywatny poddany właściwym regulacjom. W dużej liczbie krajów, niestety, żaden z tych warunków nie jest spełniony.

Przyczyną z tego funkcjonowania odpowiedniej opieki zdrowotnej jest brak właściwych kompetencji i możliwości działania władz. Nawet w krajach najbogatszych zabezpieczenie ochrony zdrowia i regulacje z tym związane należą do najtrudniejszych, najbardziej kontrowersyjnych i nacechowanych politycznie kwestii. Pieniądże są także problemem, bo Indie i wiele krajów afrykańskich nie będą w stanie stworzyć lepszego systemu opieki zdrowotnej nie wydając na niego znacznie większych sum, niż ma to miejsce obecnie. Zmianie ulec musi również postawa i nastawienie mieszkańców wielu obszarów. Bez efektywnego rządu, czyli dobrze skonstruowanych ram prawnych, działającego systemu statystycznego, skutecznej struktury administracyjnej, dobrze wykształconych i sprawnych urzędników oraz odpowiednio wykształconej populacji, stworzenie poprawnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe.

Bibliografia

- Deaton A., 2016, *Wielka ucieczka*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
Domosławski A., 2016, *Wykluczeni*, Wielka Litera, Warszawa.