

Dorota Cianciara^{1,2}, Mirosław J. Wysocki²

POZYCJA ZDROWIA W STOSUNKACH MIĘDZYNARODOWYCH. CZ. I. ZDROWIE JAKO STRUKTURA

POSITION OF HEALTH AT INTERNATIONAL RELATIONS. PART I. STRUCTURAL DIMENSIONS OF HEALTH

¹ Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

² Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

W niniejszym artykule zdrowie postrzegane jest jako złożone, wielowymiarowe pojęcie, a nie jako przeciwieństwo choroby. Jest to zgodne z perspektywą zdrowia publicznego, które jest działalnością publiczną oraz polityczną, zmierzającą do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz społecznych i polega na analizie zjawisk, negocjacjach, wyznaczaniu realnych kierunków zmian, a także ustaleniu co, dlaczego, jak, gdzie, kiedy i przez kogo powinno być zrobione. Szczególnym rodzajem polityki prowadzonej w zdrowiu publicznym jest polityka międzynarodowa, którą tworzy się w stosunkach między państwami, zwłaszcza na arenie ONZ i jego agend.

Celem artykułu jest: (1) analiza wybranych pojęć i terminów związanych ze strukturą zdrowia (układ i wzajemne zależności cech), które używane są w dokumentach rangi międzynarodowej, ze szczególnym uwzględnieniem ustaleń podjętych na forum ONZ; (2) próba oceny ewolucji postrzegania struktury zdrowia w stosunkach międzynarodowych.

Wymieniono najważniejsze agendy, programy i fundusze tzw. rodziny ONZ, które są związane ze zdrowiem, w tym ŚOZ, a także zasady głosowania na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia i Zgromadzeniu Ogólnym ONZ. Omówiono następujące strukturalne aspekty zdrowia: (a) dobrostan; (b) prawo do zdrowia; (c) zasób życiowy, potencjał; (d) sprawiedliwość. Analizą objęto m.in. następujące dokumenty: Konstytucja ŚOZ, Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Karta Ottawska nt. Promocji Zdrowia oraz liczne rezolucje Światowego Zgromadzenia Zdrowia ŚOZ i Zgromadzenia Ogólnego ONZ. Zwrócono uwagę na różnice dotyczące użytych słów oraz ich znaczenia w polsko- i angielskojęzycznych wersjach niektórych dokumentów.

ABSTRACT

In the article, the health is perceived as complex, multidimensional concept and not as absence of disease. This is consistent with public health perspective, where public health is regarded as public as well as political activity. It aims to solve health and social problems, depends on analysis of phenomena, needs the negotiations and relies on making decision on feasible directions of changes - what, why, how, where, when and by whom should be done. Public health policy developed as a result of international relations, and UN family fora especially, is regarded as significant for creating of health position.

The aim of this article was: (1) the analysis of selected concepts and definitions related to structural dimensions of health, used in UN international arrangements; (2) an attempt to explain the evolution of health structure notions at worldwide agenda.

The UN main bodies, programmes and funds working on the health field are mentioned and voting rules in UN General Assembly and World Health Assembly are reminded. The following structural dimensions were considered: (a) well-being, (b) human rights, (c) everyday resource, health potential, (4) equity. All were explored in WHO Constitution, Universal Declaration of Human Rights, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Ottawa Charter for Health Promotion and numerous WHA and UN GA resolutions, decisions as well as other documents. Some remarkable differences in English and Polish language versions and meanings were pointed out.

It was argued that present perception of structural dimension of health is strongly derived from the preamble of the WHO Constitution adopted and signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. It is an evidence of the strength of this document and wisdom of its authors. The greater progress is associated.

Zaznaczono, że współczesna percepcja strukturalnych wymiarów zdrowia jest odwzorowaniem zapisów preambuły Konstytucji ŚOZ podpisanej przez przedstawicieli 61. państw w 1946 r. lub ich pochodną. Dowodzi to siły tego dokumentu oraz mądrości jego twórców. Większy postęp dotyczył pojęć i terminów opisujących zdrowie w kategoriach organizacyjnych, jako procesów które prowadzą do osiągnięcia zdrowia. Wieloletnie prace zmierzające do umacniania wizerunku struktury zdrowia porównano do pozycjonowania, czyli procesu budowania różnicującego wizerunku marki (produktu, usługi, organizacji).

Słowa kluczowe: *Konstytucja ŚOZ, zdrowie, dobrostan, prawo do zdrowia, zasób życiowy, potencjał zdrowotny, sprawiedliwość*

WSTĘP

Zdrowie publiczne jest działalnością *stricte* polityczną, w takim znaczeniu, że polega na rozwiązywaniu problemów i zaspakajaniu potrzeb ludzi. Sprowadza się do: wyznaczania kierunków zmian niezbędnych do poprawy sytuacji zdrowotnej, określania i wyboru ogólnych oraz szczegółowych sposobów postępowania, a także kryteriów, jakie posłużą do pomiaru efektów oraz prowadzenia ewaluacji (tzw. cykl polityczny). Potencjalne trudności na tym polu dobrze opisuje definicja zdrowia publicznego sformułowana w 1958 r. przez lorda *Geoffrey'a Vickers'a* (1894-1982), angielskiego prawnika, menadżera i badacza systemów: „Stopniowe przededefiniowanie tego, co nie jest możliwe do zaakceptowania” (*Successive re-definings of the unacceptable*) (1).

Szczególną odmianą polityki opracowywanej w zdrowiu publicznym jest ta, którą tworzy się w stosunkach międzynarodowych, czyli w stosunkach społecznych zewnętrznych, ponad granicami państw i w relacjach podmiotów życia międzynarodowego. Wiele aspektów tych relacji (np. prawo międzynarodowe) ma znaczący wpływ na stosunki społeczne wewnętrzne – krajowe. Największe znaczenie mają tu relacje na forum ONZ; w Europie istotną rolę odgrywa Unia Europejska oraz, w pewnym stopniu, utworzona w 1949 r. Rada Europy (*Council of Europe*).

W zdrowiu publicznym zdrowie analizuje się z poziomu społeczności lub populacji. Nie jest przy tym postrzegane jako zwyczajne przeciwieństwo choroby, ale stanowi złożone i wielowymiarowe pojęcie. W licznych dokumentach rangi międzynarodowej zdrowie postrzegane jest dwojako – jako konstrukcja, obejmująca pewien stan i zbiór cech (struktura i funkcja) oraz jako proces, który prowadzi do osiągnięcia tego stanu („organizacja zdrowia”). Wśród wykładników zdrowia

with concepts and notion of organizational dimensions of health perceived as action and processes leading to health. Long-term efforts to strengthen the image of health was compared to positioning known in marketing as creating an identity in the minds of a target market.

Key words: *WHO Constitution, health, well-being, human rights based approach, everyday resource, health potential, equity*

jako konstrukcji wymienia się m.in. dobrostan; prawo człowieka; zasób życiowy, potencjał; sprawiedliwość. Podkreśla się także inne wymiary, m.in.: dobro publiczne (dobro niewyczerpywalne i niewykluczalne); pokój i bezpieczeństwo (zdrowie wszystkich ludzi gwarancją pokoju; przygotowanie do katastrof naturalnych, epidemii, pandemii i aktów terroryzmu); bogactwo (zdrowie sprzyja dobrobytowi jednostek i grup); wspólnotowość oraz ponadnarodowość (tzw. *global health* – liczne uwarunkowania zdrowia mają społeczny i międzynarodowy charakter, toteż wymagają współpracy wielu zainteresowanych stron; zły stan zdrowia grup i narodów ma skutki globalne). Wśród procesów, które odnoszą się do osiągania zdrowia wymienia się przede wszystkim: zdrowie dla wszystkich; promocję zdrowia, międzysektorowe i wielosektorowe działania na rzecz zdrowia, politykę prozdrowotną, zdrowie we wszystkich politykach; rozwój zdrowia; inwestowanie dla zdrowia; dyplomację dla zdrowia (zdrowotną) oraz *mainstreaming* zdrowia. Ponadto podnoszona jest kwestia globalizacji zdrowia.

Celem artykułu jest: (1) analiza wybranych pojęć i terminów związanych ze strukturą zdrowia, używanych w dokumentach rangi międzynarodowej, ze szczególnym uwzględnieniem ustaleń podjętych na forum ONZ; (2) próba oceny ewolucji postrzegania struktury zdrowia w stosunkach międzynarodowych.

ONZ – RODZINA ORGANIZACJI, PROGRAMÓW I FUNDUSZY

Po II wojnie światowej istotnym podmiotem w stosunkach międzynarodowych stała się Organizacja Narodów Zjednoczonych (*UN*) wraz z grupą powiązanych z nią struktur nazywanych potocznie „*UN family*”. Wśród tzw. organizacji wyspecjalizowanych,

które powołuje się na podstawie art. 57 Karty Narodów Zjednoczonych (2), ze zdrowiem najsilniej związane są: Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) oraz Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO), Organizacja Narodów Zjednoczonych do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO). Wśród programów i funduszy należy wymienić: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP), Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), Program Środowiska Narodów Zjednoczonych (UNEP), Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF), Program Narodów Zjednoczonych ds. Osiedli Ludzkich (UN-HABITAT) oraz Połączony Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS (UNAIDS). Należy też wymienić grupę agencji znanych pod wspólną nazwą Banku Światowego.

Liderem działań zmierzających do poprawy sytuacji zdrowotnej ludności świata jest ŚOZ. Jej najważniejszy organ decyzyjny – Światowe Zgromadzenie Zdrowia (ŚZZ; *World Health Assembly - WHA*) – składa się z przedstawicieli 193. krajów i jest uprawniony do podejmowania konwencji i umów oraz innych decyzji przy uzyskaniu poparcia dwóch trzecich głosów państw obecnych i biorących udział w głosowaniu (art. 60 Konstytucji ŚOZ) (3). Oznacza to, że ogłoszone rezolucje ŚZZ wyrażają uzgodnioną wolę około 130 delegacji poszczególnych państw, jeśli obecne są delegacje wszystkich krajów członkowskich. Ważny wkład w kreowanie polityki społecznej, ale też zdrowotnej, ma organizacja-matka, czyli ONZ. Zgromadzenie Ogólne ONZ (ZO ONZ), jeden z 6 organów głównych, składa się z przedstawicieli 192. krajów członkowskich i podejmuje decyzje zwykłą większością głosów. W sprawach ważnych (np. kwestiach pokoju i bezpieczeństwa) wymagana jest większość dwóch trzecich (art. 18 Karty NZ).

WYMIARY ZDROWIA

D o b r o s t a n. Przedstawienie zdrowia jako stanu całkowitego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby lub słabości/wady/ułomności/kalectwa pochodzi z preambuły Konstytucji ŚOZ – porozumienia zawartego przez rządy na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i podpisanego 22 lipca 1946 r. w Nowym Jorku przez reprezentantów 61. krajów (3). Z polskiej strony – z dopiskiem *ad referendum* – dokument podpisał Edward Grzegorzewski (1906-1982), urodzony w Tobolsku syn lekarza okulisty, potomka zesłańca.

Edward Grzegorzewski przyjechał do Polski w 1922 r. (4). Medycynę studiował na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie i na Uniwersytecie

Warszawskim, a dyplom doktora medycyny uzyskał w 1931 r. We Lwowie był jednym z założycieli korporacji akademickiej Zagończyk. W latach 1932-1939 pracował w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie oraz Państwowej Szkole Higieny przy PZH na stanowisku kierownika Działu Higieny Społecznej. Od sierpnia 1932 r. do stycznia 1934 r. studiował w USA jako stypendysta Fundacji Rockefellera. W 1945 r. habilitował się na Uniwersytecie Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie. W latach 1945-1947 tworzył Akademię Medyczną w Gdańsku i był jej pierwszym rektorem. Następnie rozpoczął pracę w centrali ŚOZ w Genewie, gdzie kierował pracą działu nadzoru, organizacji oraz szkolenia i zabiegał o włączenie problematyki medycyny zapobiegawczej do programów kształcenia lekarzy. Po zakończeniu kontraktu nie wrócił do kraju i pracował za granicą, m.in. w Portoryko. W 1968 r. odszedł na emeryturę ze stanowiska profesora higieny na Uniwersytecie Johns Hopkinsa w Baltimore. W autobiografii Ludwika Hirszfelda pt. „Historia jednego życia” został scharakteryzowany jako „umysł subtelny i wnikliwy”.

Polska ratyfikowała Konstytucję ŚOZ w styczniu 1948 r. (5). Zwraca uwagę, że w pierwszym polskim oficjalnym tłumaczeniu definicja ta przyjmuje następujące brzmienie: „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. Cały tekst Konstytucji ŚOZ został w Polsce podany do powszechnej wiadomości w dniu 20 kwietnia 1948 r. i podpisany przez Bolesława Bieruta (Prezydenta RP), Józefa Cyrankiewicza (Prezesa Rady Ministrów) oraz Zygmunta Modzelewskiego (Ministra Spraw Zagranicznych). Dokument ma status obowiązującego aktu prawnego (6).

Należy odnotować, że we współczesnych polskich wersjach tej definicji można spotkać określenie „dobrostan” jako tłumaczenie angielskiego „*well-being*”. Ponadto, w formule tej często używany jest termin „niepełnosprawność”, jakkolwiek nie powinien on stanowić odpowiednika słabości (*infirmité*). Terminem „niepełnosprawność” opisuje się zarówno określony stan fizyczny, jak jego skutki – psychiczne oraz społeczne. Użycie tego określenia tworzy wewnętrzną sprzeczność, w której dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny przewyższa stan, w którym ludzie są sprawni fizycznie oraz mentalnie i mogą zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego oraz społecznego. Istota definicji polega zaś na wskazaniu różnicy między zdrowiem fizycznym (obiektywnie istniejącą, zdiagnozowaną chorobą „*disease*” oraz obiektywnym niedołęstwem, słabością fizyczną „*infirmité*”) a zdrowiem holistycznym, trójskładnikowym.

W następnych latach ŚOZ konsekwentnie przypominała definicję pierwotną, chociaż dokonywano też prób jej odświeżenia. Przykładem może być stanowisko Komitetu Wykonawczego ŚOZ ze stycznia 1998 r. (7),

aby na 52. ŚZZ poddać pod dyskusję zmianę: „Zdrowie jest dynamicznym stanem całkowitego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego, a nie tylko (...)”. Ponadto w 1999 r. zaproponowano, aby definicję z 1946 r. traktować jako cel działań, zaś do celów roboczych i praktycznych zastosować inną: „Zmniejszenie umieralności, chorobowości i niepełnosprawności (*disability*) wynikającej z dających się wykryć chorób i zaburzeń oraz zwiększenie postrzeganego poziomu zdrowia” (8).

Warto odnotować, że definicja pierwotna była wielokrotnie krytykowana. Jednym z ostatnich przykładów jest opinia redakcji czasopisma *The Lancet* opublikowana w marcu 2009 r. (9). Zdaniem redaktorów definicja nie wytrzymała próby czasu i całkowicie pomija związku człowieka ze światem nieożywionym (np. zmiana klimatu) oraz ożywionym (wpływ bioróżnorodności na kondycję zdrowotną). Redakcja proponuje powrót do koncepcji francuskiego lekarza *Georges'a Canguilhem'a*, opisanego w 1943 r. w książce „*The Normal and the Pathological*”, zgodnie z którą zdrowie nie jest stanem identycznym dla każdego i oznacza – najogólniej rzecz ujmując – zdolność do adaptacji, którą powinien wspomagać lekarz. Dla porównania – *Marcin Kacprzak* w 1960 r. stwierdził, że: „Zdrowiem nazywamy nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania się biologicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach” (10). Stanowisko takie, choć innymi słowami, wyrażono również w Karcie Ottawskiej nt. promocji zdrowia, którą proklamowano pod egidą ŚOZ w 1986 r. (11).

Prawo człowieka. Prawo do zdrowia zostało zawarte w drugim akapicie preambuły Konstytucji ŚOZ i w wersji polskiej brzmi: „Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej, bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych lub społecznych”. W wersji angielskojęzycznej nie ma przecinka między słowami „najwyższego” i „osiągalnego”. Pierwotne stanowisko potwierdzano w licznych dokumentach ŚOZ, a zwłaszcza w: rezolucji ŚZZ z 1970 r. (*WHA 23.41*), gdzie stwierdzono również, że „zdrowotne aspekty praw człowieka należą do kompetencji ŚOZ” (12), Deklaracji z Alma Ata z 1978 r. (13) oraz rezolucji ŚZZ z 1998 r. (*WHA 51.7*) nt. Światowej Deklaracji Zdrowia (w tym kontynuacji w XXI w. polityki „Zdrowie dla wszystkich”) (14).

Prawo do zdrowia zostało uwzględnione w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (15), uchwalonej na ZO ONZ w Paryżu w dniu 10 grudnia 1947 r. Artykuł 25.1. Deklaracji stanowi: „Każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne

świadczenia socjalne, oraz prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny”. W chwili powstania Deklaracja była jedynie standardem i nie tworzyła prawa międzynarodowego. Przetrwiała jako prawo zwyczajowe do 1966 r., kiedy po latach prac zastąpiono ją paktami: Międzynarodowym Paktem Praw Obywatelskich i Politycznych (MPPOiP) oraz Międzynarodowym Paktem Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (MPPGSiK). Drugi z nich, otwarty do podpisu w grudniu 1966 r., został w Polsce przyjęty, ratyfikowany i potwierdzony w dniu 3 marca 1977 r. przez *Henryka Jabłońskiego* (Przewodniczącego Rady Państwa) i *Emila Wojtaszka* (Ministra Spraw Zagranicznych) (16).

MPPGSiK w części III, artykule 12 stwierdza: „1. Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. 2. Kroki, jakie Państwa Strony niniejszego Paktu powinny podjąć dla osiągnięcia pełnego wykonania tego prawa, będą obejmowały środki konieczne do: a) zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz do zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka; b) poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach; c) zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania; d) stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby”. Prawo do ochrony zdrowia zapewnia także Konstytucja RP (art.68.1).

W oryginalnej wersji tego Paktu (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights - ICESCR*) powiedziano inaczej: „Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do posiadania najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia fizycznego i mentalnego (...)” (17). Obserwowane różnice mają znaczenie semantyczne i mogą mieć wpływ na interpretację aktów prawnych oraz działania praktyczne.

Artykuł 12 Paktu *ICESCR* został szeroko skomentowany przez Komitet ds. Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturowych przy ONZ w 2000 r. (18). W wykładni podkreśla się m.in., że prawo do zdrowia oznacza posiadanie dostępu do różnych świadczeń, dóbr i usług, które umożliwiają najwyższy osiągalny poziom zdrowia (punkt 9). Ponadto Komitet uznał, że prawo do zdrowia wykracza poza posiadanie dostępu do odpowiedniej i podjętej na czas opieki medycznej i obejmuje także dostęp do kontrolowanych uwarunkowań zdrowia, do których zaliczono m.in. informację o zdrowiu i edukację zdrowotną (punkt 11).

Pierwszy z wymienionych paktów (MPPOiP) oraz Europejska Konwencja Praw Człowieka (otwarta do

podpisu w 1950 r. weszła w życie w 1953, w Polsce obowiązuje od 1993 r.) zawierają szeroki katalog praw człowieka, spośród których najsilniej związane ze zdrowiem są: gwarancja prawa do życia; zakaz stosowania tortur, niewolnictwa i pracy przymusowej; prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego; prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego; prawo do zawarcia małżeństwa.

Podejście przez pryzmat praw człowieka, tzw. *Human Rights Based Approach*, jest wyraźnie widoczne w 11. Ogólnym Programie Działania ŚOZ na lata 2006-2015 (rezolucja *WHA* 59.4) (19). Ma to związek z działalnością całej ONZ, która w 1997 r. przyjęła program reform na lata 1997-2006, a następnie w 2005 r. ZO przyjęło dokument, w myśl którego prawa człowieka będą podstawową wartością wszystkich działań Organizacji, tematem przekrojowym oraz zostaną uwzględnione w głównych nurtach pracy (rezolucja 60/1) (20).

Zasób, potencjał. Koncepcja zasobu została wyrażona w 1986 r. w Karcie Ottawskiej nt. promocji zdrowia (10), gdzie powtórzono formułę z Konstytucji i dodano, że „Zdrowie jest zasobem życiowym, a nie celem życia. Jest pojęciem o pozytywnych cechach, które obejmuje kwestie społeczne, psychiczne oraz możliwości fizyczne”. W późniejszych komentarzach podkreślano, że zdrowie nie jest stanem idealnym i abstrakcyjnym, ale polega na posiadaniu mocy i zdolności do prowadzenia takiego życia, które jest twórcze w wymiarze indywidualnym, społecznym oraz ekonomicznym. Podkreślono przy tym zależność zdrowia od warunków społecznych, ekonomicznych, środowiska fizycznego oraz stylu życia (21). Pożądany, najwyższy osiągalny poziom zdrowia został jednoznacznie opisany w kategoriach realnych – jako stopień wystarczający do sprawnego funkcjonowania w praktyce. „Zadowolający” poziom zdrowia pozostał cechą indywidualną, ale zależną od warunków życia, struktury społecznej i szerszych uwarunkowań kulturowych, a także politycznych.

Potencjał zdrowia (*health potential*) jest terminem, który oznacza: „Najwyższy poziom zdrowia, jaki może osiągnąć jednostka. Jest efektem troski o siebie i innych, zdolności do podejmowania decyzji i sprawowania kontroli nad własnym życiem oraz stworzenia przez społeczeństwo takich warunków, które pozwalają każdemu osiągnąć zdrowie”. Potencjał zdrowia należy uznać za stan docelowy w procesie pomnażania zdrowia jednostki. Pojęcie to neguje stałość zdrowia, uwypukla jego dynamikę i związki z otoczeniem człowieka. Termin, obecny wcześniej w różnych opracowaniach, zwłaszcza teoretycznych, został opisany przez ŚOZ w 1999 r. (8).

Sprawiedliwość, równość. Sprawiedliwość w zdrowiu (*equity*) oznacza, że: „W warunkach idealnych, każdy powinien mieć uczciwą szansę na osiągnięcie swojego pełnego potencjału zdrowia, pragmatycznie zaś – jeśli można tego uniknąć, nikt nie

powinien być pokrzywdzony pod względem uzyskania potencjału. Termin „nierówność” odnosi się do różnic w zdrowiu, które są niepotrzebne i możliwe do uniknięcia, ale również nieuczciwe i niesprawiedliwe”. Definicja taka, zaczerpnięta z pracy *Margaret Whitehead*, jest stosowana przez ŚOZ od początku lat 90-ych (22,8).

Stanowisko to nawiązuje do art. 1. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka: „Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw. Są oni obdarzeni rozumem i sumieniem i powinni postępować wobec innych w duchu braterstwa”. Łączy się także ze strategią ŚOZ „Zdrowie dla wszystkich” (ZDW).

PODSUMOWANIE

Powyższy przegląd piśmiennictwa i dokumentów międzynarodowych, z konieczności skrócony, może stwarzać wrażenie, że ewolucja poglądów na zdrowie wyszła od funkcji dobrostanu, aby dojść do sprawiedliwości społecznej, jako jednej z domen zdrowia. Nie jest to uzasadnione, ponieważ już w preambule Konstytucji ŚOZ zawarto opinie o równości, m.in.: „Osiągnięcia każdego państwa w popieraniu i ochronie zdrowia przedstawiają wartość dla wszystkich”. Bardziej słuszne byłoby stwierdzenie, że definicje prezentowanych pojęć nie są rozłączne, tworzą jedno wieloaspektowe stanowisko i pomimo pewnych modyfikacji (np. zdrowie jako podstawa dobrobytu), postrzeganie zdrowia jako stanu nie uległo zasadniczej zmianie przez 60 lat. Zmiany w percepcji dotyczyły głównie „organizacji zdrowia” (patrz cz. II artykułu), a nie struktury czy funkcji. Bardzo istotną zmianą było natomiast podniesienie pozycji zdrowia jako stanu w hierarchii wartości i ważności działania społecznego. Stało się tak na skutek wieloletniego przypominania, czym jest zdrowie, nadawania znaczenia jego funkcjom oraz podnoszenia rangi na arenie międzynarodowej. Było to przede wszystkim zasługą ŚOZ.

Porównując usiłowania te z działalnością marketingową, można je nazwać pozycjonowaniem zdrowia. W komunikacji, reklamie i marketingu polega to na kreowaniu nowego wizerunku produktu (marki, usługi, organizacji, itp.) w taki sposób, aby konsumenci postrzegali go lepiej niż pozostałe i uznali za wiodący wśród konkurencyjnych ofert. Celem tych działań jest zwiększenie popytu na dany produkt. Wykorzystuje się przy tym takie cechy produktu, jak np.: pragnienie posiadania, unikatowość, osiągalność czy korzyść z posiadania (23). Ważna jest przy tym konsekwencja i ciągłość działań. Jak długo trzeba zatem pozycjonować produkt? Zdawkowa odpowiedź brzmi: tak długo, póki to działa. Bardziej szczegółowa: przez całe rynkowe życie marki czy produktu. W praktyce, proces pozy-

cjonowania produktu jest długotrwały, kontrolowany przez „marketingowca” i poddawany rewizji. Pierwsze prace na ten temat ukazały się w latach 1969-1972. Jednym z najbardziej znanych przykładów jest kampania z 1963 r. firmy *AVIS* (wypożyczalnia samochodów), która użyła hasła: „Avis jest tylko nr. 2. My staramy się bardziej” (*Avis is only No. 2. We try harder*). Spowodowała ona wzrost udziałów firmy w rynku z 11% w 1962 do 35% w 1966 r. (24).

Pozycjonowanie zdrowia nie było tak spektakularne jak wspomniana kampania *AVIS*. Niemniej proces ten toczył się i opisano go w szkicu przygotowanym przez *PAHO/WHO* w 2005 r., w którym wyróżniono jednak inne niż w tym artykule wymiary zdrowia (25). Można zapytać, czy pozycjonowanie zdrowia było zamierzone i zaplanowane, czy też przypadkowe i uboczne wobec innych procesów w polityce międzynarodowej. Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa, ale wydaje się, że od lat 70. XX w. był to już proces świadomy, prowadzący do uzyskania zamierzonego celu, chociaż zdecydowanie trudny do precyzyjnego planowania, zwłaszcza z powodu problemów w tle gospodarczym i społecznym. Trudno też wyrokować, czy był to proces intuicyjny, zdroworozsądkowy czy też oparty na publikacjach na ten temat. Tak czy inaczej – zdrowie było pozycjonowane, próby budowania różnicującego wizerunku zdrowia zakończyły się sukcesem i wizerunek ten jest wyrazisty. Niemniej, nie można na tym poprzestać – pozycjonowanie trzeba kontynuować.

Patrząc na częstość występowania słowa „*health*” w książkach angielskojęzycznych, które ukazały się w latach 1946-2008 można odnotować, że lata 1970-2000 charakteryzowały się wzrostem popularności tego terminu, a po 2000 r. spadła częstość jego występowania w zbiorach *Google Books* (ryc. 1). W zbiorze tym

znajdują się cyfrowe wersje książek (wszystkie rodzaje książek, tj. naukowe, tematyczne i literatura), które powstały od XV w. do czasów współczesnych. Pozycje te są zgrupowane w podzbiory wg języka publikacji. Jednym z nich jest analizowany tzw. *English corpus*, który obejmuje wszystkie książki angielskojęzyczne, bez względu na kraj pochodzenia. Zbiór *Google Books* obejmuje książki, które poddano obróbce cyfrowej i wprowadzono do bazy do czerwca 2009 r. i liczy obecnie około 15 milionów pozycji, co stanowi ok. 10% piśmiennictwa światowego (patrz: www.ngram.googlelabs.com). Przyjmując, że pula ta stanowi próbę reprezentacyjną piśmiennictwa, można przyjąć, że jedna-dwie książki na każde 10 000 pozycji zwartych napisanych po angielsku wykazują związek ze zdrowiem. Porównanie częstości użycia terminów „*health*” oraz „*economy*” w zbiorze wskazuje zaś, że w latach 1946-2008 „zdrowie” stało się częściej niż „gospodarka”, przy czym po roku 2005 niemal dwa razy częściej. W latach 1965-1970 oraz 1985-1990 częstości te były bardziej zbliżone.

Obecność terminu „zdrowie” w piśmiennictwie światowym wskazuje na trzy etapy dyskursu. W pierwszym, do końca lat 70., obserwuje się względną stabilność, a następnie wzrost i spadek popularności. Sugeruje to potrzebę dalszego pozycjonowania zdrowia. Biorąc pod uwagę, że poglądy o strukturze zdrowia są raczej niezmiennie, wymagałoby to zmiany strategii pozycjonowania - eksponowania albo kreowania innych atrybutów zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Vickers G. What sets the goals of public health. *The Lancet* 1958; 271 (7021): 599 – 604.



Ryc. 1. Występowanie słowa „*health*” w latach 1946 - 2008 w zbiorze książek „*English*” udostępnionych w wersji *Google Books* (wg <http://ngrams.googlelabs.com>, dane surowe)

Fig. 1. Phrase „*health*” between 1946 - 2008 in corpus of books „*English*” in *Google Books* (<http://ngrams.googlelabs.com>, raw data)

2. Karta Narodów Zjednoczonych, Statut Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości i Porozumienie ustanawiające Komisję Przygotowawczą Narodów Zjednoczonych. Dz.U. 1947 nr 23 poz. 90.
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 22 czerwca 1946. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
4. Machaliński Z. Edward Grzegorzewski, wychowanek Szkoły Warszawskiej, pierwszy rektor Akademii Lekarskiej w Gdańsku (Przyczynek do genezy Akademii Lekarskiej w Gdańsku). *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki* 1998; XLIII (2): 93-101.
5. Ustawa z dnia 29 stycznia 1948 r. o ratyfikacji konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, jak również porozumienia zawartego przez rządy reprezentowane na międzynarodowej konferencji zdrowia oraz protokołu dotyczącego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisanych w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz. U. 1948, nr 10, poz. 72.
6. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz. U. 1948, nr 61, poz. 477.
7. Review of the Constitution of the World Health Organization: report of the Executive Board special group. 22 January 1998. EB101.R2. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/angr2.pdf
8. World Health Organization. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999: 209-217. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
9. The Lancet. What is health? The ability to adapt. *The Lancet* 2009; 9666(373):81.
10. Korczak C, Leowski J. Problemy higieny i ochrony zdrowia. Warszawa: WSiP; 1977: 3.
11. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HRP/HEP/95.1 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
12. Herstermeyer HP. Access to Medication as a Human Right. W: von Bogdandy A, Wolfrum R. (red.) *Max Planck Yearbook of United Nations Law*. Max-Planck-Institut für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht; 2004, vol. 8: 147. http://www.mpil.de/shared/data/pdf/pdfmpunyb/hestermeyer_8.pdf
13. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
14. World Health Organization. Health-for-all policy for the twenty-first century. Fifty-first World Health Assembly. WHA51.7 http://www.emro.who.int/mei/pdf/topic/phc/healthforall_resolution.pdf
15. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf
16. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. Dz. U. 1977, nr 38, poz. 169.
17. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 (entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27). <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>
18. United Nations. Economic and Social Council. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 (2000. The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Geneva, 25 April-12 May 2000. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/34/PDF/G0043934.pdf?OpenElement>
19. World Health Organization. Eleventh General Programme of Work 2006-2015. A Global Health Agenda. WHO, May 2006. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_eng.pdf
20. United Nations General Assembly. 2005 World Summit Outcome. A/Res/60/1. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/487/60/PDF/N0548760.pdf?OpenElement>
21. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998: i. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
22. World Health Organization. Health for all targets. The health policy for Europe. Updated edition September 1991. Copenhagen: World Health Organization; 1993: 222. <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED366595.pdf>
23. Hanna N, Wozniak R. Consumer behaviour: an applied approach. New Jersey: Prentice Hall; 2001: 88-93.
24. AVIS. A History of One of the World's Most Recognized Taglines: "We Try Harder" http://www.avis.com.cy/We_try_harder.html
25. Pan American Health Organization, World Health Organization. Positioning Health: Background information - Summary of the Historical Procedure - Draft version 6 January 2005. Regional Consultation of the Americas on the 11th General Programme of Work of the World Health Organization, 10 February 2005. <http://www.paho.org/english/GOV/11gpw-inf1-e.pdf>

Otrzymano: 24.01.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 2.03.2011 r.

Adres do korespondencji:

Dr hab.n.med. Dorota Cianciara

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia

Szkoła Zdrowia Publicznego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa

tel.(022) 56 01 150,

e-mail:dorotac@cmkp.edu.pl