

亚洲及太平洋经济社会委员会

卫生与发展小组委员会

第一届会议
2004年12月1-3日
曼谷

亚太经社会区域关于促进卫生与发展的选定问题

(临时议程项目 5(a))

卫生与发展：卫生的发展决定因素

秘书处的说明

内容提要

健康是一项基本人权。卫生对经济和社会发展至关重要。做好卫生工作的前提包括社会正义和稳定、性别平等、食品、收入与教育。其中最关键的是身心健康方面的系统性的、生态条件。饥饿与营养不良使亚洲及太平洋区域许多国家遭殃，导致健康不良并阻碍了经济进步。虽然贫困是对卫生的最严重的威胁，但迅速的城市化、人口老龄化和环境退化也带来了新的挑战。

本区域的卫生工作正经历大的转变，大多数国家承受着防治传染病与非传染病的双重负担。在艾滋病毒/艾滋病、肺结核和疟疾等传染病呈上升趋势的同时，心血管疾病、糖尿病和癌症等非传染病的发病率也达到了惊人的地步。在工业化和运输基础设施扩展的过程中对安全措施未予以充分重视造成工伤事故不断增加。

资源紧缺的卫生系统无法满足穷人的需求，使问题更为复杂。全球贸易体制对发展中国家和最不发达国家获取基本药品是一个挑战。资助卫生事业使人人享受医疗卫生服务是增强卫生系统以及在卫生方面减少贫富差距的一个关键问题。

本文件指出了本区域在卫生方面的一些关键趋势并探讨了其根本原因。它为从战略高度确定亚洲及太平洋区域促进卫生与可持续发展的框架提供了论据。本文件补充了秘书处其它三份文件，它们的主题分别为对卫生的投资、公共卫生能力建设、以及促进卫生与可持续发展的战略行动框架草案。

目 录

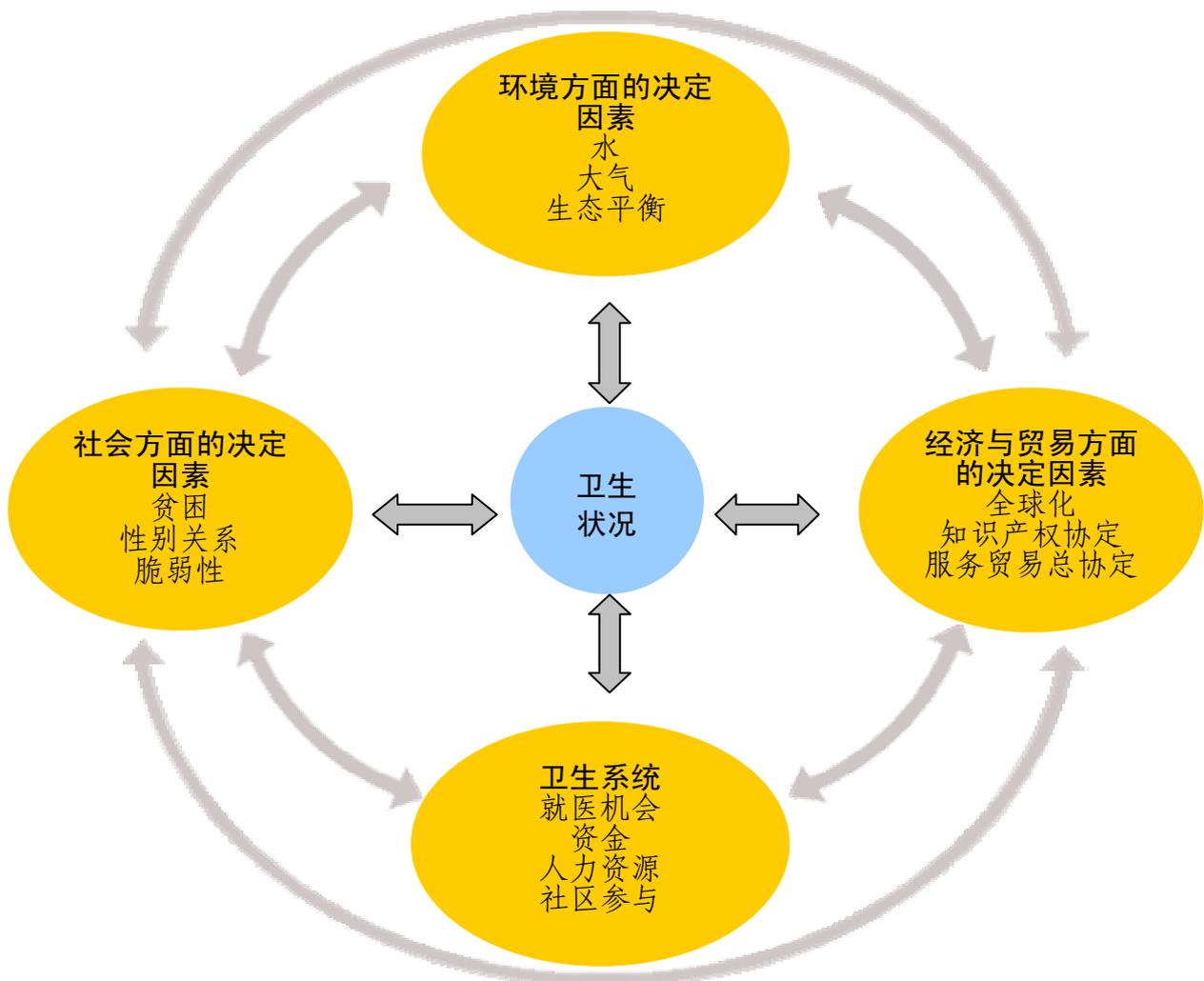
	页 次
导言	1
一、亚太经社会区域的健康趋势	2
A. 饥饿	2
B. 性卫生和生殖健康	3
C. 传染病	3
D. 非传染病及其风险因素，以及创伤	5
二、卫生的决定因素	8
A. 社会决定因素	9
B. 经济和贸易决定因素	12
C. 环境决定因素	14
三、卫生系统	16
A. 可利用的机会	17
B. 筹资	17
C. 人力资源	18
D. 社区参与	18
四、结论	18
参考资料	18
附图	
1. 卫生的决定因素	1
2. 1990 和 2020 年亚太的疾病情况	5
3. 各种不同的决定因素对腹泻的影响	8

导言

1. 健康是一项基本人权。卫生对社会和经济发展至关重要。“尽量达到卫生的最高水平……除卫生部门之外还需要社会和经济领域中其它许多部门采取行动”（卫生组织）。

2. 社会正义与稳定，性别平等，公平地获取食品、收入和教育是卫生的先决条件。为身心健康创造社会、系统性和生态的条件对搞好卫生工作也很关键(见图 1)。人口趋势(如城市化)、老年人比例和人数的增加、疾病流行趋势(如慢性病发病率高)给亚太经社会区域带来新问题。其它与吸食毒品相关的社会和行为变化以及民间和家庭暴力，威胁着数以百万计人民的健康和福祉。

图 1. 卫生的决定因素



3. 贫困是对健康的最大的威胁。健康差不仅是由于贫困，它本身也是致贫的原因。世界上几乎有三分之二的穷人生活在亚太，而其中大多数是妇女。那些生活在赤贫中的人往往缺乏机会来获得安全饮水、有营养的食品、教育、卫生信息、专业卫生保健、足够的环卫服务、象样的住房、运输、以及安全和牢靠的就业。

4. 全球化和贸易自由化给穷人既带来好处又带来风险。市场进一步一体化为增长提供了机遇，虽然贸易和非贸易的壁垒限制了发展中国家生产商进入发达国家市场的机会。伴随全球化而来的金融危机对穷人和弱势群体打击最大。在全区域，这些变革正在影响人们获得食品、水、土地、卫生和其它基本服务，就业和干净的环境，以及他们的价值观念、生活方式和生活条件。

5. 千年发展目标(MDGs)集中体现了卫生在全球发展议程中的重要性。在八个千年发展目标中，有三个与卫生明确相关：降低儿童死亡率；增进产妇健康；以及防治艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其它疾病。实现这三个千年发展目标与实现关于扶贫、性别平等、环境的可持续性和建立伙伴关系等其它千年发展目标的进展密切相关。这种进展将创造极为重要的条件，从而能通过改善粮食安全和性别平等，以及通过扩大获得教育、基本药品和洁净饮水的机会来进一步搞好卫生工作。千年发展目标强调卫生在发展中占中心地位，而不只是发展的一种成果。

6. 本文件指出了本区域卫生工作中的一些重要趋势并探讨了它们的发展决定因素。它还为从战略高度确定亚太经社会区域促进卫生与可持续发展的框架提供了论据。关于卫生许多方面的本区域专门数据很缺乏，这是个有待解决的严重问题。

一、亚太经社会区域的健康趋势

7. 亚太经社会区域在卫生方面正经历重大转变。健康状况已大有改善。在发展中国家，出生时预期寿命已延长了22岁，即从46岁(1960年)提高到68岁(2004年)。5岁以下婴儿死亡率降低了70%，即从千分之225(1960年)降至千分之68(2004年)。尽管有如此长足的进步，但本区域在卫生方面仍面临严峻挑战。疾病、失调和死亡的主要原因正在发生变化。

A. 饥饿

8. 饥饿和营养不良困扰着亚洲及太平洋区域许多国家，导致人们健康差，妨碍

了经济进步。

9. 现在似乎普遍存在着一种误解，认为“饥饿”不再是令人关切的问题，因为本区域许多国家成功地减少了收入方面的贫困。而世界上每 10 个挨饿的人中有 6 个生活在亚太经社会区域(联合国，2004 年)。在减少饥饿方面只是稍有进展(亚太经社会/开发署，2003 年)。而世界上营养不良儿童比率最高的 20 个国家有 11 个正是在亚洲及太平洋区域(儿童基金 - 东亚及太平洋办事处，2003 年)。

10. 饥饿以往与农村贫困有关。然而，随着迅速的都市化，城市粮食不安全和营养不良已成为令人关切的新问题。例如，俄罗斯联邦，粮食不安全的发生率在城市要高于农村。

11. 营养缺乏的现象在儿童和妇女中最严重。孕妇贫血造成每 5 个新生儿有 1 个死亡。营养不良、尤其是儿童中普遍存在营养不良而带来的经济代价可能很大。据估计，中国和巴基斯坦等国营养不良降低了 3% 的国内生产总值(亚太经社会/开发署，2003 年)。

12. 矛盾的是，在那些粮食供应没有绝对短缺的纯“余粮”国中也存在饥饿现象(亚太经社会/开发署，2003 年)。这突出反映了这一事实，即饥饿这个问题是因为粮食分配不公而不是简单的粮食缺乏(Sen, 1997 年)。因而，减少饥饿就需要就粮食供应以外的一系列匮乏现象采取行动。这包括经济增长率的总体提高；扩大就业机会和有象样的劳动报酬；生产的多样化；增强医疗和卫生保健；安排弱势群体享受获取食品的优待；扩大基础教育和扫盲；加强民主和新闻媒体；以及减少性别不平等(Sen, 1997 年)。

B. 性卫生和生殖健康

13. 性卫生和生殖健康不良占了全球育龄妇女疾病的近三分之一，患者占全球总人口五分之一。在南亚，只有 37% 的产妇由训练有素的人员接生；而东亚和太平洋区的情况要好的多，该比例为 73%。本区域许多国家产妇死亡率每 10 万超过 400 人。未享受计划生育服务的为 24%，使夫妇没有机会控制两胎的间隔或限制家庭规模。由非法堕胎导致的死亡率和并发症比例很高。针对寿命的延长和艾滋病毒/艾滋病的蔓延，已扩大了生殖健康服务的范围，使之覆盖所有年龄组，其中包括男人和青少年。

C. 传染病

14. 虽然许多传染病的发病率呈下降趋势，但仍是本区域致病和致死的一大原因。

在所有儿童死亡中,有 60%以上是因为传染病。此外,新出现的传染病也造成新的威胁。本区域传染病发病情况千差万别。在有些国家(孟加拉国、印度和缅甸)死婴中有 40%以上是因为传染病;而在其它国家(澳大利亚、文莱达鲁萨兰国、日本、新西兰和新加坡),这一比例只有 11%。

(a) 艾滋病毒/艾滋病

15. 2003 年,亚太区域约有 140 万人新感染上艾滋病毒/艾滋病;另约有 65 万人死于艾滋病,使本区域艾滋病毒/艾滋病患者的总数超过 800 万(亚太经社会 2003a;联合国艾滋病署,2003 年)。艾滋病爆发的中心正迅速转向本区域,使艾滋病毒/艾滋病成为公共卫生面临的一大紧迫威胁。艾滋病毒/艾滋病患者人数最高的是印度,据估计有 490 万患者,仅次于南非。在中国,艾滋病正从高危群体(尤其是注射吸毒者)通过血液及血液产品污染向普通人口传播。尽管中国和印度做了努力,但有人仍担心如果拖沓延宕,不加大防治力度,本区域艾滋病感染率到 2010 年可能翻一番。与艾滋病毒相关的羞辱、歧视以及没有多少机会进行验血、咨询和抗病毒(ARV)治疗,均是严重问题——特别是鉴于本区域人口基数大。

(b) 肺结核、疟疾、非典和禽流感

16. 在肺结核(TB)死亡率在过去 40 年一路下降以后,现又开始攀升;80%的死者正处在年富力强的年龄(15-44 岁)。肺结核在南亚的发病率是 10 万分之 343。东亚和太平洋区的这一比率是 10 万分之 313。这两个比率都高于肺结核在全球的发病率(10 万分之 257)。因肺结核而死的女性人数要多于因各种原因导致产妇死亡人数的总和。全世界 22 个肺结核发病最严重的国家中,有 12 个在亚洲及太平洋区域(卫生组织,2004 年 a)。

17. 虽然疟疾致死的比例已大大降低,但在本区域有些国家,发病率仍然很高。本区域已确诊的病例有 56%在印度。在(太平洋区域和大湄公河次区域)另外 8 个国家,每年因疟疾致死的比例已超过 10 万分之 10。

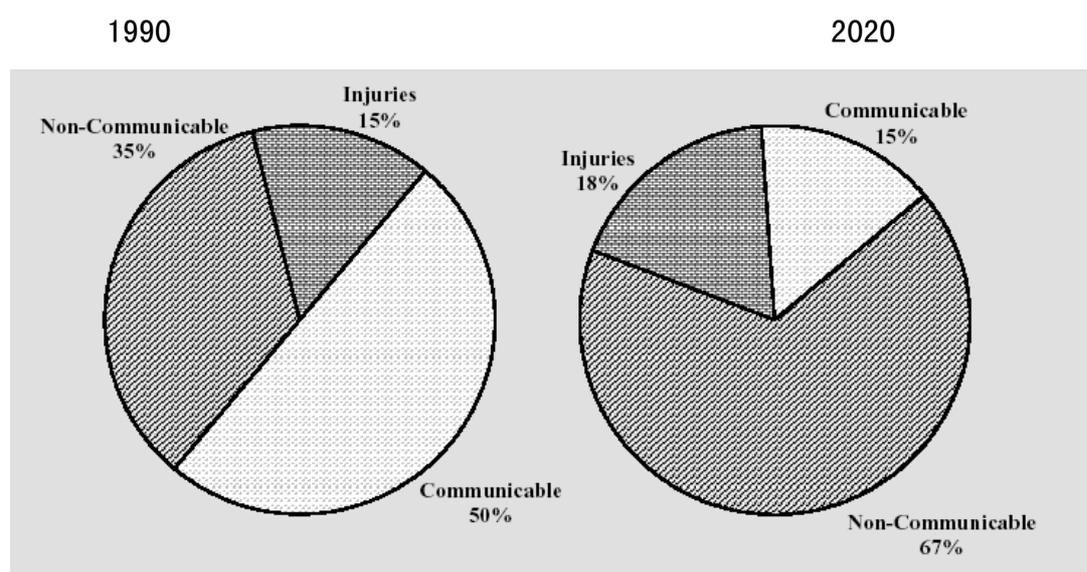
18. 自 20 世纪 70 年代中期以来,又发现了 30 多种新的传染病。急性呼吸道严重感染症(非典)和禽流感是最新的两种。与其它病相比,这两种病致死的人不算多(非典:全世界 30 个国家 - 主要在亚洲 - 发现了 8422 个病例,死亡 916 人;禽流感致死人数:泰国 8 人;越南 15 人)。由于没有疫苗和根治疗法,再加上疾病迅速蔓延,引起普遍恐

慌。由此对经济造成重大负面影响。

D. 非传染病及其风险因素，以及创伤

19. 非传染病(NCDs)被普遍认为是工业化国家的问题，但现在这种病甚至在饥饿普遍的国家也在增加。在南亚，截至 2000 年，非传染病在所有疾病中所占比例为 44%。到 2002 年，非传染病在亚洲及太平洋区域的所有死因中占了 62%。该比例剧增，归咎于生活方式的变化；烟民增加；饮食习惯改变，即更多吃精食以及脂肪、糖和盐的含量较高的肉类和乳制品；以及体力活动减少。现在，本区域的发展中国家面临传染病和非传染病的双重负担。随着本区域向传染病开战，非传染病已成为对健康的一大威胁(见图 2)，是主要的病因和死因。

图 2. 1990 和 2020 年亚太的疾病情况



资料来源：Murray 和 Lopez，全球疾病情况(日内瓦，卫生组织，1996 年)。

(a) 吸烟和烟草的使用

20. 吸烟是可预防的致病和早死的祸首。因吸烟致死的 5 个人中有 1 个在由卫生组织划定的包括中国在内的西太区(WPR)。全球因吸烟生病的人中有 16%在西太区；而 20%则在卫生组织划定的东南亚区(SEAR)。吸烟影响身体的每个器官并导致许多癌症。它既伤害吸烟者，也伤害非吸烟者。成人的吸烟行为影响儿童过早吸烟的可能性。全世界每天有 8 万 - 10 万儿童新烟民——其中有一半生活在亚洲。

(b) 吸毒

21. 吸毒破坏生活并威胁人类安全。全世界安非它明类兴奋剂(ATS)吸食者中有一半以上在亚太经社会区域。这类吸毒者中大多数是青年。安非它明类兴奋剂消费迅速广泛扩散,令人关切,同样令人关切的还有多种毒品共用,特别是安非它明类兴奋剂与海洛因共用。对健康的急性和慢性影响包括可能对脑部造成无法挽回的伤害。

22. 现有 1300 万注射吸毒者,其中近 70%在本区域。注射吸毒时共用未经消毒的注射器具,给艾滋病毒传播火上浇油。注射吸毒者中艾滋病毒/艾滋病的发病率在很短的时间内(不到 6 个月)可达注射吸毒者的 50-90%。

(c) 癌症

23. 到 2015 年,预计所有癌症病例中有三分之二在发展中国家。在泰国,有案可查的发病率(每 10 万人中的病例)从(1987 年的)53.8 人增至(1997 年的)60.4 人;而在印度,在某一特定时期,约有 250 万癌症病例,每年还发现近 70 万新病例。在中国,20 年来,癌症致死的比例增长了近 30%;癌症在中国现在是主要死因。减少吸烟,可使中国肺癌发病率减少 80%。

(d) 心血管疾病和糖尿病

24. 随着非传染病的蔓延形成气候,心血管疾病的危险将影响社会各阶层,而穷人最易受害。收入或教育水平低的人患冠心病的危险最大。

25. 与世界其它地区相比,南亚的糖尿病发病率增长更快。到 2025 年,世卫组织东南亚区将有近 8000 万的糖尿病患者;而在西太区,成年人中至少有 5500 万糖尿病患者。

(e) 肥胖症

26. 有 10 亿以上的成年人超重,其中至少有 3 亿人过胖,而这些胖人大多数生活在亚太经社会区域。肥胖症是全球疾病和致残的一个主要原因,而在发展中国家,它往往与营养不足并存。儿童肥胖症的增加令人担忧,因为肥胖症儿童长大后就是肥胖症成年人。肥胖和超重是引发与饮食相关的严重慢性病(包括二类糖尿病、心血管病、高血压和中风)以及某些类癌症的主要威胁。世界上成人肥胖症水平最高的有些在太平洋区。在大多数太平洋社区,人口中的肥胖率超过了 20%(高于澳大利亚和美利坚合众国);而在女性和城里人中,这一比率更高。

(f) 精神疾病

27. 精神疾病已成为一大公共卫生问题。据估计，有 4 亿 5 千万人精神或神经失常。全世界所有自杀案例中，有 60% 应归咎于抑郁症和精神分裂症。致残的 10 大原因中有 5 个与精神失常有关，其中包括抑郁、吸毒、狂郁症、精神分裂和强迫观念与行为症。随着本区域人口日益老龄化，通常与老龄相关的精神失常，如抑郁和老年痴呆等病将增加(卫生组织，2004 年 d 和 2004 年 e)。

(g) 与噪音相关的健康问题

28. 全世界约 1.2 亿人有听力残障，这主要归咎于外部噪音。噪音污染引起睡眠受干扰、心血管和身心失调(如高血压和焦虑)、工作能力下降和侵害性行为。长期受噪音影响会造成听力障碍和无法在正常情况下理解他人的讲话。这是一种可避免的带有经济后果的严重社会病。

(h) 创伤

29. 世界上因受伤致死的情况有 90% 以上发生在低收入和中等收入国家。在亚太，因受伤而生病的比例为 12.5%。

30. 亚太区域的车辆尽管只占世界的 16%，但道路死亡率却占全球的 60% 左右，亚太每年有 1 千万的人在路上严重受伤或死亡。1987-1995 年，亚洲的道路事故死亡率增加了近 40%；而在发达国家，由于采取了较好的安全措施，这一比例降低了约 10%。在卫生组织划定的东南亚区(2001 年)，在道路交通事故中受伤，估计造成了 35.4 万人死亡和 620 万人住院。预计，在今后 20 年中，本区域居高不下的道路交通事故中受伤的人数还将增加一倍多。对改善交通基础设施和生产功率更大的运输工具的投资未伴之以对帮助所有驾车人、行人和乘客的综合性安全措施的投资。

(i) 职业健康风险

31. 据估计，每年有 120 万人死于与工作相关的疾病和伤残，这等于全球死于疟疾的人数。因工作造成健康不良目前发生在世界所有的环境中。与工作相关的风险和危害主要涉及，但不限于低收入群体与其它弱势群体，如妇女、儿童和少数民族。随着发展中国家进一步工业化以及其劳动力队伍进一步扩大，预计职业病和工伤事故的发生率将大大增加。

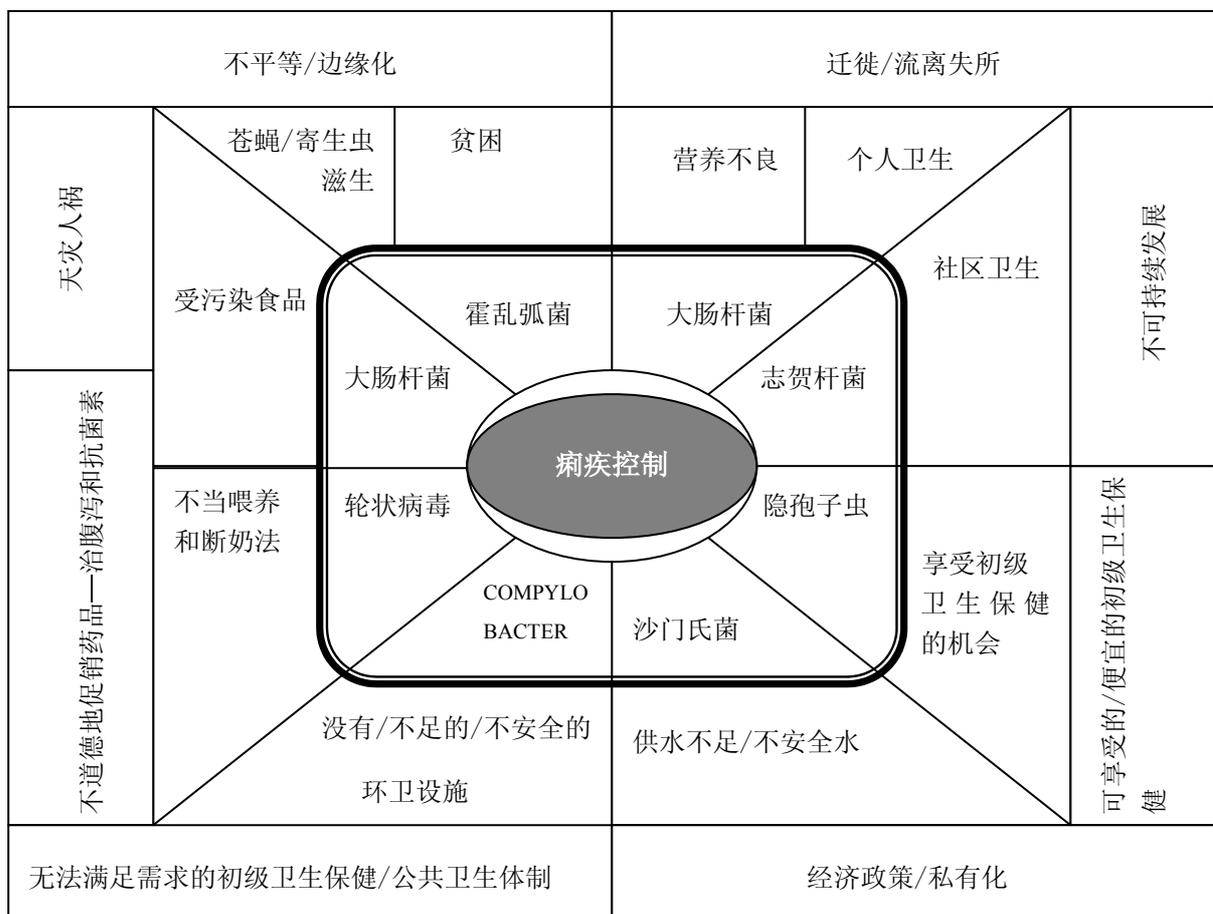
32. 在亚太许多国家，职业危险问题未得到充分处理，使从业者有可能受伤、受

化学品和噪音之害。因噪音造成听力障碍是最普遍的难以恢复的职业危险。

二、卫生的决定因素

33. 社会、经济、环境和卫生系统各种不同的因素相互作用，在很大程度上决定了某个社会的卫生工作状况。虽然普遍享受医疗保健显然是卫生的主要决定因素之一，但对全体人民的健康更为重要的因素是能致病并产生医疗保健需求的经济、社会和环境条件。有证据表明，供水和环卫条件的改善、教育、尤其是妇女和女童受教育条件的改善，以及更公平的享受卫生服务的机会，会使卫生状况得以改善和收入得以增加(卫生组织，2001年)。另外，收入的公平分配也会缩小差距。本章探讨了涉及到社会、经贸和环境因素的三个主要领域中的发展决定因素。这其中有许多因素可能同时作用；也可能相互影响而产生倍增效应。同样，这其中有些因素会因健康不良而恶化，造成恶性循环。以下(图3)是各种不同的决定因素对一种疾病，即腹泻的影响的示意图。

图 3. 各种不同的决定因素对腹泻的影响



资料来源：根据 Narayan, R.的原始数据，“腹泻控制方面的社区卫生模式”。

A. 社会决定因素

34. 有一些社会因素决定着本区域人民的健康。这些包括以下要讨论的八大因素。其它相关因素包括紧张、工作性质、就业状况以及社会支助。

(a) 贫困

35. 穷国和穷人因多方面的匮乏而造成严重的健康不良和残障。贫困绝对是健康的残障。它对所有其它因素产生负面影响，从而殃及健康。穷人更容易生病，这主要是因为缺少机会享受宣传、预防和医疗性的卫生保健，缺乏获取食品和资金的机会。此外，穷人还更容易遭受象空气污染和水污染等破坏他们生活质量的卫生方面的环境威胁。因此，本来可预防可治愈的病却夺去了许许多多赤贫者的生命或健康。

36. 每年有 230 多万人(主要在发展中国家)死于八种可通过接种疫苗预防的疾病。另据估计，发展中国家每年有 170 万人死于与不安全饮水和环卫以及个人卫生糟糕相关的疾病(Wagstaff, 2002 年)。在全世界，如果儿童家境贫寒，生病而死的危险更大。然而，只要改进供水、环卫和营养，并采取有效的口服补水疗法，儿童因腹泻死亡的比例大约可减少 50%。

37. 艾滋病毒/艾滋病对穷人产生的影响要大得多：它破坏生计，收入和储蓄得用来支付医药费。抗病毒疗法的成本仍超出穷人的承受力。当主要养家糊口者死于艾滋病时，这类家庭可支配收入可能会骤降 80%(艾滋病署，2002 年)。

38. 在许多国家，穷人抽烟最凶。在一些国家，最低收入群体的烟民是最高收入群体烟民的一倍。

39. 健康不良引发的恶性循环在穷人往往不享受足够的医疗保险来保证能有机会获得医疗服务的时候，产生的影响更大(见下文第 3 章)。在本区域两个人口最多的国家，穷人卫生保健的支出有很大一部分是自己掏钱上私营性医疗单位，相对于他们的收入而言，这种支出远远过高。

(b) 性别不平等

40. 性别歧视对健康的影响始于孕妇妊娠期营养不良。儿童和青少年营养不良对女孩的影响尤具杀伤力。儿童时代营养不良的女孩更有可能在青少年时代也营养不良；

在第一次怀孕时营养不良会生出体重不足的婴儿；而婴儿的学习能力因营养不足而受影响，从而形成饥饿与健康不良的恶性循环。而在少女怀孕的情况下，这一影响更为严重。

41. 家庭的粮食保障、家庭内男女吃饭平等、注重性别的关于营养的知识和营养相关保健做法、以及家庭的男女成员可提供的育儿护理，对克服童年时期营养不良并确保女孩和妇女继续得到合理充足的营养，至关重要。

42. 妇女已变得越来越比男人更容易感染艾滋病毒。在艾滋病流行初期，感染者主要是男性。而现在，艾滋病毒携带者中男女人数几乎相等。15-24 岁年轻女性的发病率要高于同年龄组男性的发病率。部分原因是由于生理因素。但也由于妇女在要求较安全的性行为和对付家庭暴力时处于不利地位；以及她们无法充分获取关于避孕和性病的信息及卫生服务。

43. 女烟民人数少于男烟民。烟草业正越来越以本区域发展中国家的女性为目标，在那里，女性的作用已开始变化。在捕捉目标时，蓄意将抽烟与解放、苗条和性吸引力的形象相联系，而女烟民的增加则表明这一做法的成功。

44. 一般说来，在精神和行为失常的发病率方面没有男女差别。然而，女性抑郁症和焦虑症的发病率更高。女性因生殖健康条件和问题而经受相当多的心理压力。在女性生活中，精神失常(抑郁、焦虑和与压力相关的病症)与暴力之间也有密切联系。

(c) 教育

45. 教育、尤其是女童的教育，是缩小全区域卫生工作差距的关键。南亚的教育水平低，成人识字率为 57.6%；而女性的识字率更低(40.8%)。教育在帮助人们获得较安全和较好的就业机会、有较高的卫生知识水平、理解可持续的粮食保障对减少营养不良的重要性、采取预防性保健措施、以及避免高危行为方面起关键作用。充分和合适的教育提供了打破饥饿与贫困之间恶性循环的手段。进一步扩大女童受教育的机会关系到改善女性及其子女的健康状况。

(d) 人口老龄化

46. 由于生育率下降和寿命延长，亚洲及太平洋区域人口中 60 岁以上的人数迅速增加。截至 2002 年，世界上 60 岁以上的人中有 52% 生活在亚太。到 2025 年，这一比率预计将达到 59%(亚太经社会，2002 年)。

47. 老年人有不少人患的是难治的慢性非传染“富贵”病。确实，1990-2020 年间

多发病转向非传染病有一部分原因将是人口变化；而生活方式的改变则是另一大原因。Alzheimer 病和老年痴呆症等病以及抑郁症等精神疾病主要发生在老年人口中。因白内障而失明在老年人中也更普遍。然而，老龄人口在有机会享受卫生服务方面面临越来越多的问题。老年人可能会因现在全球日益强调回收成本而实现卫生服务私有化及由公家资助的卫生系统提供的全民医疗缩水而受害最深。

48. 目前，“家中老人绝大多数的护理由家庭成员负责，而社区范围这方面的资源稀缺”和“在正规长期护理方面”缺乏“高质量保险制度和管理条款”（亚太经社会，2002 年：10）。随着迅速的城市化和工作者对老年受赡养者之比的下降（亚行，1999 年）而引发家庭及社区扶持体系的解体，使得为老年人提供护理在本区域许多变革往往过于突然而补偿性社会服务较薄弱的地区成为一项挑战。缺乏以保护老年人福祉为重点的国际政策再加上全球对老龄持负面看法占了主导，这也影响到有效战略的制订（Sherlock，2002 年）。

(e) 人口流动

49. 亚太经社会区域劳动力流动迅速增加并变得日益重要。这种流动既发生在国内、或区域内各国之间，也发生在区域之间。单是中国就有 1.7 亿国内流动人口。

50. 流动工人往往集中于经济活动中那些健康、安全和法律保护较少或不存在的部门。这些工人的人权尤其易受侵害。流动工人干的活往往风险大、工资低。他们是临时打工者，因此在生病、受伤或出现其它问题需要求医问药时最没办法。大多数国家的医疗保健计划并不覆盖流动人口，特别是盲流。

(f) 城市化

51. 在国内，乡下人进城以及农村住区城市化是决定欠发达地区城市人口高速增长的重要因素（联合国，2004 年）。预计，本区域城市人口将从（1995 年的）12 亿猛增至（2025 年的）25 亿，其中有 4 亿多生活在人口为 1 千万以上的大城市。

52. 城市穷人深受拥挤、通风不足、缺少饮用水、环卫设施差以及营养不足之害。马尼拉有个贫民窟婴儿死亡率为非棚户地区的 2.8 倍。在达卡的贫民窟，腹泻发病率为孟加拉国农村地区的 2 倍（亚行，1999 年）。

53. 住房是与贫困、城市化和教育等其它决定因素相联系的对健康的一大决定因素。由于住房结构（防止日晒雨淋和建筑的安全）、垃圾的处置设施、通风、室内空气污

染、把住处当成工场以及有害化学品的存放，使得住房环境会影响健康。

54. 在全区域，建筑活动和交通流量猛增，使噪音强度(往往在没有保护的情况下)大大提高。现已广泛使用先进的扩音技术，因此公共场所的大喇叭、广播和音乐已成为无处不在的城市噪音的一部分。

(g) 屈辱和歧视

55. 许多社会群体系统地遭受屈辱、歧视和边缘化，这对其健康状况产生重大影响。他们享受卫生服务的机会以及所提供服务的质量和合适性，以及他们自己选择何种治疗的意见受尊重的程度，都受到了卫生服务提供者的态度和行为的影响。对许多人来说，是否能享受服务也由这些单位说了算。遭受屈辱也强烈影响了个人对自身价值的看法及为争取个人健康权而奋斗的意志。

56. 艾滋病毒/艾滋病患者往往不能获得足够的卫生及其它基本服务。同样，许多患有精神疾病的人往往被其家庭所遗弃，使他们无家可归或留在精神病院无人过问。艾滋病女患者和患有精神疾病的女性所面临的障碍可能更大，往往会强行将她们的孩子从她们身边夺走。

57. 本区域估计有 4 亿残疾人，其中多数往往很贫穷并遭受社会排斥。但因各种原因致残的人却有着与非残疾人一样的正当享受卫生服务的要求。然而，因为受屈辱和歧视而伴生物质性(建筑环境)和信息障碍，使得他们在切实享受卫生服务方面面临更多的挑战。

(h) 冲突和灾害

58. 在发生冲突和环境灾害时，经常发生与受伤、暴力、事故和破坏相关的致病和致死现象。流离失所的打击、刹那间一无所有和肉体的创伤使很多人出现了精神健康方面的问题。难民在背井离乡后的死亡率通常很高。此外，卫生服务很可能恰恰就在对其的需求增加和出现疾病(例如，腹泻、霍乱和疟疾)爆发的温床时受到破坏，从而限制了人们享受这类服务的机会。

B. 经济和贸易决定因素

59. 以贸易自由化和资本大量跨界流动为特点的经济全球化对卫生产生深远影响。市场日益一体化为增长提供了机遇，虽然贸易和非贸易壁垒仍限制发展中国家生产

单位进入发达国家市场的机会。国际贸易可为竞争和知识的传播提供便利，提高生产率并推动革新。然而，贸易的扩大既不能保证经济立刻增长；也不能保障经济与人类的长远发展。贫困家庭特别容易遭受国际市场的冲击，而对家庭预算的任何削减会影响支出，从而造成健康方面的后果，1997年使本区域四国受害最大的那场金融危机期间所发生的事便是个例证。

60. 食品目前占全球贸易的11%(Chopra等, 2002年)。食品供应的变化影响了饮食的变化。最明显的是快餐文化通过跨国快餐连锁店迅速传播。全球促销和系统地培养口味是食品业全球化的主要特点。儿童和青年人是促销运动的对象，而这类运动对转变人们的营养结构起了关键作用。现在，心血管病、肥胖症、某类癌症和高血压等“生活方式病”大大增加。

61. 这些变化与通过大众媒体和其它广告、促销和赞助渠道推销生活方式商品的数以百万计的美元支出相关联。国际广告支出的绝大部分(80-90%)侧重于熟食品、软饮料、香烟、烈酒、药品和个人卫生用品。广告商们几十年来在较高收入国家打造得炉火纯青的挑逗人心的信息现已推行全世界。全球贸易、信息技术和经济自由化方便了在全球将这些消费品作为现代化和进步的不可或缺的标志而加以推销(Buse等, 2002年)。

62. 对卫生部门产生影响最大的贸易协定莫过于《与贸易有关的知识产权协定》(知识产权协定)。在知识产权协定下，至少在20年内，各国不能生产、出口、进口和销售未注册的商品。只有出于“国家紧急情况”、“极端紧急情况”、和公益性非商业用途等原因才可在不联系专利所有人的情况下发放强制许可。知识产权协定对发展中国家规定了义务，这可能对它们获得救命药品产生消极影响。《多哈宣言》已经为采用保障措施保护国家公共卫生权益和改善穷人获取药品的机会提供了一个突破性的机会。

63. 世贸组织其它协定，如《服务贸易总协定》(GATS)，对卫生系统会产生重大影响，因为它们影响到卫生部门的人员和外国直接投资的流动。许多发展中国家看到了服务贸易总协定为出口卫生服务提供的经济机遇。要作决定，需要事先认真研究其所涉影响并与有关各方进行磋商。2004年7月，世贸组织总务委员会会议重申了“多哈部长宣言”和决定；并通过一个行动框架。然而，这一进程需要限定时间，突出重点，能使本区域较穷国家切实受益并缩小贫富差距。

64. 各国需要理解这些协定的全部含义并适当修订其国内法律，以便使保障措施充分有效。

65. 在没有任何措施保护弱势群体的情况下扩展私营部门会破坏整个卫生系统的完整性,使公共部门只能为最穷和最困难的人提供服务,这一现象被描述为“挑精弃肥”。服务贸易总协定还将影响到一系列能直接关系到卫生工作的其它服务部门。其中一个例子便是供水商业化并通过收费杠杆控制用水。实际上,把洁净水的价格定得超出最贫困家庭的承受能力,可造成严重的卫生问题。

66. 全球化还改变了工作性质和工作环境。职业安全和健康未受到充分注意。

67. 工伤、因公致病和致死的情况严重报道不足。汇报系统要么很薄弱,要么不存在。据劳工组织估计,本区域每年发生 1400 万起非致命性工伤事故。致命性事故与造成终生残疾的事故之间的比例至少为 1:750(劳工组织, 2001 年)。

68. 电子业中长期在显微镜下操作、从事与计算机相关的工作以及工作场所照明不足使视力下降。在工作场所未充分注意采用照顾人力运动的设计,包括工作台、机器、材料、键盘和座椅的位置,造成筋骨肌肉酸疼。通风系统不好使粉尘飞扬,同时还限制了排烟,从而引发呼吸道疾病。

69. 全球化鼓励将本地和辅助性医药体系抛在一旁并减少官方对这些体系的扶持和资助,致使它们在许多国家受到侵蚀。这些医药体系为穷人提供了一个取代高价疗法与专利药品的切实办法,因此有必要将之主流化。本区域各政府现已认真注意这些体系。

C. 环境决定因素

70. 全球疾病中约有四分之一可归咎于环境因素,而其中不满 5 岁的儿童占了发病者的 40%。在死亡率高的发展中国家十大致命危险中,不安全饮水、环卫和个人卫生排列第二;而燃烧固体燃料产生的室内烟尘名列第四(卫生组织, 2002 年 b)。

(a) 水与环卫

71. 水生传染病在全球所有传染病中约占 80%(Ford, 2004 年)。在亚太经社会区域,腹泻每年约夺走 75 万人的生命,其中主要是儿童。水生病菌感染可能占了一半的死因(儿童基金, 2004 年)。

72. 全世界有 11 亿人缺少享受安全饮水的机会,另有 24 亿人缺乏足够的环卫设施。在东亚和太平洋区,只有 48%的人可享用改善后的环卫设施。在南亚,这一比例仅为 37%。供水和环卫设施不足造成健康不良,从而使贫困加剧。那些缺少廉价而稳定供水条件的人是社会最穷的人。

73. 据估计 9 个亚洲国家中有 2 亿多人(主要是农村的人)因长期饮用被砷污染的地下水而面临砷中毒、癌症和最终死亡的危险。砷中毒对身体所有器官产生全面影响,给儿童带来长期后患,阻碍他们的智力发育和思维能力。现仍未找到根治砷中毒的办法。预防砷中毒唯一牢靠的办法是避免饮用被砷污染的水。另外,水中含氟过量造成牙和骨骼的氟中毒;而含镉过量会伤及肾脏。

(b) 空气污染

74. 在亚洲及太平洋区域,室内空气污染是许多空气污染源中对健康危险最大的。燃烧固体燃料(薪柴、动物干粪、煤炭和作物秸秆)产生烟,其危害随着污染程度和与烟接触的时间增加而提高。妇女和儿童受的威胁最大。室内空气污染造成粗细颗粒、一氧化碳、氮氧化物、苯、甲苯和甲醛等污染物在吸入室内受污染空气者的体内积累。流行病学研究证据表明,室内空气污染与呼吸道感染、肺结核、癌症、新生儿体重轻、以及婴儿和围产期胎儿死亡率上升相关(Suk, 2003 年)。

75. 工业以及运输车辆排放物危及人类健康。铅排放在本区域是个严重问题。稻米、蔬菜、以及饮用水中均含铅,造成血中含铅量升高。在中国,血铅含量高的儿童与同年龄组的一般儿童相比身材较小且体重较轻;也更容易生病(Suk, 2003 年)。

76. 空气污染除了直接产生使人中毒和致癌的效应外,还在其它方面影响环境与健康。大气中有些污染物作为酸雨落下。酸雨造成环境退化,影响生态系统并增加对健康的危害。因使用耗竭臭氧的化学品造成臭氧层耗竭,预计将增加紫外线 B 的辐射,引发对人体免疫系统的破坏和皮肤癌。在东南亚,有 7 千万人遭受季节性森林大火造成的空气污染之害(Sastry, 2002 年)

(c) 粮食生产和粮食安全

77. 许多农耕法使农药、化肥和其它化学品进入大气和水系。农用化学品中毒和农机事故所造成的疾病、伤害和死亡报导不足。小农户特别容易因接触在本区域广泛使用的化肥和农药、以及因长期操作陈旧和保养不善的农具这项沉重的体力劳动而加重筋骨受伤损的程度(劳工组织, 2001 年)。有些农药会引发癌症、流产和喷洒农药者所生婴儿的先天畸形(Suk, 2003 年)。

78. 因病毒跨越物种,从只感染动物变成也感染人类,便出现了许多新的传染病。农业生产系统、尤其是在人口稠密区从事集约型的畜牧业,使牲畜与人类的距离拉近,

成为新疾病的绝好滋生地。“非典”和禽流感是最近的例证。这些新病不但影响人类，也影响动植物，从而危及生态系统和人类健康。威胁农业生产的疾病也破坏粮食安全和农民生计。因此，新疾病本身也已成为生态变化中的推动因素(Epstein 等, 2003 年)。

79. 农业生产中有一个引起争议的问题，即转基因生物利用。围绕在转基因生物对人类健康所造成的长期后果尚未明确的情况下就予以大规模利用，国际上展开了激烈的辩论。将源于转基因作物的食品出口到发展中国家已引起关切。

80. 塑料制品现已广泛用于包装食品。许多塑料制品含有毒化学物，其中包括杀虫剂(防止在制品表面滋生有机物)、色素、以及称为塑化剂的增强柔润的制剂。这些物质若摄入人体能释放出来(Owen, 2004 年)。大量塑料微粒正在海洋中集聚。太平洋中部某些海域塑料粒子的团块比该海域作为食物链基础的浮游生物团块大六倍。有迹象表明，塑料颗粒正被海洋生物吸收，因而会进入食物链。

(d) 废物

81. 不加区分的废物处置对健康是一大危险。无法生物降解的塑料废物构成了废物的主要部分。塑料制品漂在水上，集聚和吸收了源于其它地方的不溶水的有毒化学物质。塑料废物也堵塞排水系统，造成严重的环卫问题。

82. 尽管自 1992 年《危险废物越境运输巴塞尔公约》生效以来，已取得了一些进展(环境署, 2004 年)，但大量有害废物，包括废弃电子器件仍出口到本区域的发展中国家。回收利用往往没有控制，而焚烧塑料制品、挖池存酸或倾酸现象随处可见。本区域的穷人被迫接触铅、汞、六价铬、铍、镉、和在焚烧和倾注储存过程中释放的溴化灭火器剂(Puckett 等, 2002 年)。有害家用医药废物和工业废物处置不安全，对本区域人民的健康带来了严重危险。

三、卫生系统

83. 卫生服务在促进和保护健康方面发挥着重要作用。提供公平享受卫生服务的机会是在穷人中减少疾病发生率及其影响的关键。各政府在有效、高效及公平提供服务方面承受着压力。工业化国家和发展中国家已采取同类对策来改进卫生系统的业绩：缩编、私有化、伙伴关系、在提供服务方面引进竞争机制、业绩的衡量及其指标、以及群众参与。若要实现国际商定的卫生目标，就需要通过重点突出的行动来进一步增强卫生系统。

A. 可利用的机会

84. 在本区域许多国家，穷人与有钱人相比，享受卫生服务的机会越来越少。限制穷人享受公共卫生服务的因素包括需求方面的障碍(缺乏卫生知识和财力)；以及供应方面的问题(初级卫生保健设施人手不够、药品存量不稳定、缺少设备、服务质量下降、公共诊所和医疗中心开放时间不便民或地点交通不便、卫生条件差和服务提供单位与用户之间关系差)。

85. 在过去 20 年中，以市场为导向的卫生部门改革方面的国际潮流，已造成国内的卫生预算大幅度削减。这使得卫生服务的提供每况愈下。在世界最穷的 37 个国家中，二十世纪八十年代人均卫生支出下降了 50%。财政政策，包括对支付基建和经常成本的拨款不足造成卫生保健设施的质量下降以及设备、药品和外出救护条件的短缺。服务条件恶化又进一步降低了医护人员的工作水平。

86. 另外，市场的力量驱动研发的支出。这就形成了卫生研究方面 10:90 的差距，即现有卫生研发资金中只有不到 10% 的钱用于改善世界人口中 90% 的人的健康状况。就穷人的最常见病进行医药研发所吸收的资金相对很少。这妨碍了穷人所需药品的开发。1990 年，全球对疟疾研究的年度投资摊到每个因疟疾死亡的病例上平均仅为 65 美元；与此相比，对哮喘研究的投资则为 789 美元。从 1975 年 - 1997 年，进入全球市场的 1233 种药品中只有 13 种是用于治疗低收入和中等收入国家中穷人最常见的热带传染病的(卫生研究全球论坛，2002 年)。

B. 筹资

87. 所提供的卫生服务不公平，扩大了贫富差距。在本区域许多国家，医药开支中 85% 为自费。递减式支付占用一个贫困家庭的支付前收入的比例要比一个富有家庭的多。公共服务的使用费以及公私营卫生服务的自费支付将卫生保健的成本从公共部门转到私营部门或转给具体家庭，这使得许多家庭陷入贫困，并进一步加剧了穷人的苦难。

88. 许多人支付卫生保健费这一事实长期以来被看作是他们愿意付和有能力付，从来没人去评估一下这种支付对家庭预算的负担。在贫困家庭面临的一些风险中，卫生风险很关键，因为在生病时增加卫生开支会影响到家庭创收能力，从而使家庭资源不稳定；也会占用家庭资源，包括女性为护理他人而无偿奉献的时间。

89. 通过税收或保险来资助卫生保健的形式不平等，会造成人口中风险分担效率

低。本区域还有待逐步过渡到在社会卫生保健体制中风险分担，使健康的高收入群体补贴低收入群体的医药费。这种风险分担安排将通过非歧视性的险费或工资预扣来预付医药费，从而降低个人应付的那部分医药费，从而避免在生病时大笔付钱。

90. 微型保险等社区范围的医疗保险是一种资助穷人医药费的有效方式。社区资助医药费计划的好处在于：它们有可能直接造福于农村的低收入者和非正规部门的从业者，调动社会资金来提高认识，纠正有负面影响的决定，鼓励防患于未然的措施，以及扩大享受医疗保健的机会。

C. 人力资源

91. 许多卫生系统面临各种各样人力资源方面的问题。这些包括：城区和私营部门中有技能和收费高的医护人员人满为患；医护人员士气和积极性低；服务条件差；培训不足；缺乏有力的扶持和干练的管理，包括规划和监督。医务工作者分布不平等又因技能水平倾斜(技能较高的医务工作者集中于有较好服务的地区)而变得更为复杂。医护人员从农村进城，或从公共部门跳槽到私营部门。国际间的流动又进一步加剧了公私营部门和城乡地区之间在卫生方面的不平等。

D. 社区参与

92. 在亚太经社会区域，提供卫生服务以往一直是政府的责任。然而，鉴于卫生系统在人力和其它方面的制约，因此为进一步使卫生服务走出去并提供好，社区更多地参与规划、实施和监测，很有用武之地。民间社会与政府正规的医疗机构和与私营部门建立伙伴关系也能增强卫生系统的问责制和治理，从而改进卫生服务。需要为社区利益攸关方联网并介入改进卫生工作成果和卫生系统的业绩找到创新性形式。2003年“非典”的爆发，集中体现出社区参与不断跟踪和控制传染病爆发所具有的重要性。许多农村社区是当地本土卫生知识和资源的宝库，但其价值一直被人忽视。在提高社区知识和技能水平从而促进卫生工作、以及鼓励社区更有效地为疾病监测和控制作贡献方面，大有文章可做。

四、结论

93. 国家应承担主要责任，确保为享受作为一项基本人权的卫生服务提供公平的

机会。亚太经社会区域在卫生方面正经历一大转折。卫生方面的老大难问题和重新出现的问题，包括营养不良和传染病，都需要政策制订者们予以重新重视。同时，非传染病发病率越来越高，再伴之以艾滋病毒/艾滋病和其它新的流行病，给卫生工作带来新挑战。本区域因此肩上有“两付重担”。

94. 自阿拉木图会议以来 25 年里，全球化、贸易自由化、城市化和工业化方兴未艾，横扫了整个亚太。这几股力量对本区域社会经济结构和环境条件产生深远影响，从而也影响到卫生工作。

95. 尤其是经济全球化将继续对人口卫生状况产生关键性影响。将有必要确保全球化进程的方方面面能有助于促进卫生工作而不是使其倒退。通过进一步了解全球化对社会变革的复杂影响来驾驭全球化，可以在卫生领域带来巨大收益。

96. 为实现“人人健康”这一目标，本区域各国和各地区有待从根本上处理对卫生的不良决定因素，而不是等到出了问题治一下标就了事。这需要系统理解决定人类健康的各种因素，以及它们的影响如何反映于本区域各社会。另外，有必要强化进一步改善人类健康的政策和方案，并缩小日益扩大的卫生方面的贫富差距。为在卫生工作中取得积极成果而进行战略发展规划，是目前本区域为拯救数以百万计的人民免受疾病、失调、伤残和早死之害并保护发展成果而必须面对的一项挑战。

97. 有机会享受卫生保健，是一项基本需求。它与有机会上学和享受温饱等公民权利之间有着不可分割的联系。

参考资料

Asian Development Bank (1999). *Policy for the Health Sector* (<http://www.adb.org/Documents/Policies/Health/health.pdf>, 20 May 2004).

Buse K., N. Drager, S. Fustukian, K. Lee (eds.) (2002). *Health Policy in a Globalising World* (Cambridge, Cambridge University Press).

Chopra, M., S. Galbraith and I. Darnton-Hill (2002). “A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition”, *Bulletin of the World Health Organization* 2002, 80(12).

Epstein, Paul, Eric Chivian, Kathleen Frith (2003). “Emerging Disease Threaten Conservation”, *Environmental Health Perspectives*, 111(10).

ESCAP (2002). “Shanghai implementation strategy: regional implementation strategy for the Madrid

International Plan of Action on Ageing 2002 and the Macao Plan of Action on Ageing for Asia and the Pacific 1999” (E/ESCAP/1280).

_____ (2003a). “Policy issues for the ESCAP region: integrating economic and social concerns, especially HIV/AIDS, in meeting the needs of the region” (E/ESCAP/1267).

_____ (2003b). “Consideration of a regional framework for action towards an inclusive, barrier-free and rights-based society for persons with disabilities in Asia and the Pacific” (E/ESCAP/APDDP/4/Rev.1).

ESCAP/UNDP (2003). *Promoting the Millennium Development Goals in Asia and the Pacific: Meeting the Challenges of Poverty Reduction* (United Nations publication, Sales No. E.03.II.F.29).

Ford, Timothy (2004). “Increasing risks from waterborne disease: both U.S. and international concerns”, Center for Health and Global Environment, Harvard Medical School (<http://www.med.harvard.edu/chge/textbook/global/drinking/transcript.htm>, 10 June 2004).

Global Forum for Health Research (2002). *10/90 Report on Health Research 2001-2002* (Geneva, Global Forum for Health Research).

International Labour Office (August, 2001). *Decent Work in Asia* (Bangkok).

Lee, K., K. Buse and S. Fustukian (2002). “Introduction to global health policy”, *Health Policy in a Globalising World* (Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press).

Liu, Y., K. Rao and W.C. Hsiao (2003). “Medical expenditure and rural impoverishment in China”, *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(3): 216-222.

Murray, C.J.L. and A.D. Lopez (1996). *Global Health Statistics: Global Burden of Disease and Injury Series*. Volumes I and II (Harvard School of Public Health, Boston).

Narayan, R. (2003). “The community health paradigm in diarrhoeal disease control” in D. Raghunath and R. Nayak, eds., *Diarrhoeal Diseases: Current Status, Research Trends and Field Studies*, Sir Dorabji Tata Symposium Series, p. 302 (India, Tata McGraw-Hill Publishing Company Limited).

Owen, James (2004). “Oceans Awash with Microscopic Plastic, Scientists Say”, *National Geographic News*, 6 May 2004.

Puckett, Jim, Leslie Byster, Sarah Westervelt, Richard Gutierrez, Sheila Davis, Asma Hussein, Dutta Madhumitta (2002). “Exporting harm: the high-tech trashing of Asia” (<http://www.ban.org/E-waste/technotrashfinalcomp.pdf>, 20 May 2004).

Sastry, Narayan (2002). “Forest Fires, Air Pollution, and Mortality in South-East Asia”, *Demography*, February 2002, vol. 39, No. 1, pp. 1-23.

- Sen, Amartya K. (1997). *Hunger in the Contemporary World* (London, Suntory and Toyota International Centres for Economics and Related Disciplines (STICERD), London School of Economics).
- Sherlock, P.L. (2002). "Ageing and health policy: global perspectives" in Kelley Lee, Kent Buse and Suzanne Fustukian, eds., *Health Policy in a Globalising World* (Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press).
- Suk, Williams et al. (2003). "Environmental threats to children's health in Southeast Asia and the Western Pacific", *Environmental Health Perspectives*, 111(10).
- United Nations (2004). "Interim report of Task Force 2 on hunger", Millennium Project (<http://www.unmillenniumproject.org>, 12 May 2004).
- UNAIDS (2003). *AIDS Epidemic Update* (Geneva, UNAIDS).
- United Nations Development Programme (2003). *Human Development Report 2003* (New York, UNDP).
- UNEP (2004). Web site of the Basel Convention (<http://www.basel.int/index.html>).
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and World Water Assessment Programme (2003) *United Nations World Water Development Report*.
- UNICEF (2004). Water, Sanitation and Education (http://www.unicef.org/wes/index_schools.html, 16 June 2004).
- UNICEF-EAPRO (2003). *Towards a Region Fit for Children* (Bangkok).
- Wagstaff, Adam (2002). "Poverty and health sector inequalities", *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(2).
- World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978.
- _____ (2001). "Macroeconomics and health: investing in health for economic development", *Report of the Commission on Macroeconomics and Health* (Geneva, WHO).
- _____ (2002). *Report of the International Conference on Environmental Threats to the Health of Children: Hazards and Vulnerability, Bangkok, Thailand, 3-7 March 2002*, Geneva (<http://www.who.int/docstore/peh/ceh/Bangkok/bangkokconf.htm>, 20 May 2004).
- _____ (2004a). "Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing", *World Health Report 2004* (Geneva, WHO).
- _____ (2004b). "A human-rights perspective" (www.who.int/nut/rights.htm, 15 June 2004).

_____ (2004c). World Health Organization Tobacco Free Initiative (http://www.who.int/tobacco/areas/framework/signing_ceremony/countrylist/en/).

_____ (2004d). “Mental and neurological disorders” (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>, 15 June 2004).

_____ (2004e). “Snapshots of mental health in the Western Pacific Region” (http://www.wpro.who.int/multimedia/whd2001/Facts_and_Figures, 15 June 2004).

Wilkinson, R. and M. Marmot (eds.) (2003). *The Solid Facts – Social Determinants of Health* (Denmark, WHO-EURO).

Zwi, A., S. Fustukian and D. Sethi (2002). “Globalization, Conflict and Response” in K. Lee, K. Buse and S. Fustukian, eds., *Health Policy in a Globalising World* (United Kingdom, Cambridge University Press).